Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Zorginstituut Nederland
Zorg

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
vragen@zinl.nl

T +31 (0)20 797 82 27

Contact
vragen@zinl.nl

2026007357

Onze referentie
2026007357

Datum 23 juli 2026
Betreft Pakketadvies kinderbrillen

Geachte mevrouw Hermans,

In september 2025 heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het Zorginstituut gevraagd advies uit te brengen over de opname van brillenglazen, brilmonturen en contactlenzen in het basispakket voor kinderen tot 18 jaar. De aanleiding voor dit advies is toenemende zorg en politieke aandacht voor de toegankelijkheid van kinderbrillen. Hierbij ontvangt u het pakketadvies. Zoals verzocht zijn de kinderbrillen getoetst aan de pakketcriteria, zijn maatschappelijke aspecten hierin meegewogen, zijn verschillende budgetimpact scenario's berekend en is er gekeken of er onderscheid gemaakt kan worden op basis van leeftijd of refractieafwijking.

Pakketadvies: basispakket niet uitbreiden
Onderdeel van de beweging naar passende zorg is het maken van scherpe keuzes over welke zorg moet worden opgenomen in het basispakket. Het basispakket geldt voor iedereen en we betalen dit met z'n allen. Het volledig vergoeden van brillen voor alle 614.000 kinderen zou leiden tot een aanzienlijke budgetimpact en daarmee tot premiestijging voor alle premiebetalers, terwijl maar een beperkte groep, tussen drie en tien procent, financiële problemen ervaart bij de aanschaf van een kinderbril. Hoewel het uiteindelijk aan de politiek is om te bepalen welk bedrag zij bereid zijn uit te geven om bepaalde zorg aan het basispakket toe te voegen, adviseert het Zorginstituut om de huidige te verzekeren prestaties niet uit te breiden met brillen voor alle kinderen. Omdat het een onevenredig grote collectieve investering vraagt om een beperkte groep ouders of verzorgers te helpen.

Dit wil niet zeggen dat een kinderbril niet essentieel is voor de ontwikkeling van een kind en volwaardige deelname aan de maatschappij. Het Zorginstituut ziet echter in de verbetering van bestaande landelijke regelingen dan wel vangnetten een meer passende en meer doelmatige oplossing voor deze groep. Een betere toegankelijkheid tot een kinderbril voor deze groep kinderen zal bijdragen aan een betere ooggezondheid en meer kansengelijkheid.

Hieronder lichten we toe hoe we tot het pakketadvies gekomen zijn. Het Zorginstituut heeft een zorgvuldige afweging gemaakt aan de hand van de pakketcriteria effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Omdat in het geval van de kinderbrillen het Zorginstituut het

voldoende aannemelijk vindt dat de kinderbril effectief en kosteneffectief is, heeft de beoordeling zich geconcentreerd op de pakketcriteria noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid.

Zorginstituut Nederland
Zorg

Datum
23 juli 2026

Onze referentie
2026007357

Veelvoorkomende aandoening en geringe kosten voor het individu, maar hoge kosten voor de maatschappij
Bij noodzakelijkheid gaat het Zorginstituut na hoe ernstig de aandoening is voor iemand en of het noodzakelijk is de zorgverzekering in te zetten om zorg te vergoeden. Opname van zorg in het basispakket is namelijk niet logisch wanneer er een grote kans bestaat dat mensen bepaalde zorg nodig hebben en wanneer de kosten van die zorg voor burgers relatief gering zijn. Uit de toetsing aan het pakketcriterium noodzakelijkheid komt naar voren dat slechtziendheid als gevolg van refractieafwijkingen een veelvoorkomende aandoening is met een relatief zeer lage tot lage ziektelast[1] (vergeleken met bijvoorbeeld aandoeningen waaraan mensen vroegtijdig overlijden) en waarbij de kosten relatief gering zijn. Voor het overgrote deel van de ouders of verzorgers leidt de aanschaf van een kinderbril namelijk niet tot financiële problemen. Een kleine groep mensen, die onder of net boven de armoedegrens leeft, kan een kinderbril niet of moeilijk betalen. Dit kan bijdragen aan het vergroten van gezondheidsverschillen. Voor de groep mensen die onvoldoende financiële middelen heeft, zijn er regelingen of vangnetconstructies beschikbaar. Hoewel die om verschillende redenen nu hun doel niet altijd volledig lijken te bereiken, is dit geen reden om te concluderen dat er sprake is van noodzakelijk te verzekeren zorg.

Omdat de pakketcriteria integraal worden gewogen (m.u.v. het criterium effectiviteit dat een *knock out* status heeft) hebben wij vervolgens gekeken of een eventueel positief advies uitvoerbaar is. Dat wil zeggen haalbaar en houdbaar voor nu en in de toekomst. Wanneer de vergoeding van kinderbrillen uit het basispakket wordt uitgebreid onder de huidige voorwaarden, betekent dat nog steeds dat mensen een eigen bijdrage en het montuur zelf moeten betalen. Dat komt neer op gemiddeld € 232 euro. Hiermee zijn de ouders of verzorgers met beperkte financiële middelen niet of onvoldoende geholpen. Daarvoor zou het nodig zijn om de eigen bijdrage te laten vervallen en ook het montuur te vergoeden. Volledige vergoeding van de kinderbril in het basispakket voor alle kinderen leidt echter tot hoge kosten, mogelijk meer dan 200 miljoen per jaar.

Doordat bijziendheid in de bevolking toeneemt en kinderen steeds vroeger bijziend worden, is de verwachting dat deze kosten de komende jaren verder zullen stijgen. Volledige vergoeding van alle kinderbrillen uit het basispakket zal leiden tot een premiestijging van minimaal € 4,07 euro (min. scenario) en maximaal € 17,91 euro (max. scenario) per jaar voor alle verzekerden. Dus ook een premiestijging voor de groep die nu al problemen ondervindt bij het betalen van de zorgpremie. Dit terwijl de kosten voor het gericht helpen van kinderen die onder of net boven de armoedegrens leven aanzienlijk lager zullen liggen, zelfs als het montuur en reparaties worden vergoed zonder vorm van eigen bijdrage.

Het basispakket is niet het geschikte instrument bij kinderbrilarmoede
Uit bovenstaande volgt dat een kinderbril essentieel is voor de ontwikkeling van een kind en het volwaardig deelnemen aan de maatschappij, maar dat het vergoeding uit het basispakket hiervoor niet de juiste oplossing is. Het Zorginstituut adviseert u daarom de huidige aanspraak op brillenglazen voor

[1] Het begrip ziektelast beschrijft hoe goed of slecht de gezondheid van een patiënt is in vergelijking tot die van patiënten met een andere aandoening of gezonde mensen. Hoe ernstiger de aandoening is, hoe hoger de ziektelast.

kinderen bij ernstige oogaandoeningen te behouden en deze niet uit te breiden voor subgroepen bijvoorbeeld op basis van leeftijd of bepaalde refractieafwijkingen.

Zorginstituut Nederland
Zorg

Datum
23 juli 2026

Onze referentie
2026007357

Naar een passende oplossing voor de financieel kwetsbare groep
Hoewel het Zorginstituut niet gaat over oplossingen buiten het basispakket, is het belangrijk dat er een toereikende laagdrempelige oplossing komt voor de groep kinderen in Nederland die een bril nodig heeft, maar waarvan de ouders of verzorgers onvoldoende financiële middelen hebben om een bril aan te schaffen. Er zijn verschillende landelijk dekkende regelingen en vangnetconstructies. Het Zorginstituut ziet in deze bestaande regelingen en vangnetten een meer passende en doelmatige oplossing voor deze groep, en beveelt de ministeries en veldpartijen die hierbij betrokken zijn aan om deze regelingen en vangnetten te verbeteren. Een goede vindbaarheid, laagdrempelige toegankelijkheid, gelijke voorwaarden en voldoende beschikbaar budget acht het Zorginstituut hierbij van belang.

Het Zorginstituut heeft berekend er naar verwachting tussen € 5 en € 10 miljoen euro per jaar nodig is om deze specifieke groep te helpen (inclusief een montuur, het vergoeden van reparaties en zonder een vorm van eigen bijdrage). Dat is slechts een fractie van het budget, van de € 119 tot € 226 miljoen euro per jaar, dat nodig zou zijn bij een gemiddelde jaarlijkse vervanging wanneer u zou besluiten om de kinderbril voor alle kinderen volledig uit het basispakket te vergoeden. De verwachting is dat het aantal kinderen met bijziendheid de komende jaren zal gaan stijgen en daarmee ook de budgetimpact.

Advies Adviescommissie Pakket (ACP)
Op 13 maart 2026 heeft de ACP, die onafhankelijk advies geeft aan de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over de maatschappelijke aspecten van pakketadviezen, aangegeven zich te kunnen vinden in het advies om de vergoeding van kinderbrillen niet uit te bereiden om de genoemde redenen.[2] Aanvullend adviseert zij om de tijdelijke regelingen zoals de subsidieregeling aan het Nationaal Fonds Kinderhulp en het Jeugdeducatiefonds in stand te houden totdat er een structurele oplossing is.

Signalen van partijen
In het traject dat het Zorginstituut met partijen heeft doorlopen, hebben zij belangrijke punten aangedragen die bijdragen aan de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg rondom slechtziendheid bij kinderen. Zo verdient het actief opsporen van slechtziendheid bij alle kinderen de aandacht: door het ontbreken van structurele screening op latere leeftijd komen niet alle slechtziende kinderen tijdig in beeld. Daarnaast is het belangrijk dat mensen meer weten over hoe zij bijziendheid door het toepassen van leefregels kunnen afremmen en hoe zij gebruik kunnen maken van financiële regelingen om hen te ondersteunen.
Het Zorginstituut merkt op dat het oplossen van bovenstaande problemen kan bijdragen aan het bevorderen van kansengelijkheid en betere ooggezondheid van kinderen in Nederland, doordat oogproblemen bij kinderen waar mogelijk worden voorkomen, afgeremd of tijdig worden gesignaleerd en gecorrigeerd.

[2] Zie hoofdstuk 3 van het Pakketadvies voor het volledige ACP-advies.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben ingelicht.

Hoogachtend,



Voorzitter Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland
Zorg

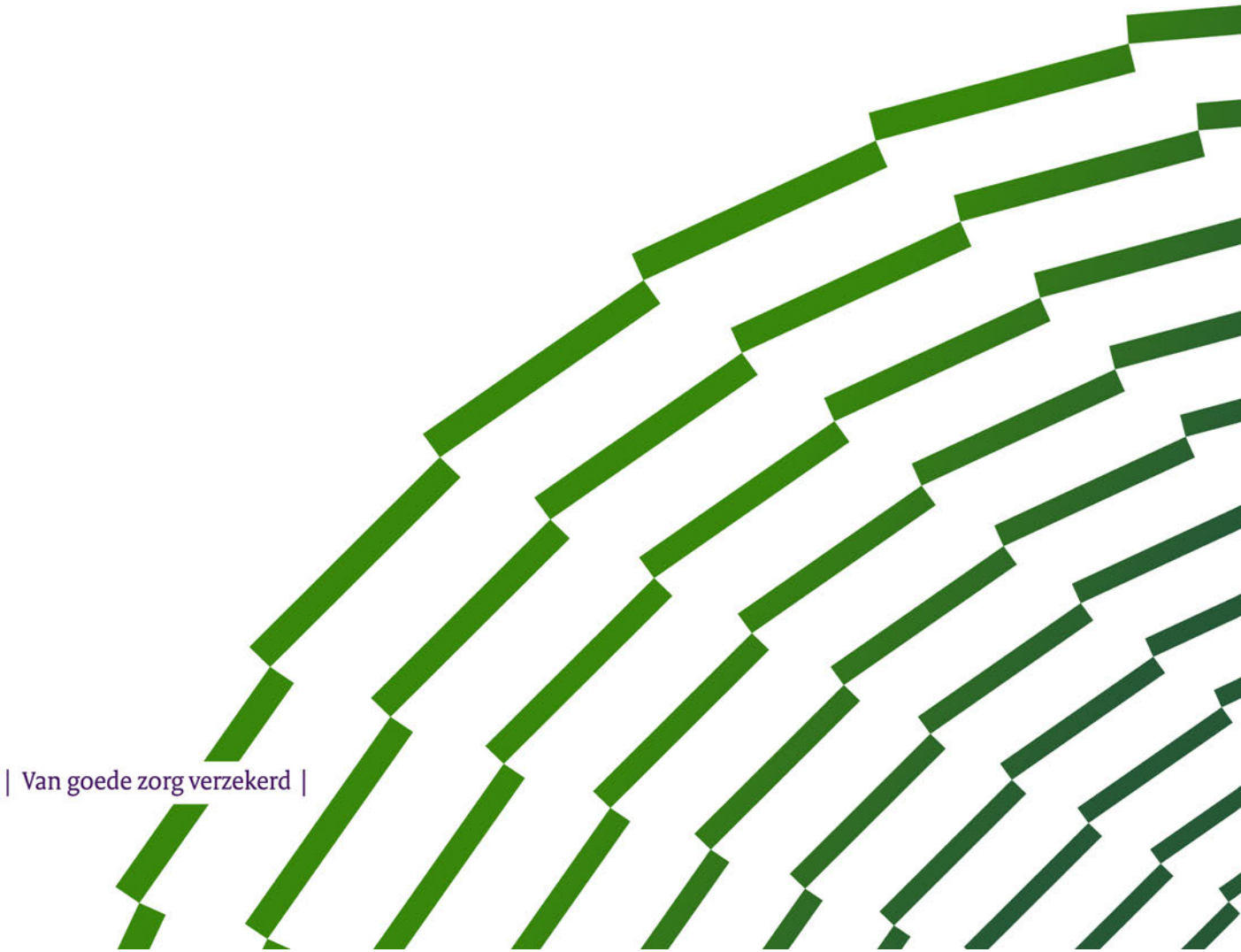
Datum
23 juli 2026

Onze referentie
2026007357

Zorginstituut Nederland

Pakketadvies kinderbrillen

Definitief 23 juli 2026



| Van goede zorg verzekerd |

Inhoudsopgave

Samenvatting **4**

Inleiding **6**

1 Achtergrondinformatie **8**
1.1 Beperkte vergoeding brillenglazen 8
1.2 Historie 8
1.2.1 Brillenglazen voor kinderen onder voorwaarden wel vergoed 8
1.2.2 Eigen bijdrage in plaats van vervangingsregeling 9
1.3 Refractieafwijkingen bij kinderen 9
1.3.1 Refractieafwijkingen bij kinderen komen steeds vaker voor 9
1.3.2 Verschillende refractieafwijkingen bij kinderen 9
1.4 Behandeling en preventie van refractieafwijkingen 10
1.4.1 Leefstijladviezen 10
1.4.2 Farmacologische interventies 10
1.4.3 Optische interventies 10
1.5 Aanmeten en vergoeding van het aanmeten van brillen 10

2 Toetsing aan pakketcriteria **12**
2.1 Pakketcriterium noodzakelijkheid 12
2.1.1 Conclusie noodzakelijk te verzekeren 13
2.1.2 Ziektelast 14
2.1.3 Voorzienbaarheid/gebruikelijkheid 14
2.1.4 Kosten van de zorg 15
2.1.5 Gezondheidsverschillen 16
2.1.6 Vervolgschade 16
2.1.7 Aanwezigheid vangnetconstructies 17
2.2 Pakketcriterium uitvoerbaarheid 19
2.2.1 Conclusie uitvoerbaarheid van zorg 19
2.2.2 Budgetimpact 19

3 ACP-advies **22**

4 Samenvatting consultatiereacties en reactie van het Zorginstituut **25**

5 Conclusie en advies **31**
5.1 Weging van alle argumenten 31
5.2 Conclusie: vergoeden kinderbril uit basispakket niet het juiste instrument 32
5.3 Pakketadvies kinderbrillen 32
5.4 Aanbevelingen om ooggezondheid en kansengelijkheid te bevorderen 32

Bijlage 1 Adviesaanvraag VWS **34**

Bijlage 2 Huidige aanspraak **36**

Bijlage 3 Verslag bijeenkomst partijen 22-01-2026 **39**

Bijlage 4 Overige aspecten van noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid **42**

Bijlage 5 Budgetimpactanalyse **44**

Bijlage 6 Integrale reacties partijen **54**

Colofon **64**

Samenvatting

Dit advies van Zorginstituut Nederland gaat over de vergoeding van kinderbrillen uit het basispakket van de zorgverzekering.

Onderdeel van de beweging naar passende zorg is het maken van scherpe keuzes over welke zorg moet worden opgenomen in het basispakket. Het basispakket geldt voor iedereen en binnen het basispakket kan geen onderscheid gemaakt worden naar inkomen. Het volledig vergoeden van brillen voor *alle* 614.000 kinderen zou leiden tot een aanzienlijke budgetimpact en daarmee tot premiestijging voor alle premiebetalers, terwijl maar een beperkte groep, tussen de drie en tien procent, financiële problemen ervaart bij de aanschaf van een kinderbril. Omdat het een onevenredig grote collectieve investering vraagt om een beperkte groep ouders of verzorgers te helpen adviseert het Zorginstituut de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om de huidige te verzekeren prestaties niet uit te breiden met brillen voor alle kinderen. Het Zorginstituut ziet in de verbetering van bestaande landelijke regelingen dan wel vangnetten een meer passende en meer doelmatige oplossing voor deze groep.

Aanleiding voor advies over vergoeding kinderbrillen
Momenteel worden brillenglazen alleen vergoed uit het basispakket als sprake is van een ernstige oogaandoening bij een kind. Brilmonturen komen altijd voor eigen rekening. Voor de brillenglazen geldt een eigen bijdrage per glas, zodat kinderen met een ernstige oogaandoening alleen de meerkosten ten opzichte van een 'gewone' bril vergoed krijgen. Het aantal kinderen dat een bril nodig heeft, neemt toe. Ouders of verzorgers die onder of net boven de armoedegrens leven, geven aan dat zij een bril voor hun kind vaak moeilijk of niet kunnen betalen. De minister van VWS heeft ons daarom gevraagd advies uit te brengen over de uitbreiding van de huidige aanspraak in het basispakket naar brilmonturen, brillenglazen en contactlenzen voor alle kinderen tot 18 jaar met refractieafwijkingen

Overwegingen vergoeding van kinderbrillen uit het basispakket
Om te bepalen of zorg tot het basispakket kan behoren, toetst het Zorginstituut de zorg aan de vier pakketcriteria: effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. De pakketcriteria worden in samenhang afgewogen. Wij hebben het vergoeden van alle kinderbrillen zorgvuldig getoetst aan deze criteria. Op basis daarvan hebben wij het advies uitgebracht.

De *effectiviteit* en *kosteneffectiviteit* van kinderbrillen staan niet ter discussie. Daarom richten we ons pakketadvies op de pakketcriteria noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid van opname van alle kinderbrillen in het basispakket. Na weging van alle argumenten adviseren we om niet alle kinderbrillen op te nemen in het basispakket.

Volgens de verzekeringsleer is het niet logisch om zorg te verzekeren als de kans groot is dat mensen het nodig hebben en de kosten relatief laag zijn. Maar voor welke zorg geldt dat? Dat is niet onder één noemer te vangen. Het afwegingskader 'noodzakelijk te verzekeren' brengt een aantal overwegingen bijeen.

Het pakketcriterium *noodzakelijkheid* kent twee dimensies: ziektelast en noodzakelijk te verzekeren. Uit de toets van het pakketcriterium 'noodzakelijkheid' komt naar voren dat slechtziendheid als gevolg van een refractieafwijking een veelvoorkomende aandoening is met een zeer lage tot lage ziektelast in vergelijking tot veel andere aandoeningen die bijvoorbeeld levensbedreigend kunnen zijn. De kosten van een kinderbril zijn relatief laag. Voor de meeste ouders vormt het kopen van een kinderbril geen groot financieel probleem. Er is een kleine groep gezinnen, met een inkomen onder of net boven de armoedegrens, die een bril moeilijk kan

betalen. Dit kan bijdragen aan het vergroten van gezondheidsverschillen. Er bestaan echter verschillende regelingen en vangnetten om deze groep te helpen met deze kosten. Hoewel deze om verschillende redenen nu hun doel niet volledig lijken te bereiken, is dit geen reden om te concluderen dat er sprake is van noodzakelijk te verzekeren zorg.

Bij het pakketcriterium *uitvoerbaarheid* gaat het om de vraag of opname van deze hulpmiddelen in het pakket haalbaar en houdbaar is. Uit de toets van het pakketcriterium 'uitvoerbaarheid' komt naar voren dat volledige vergoeding van kinderbrillen uit het basispakket voor *alle* kinderen, leidt tot hoge zorgkosten, mogelijk meer dan € 200 miljoen per jaar. Doordat bijziendheid in de bevolking toeneemt en kinderen steeds vroeger bijziend worden, is de verwachting dat deze kosten de komende jaren verder zullen stijgen. Volledige vergoeding van alle kinderbrillen uit het basispakket zal leiden tot een premiestijging voor alle verzekerden van minimaal € 4,07 (minimum scenario) en maximaal € 17,91 (maximum scenario) per jaar. Dus ook een premiestijging voor de groep die nu al problemen ondervindt bij het betalen van de zorgpremie. In geval van opname in het basispakket krijgt ook de groep die momenteel geen problemen ondervindt met de aanschaf van een bril voor hun kind deze volledig vergoed. Dit omdat het basispakket geen mogelijkheid biedt om te differentiëren op basis van inkomen. Als de bril buiten het basispakket alleen volledig vergoed wordt aan gezinnen met een inkomen onder of net boven de armoedegrens, kost dat naar verwachting tussen € 5 en € 10 miljoen per jaar.

Aanbevelingen voor oplossingen buiten basispakket
Het Zorginstituut adviseert de minister van VWS om de huidige aanspraak op kinderbrillen binnen het basispakket niet verder uit te breiden. Het Zorginstituut ziet in de verbetering van bestaande landelijke regelingen dan wel vangnetten een meer passende en meer doelmatige oplossing voor deze groep.

Hoewel een kinderbril essentieel is voor de ontwikkeling van een kind en een volwaardige deelname aan de maatschappij, is het vanuit maatschappelijk perspectief niet verantwoord om een bril voor alle kinderen volledig te vergoeden. Als alle kinderen een volledige vergoeding krijgen, zijn de kosten voor de samenleving hoog. Als we kiezen voor een oplossing buiten het basispakket van de zorgverzekering, voor alleen de ouders of verzorgers die het niet kunnen betalen, blijven de kosten veel lager. De aanzienlijk lagere kosten in geval van vergoeding voor deze specifieke groep maken het ook mogelijk om maatwerk te leveren. Bijvoorbeeld door ook het montuur en noodzakelijke reparaties te vergoeden, zonder een vorm van eigen bijdrage.

Uit de toets naar de pakketcriteria is naar voren gekomen dat er verschillende regelingen en vangnetten zijn die kunnen helpen in de aanschaf van een kinderbril. Ook komt naar voren dat deze regelingen nog niet optimaal lijken te werken. Ze zijn bijvoorbeeld niet voor iedereen eenvoudig te vinden, niet altijd laagdrempelig toegankelijk, en ze kennen verschillende voorwaarden. Daardoor krijgt niet elk kind dat een bril nodig heeft er ook één. Een betere toegankelijkheid tot een kinderbril voor deze groep kinderen zal bijdragen aan een betere ooggezondheid en meer kansengelijkheid.

Daarom raadt het Zorginstituut ministeries en veldpartijen die hierbij betrokken zijn aan om de regelingen en vangnetten te verbeteren. Daarnaast vraagt het Zorginstituut aandacht voor een goede financiële overbrugging totdat de structurele, toegankelijke en landelijke oplossing is gerealiseerd. Dit is een sterk signaal van de betrokken partijen en de Adviescommissie Pakket (ACP).

Over het pakketadvies
De ACP heeft advies uitgebracht over dit pakketadvies. Ook hebben we bij het opstellen van het pakketadvies de relevante partijen betrokken.

Inleiding

In dit advies geeft Zorginstituut Nederland advies over de eventuele uitbreiding van de huidige aanspraak op brillenglazen voor kinderen. Het gaat om uitbreiding van brillenglazen, brilmonturen en contactlenzen voor alle kinderen tot 18 jaar met refractieafwijkingen. Dit betekent dat een kind niet scherp kan zien, bijvoorbeeld bij lezen of veraf zien. In september 2025 heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het Zorginstituut gevraagd hierover advies uit te brengen.[1] Het advies moet uiterlijk in september 2026 worden aangeleverd bij het ministerie van VWS.

Nederland kent een verplichte basisverzekering waarbij mensen onderling solidair zijn met elkaar: ziek en gezond, oud en jong, arm en rijk. Om ervoor te zorgen dat die solidariteit ook in de toekomst behouden kan blijven, is het belangrijk goed te kijken welke zorg uit het basispakket moet worden vergoed. Het Zorginstituut adviseert hierover. Het uitgangspunt hierbij is dat de zorg die uit het basispakket wordt vergoed zo veel mogelijk gezondheidswinst oplevert voor de totale bevolking tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten. Vanuit dit uitgangspunt heeft het Zorginstituut onderzocht of de huidige vergoeding van de kinderbril uit het basispakket moet worden uitgebreid.

Advies

De conclusie van het Zorginstituut is dat alle kinderen die het nodig hebben een bril moeten krijgen, maar dat vergoeding uit het basispakket van de zorgverzekering hiervoor niet het juiste instrument is. Omdat slechts een beperkte inkomensgroep problemen ervaart bij de aanschaf van een kinderbril, is het vanuit maatschappelijk perspectief niet verantwoord om een bril voor alle kinderen te volledige vergoeden, vanwege de aanzienlijke budgetimpact en premiestijging voor iedere belastingbetaler. Het Zorginstituut adviseert daarom in dit pakketadvies om de huidige vergoedingssystematiek niet verder uit te breiden. Bij de invoering van het basispakket in 2006 was het principiële uitgangspunt: dezelfde dekking voor iedereen, ongeacht leeftijd, inkomenspositie of gezondheidssituatie. Dit betekent dat bij eventuele opname in het basispakket alle kinderen de bril vergoed krijgen. Dat brengt een aanzienlijke budgetimpact met zich mee. Oftewel: het zou leiden tot een grote stijging van de totale zorgkosten in Nederland.

Het Zorginstituut ziet het verbeteren van de bestaande landelijke regelingen dan wel vangnetten als een meer passende en meer doelmatige oplossing. Wij doen daarvoor een aantal aanbevelingen, zoals het verbeteren van de bekendheid, vindbaarheid en toegankelijkheid. Ook vragen we aandacht voor een goede financiële overbrugging totdat de structurele, toegankelijke en landelijke oplossing is gerealiseerd. Dit is een sterk signaal van alle betrokken partijen en de ACP.

Huidige aanspraak kinderbrillen

Op dit moment komen brillen niet in aanmerking voor vergoeding uit het basispakket. Dit geldt voor zowel de brillenglazen als het brilmontuur. Hierop is een uitzondering voor kinderen jonger dan 18 jaar bij enkele medische indicaties. Zij kunnen brillenglazen of filterglazen voor een deel vergoed krijgen, op voorwaarde dat ze voldoen aan een van de omschreven criteria. Bij de genoemde uitzondering geldt voor brillenglazen een eigen bijdrage van € 66 per brillenglas, met een maximum van € 132 per kalenderjaar.[2] Brillenglazen voor andere indicaties komen voor eigen rekening. Brilmonturen worden nooit vergoed uit het basispakket.

Aanleiding: veldpartijen signaleren kinderbrilarmoede

Stichting VISION 2020 Netherlands signaleerde in 2024 groeiende zorgen in het veld over de toegankelijkheid van oogzorg. In 2024 stuurden drie beroepsverenigingen, een patiëntenvereniging en VISION 2020 Netherlands een brief met de resultaten van een landelijke

[1] Bijlage 1.
[2] Bijlage 2, Hulpmiddelen voor blinden en slechtzienden (visuele hulpmiddelen) (Zvw) | Zorginstituut Nederland en artikel 2.13 van de Regeling zorgverzekering. De getallen van de eigen bijdrage zijn op basis van verzekeringsjaar 2026.

enquête over kinderbrilarmoede[3] naar het ministerie van VWS.[4] In deze brief geven zij aan dat naar schatting 550.000 kinderen in Nederland een bril nodig hebben. Van deze kinderen leeft volgens hen 5,1% in armoede, en hebben de ouders of verzorgers van ongeveer 28.000 kinderen moeite met de aanschaf van een bril, terwijl ze die wel nodig hebben. Deze maatschappelijke aandacht leidde tot een motie in 2025 van de Tweede Kamerleden Dijk en Bushoff, waarin werd opgeroepen om kinderbrillen tijdelijk te vergoeden totdat een structurele oplossing is gevonden.[5] Ook schreef het Amsterdam UMC, in opdracht van het ministerie van VWS, samen met partijen in de zorg het rapport 'kinderbrilarmoede'.[6]

Zorginstituut stelt alvast een kostenanalyse op

Op verzoek van het ministerie van VWS heeft het Zorginstituut in 2025 een kostenanalyse opgesteld voor opname van kinderbrillen in het basispakket voor alle indicaties. Op basis van de toen beschikbare cijfers kwam het Zorginstituut tot de conclusie dat de kosten voor opname voor kinderbrillen in het basispakket tussen de € 3,3 en € 232 miljoen liggen.[7] Voor dit huidige advies hebben we ook een kostenanalyse opgesteld, in dit advies budgetimpactanalyse genoemd Deze cijfers wijken iets af van de kostenanalyse van 2025, mede door een update van enkele cijfers.[8]

Verzoek van ministerie van VWS aan Zorginstituut om pakketadvies

Het ministerie van VWS heeft het Zorginstituut eind 2025 gevraagd om advies uit te brengen over opname van brillenglazen, monturen en contactlenzen in het basispakket voor kinderen (van 0-18 jaar) met refractieafwijkingen.[1] In het verzoek van VWS staan de volgende uitgangspunten:

- Indien van toepassing wordt er in het advies onderscheid gemaakt tussen leeftijdsgroepen en refractieafwijkingen en de ontwikkeling van refractieafwijkingen bij minderjarigen.
- Voor het berekenen van de budgetimpact worden brillenglazen, brilmonturen en contactlenzen zowel apart als gezamenlijk meegenomen. Daarbij worden scenario's weergegeven met en zonder eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen.
- Volgens de opdracht die het Zorginstituut in het kader van het VWS-programma 'Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket' (VVTB) heeft ontvangen, expliciteert het Zorginstituut in het advies ook de maatschappelijke aspecten die zijn meegewogen.
- Het ministerie van VWS verzoekt het Zorginstituut om bij de totstandkoming van het advies de Low Vision Research onderzoeksgroep van het Amsterdam UMC te betrekken.

Zorginstituut organiseert bijeenkomst met partijen

Als onderdeel van de aanpak van dit adviestraject organiseerde het Zorginstituut op 22 januari 2026 een bijeenkomst voor belanghebbende partijen. Het doel hiervan was om partijen te informeren over de totstandkoming van een pakketadvies van het Zorginstituut. Wij hebben toegelicht hoe een pakketadvies tot stand komt en welke aspecten we daarbij meewegen. Ook hebben we tijdens deze bijeenkomst met partijen de voor- en nadelen van verschillende vergoedingsmethoden besproken. De uitkomsten van de bijeenkomst zijn verwerkt in dit advies.[9]

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 beschrijven wij de aanspraak op kinderbrillen en eerdere pakketadviezen hierover. Ook geven we relevante achtergrondinformatie voor dit advies. In hoofdstuk 2 toetsen wij het verzoek aan de pakketcriteria noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Ook leggen wij uit waarom wij tot de conclusie komen dat vergoeding uit het basispakket van de zorgverzekering niet passend is. Hoofdstuk 3 bevat de reactie van de Adviescommissie Pakket (ACP). In hoofdstuk 4 staan de reacties van partijen. In hoofdstuk 5 vatten we ons advies samen in de conclusie.

[3] Brilarmoede betekent dat ouders of verzorgers in armoede kinderbrillen niet uit eigen middelen kunnen betalen.
[4] https://www.vision2020.nl/brilarmoede-kinderen/.
[5] Herziening Zorgstelsel | Tweede Kamer der Staten-Generaal.
[6] Kinderbrilarmoede | Rapport | Rijksoverheid.nl.
[7] Afhankelijk of de vergoeding bestaat uit een volledige bril of alleen brillenglazen en er wel of geen sprake is van een eigen bijdrage per brillenglas.
[8] Zie paragraaf 2.2.2 van dit advies.
[9] Zie bijlage 3 voor deelnemende partijen en het volledige verslag van de bijeenkomst.

1 Achtergrondinformatie

In dit hoofdstuk geven we achtergrondinformatie. Ten eerste verwijzen we naar de huidige aanspraak op brillenglazen en de achtergrond van de huidige vergoeding. Daarna zetten we uiteen welke refractieafwijkingen voor kunnen komen bij kinderen, welke mogelijkheden er zijn voor behandeling en preventie, de interventies die mogelijk zijn. Ook geven we kort informatie over het aanmeten van brillenglazen.

1.1 Beperkte vergoeding brillenglazen

Op dit moment kunnen op grond van de *Regeling zorgverzekering* (Rzv) alleen kinderen onder de 18 jaar onder bepaalde voorwaarden aanspraak maken op de vergoeding van contactlenzen en brillenglazen.[10] De vergoeding uit het basispakket omvat alleen contactlenzen en brillenglazen. Brilmonturen komen niet in aanmerking voor vergoeding uit het basispakket en zijn altijd voor eigen rekening.

1.2 Historie

In 2008 en 2012 heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ), de rechtsvoorganger van het Zorginstituut, ook geadviseerd over de vergoeding van brillenglazen uit het basispakket.

In 2008 concludeerde het CVZ dat het financieel niet haalbaar was om brillen en contactlenzen zonder beperkingen voor alle verzekerden, dus volwassenen en kinderen, in het basispakket op te nemen. Voor een overgrote meerderheid van de bevolking (67%) is het immers zeker dat mensen vroeg of laat een bril nodig hebben. Een beroep op het solidariteitsbeginsel, waarbij alle verzekerden meebetalen aan de kosten van een relatief kleine groep verzekerden, was daarom niet aan de orde. Opname van brillen en contactlenzen zonder beperkingen voor alle verzekerden zou een dusdanige grote impact op de hoogte van de premie hebben, dat verzekeren in feite geen nut had.

Het CVZ concludeerde daarom dat de financiële haalbaarheid en houdbaarheid in het geding kwamen en was daarom van oordeel dat een dergelijk instroomadvies voor de hele groep de toets aan het pakketprincipe uitvoerbaarheid niet kon doorstaan. Daarom bleef het noodzakelijk om de te verzekeren prestatie te beperken. De aanspraak werd beperkt tot contactlenzen voor enkele medische indicaties, waarbij met contactlenzen in principe een betere correctie te bewerkstelligen is dan met een bril. Het CVZ vond dat het rechtvaardig zou zijn dat mensen met een medische indicatie voor contactlenzen in gelijke mate aan hun hulpmiddelen moeten bijdragen als mensen zonder een dergelijke indicatie. Om die reden werd een eigen bijdrage per contactlens ingevoerd.

1.2.1 Brillenglazen voor kinderen onder voorwaarden wel vergoed

In 2012 heeft het CVZ op verzoek van de minister van VWS verkend of een uitbreiding van de vergoeding mogelijk was speciaal voor kinderen met een medische indicatie voor contactlenzen, bij wie om praktische redenen vaak de voorkeur wordt gegeven aan een bril. Brillenglazen voor kinderen die voldeden aan een van de zorginhoudelijke criteria voor contactlenzen maar de voorkeur gaven aan een bril, kwamen namelijk niet in aanmerking voor vergoeding.

Het CVZ kwam tot de conclusie dat een vergoedingsregeling voor deze uitzonderingscategorie te onderbouwen en uitvoerbaar was. Het voorstel van het CVZ hield in dat een medisch noodzakelijke vervangende aanschaf van brillenglazen binnen een termijn van 12 maanden bij bepaalde ernstige oogaandoeningen voor vergoeding in aanmerking kwam. Om een vervangingsregeling voor brillenglazen beheersbaar te houden, vond het CVZ het gewenst een dergelijke regeling te koppelen aan strikte voorwaarden. Het CVZ vond vergoeding van vervangende brillenglazen op zijn plaats bij dezelfde indicaties zoals die gelden voor de vergoeding van lenzen. Het CVZ vond echter dat de vervangingsregeling ook van toepassing zou moeten zijn bij enkele andere ernstige oogaandoeningen.

[10] Artikel 2.6 f jo. 2.13 van de Rzv en Bijlage 2.

1.2.2 Eigen bijdrage in plaats van vervangingsregeling

Sinds 2013 is het basispakket op deze punten uitgebreid. In plaats van een vervangingsregeling heeft de minister gekozen voor een eigen bijdrage per glas. Er geldt een eigen bijdrage omdat het CVZ van opvatting was dat het niet onrechtvaardig is dat mensen met een medische indicatie voor contactlenzen en brillenglazen in gelijke mate aan hun hulpmiddelen moeten bijdragen als mensen zonder een dergelijke indicatie. Immers het overgrote deel van de bril- en lensdragenden ontvangt geen tegemoetkoming voor de aanschaf van de benodigde hulpmiddelen uit het basispakket, terwijl deze brillen en contactlenzen evengoed noodzakelijk zijn. De Adviescommissie Pakket (ACP) kon zich in het advies vinden, omdat het een kleine groep betrof die door de ernst van de oogaandoening voor hogere kosten komt te staan dan gebruikelijk. De ACP vond daarom voor deze kleine groep een beroep op het solidariteitsbeginsel verdedigbaar.

1.3 Refractieafwijkingen bij kinderen[11]

In de volgende sub-paragrafen beschrijven we om hoeveel kinderen het gaat en welke refractieafwijkingen er zijn.

1.3.1 Refractieafwijkingen bij kinderen komen steeds vaker voor

Wereldwijd is sprake van toenemende slechtziendheid op steeds jongere leeftijd onder kinderen. Ook in Nederland. Het Zorginstituut schat in dat er in Nederland 614.000 kinderen van 0 tot en met 17 jaar refractieafwijkingen hebben waarvoor een bril of contactlenzen nodig is (zie bijlage 5).

De bijziendheid (myopie: scherp zien dichtbij, maar wazig zien van veraf) in de bevolking neemt toe. Bij de zestigers, veertigers en twintigers komt bijziendheid voor in respectievelijk 25%, 33% en 50% van de bevolking. In Aziatische landen liggen de percentages nog hoger: 60 jaar geleden was 10-20% van de bevolking in China bijziend. Nu heeft 90% van de tieners en jongvolwassenen myopie die gecorrigeerd moet worden. Oogartsen hebben Azië dan ook als schrikbeeld. Dit komt door intensief schermgebruik, maar ook door lange schooldagen en veel huiswerk. Kinderen zijn ook steeds vroeger bijziend, al vanaf 6 jaar. De oogafwijking is ook vaak sterker dan vijftig jaar geleden.[12]

1.3.2 Verschillende refractieafwijkingen bij kinderen

Bij de normale ontwikkeling van de ogen bij kinderen groeit de oogaslengte uit tot een vrijwel optimale lengte, zodat het kind nabij en veraf scherp kan zien. De oogaslengte is de afstand van de voorkant tot de achterkant van het oog.

Bij *hypermetropie* (verziendheid) zie je wazig van dichtbij en zie je veraf wel scherp. Baby's worden verziend geboren. Bij vrijwel alle kinderen corrigeert dit tijdens de kinderjaren door de groei van het oog, maar niet bij alle kinderen. Het percentage kinderen met hypermetropie is 8,5%. Door de groei van het oog in de kinderjaren wordt de hypermetropie in de meeste gevallen wel minder. Er kunnen echter redenen zijn waardoor de verziendheid toch toeneemt, bijvoorbeeld bij een vertraagde of afwijkende groei van het oog door een genetische aandoening of syndroom. Verziendheid kan ook toenemen door veranderingen in de lens of de kromming van het hoornvlies.

Bij *myopie* (bijziendheid) zie je scherp van dichtbij, maar wazig van veraf. Normaal groeit de oogaslengte tot de optimale lengte. Bij myopie groeit de oogas te ver door, waardoor het brandpunt vóór het netvlies valt. Myopie kan ook optreden doordat het optisch systeem, oftewel de lens en het hoornvlies, te sterk breekt. Myopie begint meestal op de leeftijd van 6 tot 10 jaar en neemt toe tijdens het volwassen worden. Hoe eerder myopie begint en hoe sterker deze aanwezig is, hoe groter de kans op oogproblemen. Bijvoorbeeld netvliesloslating, blindheid en maculadegeneratie op latere leeftijd. Factoren die bijdragen aan het ontstaan van myopie zijn minder blootstelling aan buitenlicht, intensieve nabije activiteiten, het continu dichtbij kijken bij lezen en schermgebruik, genetische aanleg en stedelijke omgeving, gerelateerd aan minder visuele variatie en tijd dat kinderen buiten zijn.

[11] Zie voor een meer uitgebreide uitleg hoofdstukken 3 en 4 van Kinderbrilarmoede | Rapport | Rijksoverheid.nl.
[12] Bijziendheid (myopie): min / negatieve glazen - Oogartsen.nl

Bij *astigmatisme* valt het licht niet gebundeld op het netvlies door ongelijkmatige kromming van de lens of het hoornvlies, waardoor je onscherp ziet. Hiervoor is een cilindercorrectie noodzakelijk. Astigmatisme kan voorkomen bij myopie en hypermetropie, maar ook zonder dat sprake is van myopie of hypermetropie. Dat heet 'puur astigmatisme'.

1.4 Behandeling en preventie van refractieafwijkingen

Een bril of contactlenzen zijn voornamelijk bedoeld om een hypermetropie, myopie en astigmatisme te corrigeren, maar kunnen deze niet genezen.[13] Er zijn diverse adviezen, behandelingen en hulpmiddelen die het verergeren van refractieafwijkingen en met name myopie bij kinderen mogelijk kunnen afremmen. In de volgende paragrafen lichten we er een aantal toe.

1.4.1 Leefstijladviezen

Ten eerste zijn er leefstijladviezen die kunnen dienen om van myopie te voorkomen of af te remmen. Er is bijvoorbeeld de 20-20-2-regel. Deze houdt in: na 20 minuten dichtbij kijken 20 seconden in de verte kijken en minstens 2 uur per dag buitenspelen. Dat is een preventieve leefstijlinterventie die breed wordt ondersteund en gedragen door het Oogfonds en jeugdartsen.

1.4.2 Farmacologische interventies

Kinderen met hoge, en mogelijk snel toenemende myopie kunnen onder behandeling van de oogarts gebruikmaken van atropine oogdruppels. De toepassing van een lage dosis atropine oogdruppels (0,01-0,05%) is internationaal de meest onderzochte methode voor het afremmen van ernstige myopieprogressie. De bijwerkingen zijn beperkt, voorspelbaar en omkeerbaar. Hogere concentraties atropine zijn mogelijk effectiever, maar geven relatief meer bijwerkingen. De behandeling met atropine oogdruppels duurt enkele jaren en eindigt wanneer de myopie twee jaar stabiel is gebleven. Een hoge dosering van atropine oogdruppels kan als bijwerking hebben dat kinderen ook van dichtbij wazig gaan zien en wat lichtgevoeliger worden. Een multifocale bril met eventueel meekleurende glazen kan dan nodig zijn voor de duur van de behandeling.[14]

De aanspraak op meekleurende of multifocale brillenglazen in deze situatie is geen onderdeel uit van dit advies. Het Zorginstituut is gestart met een screening van deze specifieke behandeling en bijbehorende brillenglazen. Een screening houdt in dat we gaan kijken of dit onderwerp zich leent voor een beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk dan wel een van onze andere instrumenten. Wanneer hier meer duidelijkheid over is, zal het Zorginstituut contact opnemen met de relevante partijen.

1.4.3 Optische interventies

Sinds een paar jaar zijn er ook nieuwe optische hulpmiddelen, oftewel brillenglazen en contactlenzen te verkrijgen met de claim dat ze de toename van myopie kunnen afremmen. Deze brillenglazen en contactlenzen zijn vaak duurder dan gewone brillenglazen en contactlenzen. Ook deze zogeheten myopieremmende brillenglazen en contactlenzen zijn geen onderdeel van dit advies. Ook hiervoor geldt dat het Zorginstituut een screening gaat uitvoeren.

1.5 Aanmeten en vergoeding van het aanmeten van brillen

Vanuit de jeugdgezondheidszorg zijn over het algemeen op meerdere momenten oogmetingen:
- Op de leeftijd van jonger dan 3 jaar wanneer daar een indicatie voor is.
- Standaard op de leeftijd van 42-48 maanden.
- Standaard op de leeftijd van 54-66 maanden, doorgaans groep 2 van de basisschool.[15]

Deze werkwijze is vastgelegd in landelijke richtlijnen van de jeugdgezondheidszorg en wordt in heel Nederland gelijk toegepast. Dit draagt bij aan kansengelijkheid, omdat alle kinderen worden gescreend op dezelfde momenten en met dezelfde methoden.

[13] Zie voor een uitgebreide uitleg bij welke refractieafwijking een bril/contactlens nodig is paragraaf 3.2 van het *Rapport Kinderbrilarmoede*, Amsterdam UMC, 2026.
[14] https://www.lumc.nl/afdelingen/oogheelkunde/diagnoses-en-behandelingen/behandeling-van-bijziendheid-met-atropine-oogdruppels.
[15] Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, JGZ-richtlijn *Opsporen oogafwijkingen*.

Na de screeningsmomenten vanuit de jeugdgezondheidszorg kunnen ouders of verzorgers van jonge kinderen bij een vermoeden van slechtziendheid via de huisarts worden doorverwezen naar de orthoptist in het ziekenhuis. In dat geval wordt een oogmeting vergoed uit het basispakket.

Ook opticiens kunnen oogmetingen uitvoeren bij kinderen vanaf 10 jaar.[16] Hieraan kunnen kosten zijn verbonden voor ouders of verzorgers. In het algemeen is een oogmeting bij een optiekbedrijf gratis als de bril daar ook wordt gekocht.

[16] Zie notitie van ANVC, NUVO OVN Oogzorg in het optiekbedrijf, maart 2021.

2 Toetsing aan pakketcriteria

We hebben in Nederland een solidair zorgstelsel. Iedereen die hier woont en werkt, betaalt een verplichte zorgpremie. Zo betalen alle mensen mee aan de zorgkosten die uit het basispakket worden vergoed: rijk en arm, jong en oud, gezond en ziek. Het basispakket van de zorgverzekering is gelijk voor iedereen.

Een van de taken van het Zorginstituut is het gevraagd of ongevraagd adviseren van de minister van VWS over de samenstelling van het basispakket. Dat noemen we pakketbeheer. Daarmee zorgen we ervoor dat inwoners van Nederland kunnen blijven rekenen op een breed basispakket van goede, betaalbare en toegankelijke zorg, nu en in de toekomst.

Om te bepalen of zorg tot het basispakket behoort of moet gaan behoren, toetst het Zorginstituut de zorg aan de vier pakketcriteria: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Het criterium effectiviteit heet in de wet- en regelgeving 'stand van de wetenschap en praktijk' (SWP). Dit is het enige pakketcriterium met een *knock-out* karakter. Oftewel: zorg die niet voldoet aan SWP zit niet in het basispakket. Met het criterium SWP bepaalt het Zorginstituut of zorg in voldoende mate bewezen effectief is. Als een behandeling voor een groep patiënten niet bewezen effectief is, valt de behandeling niet onder het basispakket. Pas als de effectiviteit, dus SWP, is vastgesteld, is toetsing aan de drie andere criteria aan de orde.

Voor het Zorginstituut staan de effectiviteit en de kosteneffectiviteit van kinderbrillen niet ter discussie. Het mag duidelijk zijn dat een bril een zeer effectief hulpmiddel is om refractieafwijkingen te corrigeren. Daarnaast is er gezien de relatief geringe kosten geen reden om aan te nemen dat er sprake is van zorg met een ongunstige kosteneffectiviteit. Daarom hebben wij voor dit pakketadvies geen beoordeling van de effectiviteit en kosteneffectiviteit gedaan. We hebben de kinderbril wel getoetst aan de pakketcriteria noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid, omdat we die voor dit pakketadvies het meest relevant vinden. Daarbij gaan we uit van brillenglazen, brilmonturen en contactlenzen, ongeacht de leeftijd of de refractieafwijking. Overal waar wordt gesproken over kinderbrillen, bedoelen we brillenglazen, brilmonturen en contactlenzen. Alleen waar het relevant is, maken we een onderscheid.

2.1 Pakketcriterium noodzakelijkheid

Volgens de verzekeringsleer is het niet logisch om gebeurtenissen te verzekeren waarbij een grote kans bestaat dat zij zich voordoen en waarvan de financiële consequenties voor burgers relatief gering zijn. Het is dus logisch en verdedigbaar om bepaalde zorg te beschouwen als niet noodzakelijk te verzekeren. Maar voor welke zorg geldt dat? Het Zorginstituut vindt dat dit niet onder één noemer te vangen is, maar brengt in het *Afwegingskader noodzakelijk te verzekeren zorg*[17] een aantal overwegingen bijeen. Het pakketcriterium noodzakelijkheid kent twee dimensies: ziektelast en noodzakelijk te verzekeren. De ziektelast geeft een indruk van de ernst van een aandoening of beperking voor een gemiddelde patiënt. Bij noodzakelijk te verzekeren kijken we of het noodzakelijk is om, in geval van een lage ziektelast, de behandeling uit het basispakket te vergoeden. Het criterium noodzakelijk te verzekeren richt zich vooral op de vraag waar de ondergrens ligt van wat we als maatschappij willen betalen. Waar ligt de balans tussen de collectieve en de individuele verantwoordelijkheid voor het dragen van zorgkosten voor aandoeningen waarvan ziektelast en kosten van de behandeling doorgaans relatief beperkt zijn?

Daarbij is een aantal aspecten relevant, niet alleen voor de individuele verzekerde maar ook voor de samenleving als geheel. Wat de verzekerde betreft kijken we naar de mate waarin een bepaalde situatie is te voorzien, de kosten waarvoor iemand in dat geval komt te staan, de therapietrouw en mogelijke vervolgschade. Op het niveau van de samenleving en het systeem kijken we naar de mogelijke impact op gezondheidsverschillen en naar de aanwezigheid van vangnetconstructies. Met vangnetconstructies bedoelen we landelijk toegankelijke regelingen die lokaal, bijvoorbeeld via gemeenten, of centraal via een landelijk dekkend fonds of instituut kunnen worden uitgevoerd.

[17] Zorginstituut Nederland, Afwegingskader noodzakelijk te verzekeren zorg, 2023.

Voor een toelichting verwijzen we naar het *Afwegingskader noodzakelijk te verzekeren zorg* dat het Zorginstituut heeft gepubliceerd.[18] In de volgende sub paragrafen lopen we alle aspecten langs die relevant zijn voor de weging van dit advies:

- ziektelast;
- voorzienbaarheid/gebruikelijkheid;
- kosten van zorg;
- gezondheidsverschillen;
- vervolgschade;
- aanwezigheid vangnetconstructies.

De toetsing van overige aspecten, namelijk substitutie van zorg, therapietrouw en systeemeffecten, zijn opgenomen in bijlage 4. In deze bijlage lichten we ook de voorzienbaarheid en gebruikelijkheid nader toe.

2.1.1 Conclusie noodzakelijk te verzekeren

Afweging	Uitkomst beoordeling noodzakelijk te verzekeren
Ziektelast	Zeer laag tot laag. Lichte, milde en matige slechtziendheid kent een zeer lage ziektelast in vergelijking tot veel andere aandoeningen die bijvoorbeeld levensbedreigend kunnen zijn. Bij ernstige slechtziendheid is er sprake van een lage ziektelast.
Voorzienbaarheid/gebruikelijkheid	Slechtziendheid als gevolg van een refractieafwijking is een veelvoorkomende aandoening.
Kosten van zorg	Een gemiddelde kinderbril kost tussen de € 194 en € 369. De kosten van een eenvoudige kinderbril liggen naar verwachting meestal aan de onderkant van deze range.
Gezondheidsverschillen	Het is aannemelijk dat het niet dragen van een bril, bijvoorbeeld door onvoldoende financiële middelen, kan bijdragen aan kansenongelijkheid, omdat slecht kunnen zien iemands leerprestaties, ontwikkeling en ontwikkelkansen kan beïnvloeden.
Vervolgschade	De vervolgschade van het niet dragen van een bril is meestal beperkt tot lichamelijke klachten, zoals hoofdpijn en branderige of vermoeide ogen.
Vangnetconstructie	Er zijn landelijke en regionale vangnetten aanwezig, maar deze lijken op dit moment om verschillende redenen hun doel niet altijd te bereiken.
De overige aspecten van noodzakelijk te verzekeren, die in deze beoordeling niet of nauwelijks een rol in de weging spelen, staan nader toegelicht in bijlage 4.	

Kijkend naar de verschillende aspecten van noodzakelijk te verzekeren, concludeert het Zorginstituut dat er geen sprake is van noodzakelijk te verzekeren zorg. Het is duidelijk dat een kinderbril een basisvoorziening is voor participatie aan de maatschappij en de ontwikkeling van een kind. Het is aannemelijk dat het niet dragen van een bril, bijvoorbeeld door onvoldoende financiële middelen, kan bijdragen aan kansenongelijkheid, omdat slecht kunnen zien iemands leerprestaties, ontwikkeling en ontwikkelkansen kan beïnvloeden. Aan de andere kant is slechtziendheid als gevolg van een refractieafwijking een veelvoorkomende aandoening, zijn de kosten van een kinderbril relatief gering en is de ziektelast zeer laag tot laag in vergelijking tot veel andere aandoeningen die bijvoorbeeld levensbedreigend kunnen zijn. Hoewel de kosten zeker bij jaarlijkse vervanging aanzienlijk kunnen zijn voor ouders of verzorgers die over

[18] Zorginstituut Nederland, Afwegingskader noodzakelijk te verzekeren zorg, 2023.

onvoldoende financiële middelen beschikken, leidt de aanschaf van een kinderbril voor het overgrote deel van de ouders of verzorgers niet tot (grote) financiële problemen. Voor de groep mensen die onvoldoende financiële middelen heeft, zijn er vangnetconstructies beschikbaar.

Hoewel die vangnetconstructies om verschillende redenen nu hun doel niet altijd volledig lijken te bereiken, is dit geen reden om te concluderen dat er sprake is van noodzakelijk te verzekeren zorg. Hieronder gaan wij nader in op de aspecten van het pakketcriterium 'noodzakelijkheid' die relevant zijn voor dit pakketadvies.

2.1.2 Ziektelast

Hoewel ziektelast – de ervaren ernst van een ziekte – op zich een subjectief begrip is, bestaan er wetenschappelijke methoden om de ziektelast te bepalen. Dat gebeurt door groepen mensen (patiënten, niet-patiënten en zorgprofessionals) te vragen hoe zij de ernst van een ziekte waarderen. Zo wordt de gemiddelde ziektelast van een aandoening bepaald. Het Zorginstituut gebruikt daarbij de zogenaamde *proportional shortfall*-methode. Hierbij wordt het aantal jaren en/of de kwaliteit van leven die iemand verliest door een aandoening uitgedrukt als fractie van het aantal jaren dat de patiënt zou hebben in afwezigheid van deze aandoening. Dat resulteert in een waarde tussen de 0 en de 1. Hoe dichter bij de 1, hoe hoger de ziektelast.[19] We spreken van:

- zeer lage ziektelast bij een waarde tussen de 0 en 0,1;
- lage ziektelast bij een waarde tussen de 0,1 en 0,4;
- matige ziektelast bij een waarde tussen de 0,41 en 0,7;
- hoge ziektelast bij een waarde tussen de 0,71 en 1.

Behandelingen voor patiënten met een ziektelast tussen de 0,0 en 0,1 komen in principe niet in aanmerking voor vergoeding uit het basispakket. Hoewel slechtziendheid voor een individueel persoon een belangrijke impact op het leven kan hebben, is de ziektelast zeer laag tot laag in vergelijking met veel andere aandoeningen die bijvoorbeeld levensbedreigend kunnen zijn. Dat komt doordat slechtziendheid doorgaans niet leidt tot een verlies aan levensjaren, maar vooral bestaat uit verlies van kwaliteit van leven.

Omdat we geen ziektelastgegevens specifiek voor kinderen hebben gevonden, baseren we ons op de beschikbare gegevens voor volwassenen uit de *Global Burden of Disease* (GBD). Dit is een database van vele wereldwijde studies naar de mortaliteit en beperkingen door ziekte. Hierin wordt gebruik gemaakt van *disability weights*, waarbij 0 staat voor volledige gezondheid en 1 gelijkstaat aan overlijden. Dit komt overeen met de methode die het Zorginstituut gebruikt om de ziektelast berekenen. De disability-scores bij slechtziendheid lopen van 0,007 (95% Uncertainty Interval (UI) 0,003-0,012) voor milde beperking van visie op afstand; 0,021 (95% UI 0,013-0,031) voor matige beperking van visie op afstand; 0,132 (95% UI 0,090-0,187) voor ernstige beperking van visie op afstand; 0,145 (95% UI 0,097-0,212) voor blindheid en 0,008 (95% UI 0,004-0,013) beperking in het dichtbij zien.[20,21] Brillenglazen voor kinderen worden al vergoed uit de basisverzekering voor een aantal vormen van ernstige oogaandoeningen, waaronder refractieafwijkingen van tenminste -6D, +10D of zuivere accommodatieve esotropie. Dit laatste is een vorm van scheelzien.

2.1.3 Voorzienbaarheid/gebruikelijkheid

Een groot deel van de Nederlandse bevolking is of wordt met de jaren bijziend of verziend. In 2022 droeg volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)[22] 62 procent van de Nederlandse bevolking ouder dan vier jaar weleens een bril. Twaalf procent gaf aan lenzen te dragen, al dan niet in combinatie met een bril. Ongeveer 19 procent van de kinderen van 0 tot en met 17 jaar heeft een refractieafwijking waardoor een bril is aangewezen. Rond de leeftijd van 16-17 jaar heeft 21,4 procent van de 16-jarigen hypermetropie en 28,5 procent myopie.[6] Het dragen van een bril komt dus veel voor.

[19] Zorginstituut Nederland, *Ziektelast in de praktijk*, 2018.
[20] The *Lancet Global Health* Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020, Burton, Matthew J et al. The Lancet Global Health, Volume 9, Issue 4, e489 - e551
[21] https://link.springer.com/article/10.1186/s12963-024-00342-0
[22] CBS, 62 procent bevolking draagt weleens een bril.

2.1.4 Kosten van de zorg

Bij het aspect kosten van de zorg gaat het om de vraag wat op jaarbasis de kosten zijn van de behandeling voor het individu en of die kosten eenmalig of structureel zijn. Wanneer de kosten relatief laag zijn, kunnen die voor eigen rekening van de verzekerde komen.

2.1.4.1 Kosten van brillenglazen, monturen en contactlenzen

De Nederlandse Unie Van Optiekbedrijven (NUVO) heeft een indicatie van de kosten gegeven in het rapport *Kinderbrilarmoede* (zie hoofdstuk 5). De basisprijs van een glas is ongeveer € 75 , met een bandbreedte van € 30 tot € 280. Gemiddelde prijzen zijn afhankelijk van de benodigde sterkte en wensen. In het rapport *Kinderbrilarmoede* staan voor de verschillende soorten glazen de volgende prijzen:

- Een glas met lage sterkte (-2D/+2D) kost per standaardglas tussen de € 30 en € 80.
- Een glas met middelsterkte (min of plus 2D/6D) kost per standaardglas tussen de € 50 en € 120.
- Een glas met hoge sterkte (boven de -6D/+6D) kost afhankelijk van het type glas tussen de € 80 en € 200. Deze glazen moeten dunner en lichter worden gemaakt om ze draagbaar te houden.
- Een cilinderglas bij astigmatisme kost per glas € 20 tot € 80 meer dan een 'gewoon' glas.

De basisverkoopprijzen voor monturen zijn ongeveer € 100, maar kunnen oplopen tot € 175, ook afhankelijk van wensen, bijvoorbeeld het merk. Veel optiekzaken hebben hun eigen aanbiedingen en abonnementen met een grote prijsvariatie.

Voor contactlenzen, waarbij we zijn uitgegaan van maandlenzen inclusief lenzenvloeistof, liggen de jaarlijkse kosten naar schatting gemiddeld tussen de € 100 en € 200 Uit het Ipsos I&O-onderzoek, dat staat beschreven in het rapport *Kinderbrilarmoede*, komt naar voren dat ouders of verzorgers gemiddeld € 274 voor een kinderbril betaalden en € 271 voor contactlenzen.

2.1.4.2 Gemiddelde gebruiksduur brillen

Een bril inclusief montuur gaat gemiddeld ruim drie jaar mee.[23,24] De gebruiksduur varieert gemiddeld tussen de 2 en 4 jaar.[25] Het is aannemelijk dat kinderbrillen vaker vervangen moeten worden dan brillen voor volwassenen, mede door de groei van het oog en/of het hoofd. Het hoornvlies (de *cornea*) ondergaat de grootste verandering in de eerste twee levensjaren en de lens in de eerste tien jaar. De aslengte groeit normaliter tot een leeftijd van 15 jaar, maar bij bijziende jongvolwassenen kan deze doorgroeien tot een leeftijd van 20-25 jaar. De snelheid waarmee het oog groeit is het hoogst tot de leeftijd van 10 jaar en neemt daarna af.[26] De diagnose hypermetropie wordt vaak op relatief jonge leeftijd gesteld en is vanaf een jaar of 12 redelijk stabiel. De diagnose myopie wordt vaak tussen de 6 en 10 jaar gesteld.

Uit een enquête onder 220 orthoptisten volgt dat een kind met hypermetropie jaarlijks een nieuwe bril nodig heeft en een kind met myopie om de acht maanden. Een cilinderbril moet, afhankelijk van de sterkte, gemiddeld om de 1,5 jaar worden vervangen. Het Zorginstituut verwacht dat de vervangingsfrequentie van een bril over de hele periode dat een kind een bril draagt, in de praktijk gemiddeld lager zal liggen omdat het oog niet altijd even snel groeit, meer in de richting van één keer per twee jaar.

2.1.4.3 Gemiddelde kosten van een complete bril en contactlenzen

In de budgetimpactanalyse (BIA) hebben we ook de gemiddelde kosten van een bril berekend met en zonder montuur[27], gecorrigeerd voor hoe vaak bepaalde refractieafwijkingen gemiddeld voorkomen bij kinderen in Nederland en daarmee voor de sterkte van de glazen (zie bijlage 5). Ook hebben we gecorrigeerd voor het aantal gevallen van astigmatisme bij Nederlandse kinderen, zoals gerapporteerd in het rapport *Kinderbrilarmoede*. We zijn daarbij uitgegaan van de

[23] Opticiens - NLwerktaanwerk.
[24] Zorginstituut Nederland, Pakketadvies 2008 (Deelrapport Hulpmiddelenzorg), 2008.
[25] Gemiddeld 2,2 jaar voor de modebewuste consument tot 3,9 jaar voor de prijsbewuste consument.
[26] Erasmus MC, *Protocol Progressieve myopie*, 2021.
[27] In de budgetimpactanalyse is gerekend met de kosten van een gemiddelde bril, waarbij geen afzonderlijke berekening is gemaakt voor contactlenzen. Gezien het feit dat de gemiddelde kosten van contactlenzen nagenoeg gelijk zijn (zie paragraaf 2.1.4, Kosten van de zorg), is niet te verwachten dat dit tot wezenlijk andere budgettaire uitkomsten leidt.

prijsranges per glastype zoals opgenomen in het rapport *Kinderbrilarmoede* en aangeleverd door het NUVO. Hieruit blijkt dat de minimale gemiddelde prijs van twee glazen € 94 bedraagt en de maximale gemiddelde prijs voor twee glazen uitkomt op € 269. De gemiddeld prijs van een montuur ligt rond de € 100.

Gezien de kosten van een complete bril en het feit dat een kinderbril door de groei van het oog normaliter elke 1 tot 2 jaar vervangen moet worden, geldt dat de kosten aanzienlijk kunnen zijn voor ouders of verzorgers die over onvoldoende financiële middelen beschikken. Het overgrote deel van de ouders of verzorgers betaalt de kinderbril op dit moment uit eigen middelen.

2.1.5 Gezondheidsverschillen

De vraag die centraal staat onder deze afweging is: komt uit de beoordeling duidelijk naar voren dat het niet of niet meer vergoeden van de zorg bepaalde financiële groepen kwetsbare burgers onevenredig treft, financieel of vanwege een beperkt doenvermogen?

Uit het Generation R-onderzoek blijkt dat het dragen van een bril iets vaker voorkomt bij gezinnen uit de laagste inkomenscategorie (maandelijks gezinsinkomen lager dan € 2000 netto), zoals beschreven in het rapport *Kinderbrilarmoede*. Maar het Generation R-onderzoek heeft alleen in Rotterdam plaatsgevonden. Het is de vraag in hoeverre deze resultaten voor heel Nederland zijn te generaliseren. Ook erfelijke factoren spelen hoogstwaarschijnlijk een belangrijke rol bij het optreden van myopie, met name bij hoge myopie. Het is daarom voorstelbaar dat bij meerdere kinderen in één gezin sprake kan zijn van ernstige oogaandoeningen, hetgeen voor de ouders of verzorgers tot een stapeling van kosten kan leiden. In 2012 was dit één van de argumenten om brillenglazen voor kinderen met hoge myopie en andere ernstige (erfelijke) oogaandoeningen op te nemen in het basispakket. De stapeling van kosten geldt overigens niet alleen voor financieel kwetsbare gezinnen, maar voor alle gezinnen.

Slechtziendheid als gevolg van refractieafwijkingen komt in alle lagen van de bevolking in vrijwel gelijke mate voor. Maar de mogelijke maatschappelijke effecten en daaruit volgende gezondheidsverschillen van het niet dragen van een bril vanwege onvoldoende financiële middelen zullen wel vooral landen bij deze financieel kwetsbare groepen.

Om maatschappelijke effecten door het niet dragen van een bril vanwege onvoldoende financiële middelen in kaart te brengen, hebben we ons gebaseerd op bestaande richtlijnen. Het is de verwachting dat er over dit onderwerp geen kwalitatief onderzoek van voldoende omvang en kwaliteit beschikbaar is om harde conclusies te kunnen trekken. De auteurs van het rapport *Kinderbrilarmoede* onderschrijven dit. Het gebrek aan kwalitatief goed onderzoek komt naar alle waarschijnlijkheid door ethische aspecten. Omdat de effectiviteit van een bril niet ter discussie staat, is het niet ethisch om een groep kinderen over meerdere jaren te volgen waarin zij geen bril mogen dragen.

Het is aannemelijk dat het niet dragen van een bril invloed kan hebben op het volwaardig kunnen deelnemen aan de maatschappij – bijvoorbeeld aan het verkeer en sport – en op de algehele ontwikkeling van een kind. Het niet dragen van een bril kan bijdragen aan kansenongelijkheid. Afhankelijk van de ernst zullen kinderen die leiden aan hypermetropie problemen ondervinden, bijvoorbeeld bij lezen op korte afstand, zoals een boek. Daarentegen zullen kinderen met myopie afhankelijk van de ernst problemen hebben met het lezen op afstand, zoals een schoolbord. Slecht zicht kan leerprestaties en de daarmee samenhangende ontwikkelkansen beïnvloeden. Uit de richtlijn *Orthoptie en kinderen met leesproblemen* blijkt ook dat het corrigeren van hypermetropie een gunstig effect heeft op het lezen.[28]

2.1.6 Vervolgschade

Hoewel de refractieafwijking over het algemeen niet groter wordt door het niet dragen van een bril, en daarmee de vervolgschade als beperkt kan worden gezien, kan het niet hebben of dragen van een bril wel leiden tot lichamelijke en andere klachten. Het is namelijk algemeen bekend dat het niet dragen van een bril kan leiden tot lichamelijk klachten, zoals hoofdpijn en branderige of

[28] Richtlijn_orthoptie_kinderen_leesproblemen.pdf.

vermoeide ogen.[29] Het niet behandelen van amblyopie (lui oog) met een occlusiepleister (oogpleister) kan blijvende gevolgen hebben voor de gezichtsscherpte.[30] Als het nodig is wordt dan ook de refractieafwijking gecorrigeerd, meestal met een bril.

2.1.7 Aanwezigheid vangnetconstructies

De vraag die hierbij centraal staat is of er adequate mogelijkheden zijn om gevolgen voor kwetsbare groepen op te vangen. Met vangnetconstructies bedoelen we landelijk toegankelijke regelingen die bijvoorbeeld lokaal zijn uit te voeren via gemeenten of centraal via een landelijk dekkend fonds of instituut. Deze vangnetconstructies kunnen op verschillende manieren voorkomen dat kinderen om financiële redenen niet beschikken over een passende bril.

2.1.7.1 Landelijke vangnetten

Op dit moment zijn er meerdere landelijke vangnetten om een kinderbril volledig of gedeeltelijk vergoed te krijgen.

- Bijzondere bijstand: in Nederlandse gemeenten kunnen inwoners onder bepaalde voorwaarden via de bijzondere bijstand in aanmerking komen voor een volledige of gedeeltelijke vergoeding van een kinderbril. De bijzondere bijstand is bedoeld voor mensen die vanwege een laag inkomen of bijzondere omstandigheden niet zelf kunnen betalen voor noodzakelijke kosten, zoals een bril voor een kind. De voorwaarden en hoogte van de vergoedingen verschillen echter per gemeente, omdat de uitvoering van de bijzondere bijstand decentraal geregeld is. Daarnaast zijn er twijfels of de doelgroep op de hoogte is van het bestaan van dit vangnet. Partijen geven ook aan dat de doelgroep schaamte kan ervaren en om die reden geen gebruikmaakt van de bijzondere bijstand. Ook wordt aangegeven dat sommige mensen net boven de armoedegrens zitten en daarom niet in aanmerking komen voor bijzondere bijstand. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) geeft aan dat de budgetten voor bijzondere bijstand niet toereikend zijn voor het vergoeden van medische kosten.
- Speciale fondsen: er zijn ook speciale kinderfondsen of armoedefondsen. Twee voorbeelden zijn het Jeugdeducatiefonds (JEF) en het Nationaal Fonds Kinderhulp (Kinderhulp). Via deze organisaties is het momenteel mogelijk om een gedeeltelijke of volledige vergoeding te krijgen voor de aanschaf van kinderbrillen. Scholen kunnen aansluiten bij het JEF als minstens de helft van de kinderen opgroeit in relatieve armoede. Dat wil zeggen een inkomen onder de 150 procent van het criterium 'niet-veel-maar-toereikend' van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). Bij Kinderhulp lopen aanvragen via een maatschappelijke organisatie, zoals maatschappelijk werk, een wijkteam, de jeugdhulp of de Stichting Leergeld. In 2025 heeft het ministerie van VWS € 250.000 beschikbaar gesteld aan Kinderhulp en het JEF. Deze vergoeding is bedoeld om het toegenomen aantal aanvragen te kunnen bekostigen van ouders of verzorgers die vanwege hun inkomen niet in staat zijn een bril voor hun kind aan te schaffen. Ook kunnen ouders of verzorgers hiermee actief worden aangespoord om een aanvraag te doen.[31] Om gezinnen die een kinderbril niet kunnen betalen te ondersteunen heeft het ministerie van VWS voor 2026 besloten om de subsidieregeling aan het JEF en NKF te verlengen en het beschikbare bedrag te verdubbelen naar € 500.000.[32] Maar ook hier geldt dat mensen schaamte kunnen ervaren om hulp van liefdadigheidsinstanties in te schakelen. Partijen geven daarnaast aan dat de aanpak nog versnipperd is; er is nog geen landelijk bereik.
- Naast de kinderbijslag die alle ouders of verzorgers met kinderen ontvangen als ondersteuning in de algemene kosten voor het opvoeden van een kind bestaat er een kindgebonden budget. Een kindgebonden budget is een inkomensafhankelijke aanvulling voor gezinnen die de kosten van kinderen moeilijker kunnen dragen. Een kindgebonden budget kan ook worden ingezet voor het aanschaffen van een kinderbril. We noemen het om een compleet beeld te schetsen, maar het is de vraag in hoeverre het budget hiervoor toereikend is.

[29] Verziendheid (hypermetropie): plus/ positieve glazen - Oogartsen.nl.
[30] Richtlijn-Opsporing-oogafwijkingen.pdf.
[31] Vaststelling van de begrotingsstaten van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2025 | Tweede Kamer der Staten-Generaal.
[32] Reactie op verzoek van het lid Jimmy Dijk, gedaan tijdens de Regeling van Werkzaamheden van 13 januari 2026, over armere kinderen die naar school gaan zonder goede bril | Tweede Kamer der Staten-Generaal.

2.1.7.2 *Andere vaak regionale, acties en initiatieven*

- Bij de Voedselbanken in Apeldoorn en Breda hebben oogscreenings plaatsgevonden bij volwassenen en kinderen, op initiatief van VISION 2020 Netherlands en in samenwerking met lokale optiekzaken. De Voedselbanken nodigden daartoe in 2023 en 2024 gezinnen uit die klant waren. Brillen werden aangemeten, monturen konden direct worden uitgekozen en de bril kon snel daarna kosteloos door klanten worden opgehaald. In totaal hebben ongeveer 150 mensen een bril ontvangen, waaronder een aantal kinderen en jongeren.
- De Brillenbus[33] is een initiatief van de stichting Oog voor Onderwijs. De Brillenbus is een mobiele opticien die langskomt op school, oogscreenings uitvoert en een bril verstrekt aan kinderen die er een nodig hebben. Zo voorkomen de stichting Oog voor Onderwijs leerachterstanden en werken ze mee aan kansengelijkheid voor alle kinderen. De Brillenbus wordt gesponsord door donateurs en sponsors en werkt samen met fondsen en hulporganisaties. De eerste screening op school is volledig gratis. Ook het vervolgtraject, zoals een bril, wordt waar mogelijk vergoed of ondersteund, zodat alle kinderen gelijke kansen krijgen. Iedere school kan zich aanmelden.
- De Optometrieopleiding van de Hogeschool Utrecht (HU) is een bijzonder initiatief gestart in samenwerking met de gemeente Utrecht. Kinderen van gezinnen met een U-pas kunnen een gratis oogmeting laten doen en zo nodig wordt een kinderbril aangemeten en verstrekt. Hiermee wil de HU bijdragen aan het zichtbaar maken van armoedeproblematiek en gezondheidsverschillen verkleinen. De HU leidt paramedici op om armoedeproblematiek te signaleren en burgers te helpen met concrete oplossingen. In 2025 zijn 113 kinderen onderzocht en 92 brillen verstrekt tegen kostprijs. Deze samenwerking tussen de gemeente Utrecht en de HU is verlengd voor het jaar 2026.[34] De facturen gaan direct naar de gemeente, zodat ouders of verzorgers de kosten van de kinderbril niet hoeven voor te schieten. Een gezondheidseconomische evaluatie van dit initiatief concludeert dat iedere euro die wordt geïnvesteerd in kinderbrillen tot een maatschappelijke opbrengst leidt van ten minste € 3. Dankzij de U-pas kon binnen dit initiatief onderscheid worden gemaakt tussen mensen op basis van hun financiële situatie. In de evaluatie van de HU doen de onderzoekers de aanname dat de Zorgverzekeringswet (Zvw) zich ook zou kunnen beperken tot het alleen vergoeden van kinderbrillen aan de specifieke doelgroep van gezinnen die over onvoldoende financiële middelen beschikken. Dit is echter wettelijk gezien niet mogelijk, waardoor de uitkomsten van de evaluatie geen volledig beeld geven van de kosten en baten bij opname in het basispakket. De publieke uitgaven zullen hoger zijn, omdat via de Zvw álle kinderen aanspraak maken op vergoeding van een bril. Voor de kinderen die momenteel al een zelf bekostigde bril dragen zijn er dan geen extra maatschappelijke opbrengsten door vergoeding uit het basispakket. Maar de vergoeding van hun bril zal wel tot extra publieke uitgaven leiden.

2.1.7.3 *Overige mogelijkheden tot volledige of gedeeltelijke vergoeding*

Ook zorgverzekeraars en gemeenten bieden mogelijkheden tot volledige of gedeeltelijke vergoeding. Zorgverzekeraars en gemeenten bieden vaak een aanvullende zorgverzekering aan. Hiervoor moeten mensen een extra premie betalen.

- Aanvullende zorgverzekering: als ouders of verzorgers een aanvullende zorgverzekering hebben afgesloten, kunnen zij mogelijk gebruikmaken van een tegemoetkoming in de kosten van een kinderbril. Vaak kan niet jaarlijks, maar eens per twee of drie jaar vergoeding voor een bril worden aangevraagd. In 2025 had 80,6 procent van de volwassen een aanvullende zorgverzekering. Deze aanvullende verzekeringen hebben afhankelijk van het gekozen pakket vaak ook een maximumvergoeding. Voor het afsluiten van een aanvullende zorgverzekering moeten mensen maandelijks of jaarlijks een premie betalen.
- Een gemeentepolis is een collectieve zorgverzekering die 95 procent van de gemeenten aanbiedt aan inwoners met een laag inkomen.[35] Het doel is om zorg toegankelijker en betaalbaarder te maken, vaak door een combinatie van premiekorting, een gemeentelijke bijdrage of een uitgebreider pakket dan een standaardpolis. De dekking en voorwaarden verschillen per gemeente en kunnen een basiszorgverzekering omvatten plus aanvullende dekkingen, bijvoorbeeld voor de tandarts, fysiotherapie of brillen.

[33] Website Oogvooronderwijs.nl/Brillenbus.
[34] Nieuwsarchief gemeente Utrecht, Gemeente en Hogeschool Utrecht bieden ook in 2026 gratis oogonderzoek en kinderbrillen Utrecht, 04-02-2026.
[35] Website Gezondverzekerd.nl, Wat is de gemeentepolis.

In de praktijk kan het een probleem zijn dat mensen de weg naar deze vangnetten niet goed weten te vinden of dat zij schroom ervaren om deze te gebruiken. Ook is er geen gelijke geografische toegang tot deze initiatieven. De organisatie Sam& voor alle kinderen[36] ondersteunt ouders of verzorgers bij het aanvragen van allerlei voorzieningen, zoals een kinderbril.

2.2 Pakketcriterium uitvoerbaarheid

Bij uitvoerbaarheid gaat het om de vraag of opname van deze hulpmiddelen in het pakket haalbaar en houdbaar is, nu en later. Het *Afwegingskader uitvoerbaarheid van zorg* bevat aspecten die de haalbaarheid en houdbaarheid van opname in het basispakket van een vorm van zorg kunnen belemmeren of bevorderen.[37] Hieronder bespreken we de relevante uitvoerbaarheidsaspecten die een rol spelen bij de weging van dit advies. De toetsing van de overige aspecten zorgconsumptie, wetgeving/afbakening, rechtvaardigheid/gelijkheid, organisatie van zorg, arbeidsinzet/duurzaamheid en administratie zijn opgenomen in bijlage 4.

2.2.1 Conclusie uitvoerbaarheid van zorg

Afweging	Uitkomst beoordeling uitvoerbaarheid van zorg
Budgetimpact	Als kinderbrillen volledig worden vergoed buiten het basispakket voor gezinnen onder en net boven de armoedegrens, bedraagt de budgetimpact jaarlijks tussen de € 5 en € 39 miljoen. Als voor alle kinderen gemiddeld elk jaar een bril vergoed zou worden uit het basispakket, zonder eigen bijdrage en inclusief montuur, bedragen de jaarlijkse kosten tussen de € 119 en € 226 miljoen. Bij gemiddeld eens per twee jaar vervangen bedraagt de jaarlijkse budgetimpact tussen de € 60 en € 113 miljoen.

De overige aspecten van uitvoerbaarheid van zorg, die in deze beoordeling niet tot nauwelijks een rol spelen in de weging, staan nader toegelicht in bijlage 4.

Het *Afwegingskader uitvoerbaarheid* bevat aspecten die de haalbaarheid en houdbaarheid van opname in het basispakket van een geneesmiddel of hulpmiddel kunnen belemmeren of bevorderen. Veel van deze aspecten spelen geen noemenswaardige rol bij het beoordelen of een uitbreiding van het basispakket aan de orde is. Dat geldt echter wel voor de budgetimpact. Een aanzienlijke budgetimpact is wél belemmerend voor de haalbaarheid en houdbaarheid van opname van kinderbrillen voor alle kinderen in het basispakket. Te meer omdat slechts een relatief kleine groep ouders of verzorgers vanwege onvoldoende financiële middelen problemen ervaart om een kinderbril te betalen. De aanzienlijke budgetimpact zal alleen al voor het volledig vergoeden van de kinderbrillen leiden tot een jaarlijkse stijging per premie- of belastingbetaler van de nominale zorgpremie en de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw samen tussen de € 4,07 (minimum scenario) en € 17,91 (maximum scenario). Dus ook een premiestijging voor de groep die nu al problemen ondervindt bij het betalen van de zorgpremie. De verwachting is dat het aantal kinderen met myopie de komende jaren zal gaan stijgen en daarmee ook de budgetimpact en de zorgpremie. Hieronder beschrijven wij de resultaten van de BIA.

2.2.2 Budgetimpact

Een belangrijk element in de uitvoerbaarheid is de financiële haalbaarheid, de budgetimpact. De adviesaanvraag van VWS gaat over de vergoeding van brillenglazen al dan niet inclusief monturen, en contactlenzen voor *alle* kinderen tot 18 jaar. Het probleem dat aan deze adviesaanvraag ten grondslag ligt is de beperkte toegankelijkheid van brillenglazen, monturen of

[36] Website Sam& voor alle kinderen.
[37] Zorginstituut Nederland, Afwegingskader uitvoerbaarheid van zorg, 2025.

contactlenzen voor een *selecte groep* ouders of verzorgers die over onvoldoende financiële middelen beschikken. In de BIA hebben we verschillende scenario's doorberekend. Zo hebben we een inschatting gemaakt van de macrokosten voor *alle* kinderen:

Optie 1 - Budgetimpact voor het vergoeden van een gehele bril (glas en montuur)
1a) zonder eigen bijdrage;
1b) met eigen bijdrage (€ 66 per glas).
Optie 2 - Budgetimpact voor het vergoeden van enkel de glazen zonder montuur
2a) zonder eigen bijdrage;
2b) met eigen bijdrage (€ 66 per glas).

Hetzelfde hebben we gedaan voor de selecte groep van kinderen die onder de armoedegrens opgroeit (ongeveer 3 procent van alle kinderen) en voor de groepen die onder de armoedegrens leven en net daarboven tezamen (ongeveer 10 procent van alle kinderen).

Opname in het basispakket onder de huidige voorwaarden, met een eigen bijdrage en waarbij het montuur voor eigen rekening komt, biedt geen oplossing voor de groep ouders met onvoldoende financiële middelen. Terwijl dat juist de aanleiding is voor dit pakketadvies. Dat komt doordat er dan gemiddeld € 232 voor eigen rekening komt, namelijk € 66 per glas en gemiddeld € 100 voor een montuur. Daarom bespreken we hieronder alleen de resultaten van de BIA bij volledige vergoeding, inclusief montuur en zonder eigen bijdrage. De overige scenario's staan beschreven in bijlage 5.

Het gaat om 25.000 tot 29.000 kinderen, uitgaande van de cijfers van het aantal kinderen dat een bril nodig heeft en in armoede leeft, gecorrigeerd voor kinderen die wel een bril nodig hebben, maar nog niet zijn gesignaleerd.[38] In de praktijk ervaren zorgprofessionals dat ook een deel van de ouders of verzorgers die net boven de armoedegrens zitten problemen ervaren bij het aanschaffen van een kinderbril. Ongeveer 7 procent van de Nederlandse bevolking leeft met een inkomen net boven de armoedegrens en heeft weinig tot geen financiële buffer. Naar schatting gaat het in totaal om tussen de 25.000 en 105.000 kinderen wiens ouders of verzorgers (enige) moeite zullen hebben om een kinderbril te betalen, ook als het alleen gaat om de eigen bijdrage (zie bijlage 5 voor de volledige BIA).

Zoals beschreven in paragraaf 2.1.4 bedraagt de minimale gemiddelde prijs van twee glazen € 94 en komt de maximale gemiddelde prijs voor twee glazen uit op € 269. De prijs van een gemiddeld montuur is € 100. Deze bedragen zijn gebruikt in de BIA.

Afhankelijk van het scenario (zie tabellen 1 en 2), hebben ouders of verzorgers van 25.000 tot 105.000 kinderen financiële problemen bij het aanschaffen van een bril voor hun kind. Als we ervan uitgaan dat deze groep kinderen gemiddeld één keer per jaar een nieuwe bril nodig heeft, is de budgetimpact jaarlijks tussen de € 5 en € 11 miljoen voor gezinnen die onder de armoedegrens leven.[39] Als kinderbrillen ook worden vergoed voor gezinnen net boven de armoedegrens, is de budgetimpact jaarlijks tussen de € 18 en € 39 miljoen. Als vergoeding van kinderbrillen voor deze groep via een landelijk fonds of bijzondere bijstand loopt, is het aantal kinderen naar verwachting lager dan in ons maximale scenario, omdat er dan wordt gekeken of het inkomen of vermogen van de ouders of verzorgers daadwerkelijk ontoereikend is. Daarom verwacht het Zorginstituut dat de budgetimpact tussen de € 5 en € 10 miljoen ligt.

Als voor alle 614.000 kinderen met refractieafwijkingen gemiddeld elk jaar een bril wordt vergoed, bedragen de jaarlijkse kosten tussen de € 119 en € 226 miljoen bij vergoeding van een volledige bril inclusief montuur en zonder eigen bijdrage.

[38] De verwachting is dat het aantal kinderen dat een bril nodig heeft zoals bepaald door het CBS een onderschatting is. Een deel van de ouders of verzorgers hebben geen financiële middelen om een kinderbril aan te schaffen. Daarom is er in de BIA een inschatting gemaakt op basis van gegevens over zorgmijding. Daarbij is 15 procent gehanteerd voor *alle* kinderen en een extra scenario van 33 procent voor de groep die in armoede leeft en net daarboven.

[39] Voor ongeveer 7 procent van de kinderen komt de bril in aanmerking voor vergoeding uit het basispakket. In dat geval is sprake van een eigen bijdrage per glas en komt het montuur voor eigen rekening. Als de overheid ook deze kosten zou vergoeden, zijn de kosten € 232 in plaats van gemiddeld € 194 tot € 369.

Tabel 1 - Budgetimpact van verschillende scenario's bij een gemiddelde vervanging van één bril per jaar

	Volledige vergoeding incl. montuur (mln. €)	
Scenario's	**Minimum**	**Maximum**
Geheel vergoeden (n=614.000)	€ 119	€ 226
Vergoeden tot armoedegrens (ondergrens n=25.000)	€ 5	€ 9
Vergoeden tot armoedegrens (bovengrens n=29.000)	€ 6	€ 11
Vergoeden tot armoedegrens en net daarboven (ondergrens n=91.000)	€ 18	€ 33
Vergoeden tot armoedegrens en net daarboven (bovengrens n=105.000)	€ 20	€ 39

In het scenario dat een bril gemiddeld twee jaar meegaat in plaats van jaarlijkse vervanging van de bril, halveert de budgetimpact van alle scenario's. Deze schattingen staan in tabel 2.

Tabel 2 - Budgetimpact van verschillende scenario's bij een gemiddelde vervanging van één bril per twee jaar

	Volledige vergoeding incl. montuur (mln. €)	
Scenario's	**Minimum**	**Maximum**
Geheel vergoeden (n=614.000)	€ 60	€ 113
Vergoeden tot armoedegrens (ondergrens n=25.000)	€ 2	€ 5
Vergoeden tot armoedegrens (bovengrens n=29.000)	€ 3	€ 5
Vergoeden tot armoedegrens en net daarboven (ondergrens n=91.000)	€ 9	€ 17
Vergoeden tot armoedegrens en net daarboven (bovengrens n=105.000)	€ 10	€ 19

Alleen voor het gemiddeld één keer per twee jaar vergoeden van de kinderbril, zouden per premie- of belastingbetaler de nominale zorgverzekeringspremie en de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw samen jaarlijks gemiddeld tussen de € 4,07 en € 8,96 stijgen.[40] Als het gaat om jaarlijkse vervanging, zoals de orthoptisten aangeven, stijgen de kosten jaarlijks gemiddeld tussen de € 8,14 en € 17,91 per persoon.

Doordat bijziendheid in de bevolking toeneemt en kinderen steeds vroeger bijziend worden is de verwachting dat deze kosten over de jaren zullen gaan stijgen.[12]

[40] Uitgaande van 14,626 miljoen volwassen Zvw-verzekerden in 2025. Bron: Verantwoording Verzekerdenraming 2025 | Zorginstituut Nederland.

3 ACP-advies

ACP-advies aan de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over de vergoeding van kinderbrillen

De Adviescommissie Pakket (ACP) adviseert de Raad van Bestuur (RvB) van het Zorginstituut over voorgenomen pakketadviezen. Zij toetst deze adviezen aan de pakketcriteria en kijkt of de uitkomsten daarvan maatschappelijk wenselijk zijn. Daarbij kijkt zij zowel naar de belangen van de patiënten die in aanmerking komen voor vergoeding van een bepaalde interventie, als naar de belangen van patiënten met andere aandoeningen en van premiebetalers. Zij doet dit vanuit het principe dat de basisverzekering maximale gezondheidswinst dient op te leveren voor de gehele bevolking.

De commissie heeft in haar vergadering van 13 maart 2026 gesproken over de vraag of de aanspraak op brillenglazen, contactlenzen en monturen uitgebreid moet worden, waardoor deze voor alle kinderen vanuit de basisverzekering vergoed worden.

Inspraak
Tijdens de vergadering hebben de Nederlandse vereniging van Orthoptisten (NVVO), het Nationaal Fonds Kinderhulp en het Jeugdeducatiefonds gezamenlijk, en Stichting Oog voor Onderwijs (Brillenbus) gebruik gemaakt van de mogelijkheid om in te spreken. Daarnaast heeft het secretariaat tijdens de vergadering het standpunt van de Optometristen Vereniging Nederland (OVN) op hun verzoek voorgelezen, omdat zij niet bij de vergadering aanwezig konden zijn. Hieronder volgt een samenvatting van de inbreng van de insprekers en van hun antwoorden op de belangrijkste vragen van commissieleden.

Nederlandse vereniging van Orthoptisten (NVVO)
De inspreekster geeft aan dat een kinderbril een noodzakelijke voorwaarde is om mee te kunnen doen in het dagelijkse leven, te kunnen leren en om zich te ontwikkelen. Toch is een bril niet voor elk kind vanzelfsprekend. Soms wachten ouders met de aanschaf van een bril totdat de kinderbijslag is gestort, het vakantiegeld ontvangen of laten zij hun kind niet met de bril op buitenspelen, omdat er dan een kans is dat deze stuk gaat. Inspreker noemt het verlies van kwaliteit van leven aanzienlijk. De maatschappelijke effecten van wél vergoeden zullen aanzienlijk zijn. Internationale studies tonen aan dat het screenen en corrigeren van refractieafwijkingen bij schoolkinderen zeer kosteneffectief is. De inspreekster pleit voor opname van de kinderbril in het basispakket omdat het vergoeden van kinderbrillen via fondsen of gemeentelijke regelingen volgens de NVVO op bezwaren stuit. Hoewel deze regelingen waardevol kunnen zijn, zijn ze in de praktijk vaak moeilijk vindbaar, met name voor de meest kwetsbare groepen voor wie ze zijn bedoeld. Daarnaast zijn ze administratief belastend voor aanvragers en niet overal gelijk beschikbaar. Daarom pleit de inspreekster, tot er een systeem is dat voldoende werkt, voor vergoeding vanuit het basispakket. Zij geeft aan dat de gemiddelde kosten van een bril hoogstwaarschijnlijk omlaag kunnen, wat zal leiden tot een realistischere budgetimpact analyse.

Nationaal Fonds Kinderhulp en het Jeugdeducatiefonds
De inspreekster geeft aan dat er elke schooldag kinderen in de klas zitten die het bord niet goed kunnen zien. Uit het rapport Kinderarmoede blijkt dat waarschijnlijk rond de 64.000 kinderen door geldzorgen geen bril hebben. Goed zicht is een basisvoorwaarde om te kunnen leren. Kinderen die niet goed zien presteren aantoonbaar slechter op school en lopen meer risico om blijvend achter te raken. Dat is niet alleen schadelijk voor henzelf, maar ook voor onze samenleving als geheel. De bestaande vangnetten zijn niet altijd toegankelijk of toereikend, waardoor ondersteuning voor veel gezinnen vooral afhankelijk is van noodhulp en liefdadigheid. Het opnemen van kinderbrillen (glazen en montuur of lenzen) in het basispakket is daarom een wenselijke en een noodzakelijke stap. Niet als luxe, maar als basisvoorziening.
Daarbij geeft de inspreekster aan dat naast de bekostiging goede, toegankelijke screening en een follow up na de screening minstens zo essentieel zijn om ervoor te zorgen dat de juiste bril ook echt bij het kind of de jongere komt.

Naar aanleiding van vragen van commissieleden zijn de volgende aspecten nader toegelicht:

- Uit een eerder onderzoek kwam naar voren dat het zou gaan om ongeveer 28.000 kinderen. Destijds werd er een andere definitie gehanteerd van de armoedegrens. Ook families die net boven deze grens zitten hebben moeite om een bril te betalen. De groep van 64.000 betreft het geraamde aantal kinderen onder de armoedegrens en net daarboven. Een medewerker van het Zorginstituut licht toe dat deze aantallen in grote lijnen overeenkomen met de aantallen genoemd in het conceptrapport van het Zorginstituut.
- Het is niet bekend hoeveel kinderen er nu niet bereikt worden.
- Bij het Nationaal Fonds Kinderhulp komen ongeveer 100 aanvragen per dag binnen. Dit betreft alle vormen van hulp. Het kost het Nationaal Fonds Kinderhulp ongeveer 18 minuten om voor een kind een bril aan te vragen.

<u>Oog voor Onderwijs (Brillenbus)</u>
Schattingen laten zien dat ongeveer 64.000 kinderen in Nederland een bril nodig hebben, maar dat hun ouders deze niet kunnen betalen. De inspreker heeft zelf het heft in handen genomen met de Brillenbus: deze brengt een mobiele opticien die langsgaat bij scholen om te onderzoeken of kinderen passende oogzorg hebben – en deze ook direct biedt. De inspreker ziet regelmatig dat ouders de weg naar zorg niet weten te vinden. Dit komt voort uit angst voor zorgkosten, onbekendheid met het zorgsysteem en vergoedingen, of doordat ze simpelweg de taal niet spreken. De inspreker wil graag drie punten meegeven aan de commissie: 1. Veel kinderen en hun ouders weten in eerste instantie niet dat een kind een bril nodig heeft. Daarom is het belangrijk dat er voldoende meetmomenten zijn, bijvoorbeeld op school. 2. Houd in de vergoeding van brillen rekening met noodzakelijke reparaties en de ontwikkeling die kinderen meemaken. 3. De inspreker pleit voor een maximumvergoeding voor brillen zonder eigen bijdrage. Dit zorgt ervoor dat ook de gezinnen met een kleine beurs geholpen worden in ons welvarende zorgsysteem.

Naar aanleiding van vragen van commissieleden zijn de volgende aspecten nader toegelicht:

- Er zijn goedkopere, complete brillen vanaf 60 tot 70 euro beschikbaar. Brillen met dunnere glazen of glazen die anders geslepen moeten worden, zijn duurder. Voor de lagere sterktes is er over het algemeen een bril beschikbaar voor een lagere prijs.
- Het is niet bekend welke cijfers er zijn met betrekking tot de screening. De inspreker geeft aan dat er een pilot is uitgevoerd in Heerhugowaard. Hieruit kwamen drie belangrijke aspecten naar voren: 1. Niet elk kind gaat naar de jeugdarts. Ook zijn er kinderen die op een latere leeftijd naar Nederland komen. 2. Ouders geven niet altijd opvolging aan het advies dat gegeven wordt. 3. Ogen van kinderen ontwikkelen zich heel snel. Als een kind op 5-jarige leeftijd gemeten wordt, dan past de bril vaak snel niet meer. De standaard screening op 5-jarige leeftijd is vooral bedoeld voor het screenen op amblyopie. Er is tegenwoordig geen standaard screening meer op latere leeftijd.

<u>Optometristen Vereniging Nederland (OVN)</u>
De OVN vindt dat alle kinderen toegang moeten hebben tot een goede bril, en ondersteunt initiatieven om kinderbrillen beschikbaar te maken voor gezinnen in armoede. Tegelijkertijd zijn zij geen voorstander van het generiek opnemen van kinderbrillen in de basisverzekering voor alle kinderen tot 18 jaar. Het probleem concentreert zich bij een beperkte groep gezinnen met financiële problemen, waarvoor gerichte oplossingen passender en doelmatiger zijn. De OVN pleit voor gerichte ondersteuning van kinderen uit gezinnen met een laag inkomen, zodat zij gelijke kansen hebben op goed zicht.

<u>Overwegingen van de commissie</u>:
Tijdens de gedachtenvorming heeft de commissie de volgende argumenten meegewogen bij de vraag of de commissie zich kan vinden in het conceptadvies dat het Zorginstituut haar heeft voorgelegd:

- Het staat volgens de commissie als een paal boven water dat aanschaf van een bril mogelijk moet zijn voor alle kinderen die een bril nodig hebben. De commissie spreekt van een ingewikkeld en schrijnend probleem. De vraag is niet of, maar hoe dit structureel betaald moet worden en hoe de doelgroep beter bereikt kan worden.

- Een lid verwoordt het als een worsteling. De logica van de zorgverzekering volgend kom je op het advies uit om de aanspraak niet uit te breiden, zoals het Zorginstituut voorstelt. De toegankelijkheid van de huidige vangnetconstructies is voor de meest kwetsbare groepen slecht. Het betreft waarschijnlijk vooral een groep met lage gezondheidsvaardigheden. Wanneer de kinderbrillen vergoed zouden worden via de basisverzekering dan komt dat mogelijk de toegankelijkheid ten goede en kan in principe ieder kind geholpen worden. Maar vergoeding van kinderbrillen via de basisverzekering is geen garantie dat de doelgroep waar het hier om gaat dan wel wordt bereikt. Dit wordt breed door de commissie gedeeld.
- In geval van opname in de basisverzekering zal in ieder geval de groep met goede gezondheidsvaardigheden deze zorg weten te vinden. Maar dat is niet de groep die je wil bereiken. Daarentegen gaat de zorgpremie wel voor iedereen omhoog, ook voor de groep die nu al problemen ondervindt bij het betalen van de zorgpremie. Dat is niet wenselijk.
- De commissie weegt ook mee dat het Zorginstituut heeft berekend dat de verwachte budgetimpact voor het volledig vergoeden van een bril voor kinderen waarvan de ouders/verzorgers daadwerkelijk over onvoldoende financiële middelen beschikken rond de 5 á 10 miljoen euro zal liggen in geval van een oplossing buiten de basisverzekering. Dit is veel lager dan wanneer de brillen voor alle kinderen worden vergoed via de basisverzekering. Ook als de kosten van een bril lager liggen, of als wordt gekozen voor een maximumvergoeding van 100 euro vanuit de basisverzekering, is de budgetimpact hoog als je het voor alle kinderen gaat vergoeden. Vanuit maatschappelijk perspectief is het niet verantwoord om voor een oplossing via de basisverzekering te kiezen, als het probleem slechts een beperkte inkomensgroep treft.
- De huidige eigen bijdrage kan een belemmering zijn voor mensen die niet veel te besteden hebben. Daarom pleit de commissie voor een volledige vergoeding inclusief montuur voor de groep mensen die een kinderbril niet kan betalen.
- De commissie is van mening dat screening essentieel is. Structurele screening op latere leeftijd, bijvoorbeeld groep 7 zoals dat vroeger standaard gebeurde, behoeft extra aandacht om slechtziendheid bij kinderen tijdig te signaleren.

Advies

De commissie vindt dat alle kinderen die dat nodig hebben een bril moeten krijgen. Maar de commissie vindt ook, net als het Zorginstituut, dat vergoeding vanuit de basisverzekering hiervoor niet het juiste instrument is. Het is vanuit maatschappelijk perspectief niet verantwoord om een kinderbril voor alle kinderen te gaan vergoeden, met bijbehorende hoge budgetimpact en premiestijging, als met veel minder geld de doelgroep kan worden bereikt.

De commissie wil graag richting geven aan een oplossing en benadrukt de noodzaak van een gerichte structurele, landelijke oplossing om kinderbrillen voor een specifieke groep verzekerden financieel toegankelijk te maken buiten de basisverzekering om, met de bedoeling om kansenongelijkheid te verkleinen. De commissie acht het van belang dat voor deze selecte groep kinderen een bril volledig vergoed wordt, dus inclusief montuur, zonder eigen bijdragen en inclusief eventuele reparaties. Het is daarnaast belangrijk om in te zetten op de aanvullende screening van kinderen op latere leeftijd, ook om de doelgroep, waaronder mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, beter te bereiken. Hiervoor is structureel geld nodig. Totdat deze structurele oplossingen er zijn, moet de subsidieregeling aan Kinderhulp en het Jeugdeducatiefonds en de bijzondere bijstand in stand worden gehouden.

4 Samenvatting consultatiereacties en reactie van het Zorginstituut

Partij(en)	Reactie/vraag van de partij(en) op conceptbeoordeling	Reactie van Zorginstituut Nederland
1. Kinderhulp, Vision 2020, Jeugdeducatiefonds, VNG	Hoewel een gerichte regeling voor kinderen uit lage inkomensgroepen wordt gesteund, wordt deze gezien als tijdelijk en ontoereikend. Er wordt gepleit voor een structurele, landelijke oplossing voor alle kinderen, bij voorkeur via opname van kinderbrillen in het basispakket. Deze aanpak moet losse regelingen vervangen en bijdragen aan brede toegankelijkheid en participatie.	Hoewel een kinderbril essentieel is voor de ontwikkeling van een kind en een volwaardige deelname aan de maatschappij - bijvoorbeeld het verkeer en sport, is het Zorginstituut van mening dat het vanuit maatschappelijk perspectief niet verantwoord is om een bril voor alle kinderen te vergoeden, met bijbehorende aanzienlijke budgetimpact en premiestijging, als het probleem slechts een beperkte inkomensgroep treft.
2. Kinderhulp	Er wordt gepleit voor een structurele oplossing voor alle kinderen en jongeren van wie ouders een bril of lenzen niet kunnen betalen. Tegelijk wordt betwijfeld of dit vraagstuk bij fondsen en liefdadigheid hoort, omdat het in essentie een publieke verantwoordelijkheid is. Huidige lokale regelingen werken onvoldoende door beperkte toegankelijkheid en complexiteit, waardoor gezinnen afhankelijk blijven van noodhulp en liefdadigheid. Daarnaast worden praktische drempels genoemd, zoals wachttijden en vervoer voor oogmetingen.	Het Zorginstituut vindt eveneens dat er een structurele oplossing dient te komen voor alle kinderen waarvan hun ouders over onvoldoende financiële middelen beschikken om een kinderbril aan te schaffen. Wij delen ook de mening dat deze oplossing niet van liefdadigheidsinstellingen afhankelijk zou moeten zijn. Naar aanleiding van de reactie hebben we de volgende zin toegevoegd aan het pakketadvies: *'Daarnaast vragen we aandacht voor een goede financiële overbrugging totdat de structurele, toegankelijke en landelijke oplossing is gerealiseerd. Dit is een sterk signaal van alle betrokken partijen en de ACP.'* Het lijkt het Zorginstituut van belang dat alle betrokken partijen inclusief de betrokken ministeries gaan bekijken of en zo ja op welke manier zij kunnen bijdragen aan bijvoorbeeld het verbeteren van de vindbaarheid en laagdrempelig toegankelijk maken van deze vangnetten.
3. Kinderhulp	Kinderhulp helpt echter ook jongeren tot 21 jaar met een bril of lenzen. Voor hen of hun ouders zijn de kosten voor de aanschaf van een bril of lenzen met geldzorgen niet te dragen.	Het pakketadvies richt zich specifiek op kinderen tot 18 jaar. De huidige landelijke vangnetten waarnaar het Zorginstituut verwijst kennen geen leeftijdsgrens. Het Zorginstituut beveelt aan om o.a. de toegankelijkheid en vindbaarheid van de vangnetten te verbeteren. Dit zou ook ten goede kunnen komen van deze groep jongvolwassenen.

4. Kinderhulp, Vision 2020	Partijen vragen om duidelijke eisen voor een alternatief: regelingen moeten goed vindbaar, laagdrempelig, landelijk uniform en toereikend gefinancierd zijn. Tegelijk wordt gesteld dat gerichte regelingen buiten het basispakket de meest kwetsbaren niet bereiken en dat het huidige systeem onvoldoende werkt. Daarom is een concreet, afdwingbaar en goed onderzocht alternatief nodig, dat structureel, controleerbaar en schaalbaar is zonder de invoering te vertragen.	Hoewel partijen aangeven dat de door het Zorginstituut aangegeven voorgestelde oplossing onvoldoende zijn uitgewerkt (‘geen concreet afdwingbaar alternatief’) en de wens voor aanvullend gedegen onderzoek naar een toekomstige oplossingsvariant gaat het Zorginstituut niet over oplossingen buiten de Zorgverzekering. Het Zorginstituut vindt de genoemde punten wel belangrijk en daarom stonden deze als aanbevelingen in het concept pakketadvies beschreven.

5. Vision 2020*, Jeugdeducatiefonds	Er wordt verzocht expliciet te verduidelijken hoe de ziektelast en vervolgschade wordt vastgesteld (definities) en willen u ook vragen om de bepaling van de ziektelast, conform criteria slechtziendheid WHO, aan te passen. Een brede benadering, die rekening houdt met kwaliteit van leven, ontwikkeling, gezondheid en kansengelijkheid, is essentieel om de echte impact van kinderbrilarmoede te begrijpen.	In het advies verwijzen we naar het rapport 'Ziektelast in de praktijk' waarin uitgebreid staat beschreven hoe de ziektelast wordt bepaald. Voor meer informatie over vervolgschade verwijzen we graag naar het Rapport - Afwegingskader noodzakelijk te verzekeren zorg | Zorginstituut Nederland'. Het instrument ziektelast is bedoeld om een indeling te maken van de ernst van alle aandoeningen waarbij gekeken wordt naar zowel overleving als kwaliteit van leven. Dit om de ernst van verschillende aandoeningen onderling te kunnen vergelijken. In geval van zeer laag en lage ziektelast maakt het Zorginstituut een totaalafweging of de basisverzekering het juiste instrument is of dat de zorg voor eigen rekening en verantwoording kan komen. De manier waarop het Zorginstituut de ziektelast bepaalt, is een internationaal breed geaccepteerde methode. Het Zorginstituut ziet op dit moment geen aanleiding om de bepaling van de ziektelast aan te passen. Het Zorginstituut volgt hierin de internationale literatuur. Indien er nieuwe inzichten zijn, zal het Zorginstituut bekijken of die aanleiding geven tot wijzigingen in beleid. Hoewel ontwikkelings- en participatieaspecten weliswaar niet direct worden meegenomen in de bepaling van ziektelast, hebben we deze aspecten wel meegewogen onder gezondheidsverschillen. De lage ziektelast is in principe geen doorslaggevend aspect om iets al dan niet te vergoeden, het is een totaalafweging van alle relevante aspecten inclusief gezondheidsverschillen. In de twee Nederlandse studies waaraan wij refereren zijn in de bijlage de beschrijvingen van de verschillende gezondheidstoestanden opgenomen. De beschrijvingen luiden: • Mild impairment: heeft wat problemen met ver zien, bijvoorbeeld het lezen van verkeersborden, maar geen andere problemen met zien. • Moderate impairment: heeft problemen met zien, waardoor deze persoon moeite heeft met het herkennen van gezichten of dingen aan de andere kant van een ruimte. • Severe impairment: heeft ernstige problemen met zien en dit veroorzaakt problemen met het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Deze persoon heeft enige zorgen en angsten en heeft wat moeite om buitenshuis te komen zonder hulp. • Blind: is volledig blind, waardoor deze persoon veel problemen heeft bij uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Deze persoon heeft zorgen en angsten en veel problemen om buitenshuis komen zonder hulp. Zowel WHO-criteria (die u aanhaalt in uw reactie) als indeling van refractieafwijkingen zoals omschreven op oogartsen.nl (die wij in ons pakketadvies hebben gehanteerd) wordt hierin niet genoemd. Strikt genomen heeft u gelijk dat de

		indeling in refractieafwijkingen niet in de omschrijving van de gezondheidstoestanden wordt genoemd, evenals de WHO-indeling. We hebben er daarom voor gekozen de verwijzing naar de refractieafwijkingen in de beschrijving bij ziektelast (paragraaf 2.1.2) weg te laten. Daarnaast hebben we gekozen voor de data uit de meest recente Nederlandse studie uit 2024 (i.p.v. 2015 uit het conceptrapport). De hierboven beschreven gezondheidstoestanden zijn in deze studie gebruikt. De conclusie is hierdoor niet veranderd. Wat betreft de concluderen zin van de paragraaf over de ziektelast is onze tekst in overeenstemming met de nota van toelichting en het eerder pakketadvies. Hierin wordt niet gesproken over het alleen vergoeden als de refractieafwijking leidt tot blindheid. Ook de WHO-definitie wordt hierin niet benoemd.

6. Vision 2020* Jeugdeducatiefonds	De redenering dat het om relatief lage kosten gaat miskent de realiteit voor de kwetsbare groepen voor wie deze uitgave een structurele en onoverkomelijke drempel is. Voor veel ouders vormen de kosten juist een structurele en onoverkomelijke drempel, zeker omdat brillen regelmatig vervangen moeten worden en kosten kunnen oplopen bij meerdere kinderen. Hierdoor is de veronderstelling dat de meeste gezinnen dit zelf kunnen betalen niet overtuigend en onvoldoende voor het beoordelen van toegankelijkheid.	Het woordje relatief is bedoeld in vergelijking met andere zorg, zoals dure geneesmiddelen. Wij erkennen dat het voor gezinnen die leven in relatieve armoede geen kleine uitgave is. Daarom vragen we bij het ministerie aandacht voor een *structurele, toegankelijke en landelijke oplossing* voor deze groep buiten het basispakket. Wij gaan in dit pakketadvies uit van dezelfde groep ouders of verzorgers die moeite hebben met de aanschaf van een kinderbril, namelijk die leven onder de armoedegrens en net daarboven, als in het rapport *Kinderbilarmoede* is beschreven.
7. Vision 2020*	Kunt u overtuigend uitleggen waarom, onder vergelijkbare omstandigheden, tandzorg en fysiotherapie voor kinderen onder de 18, wél algemeen opgenomen zijn in het basispakket, in tegenstelling tot kinderbrillen?	De mondzorg en fysiotherapie voor kinderen zitten al sinds jaar en dag in de basisverzekering, en daarvoor de Ziekenfondswet. Dit is van oudsher zo gegroeid en, zover wij hebben kunnen nagaan, niet getoetst (in ieder geval niet recent) aan de pakketcriteria zoals het Zorginstituut die nu hanteert. Kinderbrillen zijn sinds het ontstaan van de Regeling hulpmiddelen 1996 (Zfw) alleen opgenomen geweest voor ernstige medische aandoeningen. Uit oude documentatie uit de jaren 80 van de Ziekenfondswet kunnen we nog herleiden dat er een vergoeding bestond voor brillenglazen voor alle refractieafwijkingen voor alle burgers en monturen tot 16 jaar tot in ieder geval 1987.
8. OVN	De OVN onderschrijft het advies en steunt gerichte maatregelen om kinderbrillen toegankelijk te maken voor gezinnen met financiële problemen. Tegelijk geven ze aan geen voorstander te zijn van opname in het basispakket voor alle kinderen, omdat het probleem zich volgens haar beperkt tot een specifieke groep en algemene opname kan leiden tot hogere kosten en onduidelijkheid. Daarom pleit de OVN voor gerichte, afgebakende ondersteuning van lage-inkomensgezinnen.	Wij danken OVN voor haar reactie.
9. ZN	Zorgverzekeraars Nederland kan zich vinden in het conceptadvies van het Zorginstituut	Wij danken ZN voor haar reactie.

10. Jeugdeducatiefonds, Kinderhulp, Vision2020	Partijen benadrukken het belang van preventie en vroegtijdige signalering van zichtproblemen om verergering en hogere zorgkosten te voorkomen. Er wordt gepleit voor structurele en herhaalde screening op meerdere leeftijden, ook in latere schooljaren, via scholen en GGD/JGZ. Daarbij is het essentieel dat screening laagdrempelig is en dat alle kinderen worden onderzocht, ook zonder zichtklachten, zodat problemen tijdig worden opgespoord en opgevolgd.	Het Zorginstituut onderschrijft het belang van het vroegtijdig opsporen en tijdig corrigeren van zichtproblemen. Het Zorginstituut heeft hierover het volgende opgenomen: *Naast de problematiek bij het vergoeden van kinderbrillen voor specifieke groepen, signaleert het Zorginstituut mede op basis van het rapport Kinderbrilarmoede en na overleg met partijen problemen bij het vroegtijdig opsporen van slechtziendheid bij alle kinderen en de bekendheid en implementatie van de preventieve maatregelen voor het afremmen van myopie.* *Het verbeteren van de landelijke vangnetten, het vroegtijdig opsporen en de implementatie van preventieve maatregelen kan bijdragen aan het bevorderen van kansengelijkheid en betere ooggezondheid.*
11. OVN	Feitelijke onjuistheden: 1. Achtergrondinformatie (p6-9); Volgens de notitie Oogzorg in het optiekbedrijf zijn de valpartijen overeengekomen dat de optometrist in de eerste lijn vanaf 8 jaar een refractie verricht met cycloplegie als dat nog niet eerder gedaan is en opticiens vanaf 10 jaar – zie stroomschema op p13 van de notitie. In het Concept Pakketadvies Kinderbrillen staat nu een leeftijd van 12 jaar bij de opticien en dit is dus feitelijk onjuist. 2. Toetsing aan pakketcriteria (p10-21); In het Concept Pakketadvies Kinderbrillen wordt slechtziendheid en refractieafwijkingen gebruikt en dit betreffen twee verschillende zaken. Refractieafwijkingen betreft een optische fout van het oog en is (meestal) goed te corrigeren met een bril of contactlenzen. Daarentegen gaat slechtziendheid over de gezichtsscherpte (visus) en het functioneren en is niet goed te corrigeren.	Dank voor uw reactie, we hebben het in het pakketadvies aangepast.

5 Conclusie en advies

In dit hoofdstuk vatten we alle argumenten samen die voortkomen uit de toetsing van de pakketcriteria noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Deze vormen de basis van onze conclusie en het pakketadvies aan VWS. Daarnaast geven we enkele aanbevelingen aan de ministeries en veldpartijen die hierbij betrokken zijn om kansengelijkheid en ooggezondheid te bevorderen.

5.1 Weging van alle argumenten

In dit advies heeft het Zorginstituut zich opnieuw gebogen over de vraag of brillen voor alle kinderen in het basispakket moeten worden opgenomen. Uit de toetsing aan de relevante criteria komen de volgende argumenten naar voren:

- De effectiviteit en kosteneffectiviteit van een bril staan niet ter discussie.
- Er is sprake van een lage tot zeer lage ziektelast. Lichte, milde en matige slechtziendheid kent een zeer lage ziektelast in vergelijking tot veel andere aandoeningen die bijvoorbeeld levensbedreigend kunnen zijn. Behandelingen voor aandoeningen met een zeer lage ziektelast komen in principe niet in aanmerking voor vergoeding uit het basispakket. In geval van ernstige slechtziendheid is sprake van lage ziektelast. Brillenglazen voor bepaalde ernstige medische aandoeningen, waaronder refractieafwijkingen hoger dan -6D, worden al uit het basispakket vergoed.
- Slechtziendheid als gevolg van een refractieafwijking is een veelvoorkomende aandoening, met relatief geringe financiële gevolgen. Een gemiddelde bril kost tussen de € 194 en € 369.
- Het overgrote deel (90 tot 97 procent) van de ouders of verzorgers betaalt de kinderbril op dit moment uit eigen middelen.
- Uit onderzoek blijkt echter dat dit voor een deel van de doelgroep niet haalbaar is. Deze mensen kunnen een bril niet uit eigen middelen bekostigen. Bovendien weten zij niet altijd de weg te vinden naar regelingen of instanties die deze kosten geheel of gedeeltelijk vergoeden. Daarnaast zijn de voorwaarden en de hoogte van de vergoedingen niet altijd uniform.
- Bij de invoering van het basispakket in 2006 was het principiële uitgangspunt: dezelfde dekking voor iedereen, ongeacht leeftijd, inkomenspositie of gezondheidssituatie. Daarmee kwam een einde aan de situatie waarin onderscheid werd gemaakt tussen particulier verzekerden en ziekenfonds verzekerden. In de laatste categorie vielen mensen onder een bepaalde inkomensgrens. De politiek vond deze tweedeling niet meer gewenst. Dat betekent echter wel dat als kinderbrillen in het basispakket worden opgenomen, alle kinderen hier aanspraak op maken. Daarnaast komt bij opname in het basispakket onder de huidige voorwaarden gemiddeld € 232 voor eigen rekening (eigen bijdrage plus kosten montuur). Hiermee zijn de ouders of verzorgers met beperkte financiële middelen niet of onvoldoende geholpen. Om deze ouders of verzorgers te helpen is het nodig om de eigen bijdrage te laten vervallen en het montuur te vergoeden. Ook hierdoor valt opname in het basispakket een stuk duurder uit dan wanneer wordt gekozen voor een andere manier om deze basisvoorziening toegankelijk te maken voor mensen voor wie dat nu een probleem is.
- Ongeacht het scenario is er een groot verschil in budgetimpact tussen vergoeding voor alle kinderen en de groep kinderen waarvan de ouders of verzorgers over onvoldoende financiële middelen beschikken. De budgetimpact bij jaarlijkse volledige vergoeding voor alle kinderen (n=614.000) bedraagt jaarlijks tussen de € 119 en € 226 miljoen. De groep waarvan de ouders of verzorgers over onvoldoende financiële middelen beschikken is weliswaar in absolute aantallen niet klein (ruwweg tussen de 25.000 en 105.000 kinderen), maar relatief gezien gering (3 tot 10 procent van alle kinderen met een bril). Jaarlijkse vergoeding van één volledige bril of contactlenzen voor deze groep leidt tot een maximale budgetimpact tussen de € 5 en € 39 miljoen. Als vergoeding van kinderbrillen voor deze groep via een vangnet loopt, is het aantal kinderen naar verwachting lager dan in ons maximale scenario. Dan wordt er namelijk gekeken of het inkomen of vermogen van de ouders of verzorgers daadwerkelijk ontoereikend is. Het Zorginstituut verwacht dan een budgetimpact tussen de € 5 en € 10 miljoen.
- Doordat bijziendheid in de bevolking toeneemt en kinderen steeds vroeger bijziend worden is de verwachting dat deze kosten over de jaren verder zullen stijgen.

5.2 Conclusie: vergoeden kinderbril uit het basispakket niet het juiste instrument

Alles afwegende concludeert het Zorginstituut dat alle kinderen die het nodig hebben een bril moeten krijgen, maar dat vergoeding uit het basispakket hiervoor niet het juiste instrument is. Wij zien geen aanleiding om de huidige aanspraak uit te breiden voor een aanvullende subgroep, bijvoorbeeld op basis van leeftijd of refractieafwijking. We lichten onze conclusie hieronder toe.

Het pakketcriterium noodzakelijkheid laat zien dat slechtziendheid als gevolg van een refractieafwijking een veelvoorkomende aandoening is, die gepaard gaat met een zeer lage ziektelast tot lage ziektelast in vergelijking tot veel andere aandoeningen die bijvoorbeeld levensbedreigend kunnen zijn. De kosten van een kinderbril zijn relatief laag en leiden voor het overgrote deel van de ouders of verzorgers niet tot financiële problemen.

Een kleine groep mensen, die onder of net boven de armoedegrens leeft, kan een kinderbril niet of moeilijk betalen. Dit kan bijdragen aan het vergroten van gezondheidsverschillen. Maar opname van de kinderbril in het basispakket voor alle kinderen leidt tot hoge zorgkosten en een aanzienlijke premiestijging voor alle verzekerden. De Zvw biedt namelijk geen mogelijkheid om te differentiëren op basis van inkomen.

Voor deze financieel kwetsbare groep mensen zijn er vangnetten waaruit de kinderbril volledig of gedeeltelijk vergoed kan worden. Deze lijken nu onvoldoende toegankelijk en vindbaar. Ook hebben ze verschillende voorwaarden.

5.3 Pakketadvies kinderbrillen

Het Zorginstituut adviseert de minister van VWS om de huidige aanspraak op kinderbrillen binnen het basispakket niet uit te breiden. Een kinderbril is essentieel voor de ontwikkeling van een kind -onder andere voor het lezen, leren en schoolprestaties- en voor het volwaardig kunnen deelnemen aan de maatschappij, bijvoorbeeld aan het verkeer en sport. Maar als het probleem slechts een beperkte inkomensgroep betreft, is het vanuit maatschappelijk perspectief niet verantwoord om een bril voor alle kinderen volledig te vergoeden, vanwege de aanzienlijke budgetimpact en premiestijging voor iedere belastingbetaler. Het Zorginstituut heeft berekend dat deze specifieke groep geholpen kan worden met slechts een fractie van het budget, naar verwachting tussen € 5 en € 10 miljoen per jaar in plaats van tussen de € 119 en € 226 miljoen die jaarlijks nodig zou zijn geweest bij vergoeding voor alle kinderen uit het basispakket. De aanzienlijk lagere kosten in geval van vergoeding voor deze specifieke groep, maakt het ook mogelijk om maatwerk te leveren. Bijvoorbeeld door ook het montuur en noodzakelijke reparaties te vergoeden, zonder een vorm van eigen bijdrage.

5.4 Aanbevelingen om ooggezondheid en kansengelijkheid te bevorderen

Het Zorginstituut ziet in de bestaande landelijke vangnetten een meer passende oplossing voor de groep mensen met beperkte financiële middelen. Ook de ACP heeft aangegeven zich hierin te kunnen vinden. Er zijn al verschillende landelijk dekkende vangnetconstructies waar de groep mensen met beperkte financiële middelen terechtkan. Die zijn ook juist voor deze doelgroep bedoeld. Het Zorginstituut beveelt de ministeries en veldpartijen die hierbij betrokken zijn aan om deze vangnetten te verbeteren. Dan kunnen kinderbrillen daaruit worden vergoed als iemand aan de voorwaarden voldoet. Los van de gekozen oplossing vindt het Zorginstituut het belangrijk dat:

- er een goede bekendheid en vindbaarheid is voor de betreffende doelgroep.
- er sprake is van laagdrempelige toegankelijkheid.
- er landelijk gelijke voorwaarden gelden, voor inkomensgrens, vergoeding en hoogte van de vergoeding.

– er voldoende budget beschikbaar is voor het volledig vergoeden van een kinderbril, inclusief montuur en eventuele reparaties.

Daarnaast vragen we aandacht voor een goede financiële overbrugging totdat de structurele, toegankelijke en landelijke oplossing is gerealiseerd. Dit is een sterk signaal van alle betrokken partijen en de ACP.

Naast de problematiek bij het vergoeden van kinderbrillen voor specifieke groepen, signaleert het Zorginstituut mede op basis van het rapport *Kinderbrilarmoede* en na overleg met partijen problemen bij het vroegtijdig opsporen van slechtziendheid bij alle kinderen en de bekendheid en implementatie van de preventieve maatregelen voor het afremmen van myopie.[41]

Het verbeteren van de landelijke vangnetten, het vroegtijdig opsporen en de implementatie van preventieve maatregelen kunnen bijdragen aan het bevorderen van kansengelijkheid en betere ooggezondheid.

[41] Leefregels bijziendheid of myopie (preventie) - Oogartsen.nl.

Bijlage 1 Adviesaanvraag VWS

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Zorginstituut Nederland
T.a.v. mevrouw Koenraadt-Janssen
Postbus 320
1110 AH Diemen

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Zorgverzekeringen
Pakketbeheer

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11

www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
4221754-1088041-Z

Bijlage(n)

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 22 september 2025
Betreft Adviesaanvraag aanspraak kinderbrillen

Geachte Mevrouw Koenraadt-Janssen,

De afgelopen twee jaar is er veel aandacht geweest voor de signalen van beperkte toegang tot brillen voor minderjarigen. Dat is de Eerste en Tweede Kamer niet ontgaan. Er zijn dan ook meerdere Kamervragen gesteld en moties ingediend over de toegankelijkheid. En over de mogelijkheid om de aanspraak op brillenglazen voor minderjarigen uit te breiden. Er is tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) veel contact hierover geweest.

Afgelopen juni is er een motie aangenomen in de Tweede Kamer over het tijdelijk vergoeden van kinderbrillen vanuit het basispakket tot er een structurele oplossing is gevonden[1]. VWS wil daarom de optie om de aanspraak uit te breiden onderzoeken en wendt zich daarom tot het Zorginstituut dat als pakketbeheerder de taak heeft om hierover te adviseren.

Het Zorginstituut heeft eerder dit jaar op verzoek van VWS al een inschatting gemaakt van de mogelijke financiële impact van de opname van brillenglazen in het basispakket voor alle minderjarigen met refractieafwijkingen[2]. In het verlengde hiervan verzoek ik u om zo snel mogelijk te adviseren over uitbreiding van de huidige aanspraak op brillenglazen voor minderjarigen.

Doel adviesvraag
Het doel van deze adviesaanvraag is om een onderbouwd advies te krijgen over de opname van brillenglazen, brilmonturen en contactlenzen voor minderjarigen met refractieafwijkingen in het basispakket. Mede op basis van uw advies kan besluitvorming plaatsvinden over het opnemen van brillenglazen, brilmonturen en contactlenzen in het basispakket voor minderjarigen (0-18).

Inhoud van het advies
Specifiek verzoek ik u te adviseren over de opname van brillenglazen, brilmonturen en contactlenzen voor minderjarigen (0-18 jaar) met refractieafwijkingen.

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Zorgverzekeringen
Pakketbeheer

Kenmerk
4221754-1088041-Z

Daarbij verzoek ik u het volgende:

- Indien van toepassing wordt er in het advies onderscheid gemaakt tussen leeftijdsgroepen en refractieafwijkingen. De afweging om dat onderscheid wel of niet te maken wordt helder toegelicht in het advies. Daarnaast wordt in het advies rekening gehouden met de ontwikkeling van refractieafwijkingen bij minderjarigen.
- Er wordt duidelijk beargumenteerd op basis van de pakketcriteria hoe het Zorginstituut tot het advies is gekomen, als onderbouwing voor een positieve of negatieve uitkomst van het advies.
- Conform de opdracht die u in het kader van het VWS-programma Verbeteren en Verbreden van de Toets op het Basispakket (VVTB) heeft ontvangen[3], expliciteert u in het advies ook de maatschappelijke aspecten die zijn meegewogen om tot het advies te komen.
- Voor het berekenen van de budgetimpact worden brillenglazen, brilmonturen en contactlenzen zowel apart als gezamenlijk meegenomen. Daarbij vraag ik u om ook scenario's weer te geven met en zonder eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen. Indien u in uw advies onderscheid maakt tussen leeftijdsgroepen en refractieafwijkingen, wordt dit ook in de budgetimpact weergegeven.
- Ik verzoek u om bij de totstandkoming van uw advies de Low Vision Research onderzoeksgroep van het Amsterdam UMC, te betrekken, die onder leiding staat van prof. dr. Ruth M.A. van Nispen, PhD.

Tijdlijn
Ik verzoek u het advies uiterlijk 30 september 2026 op te leveren. Een eerste conceptversie verwacht ik uiterlijk 1 juni 2026 te ontvangen. Verder verzoek ik u om de stand van zaken van het adviestraject periodiek terug te koppelen.

Tot slot
VWS gaat graag op uw verzoek[4] in om in gesprek te gaan over preventieve maatregelen en doelgroepenbeleid, maar dit staat uitdrukkelijk los van dit adviestraject. Hiervoor wordt binnenkort een aparte afspraak ingepland door VWS.

Ik ga ervan uit dat de kosten die gemoeid zijn met dit verzoek kunnen worden opgevangen binnen de door VWS beschikbaar gestelde middelen voor de reguliere werkzaamheden van het Zorginstituut. Mocht dit niet het geval zijn, dat deze worden meegenomen in de gebruikelijke afspraken rond de planning & controlcyclus tussen het Zorginstituut en VWS.

Hoogachtend,
de directeur Zorgverzekeringen,

mw. mr. K.T. Lammertsma

Bijlage 2 Huidige aanspraak

Regeling Zorgverzekering

§ 1.4. Hulpmiddelenzorg

Artikel 2.6

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

Artikel 2.13: Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie

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. sprake is van een 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.

Toelichting bij de Regeling (voor zover relevant bij dit advies)
Artikel 2.13 *(per 1 januari 2012)*

In dit artikel is de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie nader vormgegeven. Uit de nieuwe omschrijving in artikel 2.6, onderdeel f, blijkt dat er een relatie moet bestaan tussen de aangevraagde voorziening en de stoornis in de visuele functie. Deze relatie moet blijken uit de specifieke functionaliteiten waarover een hulpmiddel beschikt. Hulpmiddelen die over deze functionaliteiten beschikken schaffen mensen zonder beperking in het algemeen niet aan.

Bij algemeen gebruikelijke hulpmiddelen is de relatie tussen de stoornis en het hulpmiddel niet één op één aanwezig. Ook mensen zonder stoornis in de visuele functie schaffen dergelijke hulpmiddelen aan. Algemeen gebruikelijke voorzieningen vallen dan ook niet onder deze te verzekeren prestatie.

Uitgaande van de ICF-classificatie kan een splitsing worden gemaakt tussen de hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de visuele functie (classificatie functies) en hulpmiddelen die een compensatie bieden voor beperkingen die een persoon met een visuele beperking ondervindt bij het uitoefenen van bepaalde activiteiten (classificatie activiteiten en participatie). Deze splitsing is tot uitdrukking gebracht in de onderdelen a en b van het eerste lid.

Artikel 2.13, eerste lid, onderdeel a
Onder de functiegerichte omschrijving in het eerste lid, onderdeel a, vallen hulpmiddelen die dienen om de stoornis in de visuele functie te verbeteren. Het gaat om de groep hulpmiddelen die in voorgaande regelgeving werd aangeduid als 'gezichtshulpmiddelen'. Deze hulpmiddelen kunnen globaal in drie groepen worden verdeeld te weten: brillen, contactlenzen en bijzondere optische hulpmiddelen.

Op grond van het tweede lid, onder a en het derde lid vallen gewone brillen en contactlenzen zonder medische indicatie niet onder de te verzekeren prestatie. Lenzen vallen onder de te verzekeren prestaties voor zover er sprake is van een medische indicatie. 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.

[…]

In het derde lid is het indicatiegebied voor lenzen omschreven. Veel voorkomende medische indicaties bij lenzen zijn:
- een hoge refractieafwijking (> 10 dioptrie);
- grote verschillen (>4 dioptrie) in sterkte tussen linker- en rechteroog (anisometropie);
- sterke cilindervorming (hoog astigmatisme) (>4 dioptrie);
- keratoconus en hoornvliestransplantatie.

[…]

In het vierde lid is de eigen bijdrage voor lenzen geregeld. Ook afdekpleisters ter behandeling van amblyopie (lui oog) dienen ter correctie van stoornissen in de visuele functie en vallen daarmee onder deze te verzekeren prestatie.

[…]

Wijziging per 1 januari 2013 betreffende brillenglazen voor kinderen
Gebleken is dat voor de groep jonge kinderen met een medische indicatie voor lenzen de huidige regeling niet goed aansloot op de werkelijkheid. Bij jonge kinderen met een medische indicatie voor lenzen, wordt vaak om praktische redenen de voorkeur gegeven aan een bril. Het gaat daarbij vooral om medische indicaties waarbij vaker nieuwe brillenglazen nodig zijn, vanwege een snelle verandering van de visus. In tegenstelling tot lenzen die in deze situatie (deels) voor vergoeding in aanmerking komen, bleven de kosten van de brillenglazen volledig voor eigen rekening. De kosten kunnen voor de ouders van deze groep sterk oplopen, niet alleen omdat de brillenglazen regelmatig moeten worden vervangen, maar ook omdat het hier vaak gaat om een erfelijke aandoening en soms meer kinderen bril- of lensdragend zijn.

Op mijn verzoek heeft het CVZ daarom verkend of een uitbreiding van de vergoedingsregeling voor deze kinderen is aangewezen. Het CVZ heeft hierover op 31 mei 2012[42] geadviseerd. Het CVZ heeft in zijn advies twee mogelijkheden in kaart gebracht. Eén mogelijkheid was om een vergoedingsregeling voor brillenglazen voor kinderen in te voeren gebaseerd op de voormalige vervangingsregeling. Ik heb echter gekozen voor de andere mogelijkheid, namelijk een vergoedingsregeling voor brillenglazen, waarbij een eigen bijdrage geldt gelijk aan die voor contactlenzen.

[42] Uitgave CVZ 2012, volgnummer: 2012032062

Met deze regeling is artikel 2.13 aangepast ten einde te regelen dat verzekerden tot de leeftijd van achttien jaar bij bepaalde medische indicaties recht hebben op brillenglazen.
In het tweede lid is de uitsluiting van brilmonturen met deze regeling in een apart onderdeel geregeld, omdat brilmonturen ook voor verzekerden onder de achttien jaar niet onder de te verzekeren prestaties vallen.

Op advies van het CVZ is ook de indicatie voor lenzen uitgebreid. Het CVZ is namelijk van mening dat bij enkele andere ernstige oogaandoeningen de vervangingsregeling ook van toepassing zou moeten zijn. Een voorbeeld hiervan is aangeboren pathologische myopie met een refractieafwijking van ten minste 6 dioptrieën. In verband hiermee is het derde lid van artikel 2.13 aangepast.

Het nieuwe vierde lid van artikel 2.13 regelt de vergoedingsmogelijkheid voor brillenglazen voor kinderen tot achttien jaar. Het gaat daarbij om kinderen met ernstige oogaandoeningen, waarbij de brillenglazen vaak moeten worden vervangen. Indien jonge kinderen een indicatie hebben voor lenzen, maar het dragen van lenzen niet de voorkeur heeft, kunnen brillenglazen worden vergoed.

Het CVZ heeft voorgesteld brillenglazen of filterglazen ook voor rekening van de zorgverzekering te laten komen voor kinderen die geopereerd zijn vanwege lensafwijkingen en voor kinderen waarbij sprake is van zuivere accommodatieve esotropie.

Bij de eerste groep kinderen gaat het om:

a. zeer jonge kinderen die worden geopereerd maar geen of nog geen implantlens krijgen vanwege de progressieve groei in de eerste achttien maanden. Zij krijgen een uitwendige contactlens. Vanaf drie jaar hebben deze kinderen ook een bifocale leesbril nodig.
b. Kinderen van achttien maanden en ouder die bij operatie wel een implantlens krijgen. Dan is ook een bifocale bril nodig omdat de implantlens een sterkte heeft die anticipeert op de nog te verwachten groei van het oog.

Bijkomend probleem is dat deze brillen regelmatig moeten worden vervangen vanwege de groei van het oog.

Bij de groep kinderen die lijdt aan zuivere accommodatieve esotropie wordt de aandoening in het algemeen gecorrigeerd met een bifocale bril en niet met contactlenzen. Bij deze aandoening gaan de ogen zonder bril scheel naar binnen staan. Dit is te corrigeren met een bifocale hypermetrope correctie. Ook hier speelt dat deze glazen regelmatig moeten worden vervangen vanwege de groei van het oog.

De eigen bijdrage voor lenzen en brillenglazen is geregeld in artikel 2.33, vierde lid.

Bijlage 3 Verslag bijeenkomst partijen 22-01-2026

Verslag

1. Omschrijving	Bijeenkomst ten behoeve van het Pakketadvies kinderbrillen
2. Vergaderdatum en -tijd	22 januari 2026 van 15.00-17.00 uur
3. Vergaderplaats	Zorginstituut Nederland te Diemen
4. Aanwezig	Zorginstituut Nederland Jeugdartsen Nederland (AJN) Jeugdeducatiefonds Nationaal Fonds Kinderhulp (Kinderhulp) Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) Nederlandse Unie van Optiekbedrijven (NUVO) Nederlandse Vereniging van Orthoptisten (NVvO) Oog voor Onderwijs Oogvereniging Optometristen Vereniging Nederland (OVN) Stichting Vision 2020 Netherlands (VISION 2020) Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) Zorgverzekeraars Nederland (ZN) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

1. Opening en mededelingen

Teammanager Paramedische zorg, Hulpmiddelen, Mondzorg en Vervoer, opent de bijeenkomst en verwelkomt de aanwezigen.

2. Proces en inhoud van het adviestraject

Projectleider zet het proces van het adviestraject uiteen. Adviseur Zorginstituut licht toe hoe het Zorginstituut een pakketadvies uitvoert, waarbij zij de nadruk legt op pakketcriteria noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. In het kader van het pakketcriterium noodzakelijkheid zal ook gekeken worden naar mogelijke vangnetten. Er wordt verduidelijkt dat het basispakket voor iedere burger gelijk is en dat het niet mogelijk is om een inkomensgrens te hanteren binnen het basispakket. Vragen vanuit de groep worden beantwoord.

3. Inventarisatie voor- en nadelen van de verschillende opties voor vergoeding van kinderbrillen

Het Zorginstituut heeft drie opties voor vergoeding geformuleerd – het basispakket en twee landelijke vangnetten. Een van de groepen somt de nadelen op, de andere de voordelen. Vervolgens bespreken de aanwezigen, in de groepen en plenair, nog andere oplossingsrichtingen voor vergoeding van kinderbrillen, en gerelateerde onderwerpen.

Hieronder staan de opmerkingen die door de aanwezigen zijn aangedragen benoemd. Daar hebben we geen waardeoordeel of prioritering aan verbonden.

Opname in het basispakket van de zorgverzekering (Zvw)

Het basispakket van de zorgverzekering wordt momenteel onderzocht als mogelijkheid voor vergoeding. Daarbij wordt gekeken naar verschillende opties, zowel met als zonder montuur en met en zonder eigen bijdrage.

Voordelen

- Duidelijkheid van de route als er voor iedereen vergoeding is
- Zvw is stabiel en geeft zekerheid
- Kansarme kinderen hebben mogelijkheid om een bril aan te schaffen
- Opname in Zvw draagt bij aan gelijke ontwikkelkansen voor alle kinderen

Nadelen

- Probleem van het basispakket is dat alle kinderen in aanmerking komen voor vergoeding van een bril. Dit maakt de oplossing duur. Voor een groot deel van de ouders/verzorgers is de aanschaf van een kinderbril geen groot probleem. Een hele bril (zonder eigen bijdrage) vergoeden voor iedereen zorgt voor een grote budgetimpact, waardoor de premie omhooggaat. Tenzij je iets uit het pakket haalt.
- Op dit moment is er een eigen bijdrage. Als die blijft bestaan, zijn de kansarme gezinnen niet voldoende geholpen.
- Op het moment komt een montuur niet voor vergoeding in aanmerking. Als dat zo blijft, zijn de kansarme gezinnen niet voldoende geholpen.

Bijzondere bijstand

De bijzondere bijstand is een vergoeding van de gemeente voor onverwachte noodzakelijke kosten voor mensen die dat niet zelf kunnen betalen. De voorwaarden voor vergoeding van een kinderbril, de hoogte van het bedrag en de manier van aanvragen kan per gemeente verschillen.

Voordelen

- Dit betreft een regionale regeling en sluit daarom beter aan op jeugdgezondheidszorg. Regio's zijn echter niet altijd dezelfde;
- Er is signalering van armoede bij de gemeente;
- Het geld wordt uitgegeven op de plek waar dat het hardst nodig is, er is gerichte inzet van middelen.

Nadelen

- Mensen die net boven de armoedegrens zitten vallen buiten de boot;
- Schaamte is een drempel. Het aanvragen van bijzondere bijstand wordt gevoeld als stigmatiserend;
- Je moet zelf in actie komen, formulieren invullen, en er is wachttijd;
- Er wordt minder gebruik van gemaakt dan van landelijke regelingen, mogelijk dat deze regeling minder bekend is;
- Het budget is op dit moment onvoldoende om iedereen te helpen, als iedereen komt;
- Door de toeslagenaffaire is vertrouwen in de overheid om iets te krijgen gedaald. Men is bang dat dit later weer wordt afgenomen of dat ze het terug moeten betalen. Die angst is er bij het basispakket niet.

Fondsen

Het Jeugdeducatiefonds vergoedt kinderbrillen via de basisscholen die zijn aangesloten (meer dan 900) bij dit fonds. Kinderhulp kan kinderen en jongeren van 0 tot 21 jaar die in ons land in armoede opgroeien, helpen met een vergoeding van een kinderbril. Kinderhulp heeft na een Motie in de Tweede Kamer tijdelijk extra budget ontvangen voor de vergoeding van kinderbrillen.

Voordelen

- Geen verhoging van de totale zorgkosten in het basispakket;
- Brillen kunnen voor alle kinderen (Kinderhulp) of kinderen van aangesloten scholen (JEF) vergoed worden;
- Binnen de scholen wordt geen onderscheid gemaakt op inkomen van ouders/verzorgers.

Nadelen

- De fondsen zijn afhankelijk van liefdadigheid, het betreft een tijdelijke financiering en geen structurele oplossing;

- Er moet wel een intermediair/hulpverlener tussen zitten, anders kun je niet geholpen worden. Men ervaart schaamte om hulp hiervoor in te schakelen;
- Grote druk op zowel personele inzet als organisatie;
- Het is versnipperd, er is geen landelijk bereik op dit moment;
- Alleen voor bepaalde groep/kansongelijkheid.

4. Plenaire bespreking andere oplossingsrichtingen voor vergoeding

Behalve de vergoedingsbronnen die op landelijk niveau geregeld zijn (al dan niet lokaal uitgevoerd), zijn er mogelijk andere oplossingen. Deze zijn hieronder benoemd.

- Laat de vergoeding van brillen via scholen lopen. Op basis van een wegingsscore krijgt elke school een bedrag om brillen voor kwetsbare kinderen te vergoeden;
- Laat de mensen die in aanmerking komen voor zorgtoeslag ook in aanmerking komen voor vergoeding van kinderbrillen. Let wel op want er is een groep werkenden die inmiddels ook niet rond kunnen komen en het slechter hebben dan de groep die wel in aanmerking komt voor toeslagen en andere aanvullende regelingen;
- Vergoeding via de gemeentepolis;
- Een landelijke, duurzame regeling, met een volledige vergoeding gericht op de juiste groep (inkomensdifferentiatie);
- Meer integrale zorg voor lage SEP, want dat is efficiënter dus er is meer budget voor bijvoorbeeld kinderbrillen;
- Vergoeding vanuit het basispakket voor alle kinderen, inclusief montuur en zonder eigen bijdrage maar wel een maximumvergoeding (met differentiatie naar refractieafwijking);
- Contracteer één of meerdere ketens zodat zonder bijbetaling een kinderbril kan worden aangeschaft.

Aanvullende opmerkingen

Signalering

- Landelijk georganiseerde signalering is nodig, bijvoorbeeld opnieuw invoeren van signalering van alle kinderen in groep 7. Het bereik is dan groot. En als je alleen jonge kinderen screent mis je kinderen die op latere leeftijd alsnog een refractieafwijking ontwikkelen
- Kinderen met twee werkende ouders/verzorgers hebben ook minder mentale bandbreedte om zich te focussen op mogelijke zichtproblemen van hun kind(eren) > fijn als signalering gefaciliteerd wordt via scholen.
- Preventie is ook heel belangrijk, hoe zorg je dat er minder brillen nodig zijn? Wie zijn daarvoor aan zet?

Nieuwe ontwikkelingen

- Er is discussie over de plaats van vergoeding (hulpmiddelenzorg of medisch-specialistische zorg) van meekleurende en multifocale brillenglazen vanwege de behandeling met atropine oogdruppels bij de oogarts.
- Er is discussie rondom myopieremmende brillenglazen

Het Zorginstituut bespreekt intern of en zo ja op welke termijn deze signalen opgepakt kunnen worden. Het zal geen deel uitmaken van het komende pakketadvies kinderbrillen.

Rondvraag en sluiting

Manager bedankt de aanwezigen voor hun deelname. Projectleider geeft aan dat zij het verslag zullen ontvangen, en dat hen in april gevraagd wordt om input op het concept pakketadvies aan VWS.

Bijlage 4 Overige aspecten van noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid

Noodzakelijkheid

- **Substitutie van zorg**: Een vraag in het kader van noodzakelijk te verzekeren zorg is of er kans is op substitutie van kosten door wijziging van de vergoedingsstatus. Bijvoorbeeld doordat wordt overgestapt naar een duurder middel dat nog wel wordt vergoed. Dit aspect is echter alleen relevant als er sprake is van een uitstroomadvies. Dat is hier niet aan de orde.
- **Voorzienbaarheid en gebruikelijkheid**: Een groot deel van de Nederlandse bevolking is of wordt met de jaren bijziend of verziend. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) droeg in 2022 62 procent van de Nederlandse bevolking ouder dan vier jaar weleens een bril. Twaalf procent gaf aan lenzen te dragen, al dan niet in combinatie met een bril. Veertien procent van de kinderen tussen de vier en twaalf jaar was brildragend. Het dragen van een bril komt dus veel voor. Dat slechtziendheid als gevolg van een refractieafwijking vaak voorkomt wil echter niet zeggen dat een bril als een algemeen gebruikelijk hulpmiddel kan worden gezien. Een bril is immers bedoeld voor mensen met een specifiek functioneringsprobleem, een visusbeperking. Bovendien is specifieke deskundigheid nodig om brillen aan te meten. Ook kan gesteld worden dat slechtziendheid als gevolg van een refractieafwijking niet voorzienbaar is. Het is niet iets wat bij het natuurlijke verouderingsproces hoort. Dat geldt bijvoorbeeld wel voor een leesbril. Vrijwel iedereen gaat op den duur een leesbril gebruiken, maar die kan meestal worden aangeschaft zonder dat daarvoor specifieke deskundigheid nodig is voor het aanmeten.
- **Therapietrouw:** Therapietrouw is een aspecten dat vooral aan de orde is wanneer het behandelresultaat sterk afhangt van het al dan niet opvolgen van behandelvoorschriften door de patiënt. Dat geldt bijvoorbeeld voor het regelmatig innemen van medicatie of het doen van oefeningen in het kader van een fysiotherapeutische behandeling. In het geval van het dragen van een bril speelt dit niet tot nauwelijks. Het niet dragen van een bril om financiële redenen moet niet worden gezien als therapieontrouw.
- **Systeemeffecten:** Bij systeemeffecten kan worden gedacht aan een veranderde relatie tussen een verzekerde en een zorgaanbieder, zoals de opticien, oogarts, optometrist of orthoptist, door het wijzigen van een vergoedingsstatus. Dat zou bijvoorbeeld het geval kunnen zijn wanneer een hulpmiddel niet meer door iemand met specifieke deskundigheid hoeft te worden geleverd, maar ook in de vrije verkoop kan worden aangeschaft. Dan zorgt de verandering van vergoedingsstatus voor een nieuwe dynamiek. In het geval van eventuele opname van de kinderbril in het basispakket, verwachten we dergelijke systeemeffecten niet.

Uitvoerbaarheid

- **Zorgconsumptie:** Het aspect zorgconsumptie betreft de manier waarop en de mate waarin patiënten en cliënten gebruik maken van het beschikbare zorgaanbod. Opname in het basispakket maakt zorg over het algemeen beter toegankelijk voor hen die op deze zorg zijn aangewezen. Naast dit bedoelde effect kan opname in het basispakket in sommige situaties ook onbedoelde invloed hebben op de zorgconsumptie, namelijk dat verzekerden die niet zijn aangewezen op zorg, in dit geval een bril, toch van deze zorg gebruik gaan maken. Ook bestaat er een risico dat het vervangen van een bril sneller dan medisch noodzakelijk zal plaatsvinden. Wij schatten de kans dat, wanneer kinderbrillen vergoed worden uit het basispakket, hiervan een aanzuigende werking uit zou kunnen gaan laag in. Kinderen gaan immers geen bril dragen wanneer de medische noodzaak daarvoor ontbreekt. Daarnaast zou er een minimale refractieafwijking als grens voor medisch noodzakelijke vervanging ingesteld kunnen worden. We concluderen daarom dat er geen sprake is van mogelijke substitutie door het eventueel wijzigen van de vergoedingsstatus.
- **Wetgeving en afbakening:** Bij opname van kinderbrillen in het basispakket valt niet te verwachten dat er wetgevings- of afbakeningsproblemen gaan optreden.
- **Rechtvaardigheid en gelijkheid:** Het aspect rechtvaardigheid en gelijkheid betreft het bieden van gelijke toegang tot de zorg in de Nederlandse praktijk voor de mensen die daarop zijn aangewezen. Specifiek gaat het hier om gelijke toegankelijkheid tussen alle

regio’s. Bij opname in het basispakket is niet te verwachten dat er een groot verschil in toegankelijkheid is tussen regio’s, behalve dat er in de Randstad waarschijnlijk meer keuze tussen optiekwinkels zal zijn en de reisafstanden korter zijn.

- **Organisatie van de zorg:** Aangezien deze zorg op dit moment ook al wordt geleverd zijn er bij opname in het basispakket geen problemen te verwachten wat betreft de organisatie van de zorg.
- **Arbeidsinzet en duurzaamheid:** Sinds kort onderzoeken we bij het criterium uitvoerbaarheid ook of sprake is van meer of minder arbeidsinzet en van meer of minder milieu-impact. Omdat dit nog relatief nieuwe criteria zijn, zijn hiervoor nog weinig gegevens beschikbaar. Hoewel er een groep kinderen is die op een bril is aangewezen maar deze op dit moment vanwege problemen met de bekostiging en/of signalering niet kan aanschaffen, is niet te verwachten dat extra arbeidsinzet in de zorg nodig is. Ook met betrekking tot de milieu-impact verwachten we van opname in het basispakket geen gevolgen. Het wijzigen van de vergoeding leidt niet tot meer of minder milieu-impact.
- **Administratie:** Het aspect administratie omvat de administratieve processen bij zorgorganisaties die verband houden met het verlenen en financieren van de zorg. Hieronder vallen het kunnen controleren van voorwaarden, het vastleggen van patiëntgegevens en het kunnen declareren bij zorgverzekeraars. Als brillen voor alle kinderen vergoed zouden worden vanuit het basispakket zonder aanvullende voorwaarden zou dat geen extra administratieve problemen geven wat betreft het controleren van voorwaarden. Wel zijn op dit moment lang niet alle optiekwinkels gecontracteerd door de zorgverzekeraars waardoor verzekerden brillen eerst zullen moeten voorschieten en zelf declareren. Het is te verwachten dat als kinderbrillen voor alle kinderen worden opgenomen in het basispakket, meer optiekwinkels en zorgverzekeraars contracten zullen sluiten.

Bijlage 5 Budgetimpactanalyse

Inleiding
De budgetimpactanalyse (BIA) is de combinatie van aantallen en prijs. Voor de berekening van aantallen zijn we uitgegaan van de volgende bronnen:
- Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS):
  - Aantal brildragende kinderen in 2023, naar leeftijdsgroep;
  - Prognose van leeftijdspiramide in 2025;
  - Publicatie over zorg mijden (2024).
- Publicatie van Nederlands Jeugdinstituut over percentage kinderen in armoede in 2023, inclusief trend.

Voor de prijs hebben we de volgende twee bronnen gebruikt:
- De gerapporteerde cijfers over de verdeling in refractieafwijkingen en prijzen van brillenglazen en monturen uit het rapport Kinderarmoede van het Amsterdam UMC;
- Prevalentiecijfers van astigmatisme zoals gepresenteerd door de oogartsen van topklinische ziekenhuizen (oogartsen.nl).

In deze budgetimpact analyse hebben we verschillende scenario's doorberekend. Zo hebben we een inschatting gemaakt van de macrokosten voor 2 opties:
- Optie 1: de budgetimpact voor het vergoeden van een gehele bril (glas en montuur)
  1a) zonder eigen bijdrage
  1b) met eigen bijdrage
- Optie 2: de budgetimpact voor het vergoeden van enkel de glazen zonder montuur
  2a) zonder eigen bijdrage
  2b) met eigen bijdrage

We hebben dit voor de volgende groepen kinderen berekend:
- Groep A: Alle kinderen;
- Groep B: Kinderen die onder de armoedegrens opgroeien (ongeveer 3% van alle kinderen);
- Groep C: Groep kinderen en die onder de armoedegrens leeft of net daarboven (tezamen ongeveer 10% van alle kinderen).

Ook hebben we een inschatting gemaakt van het aantal kinderen dat vanwege onvoldoende financiële middelen op dit moment geen bril draagt.

In dit rapport gebruiken we cijfers om de verschillende scenario's te onderbouwen. Deze cijfers zijn gebaseerd op verschillende bronnen. Omdat we ons bewust zijn van de onzekerheid rondom sommige cijfers, maken we gebruik van minimum- en maximumwaarden. De berekening van de budgetimpact is opgebouwd uit vier stappen:
1. Aantal kinderen met brillen bepalen;
2. Omvang inschatten van de kinderen die geen bril dragen terwijl ze er wel één nodig hebben;
3. Gemiddelde prijs van een kinderbril inschatten;
4. Combineren van eerste drie stappen.

Hieronder staan de vier stappen uitgebreid beschreven. We benoemen de bron(nen) die gebruikt zijn, de mogelijke aannames die we doen en of we uitgaan van meerdere scenario's met een minimum en maximum.

Stap 1: Aantal kinderen met brillen
Deze stap is opgebouwd uit drie onderdelen: hoeveel kinderen zijn er in Nederland; hoeveel leven daarvan in armoede; en hoeveel kinderen hebben nu een bril.

We gebruiken de geprognosticeerde bevolkingspiramide van het CBS voor 2025 voor een aantal leeftijdscategorieën, omdat we weten dat de prevalentie van brillen verschilt over de verschillende leeftijden. In totaal waren er in Nederland in 2025 **3.493.000 kinderen** (tabel 3).

Tabel 3: Aantallen kinderen per leeftijdscategorie in 2025 (geprognosticeerd) van het CBS.[43]

Leeftijdscategorieën	Aantallen kinderen
0-4 jaar	686.000
4-12 jaar	1.435.000
12-16 jaar	774.000
16-18 jaar	598.000
Totaal	**3.493.000**

In het advies maken we onderscheid tussen de gehele groep kinderen, kinderen in armoede en kinderen in armoede of net daarboven. Voor het bepalen van het aantal kinderen dat in armoede opgroeit gebruiken we cijfers van het Nederlands Jeugdinstituut. Over de periode 2018 t/m 2023 hebben zij cijfers gepubliceerd over percentages kinderen in armoede (tabel 4).

Tabel 4: Percentage kinderen in armoede van 2018 t/m 2023.[44]

Jaar	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Percentage kinderen in armoede	8,7%	7,5%	6,2%	5,6%	4,1%	2,8%	2,8%

De cijfers laten een duidelijk dalende trend zien en een stabilisatie in het jaar 2024. De analyse richt zich op 2025, dus is het nodig om een percentage voor 2025 te schatten. Aangezien het percentage in het jaar 2023 en 2024 is gestabiliseerd op 2,8% hebben we dit percentage ook gebruikt voor het jaar 2025.

Op basis van dit percentage komen we op een totaal van **97.800** kinderen dat in armoede leeft in 2025. Dit is in lijn met het rapport van het CBS over 2024 waarin staat dat 93.000 kinderen in armoede leven.[45] Ongeveer 7% van de kinderen leeft volgens de nieuwe meetmethode van het CBS, SCP en het Nibud net boven de armoedegrens en weinig tot geen financiële buffer.[46]

Voor het aantal kinderen met een bril gebruiken we data van de Gezondheidsenquête van het CBS. Deze publiceert cijfers over het hulpmiddelengebruik. De laatste cijfers zijn van 2023 en zijn bepaald op een groep van ongeveer 9.500 respondenten. Voor verschillen in samenstelling tussen de groep respondenten en de samenstelling van de bevolking past het CBS een correctie toe door middel van een wegingsfactor. De resultaten zijn uitgesplitst naar leeftijdscategorieën (tabel 5). Deze combineren we tot totale aantallen kinderen met een bril (tabel 6). De aanname die we hierbij maken is dat de resultaten van de Gezondheidsenquête uit 2023 vergelijkbaar zijn met 2025. Aangezien de trends een stijgend brilgebruik laten zien[47], is dit mogelijk een lichte onderschatting.

[43] CBS. Bevolkingspiramide 2025. Via: Bevolkingspiramide | CBS
[44] Nederlands Jeugd Instituut. Cijfers over armoede in gezinnen. Via: https://www.nji.nl/databanken/cijfers/cijfers-over-armoede-in-gezinnen
[45] CBS. Leven in armoede 2025. Via: Hoeveel kinderen zijn arm? - Leven in Armoede 2025 | CBS
[46] https://www.scp.nl/actueel/nieuws/2024/10/17/nieuwe-meetmethode-cbs-scp-en-nibud-brengt-armoede-scherper-in-beeld en beschreven in het rapport Kinderbrilarmoede.
[47] Liang J, Pu Y, Chen J, et al. Global prevalence, trend and projection of myopia in children and adolescents from 1990 to 2050: a comprehensive systematic review and meta-analysis. British Journal of Ophthalmology 2025;109:362-371.

Tabel 5: Percentage kinderen met een hulpmiddel om te zien op basis van resultaten uit de Gezondheidsenquête van 2023 van het CBS.[48]

Leeftijdscategorieën	Percentage met bril
0-4 jaar	2%
4-12 jaar	14%
12-16 jaar	26%
16-18 jaar	30%

Tabel 6: Geschat aantal kinderen per leeftijdscategorie in 2025 met een bril.

Leeftijdscategorieën	Aantallen kinderen met een bril	Aantal kinderen met een bril in armoede (2,8%)*	Aantal kinderen met een bril in armoede (10%)*
0-4 jaar	13.720	1.900	6.900
4-12 jaar	200.900	6.400	23.000
12-16 jaar	201.240	6.500	23.300
16-18 jaar	117.900	7.100	25.500
Totaal	**533.760**	**21.900**	**78.700**

*Gecorrigeerd voor de hogere prevalentie van brillen in armoede over de verschillende leeftijdscategorieën

In totaal dragen naar schatting **533.760 kinderen** een bril. Dit is dus waarschijnlijk een lichte onderschatting, omdat we gebruik maken van 2023 data over de brillen. Ook is hierin nog niet meegenomen dat er kinderen zijn die mogelijk een bril nodig hebben, maar deze nog niet dragen (om wat voor reden dan ook). Dit komt in stap 2.

Stap 2: Inschatting aantallen kinderen met een refractieafwijking, niet brildragend
Ook deze stap bestaat uit meerdere onderdelen. Eerst kijken we naar cijfers die bekend zijn over het aantal kinderen dat een refractieafwijking heeft, maar geen bril draagt. Dit kan zijn als gevolg van financiële belemmeringen of omdat kinderen niet doorhebben dat ze niet goed zien of dit niet durven te zeggen (schaamte, geen bril willen dragen). Hiermee kunnen we het getal uit stap 1 ophogen met de kinderen die we daar missen. Uit het onderzoek Generation R (zie rapport Kinderbrilarmoede) lijkt het dat kinderen in lagere welvaartsklassen mogelijk een iets hogere prevalentie hebben op brillen, maar het is onduidelijk in hoeverre deze gegevens representatief zijn voor Nederland. Hoewel de onzekerheid over de representativiteit, hebben we het wel meegenomen in de BIA om zo volledig mogelijk te zijn. De impact is echter minimaal.

Een belangrijk uitgangspunt voor de aanvraag van dit advies is dat er kinderen zijn die geen bril dragen, omdat de ouders of verzorgers dit niet kunnen betalen of omdat kinderen niet doorhebben dat ze niet goed zien of het wel doorhebben maar niet durven te zeggen. Hoewel het woord "zorg mijden" meestal een andere lading heeft, gebruiken we deze term (bij gebrek aan passender alternatief) om deze groep te omschrijven. Normaliter is zorg mijden geen expliciete variabele in budgetimpactanalyses, maar door het wegnemen van de financiële drempel bij het aanschaffen van een bril, is de verwachting dat het aantal brildragende kinderen sterker zal toenemen, voornamelijk bij groep B (onder armoedegrens) en groep C (onder armoedegrens en net daarboven). Om de totale financiële impact te berekenen is het dus

[48] CBS. 62 procent bevolking draagt weleens een bril. Via: https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/36/62-procent-bevolking-draagt-weleens-een-bril

noodzakelijk om rekening te houden met de groep kinderen die nu nog geen bril heeft vanwege financiële redenen, maar deze eigenlijk wel nodig heeft.

Zorgmijding vanwege financiële redenen is moeilijk kwantificeerbaar, maar het CBS heeft een inschatting van het mijden van zorg bij de huisartsenzorg en de tandarts, verdeeld naar welvaartskwartiel op basis van een enquête in 2024 (tabel 7). We gaan bij deze gegevens uit van de percentages van zorgmijding bij huisarts (ondergrens van 15%) en tandarts (bovengrens van 33%) van de laagste welvaartsgroep. Deze percentages zorgmijding vanwege financiële redenen is niet van toepassing op de gehele groep kinderen, waarvoor we ook de macrokosten hebben berekend, alleen voor de groep kinderen die onder de armoedegrens leeft of net daarboven (groep B en C).

We verwachten dat het aantal brildragers van alle kinderen een lichte onderschatting is, omdat er ook andere reden (zoals eerder benoemd) reden kunnen zijn waarom kinderen geen bril dragen. Om die reden hebben we het totaal aantal brildragende kinderen opgehoogd met 15%. Het is niet mogelijk om een precieze schatting te geven, en met het oog op overzichtelijkheid is de keuze voor 15% (zorg mijden van de huisarts bij de laagste welvaartsgroep, en aansluitend bij het gemiddelde van tabel 8) de meest pragmatische oplossing voor een schattingswaarde. Bij 15% "zorg mijden" gaat het om 614.000 kinderen.

Tabel 7: In hoeverre mijden mensen zorg vanwege financiële redenen in 2024.[49]

Heeft in de afgelopen 12 maanden een bezoek aan zorgverlener vermeden of uitgesteld omdat het te duur is.		
Welvaart huishouden	**Tandarts (% van volwassenen)**	**Huisarts (% van volwassenen)**
1e 25%-groep (laagste welvaart)	33	15
2e 25%-groep	26	13
3e 25%-groep	22	11
4e 25%-groep (hoogste welvaart)	15	7

Tabel 8: Geschatte totalen van kinderen die een bril nodig hebben in en specifiek voor kinderen in armoede in twee scenario's (zorgmijding van minimaal 15% en van maximaal 33%).

Scenario's	**Aantal kinderen bril nodig, totaal**	**Aantal kinderen in armoede (2,8%) bril nodig**	**Aantal kinderen in armoede (10%) bril nodig**
15% zorgmijding	614.000	25.000	91.000
33% zorgmijding	Niet realistisch	29.000	105.000

Stap 3: inschatting van de prijs

[49] CBS. Mensen met lage welvaart ervaren minder kans op goede zorg. Via: Mensen met lage welvaart ervaren minder kans op goede zorg | CBS

Voor de berekeningen in de budgetimpactanalyse maken we gebruik van een minimum en maximumprijs van een gemiddelde bril. Hiervoor maken we gebruik van de gegevens uit het rapport Kinderbrilarmoede van Amsterdam UMC.[6] Het rapport bevat data op basis waarvan een inschatting gemaakt kan worden voor een gemiddelde prijs van een kinderbril:

- Een range voor de kosten per glas, verdeeld naar sterkte;
- Verdeling van brillenglazen naar de sterkte hiervan;
- Een aanvullend bedrag in geval van astigmatisme;
- Een gemiddeld bedrag voor het montuur.

Het onderscheid tussen brilsterkte in de prijs en het verschil tussen myopie en hypermetropie op de prijs zit daarmee verwerkt in het gemiddelde die we meenemen in de berekeningen voor de BIA.

In een deel van de gevallen zullen de prijzen van de brillenglazen duurder zijn vanwege astigmatisme. Voor de range van de gemiddelde opslag per glas maken we eveneens gebruik van de cijfers van het rapport Kinderbrilarmoede van het Amsterdam UMC. De prevalentie van astigmatisme voor kinderen is echter niet meegenomen in dat onderzoek, hier maken we gebruik van cijfers van Oogartsen.nl.[50]

Dit komt neer op een minimumprijs van 94 euro per twee glazen en een maximum van 269 euro per twee glazen. Hierin zit dus verwerkt het prijsverschil voor sterkte en het prijsverschil voor myopie en hypermetropie en astigmatisme.

Voor het montuur rekenen we met een standaardbedrag van €100. **Dit resulteert in een gewogen gemiddelde van 194 euro per kinderbril als minimum en 369 euro per bril als maximum.**

Stap 4: bepaling budgetimpact
De laatste stap is om de aantallen te vermenigvuldigen met de gemiddelde prijzen. Hierbij zijn we uitgegaan van gemiddeld eenmaal per jaar de brillenglazen te vervangen, zoals beschreven in het rapport Kinderbrilarmoede, gebaseerd op een enquête onder orthoptisten. Een aantal verschillende opties zijn daarbij berekend.

Optie 1: de budgetimpact voor het vergoeden van een gehele bril (glas en montuur)
  1a) zonder eigen bijdrage (tabel 9 en 10)
  1b) met eigen bijdrage (tabel 11 en 12)
Optie 2: de budgetimpact voor het vergoeden van enkel de glazen en dus geen montuur
  2a) zonder eigen bijdrage (tabel 13 en 14)
  2b) met eigen bijdrage (tabel 15 en 16)

Optie 1 gaat uit van de gewogen gemiddelden voor de prijs van een bril uit stap 3 (194 euro en 369 euro). Voor optie 2 (enkel de glazen), gaan we uit van een verlaging van de gemiddelde van optie 1 met 100 euro. Wanneer we rekenen met een eigen bijdrage, dan hanteren we de hoogte zoals deze nu al geldt voor de kinderbrillen die al wel onder de Zvw vergoed worden. Dit is op dit moment (2026) een bedrag van 66 euro per glas.

Het Zorginstituut verwacht dat de vervangingsfrequentie van een bril over de hele periode dat een kind een bril draagt in de praktijk gemiddeld lager zal liggen dan één jaar, omdat het oog niet altijd even snel groeit. Om die reden hebben we ook de budgetimpact opgesteld in geval van een gemiddelde vervangingsfrequentie van één keer per twee jaar voor beide opties (tabel 17 t/m 24).

[50] Oogartsen.nl. Brekingsafwijkingen. Via: Algemeen overzicht: Brilsterkte / refractie-afwijkingen / brekingsafwijkingen - Oogartsen.nl

Tabel 9: Optie1a - Scenario's met de minimum gemiddelde prijs voor een kinderbril (194 euro).

Scenario	Budgetimpact, totaal (mln €)	Budgetimpact, 2,8% armoede (mln €)	Budgetimpact, 10% armoede (mln €)
15%	€ 119,0	€ 4,9	€ 17,6
33%	Niet realistisch	€ 5,7	€ 20,3

Tabel 10: Optie 1a - Scenario's met de maximum gemiddelde prijs voor een kinderbril (369 euro).

Scenario	Budgetimpact, totaal (mln €)	Budgetimpact, 2,8% armoede (mln €)	Budgetimpact, 10% armoede (mln €)
15%	€ 226,2	€ 9,3	€ 33,4
33%	Niet realistisch	€ 10,8	€ 38,6

Tabel 11: Optie 1b - Scenario met de minimum gemiddelde prijs voor een bril (€194), na correctie voor eigen bijdrage (66 euro per glas).

Scenario	Budgetimpact, totaal (mln €)	Budgetimpact, 2,8% armoede (mln €)	Budgetimpact, 10% armoede (mln €)
15%	€ 38,2	€ 1,6	€ 5,6
33%	Niet realistisch	€ 1,8	€ 6,5

Tabel 12: Optie 1b - Scenario met de maximum gemiddelde prijs voor een bril (€369), na correctie voor eigen bijdrage (66 euro per glas).

Scenario	Budgetimpact, totaal (mln €)	Budgetimpact, 2,8% armoede (mln €)	Budgetimpact, 10% armoede (mln €)
15%	€ 145,2	€ 6,0	€ 21,4
33%	Niet realistisch	€ 6,9	€ 24,8

Tabel 13: Optie 2a - Scenario met de minimum gemiddelde prijs voor brillenglazen (94 euro).

Scenario's	Budgetimpact, totaal (mln €)	Budgetimpact, 2,8% armoede (mln €)	Budgetimpact, 10% armoede (mln €)
15%	€ 57,7	€ 2,4	€ 8,5
33%	Niet realistisch	€ 2,8	€ 9,8

Tabel 14: Optie 2a - Scenario met de maximum gemiddelde prijs voor brillenglazen (269 euro).

Scenario's	Budgetimpact, totaal (mln €)	Budgetimpact, 2,8% armoede (mln €)	Budgetimpact, 10% armoede (mln €)
15%	€ 165,1	€ 6,8	€ 24,4
33%	Niet realistisch	€ 7,9	€ 28,2

Tabel 15: Optie 2b - Scenario met de minimum gemiddelde prijs voor brillenglazen (94 euro), na correctie voor eigen bijdrage (66 euro per glas).

Scenario's	Budgetimpact, totaal (mln €)	Budgetimpact, 2,8% armoede (mln €)	Budgetimpact, 10% armoede (mln €)
15%	€ 0,0	€ 0,0	€ 0,0
33%	Niet realistisch	€ 0,0	€ 0,0

De budgetimpact is in dit scenario €0,0 omdat de gemiddelde kosten voor twee brillenglazen (€94) lager zijn dan de eigen bijdrage van €66 per glas en €132 voor twee brillenglazen. De bril wordt dus volledig uit eigen middelen betaald.

Tabel 16: Optie 2b - Scenario met de maximum gemiddelde prijs voor brillenglazen (269 euro), na correctie voor eigen bijdrage (66 euro per glas).

Scenario's	Budgetimpact, totaal (mln €)	Budgetimpact, 2,8% armoede (mln €)	Budgetimpact, 10% armoede (mln €)
15%	€ 84,1	€ 3,5	€ 12,4
33%	Niet realistisch	€ 4,0	€ 14,3

In bovenstaande berekeningen gaan we uit van gemiddeld één bril per jaar. Omdat het oog in de periode dat een kind een bril draagt niet altijd even snel groeit, ligt de gemiddelde vervangingsfrequentie wellicht iets lager dan één keer per jaar. Om die reden hebben we ook voor de verschillende scenario's de budgetimpact berekend bij een gemiddelde vervangingsfrequentie van één bril per twee jaar. Dat komt neer op een halvering van de totale budgetimpact zoals hierboven genoemd is.

Tabel 17:
Optie 1a - Scenario met de minimum gemiddelde prijs voor een bril (194 euro) bij 1 bril per 2 jaren.

Scenario's	Budgetimpact, totaal (mln €)	Budgetimpact, 2,8% armoede (mln €)	Budgetimpact, 10% armoede (mln €)
15%	€ 59,5	€ 2,5	€ 8,8
33%	Niet realistisch	€ 2,9	€ 10,2

Tabel 18:
Optie 1a - Scenario met de maximum gemiddelde prijs voor een bril (369 euro bij 1 bril per 2 jaren.

Scenario's	Budgetimpact, totaal (mln €)	Budgetimpact, 2,8% armoede (mln €)	Budgetimpact, 10% armoede (mln €)
15%	€ 113,1	€ 4,7	€ 16,7
33%	Niet realistisch	€ 5,4	€ 19,3

Tabel 19:
Optie 1b - Scenario met de minimum gemiddelde prijs voor een bril (194 euro), na correctie voor eigen bijdrage (66 euro per glas) bij 1 bril per 2 jaren.

Scenario's	Budgetimpact, totaal (mln €)	Budgetimpact, 2,8% armoede (mln €)	Budgetimpact, 10% armoede (mln €)
15%	€ 19,1	€ 0,8	€ 2,8
33%	Niet realistisch	€ 0,9	€ 3,3

Tabel 20:
Optie 1b - Scenario met de maximum gemiddelde prijs voor een bril (369 euro), na correctie voor eigen bijdrage (66 euro per glas) bij 1 bril per 2 jaren.

Scenario's	Budgetimpact, totaal (mln €)	Budgetimpact, 2,8% armoede (mln €)	Budgetimpact, 10% armoede (mln €)
15%	€ 72,6	€ 3,0	€ 10,7
33%	Niet realistisch	€ 3,5	€ 12,4

Tabel 21:
Optie 2a - Scenario met de minimum gemiddelde prijs voor brillenglazen (94 euro) bij 1 bril per 2 jaren.

Scenario's	Budgetimpact, totaal (mln €)	Budgetimpact, 2,8% armoede (mln €)	Budgetimpact, 10% armoede (mln €)
15%	€ 28,9	€ 1,2	€ 4,3
33%	Niet realistisch	€ 1,4	€ 4,9

Tabel 22:
Optie 2a - Scenario met de maximum gemiddelde prijs voor brillenglazen (269 euro) bij 1 bril per 2 jaren.

Scenario's	Budgetimpact, totaal (mln €)	Budgetimpact, 2,8% armoede (mln €)	Budgetimpact, 10% armoede (mln €)
15%	€ 82,6	€ 3,4	€ 12,2
33%	Niet realistisch	€ 3,9	€ 14,1

Tabel 23:
Optie 2b - Scenario met de minimum gemiddelde prijs voor brillenglazen (94 euro), na correctie voor eigen bijdrage (66 euro per glas) bij 1 bril per 2 jaren.

Scenario's	Budgetimpact, totaal (mln €)	Budgetimpact, 2,8% armoede (mln €)	Budgetimpact, 10% armoede (mln €)
15%	€ 0,0	€ 0,0	€ 0,0
33%	Niet realistisch	€ 0,0	€ 0,0

De budgetimpact is in dit scenario €0,0 omdat de gemiddelde kosten voor twee brillenglazen (€94) lager zijn dan de eigen bijdrage van €66 per glas en €132 voor twee brillenglazen. De bril wordt dus volledig uit eigen middelen betaald.

Tabel 24: Optie 2b - Scenario met de maximum gemiddelde prijs voor brillenglazen (269 euro), na correctie voor eigen bijdrage (66 euro per glas) bij 1 bril per 2 jaren.

Scenario's	Budgetimpact, totaal (mln €)	Budgetimpact, 2,8% armoede (mln €)	Budgetimpact, 10% armoede (mln €)
15%	€ 42,0	€ 1,8	€ 6,2
33%	Niet realistisch	€ 2,0	€ 12,2

Conclusie budgetimpact
Het verschil in budgetimpact tussen vergoeding voor alle kinderen en de groep kinderen waarvan de ouders of verzorgers over onvoldoende financiële middelen beschikken, is groot, ongeacht het scenario.

Opname in het basispakket van de zorgverzekering onder de huidige voorwaarden, met een eigen bijdrage en waarbij het montuur voor eigen rekening komt, biedt geen oplossing voor de groep ouders of verzorgers met onvoldoende financiële middelen, welke juist de aanleiding is voor de adviesaanvraag van VWS voor dit pakketadvies. Dit omdat er dan gemiddeld 232 (66 euro per glas en gemiddeld 100 voor een montuur) voor eigen rekening komt. De budgetimpact bij jaarlijkse volledige vergoeding voor alle kinderen (n= 614.000) bedraagt jaarlijks tussen de 119 en 226 miljoen bij jaarlijkse noodzaak tot vervanging en tussen de 60 en 113 miljoen bij een vervangingsfrequentie van één keer per twee jaar.

De groep waarvan de ouders of verzorgers over onvoldoende financiële middelen beschikken is weliswaar in absolute aantallen niet klein (ruwweg tussen de 25.000 en 105.000 kinderen), maar relatief gezien gering (ongeveer 3 tot 10 procent van alle kinderen met een bril). Jaarlijkse vergoeding van één volledige bril of contactlenzen voor deze groep leidt tot een maximale budgetimpact van tussen de 5 en 39 miljoen.

Indien vergoeding van kinderbrillen voor deze groep buiten het basispakket van de zorgverzekering plaatsvindt, is de verwachting dat het aantal kinderen lager ligt dan in ons maximale scenario. Dit komt omdat er dan gekeken zal worden of het inkomen/vermogen van de ouders of verzorgers daadwerkelijk ontoereikend is. Het aantal kinderen waarbij dat het geval is, ligt naar onze verwachting eerder tussen de 25.000 en 50.000. Dit is redelijk in lijn met het geschatte aantal in het rapport Kinderbrilarmoede van 64.000 kinderen, waarbij ze rekenen met 10,1% van de kinderen (de complete groep kinderen die onder de armoedegrens leeft en net daarboven).

In 2024 stuurden drie beroepsverenigingen, een patiëntenvereniging en VISION 2020 Netherlands een brief met de resultaten van een landelijke enquête over kinderbrilarmoede naar het ministerie van VWS. In deze brief geven zij aan dat naar schatting 550.000 kinderen in Nederland een bril (nodig) hebben. Van deze kinderen leeft volgens hen 5,1% in armoede. Volgens hen betekent dit dat de ouders of verzorgers van ongeveer 28.000 kinderen moeite hebben met de aanschaf van een bril. Ook dit ligt in lijn met onze inschatting.

Het Zorginstituut verwacht dat de budgetimpact voor het volledig vergoeden van een bril voor kinderen waarvan de ouders of verzorgers daadwerkelijk over onvoldoende financiële middelen beschikken rond de 5 á 10 miljoen zal liggen in geval van een oplossing buiten het basispakket van de zorgverzekering. Indien wordt gekozen voor opname in het basispakket van de zorgverzekering, dus voor alle kinderen, bedraagt de budgetimpact naar verwachting tussen de 119 en 226 miljoen bij jaarlijkse noodzaak tot vervanging en tussen de 60 en 113 miljoen bij een gemiddelde vervangingsfrequentie van één keer per twee jaar.

Bijlage 6 Integrale reacties partijen

Nationaal Fonds Kinderhulp

Afdeling Zorg
Zorginstituut Nederland
Willem Dudokhof 1 | 1112 ZA | Diemen
Postbus 320 | 1110 AH | Diemen

Deventer, 23 april 2026

Geachte

Allereerst, dank voor de mogelijkheid om te reageren op het concept-pakketadvies kinderbrillen. Bij het Nationaal Fonds Kinderhulp zien we dagelijks de impact van armoede op kinderen en jongeren. Opgroeien in armoede leidt tot kansenongelijkheid en beperkt de mentale, fysieke en sociale ontwikkeling van kinderen en jongeren. Dat is oneerlijk. Geen enkel kind in Nederland mag door armoede worden beperkt in zijn ontwikkeling en leven. Als steunpilaar én stem van deze kinderen zorgen wij dat zij mee kunnen doen en maken we zichtbaar wat er speelt. Kinderhulp is er voor alle kinderen en jongeren in Nederland tot 21 jaar oud die opgroeien in armoede. Wij bieden in heel Nederland directe individuele hulp en ondersteuning waar andere instanties niet mee kunnen helpen. Meer dan 4.000 maatschappelijke organisaties staan bij ons geregistreerd. Dit zijn formele en informele organisaties, zoals: wijkteams, jeugdgezondheidszorg, gehandicaptenzorg, vluchtelingenwerk, kerken en stichtingen zoals leergeld en Humanitas, even als Schuldhulpverlening, maatschappelijk werk, wijkteams, brugfunctionarissen en GGZ.

Wij vinden het essentieel dat er een structurele oplossing komt voor alle kinderen en jongeren in Nederland, waarvan hun ouders door onvoldoende financiële middelen niet in staat zijn om zelf een bril of lenzen aan te schaffen. Toegang tot goed zicht is immers een basisvoorwaarde voor ontwikkeling, participatie en gelijke kansen. Deze oplossing zou wat ons betreft niet afhankelijk mogen zijn van fondsen of liefdadigheid.

Daarnaast rijst voor ons de fundamentele vraag in hoeverre het wenselijk is dat fondsen zoals Kinderhulp en het Jeugdeducatiefonds oplossingen blijven bieden voor een vraagstuk dat in essentie een publieke verantwoordelijkheid is.

Wij onderschrijven het belang van preventie en vroeg signalering. Daarbij is het zorgelijk dat screening op latere leeftijd, bijvoorbeeld in groep 7 of op de middelbare school, momenteel niet structureel plaatsvindt. Voldoende meetmomenten en goede, toegankelijke screening zijn cruciaal, evenals een passende en tijdige opvolging om te waarborgen dat kinderen daadwerkelijk de juiste bril of lenzen krijgen. Zoals in het kinderbrilarmoede rapport staat op pagina 85 Kinderbrilarmoede | Rapport | Rijksoverheid.nl:
"Vaker herhaalde screening via schoolartsen en GGD's zou overwogen kunnen worden. Er moet worden onderzocht op welke leeftijden screening nodig zou zijn. Mogelijk moeten andere

leeftijdscategorieën worden overwogen dan vroeger, vanwege de snel toenemende myopie onder kinderen en jongeren."

Tegelijkertijd plaatsen wij kritische kanttekeningen bij de huidige praktijk. De subsidie van het VWS die Kinderhulp en het Jeugdeducatiefonds ontvangen, is bestemd voor de vergoeding van brillen en lenzen voor kinderen tot 18 jaar. Kinderhulp helpt echter ook jongeren tot 21 jaar met een bril of lenzen. Voor hen of hun ouders zijn de kosten voor de aanschaf van een bril of lenzen met geldzorgen niet te dragen. De bestaande lokale vangnetconstructies, zoals de bijzondere bijstand, functioneren in de praktijk niet altijd naar behoren. Ze zijn vaak onvoldoende vindbaar, niet laagdrempelig toegankelijk, langdurig, complex en kennen uiteenlopende voorwaarden en vergoedingen per gemeente. Hierdoor is ondersteuning voor veel gezinnen afhankelijk van noodhulp en liefdadigheid, wat wij onwenselijk achten. Daarnaast ervaren gezinnen diverse praktische drempels voor het in gang zetten van een oogmeting door wachtlijsten bij de oogarts of simpelweg het vervoer daar naartoe.

Het advies om deze vangnetten te verbeteren roept bij ons vragen op. Op welke wijze wordt deze versterking concreet vormgegeven? Op welke termijn? Hoe wordt geborgd dat:

- de doelgroep de regelingen goed kan vinden;
- de toegang laagdrempelig en eenvoudig is;
- er landelijk uniforme voorwaarden gelden (zoals inkomensgrenzen en vergoedingen);
- er voldoende budget beschikbaar is om een kinderbril volledig te vergoeden, inclusief montuur, reparaties en zonder eigen bijdrage?

Kortom, wij zijn van mening dat het huidige concept pakket advies van het zorginstituut onvoldoende waarborg biedt voor gelijke toegang tot noodzakelijke zorg. Wij pleiten voor een structurele, toegankelijke, landelijke en laagdrempelige oplossing, waarbij geen enkel kind buiten de boot valt.

Totdat die structurele oplossing er is hebben wij financiering nodig om brillen en lenzen en overige kosten, zoals reiskosten naar het ziekenhuis of de aanvraag voor een ID kaart te verstrekken. We kunnen een oplossing zijn in Nederland voor het blijven verstrekken van gelden voor brillen en lenzen.

We gaan graag verder in gesprek met u en het ministerie van VWS om te onderzoeken wat onze rol in de (nabije) toekomst kan zijn. Wij denken en helpen graag mee in oplossingen voor dit grote probleem.

Tot slot willen wij graag een correctie doorvoeren. Wij willen niet afgekort worden als NFK, maar als Kinderhulp.

Vriendelijke groet, mede namens,

Bernique Tool, directeur-bestuurder,

Nationaal Fonds Kinderhulp

Jeugdeducatiefonds

Utrecht, 28 april 2026

Geachte

Het Jeugdeducatiefonds herkent het toegankelijkheidsprobleem voor kinderbrillen dat in het advies wordt beschreven en waardeert de zorgvuldigheid waarmee het Zorginstituut het advies heeft opgesteld. Graag geven wij een reactie op het conceptadvies.

Het Jeugdeducatiefonds werkt samen met meer dan 1200 basisscholen in Nederland waar meer dan de helft van de kinderen opgroeit in relatieve armoede. Deze scholen luiden de noodklok. We ontvangen een recordaantal aanvragen voor brillen. Dagelijks zitten er in klassen door heel Nederland kinderen die het bord niet goed kunnen zien, simpelweg omdat hun ouders de bril niet kunnen betalen. Dat is geen uitzondering, het is dagelijkse realiteit voor tienduizenden kinderen.

Voor gezinnen in relatieve armoede is een kinderbril geen kleine uitgave. Een bril van gemiddeld €274 (zoals beschreven in het pakketadvies in §2.1.4), die bovendien regelmatig vervangen moet worden, vormt een structurele en onoverkomelijke drempel. Als er meerdere kinderen in een gezin een bril nodig hebben, stapelen de kosten zich snel op.

De gevolgen hiervan zijn groot. Een kind dat niet goed ziet, kan niet goed lezen. Een kind dat niet goed leest, raakt achter. En een achterstand die op de basisschool ontstaat, is moeilijk meer in te halen. Goed zicht is geen luxeprobleem, het is een basisvoorwaarde voor leren, ontwikkelen en kansengelijkheid. Dit sluit aan bij de bevindingen in het advies, maar wij merken op dat de nadruk op een relatief lage ziektelast (§2.1.1 en §2.3.1) de impact voor kinderen mogelijk onderschat. Voor deze groep uiten zichtproblemen zich immers vooral in beperkingen in leren, participatie en ontwikkeling, met verstrekkende gevolgen op sociaal en maatschappelijk vlak.

Daarnaast kan tijdige correctie van zichtproblemen verdere (zorg)kosten voorkomen. Wanneer zichtproblemen vroeg worden gesignaleerd en verholpen, kan dit verergering van klachten en aanvullende medische of specialistische zorg in een later stadium beperken. Investeren in goede toegang tot brillen is daarmee niet alleen van belang voor het kind, maar ook vanuit maatschappelijk en zorgkostenperspectief.

Scholen geven bij ons aan dat veel bestaande vangnetten, zoals de bijzondere bijstand, nu onvoldoende toegankelijk en vindbaar zijn. Met name werkende gezinnen net boven de armoedegrens vallen regelmatig buiten de boot. Daarnaast is de weg naar een oogmeting voor veel gezinnen lastig te vinden, onder meer door taalbarrières, onwetendheid en beperkte gezondheidsvaardigheden. Brugfunctionarissen spelen hierin een belangrijke rol. Ook zijn er waardevolle initiatieven waarbij oogmetingen naar de school worden gebracht. De school is immers een vertrouwde plek voor gezinnen.

Daarbij is een belangrijke rol weggelegd voor de basisschool als toegankelijke en vertrouwde omgeving voor zowel kinderen als ouders.

Wij pleiten daarom voor een structurele, toegankelijke en landelijke oplossing. In lijn met ons eerdere pleidooi vragen wij daarbij nadrukkelijk aandacht voor het opnemen van kinderbrillen in het basispakket van de zorgverzekering. Daarbij benadrukken wij dat het niet voldoende is om alleen de bril te vergoeden; ook laagdrempelige en tijdige screening is essentieel.

Totdat een structurele oplossing gerealiseerd is, is continuering en uitbreiding van de huidige tijdelijke regeling noodzakelijk. Wij helpen nu een fractie van de kinderen aan een nieuwe bril. Maar om een grotere groep, eventueel ook met oogmetingen te helpen, is er meer nodig. Wij gaan hierover graag, samen met het Nationaal Fonds Kinderhulp, in gesprek met het ministerie van VWS.

Met vriendelijke groet,

Hans Spekman

Directeur Jeugdeducatiefonds

DocuSigned by:
Hans Spekman

Zorgverzekeraars Nederland

Van:
Verzonden: donderdag 7 mei 2026 16:09
Aan:
CC:
Onderwerp: Re: Reminder Consultatie Concept Pakketadvies Kinderbrillen - reactie uiterlijk 8 mei

Beste

Onze excuses voor de late reactie op uw e-mail. Zorgverzekeraars kunnen zich vinden in het conceptadvies van het zorginstituut. Een nadere onderbouwing in een separaat document is daarmee niet nodig, neem ik aan?

Met vriendelijke groet,

Senior beleidsadviseur | Team eerstelijnszorg

--

Zorgverzekeraars Nederland

Sparrenheuvel 16 | 3708 JE Zeist
| (030) 698 8286
| www.zn.nl

Optometristen Vereniging Nederland

Afdeling Zorg
Zorginstituut Nederland
Postbus 320 | 1110 AH | Diemen

Utrecht, 29 april 2026

Geachte

Dank voor de mogelijkheid om te reageren op het Concept Ppakketadvies Kinderbrillen. Wij spreken hierbij onze waardering uit voor de grondige probleemanalyse en de erkenning dat een structurele oplossing noodzakelijk is voor dit maatschappelijke probleem. Als Optometristen Vereniging Nederland (OVN) geven wij graag onze reactie op het conceptadvies.

De OVN onderschrijft de conclusies in het Concept Adviespakket Kinderbrillen en kan zich vinden in de voorgestelde oplossing. De OVN vindt het belangrijk dat alle kinderen toegang moet hebben tot een goede bril, en ondersteunt initiatieven om kinderbrillen beschikbaar te maken voor gezinnen in armoede. Tegelijkertijd zijn wij geen voorstander van het generiek opnemen van kinderbrillen in de basisverzekering voor alle kinderen tot 18 jaar. Het probleem concentreert zich bij een beperkte groep gezinnen met financiële problemen, waarvoor gerichte oplossingen passender en doelmatiger zijn. Opname in het basispakket zonder duidelijke afbakening van doelgroep, indicaties of maximale vergoeding kan leiden tot onduidelijkheid, hogere kosten en een ongelijk speelveld. De OVN pleit daarom voor gerichte ondersteuning van kinderen uit gezinnen met een laag inkomen, zodat zij gelijke kansen hebben op goed zicht hetgeen in voorliggende Concept Adviespakket Kinderbrillen helder is verwoord.

De OVN wijst de commissie daarnaast op twee feitelijke onjuistheden:

- *Achtegrondinformatie (p6-9);* Volgens de notitie Oogzorg in het optiekbedrijf zijn de veldpartijen overeengekomen dat de optometrist in de eerste lijn vanaf 8 jaar een refractie verricht met cycloplegie als dat nog niet eerder gedaan is en opticiens vanaf 10 jaar – zie stroomschema op p13 van de notitie). In het Concept Pakketadvies Kinderbrillen staat nu een leeftijd van 12 jaar bij de opticien en dit is dus feitelijk onjuist.
- *Toetsing aan pakketcriteria (p10-21);* In het Concept Pakketadvies Kinderbrillen wordt slechtziendheid en refractieafwijkingen gebruikt en dit betreffen twee verschillende zaken. Refractieafwijkingen betreft een optische fout van het oog en is (meestal) goed te corrigeren met een bril of contactlenzen. Daarentegen gaat slechtziendheid over de gezichtsscherpte (visus) en het functioneren en is niet goed te corrigeren.

De OVN vertrouwt erop dat deze reactie bijdraagt aan een zorgvuldige verdere uitwerking van het advies en is graag bereid om desgewenst een nadere toelichting te geven. Wij zien uw vervolg met belangstelling tegemoet.

Met vriendelijke groet,
Namens OVN-bestuur,

Mw. Drs. J.W. (Annemarie) Hagemeijer – MhBA
directeur-bestuurder

WHO-projectgroep VISION 2020 Netherlands mede namens de Oogvereniging, het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap, de Nederlandse Vereniging Van Orthoptisten, Nationaal Fonds Kinderhulp, het Jeugdeducatiefonds, Oog voor Onderwijs – De Brillenbus, AJN Jeugdartsen en Stichting Netwerk Zicht op Buiten en de Nederlandse Unie Van Optiekbedrijven

Afdeling Zorg
Zorginstituut Nederland
Willem Dudokhof 1 | 1112 ZA | Diemen
Postbus 320 | 1110 AH | Diemen

Amsterdam, 29 april 2026

Geachte

Dank voor de mogelijkheid om te reageren op het concept-pakketadvies kinderbrillen. Wij spreken hierbij onze waardering uit voor de grondige probleemanalyse en de erkenning dat een structurele oplossing noodzakelijk is voor dit maatschappelijke probleem. Als representanten van de oogzorgsector en andere zorg- en maatschappelijke organisaties, geven wij graag onze reactie op het conceptadvies en de vergadering van de commissie. Wij hebben de inhoud van deze reactie afgestemd tijdens een plenair overleg met ondergetekenden.

Wij onderschrijven enkele conclusies van het pakketadvies. De toegankelijkheidsproblemen voor kinderbrillen zijn reëel en hebben verstrekkende gevolgen voor de ontwikkeling, leerprestaties en kansengelijkheid van kinderen. Het conceptadvies van het Zorginstituut bevestigt onze bevindingen van het Rapport Kinderbrilarmoede (Amsterdam UMC, 2026) dat naar schatting 64.000 kinderen die onder, op of net boven de armoedegrens leven in Nederland geen toegang hebben tot noodzakelijke refractiecorrecties, met aantoonbare negatieve effecten op fysiek, sociaal, emotioneel/cognitief vlak en toekomstig verdienvermogen. Hoewel wij de gerichte oplossing voor een specifieke groep kinderen uit lage inkomensgroepen onderschrijven, zien wij dit slechts als tijdelijke oplossing. We zijn van mening dat een structurele oplossing noodzakelijk is voor alle kinderen met een refractieafwijking (19,1%).

Wij plaatsen dan ook kanttekeningen bij de onderbouwing van de conclusie. De nadruk op de ´zeer lage ziektelast´, is niet geheel correct. De disability-scores genoemd in §2.1.2 zijn gekoppeld aan een onjuist dioptriebereik. Als we de WHO criteria volgen dan betekent dit dat we vanaf -3D spreken van ernstige slechtziendheid, waarvoor een disability-score van 0,18 zou gelden, in plaats van vanaf -6D. Vanaf -5D spreken we namelijk al over blindheid. Dit betekent dat er bij een aanzienlijke groep (minimaal 1 op 4) sprake is van een 'lage ziektelast' in plaats van een 'zeer lage ziektelast'. Wij concluderen hieruit dat gezien de te laag ingeschatte ziektelast, kinderen wél in aanmerking komen voor vergoeding uit het basispakket.
Voorts dient de concluderende zin van deze paragraaf te zijn dat brillenglazen op dit moment worden vergoed voor refractieafwijkingen, alleen als zij leiden tot blindheid (visus <0.05, WHO definitie) of voor enkele andere medische indicaties.
Los van de ziektelast bepaling, dienen ook brillen te worden verstrekt bij lagere brilafwijkingen (die ingeschat zouden worden als hebbende een 'zeer lage ziektelast') afhankelijk van de leeftijd. Hierin volgen clinici de AAPOS criteria en klinische overwegingen, zoals opgenomen in het Rapport Kinderbrilarmoede (blz. 32), omdat anders het functioneren, de ontwikkeling en gezondheid van kinderen in het geding zijn.

Ook de door het Zorginstituut genoemde 'beperkte ziektelast en vervolgschade' (§2.1.1 en §2.3.1) doet onvoldoende recht aan de situatie van kinderen. De impact van slechtziendheid kan niet worden uitgedrukt in mortaliteit, een technische beperking van de beoordelingsmethodiek die de opstellers

bevestigden tijdens de presentatie van het conceptadvies. Voor kinderen is niet primair de medische ernst (hoewel ook aanwezig i.v.m. kans op blijvende visuele beperking), maar ligt de beperking direct in leren, dus de cognitieve maar ook de fysieke, mentale en sociale ontwikkeling en de daarmee gepaard gaande kansenongelijkheid op korte en lange termijn. Het heeft daarmee grote gevolgen op maatschappelijk vlak waardoor de impact van kinderbrilarmoede aanzienlijk groter is dan wat volgt uit de ziektelastbepaling van het Zorginstituut. Voor een goed begrip van de onderbouwing van de Pakketadvies conclusies, is het noodzakelijk als lezer te weten welke ziektelast definitie het Zorginstituut in dit advies hanteert.
Vraag aan het Zorginstituut: Wij verzoeken u expliciet te verduidelijken hoe de ziektelast en vervolgschade wordt vastgesteld (definities) en willen u ook vragen om de bepaling van de ziektelast aan te passen. Een brede benadering, die rekening houdt met kwaliteit van leven, ontwikkeling, gezondheid en kansengelijkheid, is essentieel om de echte impact van kinderbrilarmoede te begrijpen. Dit verzoek sluit aan bij de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2025-2028 van het Ministerie van VWS, waaronder de thema's 'kansrijk opgroeien' en 'terugdringen van gezondheidsachterstanden'.

De redenering dat het om relatief lage kosten gaat, is niet overtuigend. Relativering is een onterechte bagatellisering en miskent de realiteit voor kwetsbare groepen waarvoor deze strijd gevoerd wordt: De gemiddelde kosten waren €274 in de afgelopen 12 maanden (Rapport Kinderbrilarmoede). Hogere kosten komen voor bij sterke afwijkingen (tot €200 per glas voor hoogindex) of speciale brillen (prisma, sportbril, zonnebril op sterkte). Cumulatieve last: Voor gezinnen met meerdere kinderen zijn deze kosten een structurele drempel. Uit het Rapport Kinderbrilarmoede blijkt dat 1 op de 6 van de ouders moeite heeft met de aanschaf, oplopend tot ruim 1 op de 4 in lage inkomensgroepen. De stelling dat "de meerderheid de kosten kan dragen" gaat voorbij aan het solidariteitsprincipe en is niet doorslaggevend voor de toegankelijkheidsvraag. Immers, voor vergelijkbare zorgkosten bij minderjarigen is wel een vergoeding vanuit de basisverzekering geregeld.
Vraag aan het Zorginstituut: Kunt u overtuigend uitleggen waarom, onder vergelijkbare omstandigheden, tandzorg en fysiotherapie voor kinderen onder de 18, wél algemeen opgenomen zijn in het basispakket, in tegenstelling tot kinderbrillen?

Een grote bezorgdheid bij dit rapport betreft de denkrichting *voorgestelde oplossing*. Het Zorginstituut erkent dat de huidige vangnetten versnipperd, slecht vindbaar en ongelijk toegankelijk zijn (§2.3.4). Gerichte regelingen buiten het basispakket bereiken de meest kwetsbare groepen niet vanwege lage gezondheidsvaardigheden, taalbarrières, en onbekendheid met het vergoedingssysteem. Daarmee is duidelijk dat het huidige systeem niet goed werkt. Dit maakt dat de door het Zorginstituut beschreven *voorgestelde oplossing* onvoldoende uitgewerkt is. Zonder een concreet en afdwingbaar alternatief bijvoorbeeld via de JGZ en GGD (§2.3.4), of zonder te wijzen op het belang van aanvullend gedegen onderzoek naar deze oplossingsvariant door VWS, blijven de huidige toegankelijkheidsproblemen bestaan. Juist nu het Zorginstituut mogelijk *niet* kiest voor opname in het basispakket, moet het eindadvies duidelijker vastleggen aan welke eisen een alternatief scenario moet voldoen.

Voorstel aan het Zorginstituut:

1. Verduidelijking en versterking van de oplossingsrichting. Het advies zou expliciet moeten vastleggen aan welke minimale eisen een alternatieve regeling buiten het basispakket moet voldoen. Wij pleiten voor samenwerking met VWS om parallel onderzoek te doen naar de haalbaarheid en effectiviteit van de voorgestelde oplossing.
2. Actief opsporen van slechtziendheid door refractieafwijkingen bij kinderen via JGZ en GGD door structureel te screenen ook in de latere kinderjaren op basis- en middelbare school (nu alleen 4-5 jaar). Dit kan via samenwerking met scholen, JGZ/GGD en eventueel de inzet van digitale middelen, zoals succesvol gebleken in verschillende pilots. Ouders mogen hierbij geen drempels ervaren (taal, administratieve lasten, kosten oogonderzoek). Er moet daarnaast duidelijk aandacht zijn voor

implementatie, omdat is gebleken dat verlagen van drempels (screenen op school en kostendekking) niet direct betekent dat de bril ook daadwerkelijk bij het kind terecht komt.
Uit navraag blijkt bij de GGD en jeugdartsen voorts dat bij de huidige visusscreening op scholen rond de 10 jaar en 14 jaar, de visus alleen wordt gemeten als de ouders en/of kinderen vooraf in een vragenlijst subjectieve visusklachten aangeven. Omdat een verminderde visus door een refractieafwijking bijna altijd een sluipend proces is dat langdurig onopgemerkt blijft door de kind, ouder en leerkracht, moet de visus altijd gemeten worden om een refractieafwijking vast te kunnen stellen, dus ook als er geen subjectieve visusklachten zijn. Samenvattend: actief opsporen van slechtziendheid door de GGD en JGZ is pas doelmatig en effectief als de visus van ieder te onderzoeken kind daadwerkelijk wordt gemeten, juist ook als er geen visusklachten zijn.

3. Totdat een structurele regeling is geïmplementeerd, pleiten wij voor drie opties:
    - Tijdelijke opname van kinderbrillen in het basispakket; U kunt dit zien als cyclisch pakketbeheer of geclausuleerd zoals bij sluisgeneesmiddelen: na afloop van een vooraf bepaalde looptijd kunnen deze ook weer uit de vergoeding gehaald worden. Ook kan deze tijdelijke opname gebruikt worden voor de ontwikkeling van gepaste tarieven voor de betrokken beroepsgroepen die zorg leveren aan kinderen met refractieafwijkingen.
    - Continuering en financiële uitbreiding van de huidige tijdelijke regeling, waarbij de Tweede Kamer jaarlijks budget vrijspeelt voor suppletie via armoedefondsen (Kinderhulp, Jeugdeducatiefonds).
    - Actieve ondersteuning van de huidige screeningsinitiatieven in achterstandswijken (zoals momenteel door o.a. De Brillenbus en VISION 2020 bij Voedselbanken) en uitbreiding naar kinderen <18 jaar uit alle inkomensgroepen, vanwege toenemende myopie onder alle kinderen en hoge prevalenties naarmate de leeftijd stijgt. Hieraan kan onderzoek worden gekoppeld naar effectiviteit, haalbaarheid, betaalbaarheid en maatschappelijke waarde om goed onderbouwde beleidsadviezen te kunnen vaststellen.
4. Formele en bestendige oplossing: De gekozen oplossing moet controleerbaar, afdwingbaar en schaalbaar zijn, ook voor toekomstige toegankelijkheidsproblemen bij andere hulpmiddelen of medicijnen, maar deze complexiteit mag de implementatie van de voorgestelde oplossing niet vertragen.

Samenvattend zijn wij van mening dat de inschatting van de ziektelast moet worden aangepast, er meer duidelijkheid gegeven moet worden over de in het pakketadvies gehanteerde begrip ziektelast/vervolgschade, dat uitgelegd moet worden waarom het solidariteitsprincipe in dit dossier niet opgaat, en dat de *voorgestelde oplossing* een betere uitwerking verdient. Er dient zo snel mogelijk een structurele oplossing te komen mét een goede overbrugging zolang die regeling er nog niet is. Daarvoor is een geclausuleerde opname in het basispakket ons inziens niet onmogelijk, en bestaat de alternatieve optie om dit te borgen middels financiering van armoedefondsen door de Tweede Kamer en te overwegen screeningsinitiatieven te ondersteunen. Een regeling buiten het pakket moet concreter en steviger worden uitgewerkt zodat daadwerkelijk wordt gegarandeerd dat alle Nederlandse kinderen die een bril nodig hebben tijdig gescreend worden en deze waar nodig zonder financiële drempel kunnen krijgen.

Met vriendelijke groet,

Namens de WHO-projectgroep VISION 2020 *Netherlands*

Namens de Oogvereniging

Namens het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG)

Namens de Nederlandse Vereniging Van Orthoptisten (NVVO)

Namens het Nationaal Fonds Kinderhulp

Namens het Jeugdeducatiefonds

Namens Oog voor Onderwijs – De Brillenbus

Namens AJN Jeugdartsen en Stichting Netwerk Zicht op Buiten

Namens de Nederlandse Unie Van Optiekbedrijven (NUVO)

Vereniging van Nederlandse Gemeenten

Van:
Verzonden: maandag 4 mei 2026 17:30
Aan:
CC:
Onderwerp: Re: Reminder Consultatie Concept Pakketadvies Kinderbrillen - reactie uiterlijk 8 mei

Beste

Op 1 maart heb ik de onderstaande reactie gestuurd naar de Adviescommissie Pakket. Wij pleiten ervoor om kinderbrillen in het basispakket op te nemen. Dat hebben we in onze reactie ook onderbouwd. Helaas is ons advies niet overgenomen. We hebben ervoor gekozen om ons te beperken tot de onderstaande mail. We sturen dus geen aanvullende reactie.

Groeten,

Van:
Verzonden: Zondag, 1 Maart, 2026 08:51
Aan:
CC:
Onderwerp: Inbreng VNG betreffende vergoeding kinderbrillen

Geachte Adviescommissie Pakket (ACP),

In juni 2025 heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het Zorginstituut Nederland gevraagd om te onderzoeken of de vergoeding van kinderbrillen in het basispakket van de zorgverzekering zou kunnen worden opgenomen. De aanleiding daarvan is de groeiende bezorgdheid over het aantal kinderen dat geen bril heeft, omdat hun ouders zich in een kwetsbare financiële positie bevinden en daardoor geen kinderbril kunnen betalen. In december 2024 heeft de Tweede Kamer het amendement (Bushoff/Dijk) aangenomen zodat VWS via Kinderhulp een bedrag beschikbaar kan stellen. De Onderzoeksresultaten Kinderbrilarmoede tonen aan dat de ouders van ruim 64.000 kinderen moeite hebben om een kinderbril te bekostigen. De nadelige gevolgen hiervan zijn groot voor de ontwikkeling van deze kinderen.

Kansengelijkheid en bestaanszekerheid gaan hand in hand. De VNG vindt het belangrijk dat inwoners kunnen rekenen op een toereikend en zeker inkomen en dat basisvoorzieningen (zorg, kinderopvang, wonen, vervoer) toegankelijk en betaalbaar zijn. Op 3 december jl. heeft de VNG samen met publieke dienstverleners en maatschappelijke organisaties de Top Bestaanszeker Nederland georganiseerd en de Verklaring Bestaanszekerheid overhandigd aan politieke vertegenwoordigers.

In lijn met onze *position paper* Bestaanszekerheid als belofte pleiten we ervoor om kinderbrillen in het basispakket op te nemen. We moeten het tij keren om een menswaardig bestaan en volwaardige participatie te waarborgen. Wij zijn voorstander van een duurzame oplossing in de basis in plaats van het achteraf repareren via aparte regelingen of noodfondsen.

Wij zijn – in lijn met het advies van de Commissie sociaal minimum (Engbersen) - van oordeel dat het rijk grondwettelijk verantwoordelijk is voor de brede bestaanszekerheid zodat een toereikend en zeker inkomen voor iedereen geborgd is. In de Verklaring bestaanszekerheid 2025 hebben we samen met publieke dienstverleners en maatschappelijke partners gepleit voor een toereikend en zeker inkomen, investeren in werkzekerheid en participatie en vereenvoudiging voor inwoners én professionals in de uitvoering. Door brillenvergoeding voor kinderen op te nemen in het basispakket zorgen we voor vereenvoudiging en zekerheid voor ouders en kinderen. Dat voorkomt bestaansonzekerheid, financiële zorgen en vergroot het vertrouwen in de overheid. Hiermee krijgen gemeenten meer ruimte voor de menselijke maat. Gemeenten kunnen in individuele gevallen maatwerk bieden alleen als het rijk een toereikend en zeker inkomen garandeert. Maar de laatste jaren staan steeds meer inwoners aan het gemeentelijk loket die niet voldoende inkomen hebben om bijvoorbeeld britkosten voor hun kinderen te betalen. Gemeenten moeten dus vaker bijspringen om te zorgen dat deze inwoners kunnen rondkomen en mee kunnen doen.

Wij verwachten dat wij met onze inbreng bij uw commissie het belang hebben onderstreept om kinderbrillen op te nemen in het basispakket. Volgens ons is dit de meest robuuste en toekomstbestendige optie is die recht doet aan zekerheid voor ouders en kinderen en de grondwettelijke verplichtingen van het rijk en het VN kinderrechtenverdrag.

Directie Inclusieve Samenleving

VNG
Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)

Colofon

Projectnaam	Pakketadvies Kinderbrillen
Afdeling	Zorg
Team	Advies Pakket en Kwaliteit
Alg. telefoonnummer	020 – 797 82 27
Alg. mailadres	vragen@zinl.nl