



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg en  
OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA te  
Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, refractiechirurgie, berekening sferische equivalent

Zaaknummer : 201800888

Zittingsdatum : 14 november 2018



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg, en
  - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorgbewustpolis (natura select) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Plus Collectief afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van refractiechirurgie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 april 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 mei 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 19 augustus 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 september 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 september 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 september 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 oktober 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord. Op 14 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie telefonisch medegedeeld liever telefonisch aan de hoorzitting deel zal nemen.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 27 september 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 18 oktober 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018047605) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoeker weliswaar sprake is van een contactlensintolerantie, doch niet van een brilintolerantie. De refractieafwijkingen die bij verzoeker zijn vastgesteld kunnen worden gecorrigeerd met een bril. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 24 oktober 2018 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 14 november 2018 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 15 november 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Daarnaast heeft de commissie het Zorginstituut in bedoelde brief gevraagd of de oogafwijking van verzoeker, mede gelet op de verklaring van de oogarts van 14 augustus 2018, is te corrigeren met een bril. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 23 november 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Verder licht het Zorginstituut toe dat de refractieafwijking van verzoeker in principe kan worden gecorrigeerd met een goede bril. Het tegendeel wordt in de brief van de oogarts onvoldoende onderbouwd. Een afschrift van dit advies is op 26 november 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker heeft op 1 december 2018 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend oogarts heeft over verzoeker het volgende verklaard: *“Bij onderzoek bedraagt visus: OD:0.9 cc S+4.75. C-3.75x84 visus OS: 1.0 cc S+0.25, C-0.50x80°. Patiënt(e) geeft aan geen brillenglazen te kunnen verdragen en intolerant te zijn voor het dragen van harde en zachte contactlenzen op basis van:*
- *Contactlenzen ten minste één jaar aaneensluitend gedragen: ja*
  - én*
  - *In de afgelopen 12 maanden ten minste één contactlenswijziging gehad van een ander materiaal ter verbetering van het draagcomfort: ja*
  - én*
  - *Lijdt aan objectiveerbaar contactlens geïnduceerd symptoom: roodheid*
  - én*
  - *Lijdt aan:*
    - a. *subjectieve klachten: draagcomfort minder aan einde van de dag*
    - b. *een medische complicatie: roodheid*

*Op basis van de bestaande door patiënt aangegeven beperkingen in combinatie met (sferisch equivalent): Anisometropie > 4D”.*

- 4.2. In aanvulling op de verklaring van de behandelend oogarts stelt verzoeker dat hij na een eerdere laserbehandeling een complicatie heeft gekregen aan zijn rechteroog. Door deze complicatie bestaat bij verzoeker een groot verschil in refractieafwijking tussen beide ogen. Volgens de oogarts bedraagt dit verschil 4,5 dioptrie (4,75 - 0,25). Gelet op het feit dat dit meer is dan de vereiste 4 dioptrie meent verzoeker dat hij voldoet aan de gestelde voorwaarden. Ook aan de voorwaarde dat sprake dient te zijn van contactlensintolerantie is voldaan. Verzoeker heeft namelijk langer dan één jaar contactlenzen gedragen, waarbij hij lichamelijke klachten ondervond door de lenzen. Dat de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt stelt dat de refractieafwijking kan worden hersteld met een bril kan verzoeker niet begrijpen omdat hij hoofdpijn krijgt van een bril. Daar komt bij dat de oogarts heeft verklaard dat het verschil in refractieafwijking tussen beide ogen niet kan worden opgelost met een bril.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald, waarbij door hem is benadrukt dat de brief van de oogarts van 14 augustus 2018 heel belangrijk is. Hierin wordt door de oogarts namelijk verklaard dat bij verzoeker sprake is van een bijzondere situatie omdat hij zowel geen contactlenzen als geen brillen kan verdragen. Om die reden moet niet worden gekeken naar de 'standaard afwijking' als bedoeld in de Consensus Refractiechirurgie, maar naar artikel 12.4 van deze Consensus.
- 4.4. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut van 23 november 2018 stelt verzoeker dat hij op 26 september 2018 een bril heeft aangeschaft met speciale aniseikonische glazen. Deze speciale glazen moeten het verschil in beeldgrootte opvangen. De ervaringen die verzoeker heeft opgedaan in de twee maanden daarna zijn niet positief. De hoofdpijnklaarten bestaan nog steeds en de bril vervormt alles. Zo wordt wat rond is ovaal en wat vierkant is rechthoekig. Verder voert verzoeker aan dat dat bij hem sprake is van een irregulair astigmatisme. Deze vorm van astigmatisme wordt niet genoemd in de Consensus zodat de berekeningen die in deze Consensus worden genoemd niet van toepassing zijn.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekering bepaalt welke zorg voor vergoeding in aanmerking komt en onder welke voorwaarden de ziektekostenverzekeraar is gehouden tot vergoeding over te gaan. Zorg komt alleen voor vergoeding in aanmerking indien de verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Er moet een medische indicatie voor de ingreep bestaan en er dient sprake te zijn van doelmatige zorg (artikel A.3.2. van de zorgverzekering). Bij de beoordeling of een medische indicatie bestaat voor refractiechirurgie wordt aangesloten bij het rapport 'Consensus Refractiechirurgie' van het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG). In dit rapport staan indicaties die door de betreffende beroepsgroep worden gezien als medische indicaties voor refractiechirurgie. Refractiechirurgie is pas aangewezen als een refractieprobleem niet op een andere manier te verhelpen is. Ook bij het bestaan van een medische indicatie, zoals een refractieafwijking, kan de ziektekostenverzekeraar refractiechirurgie slechts vergoeden als de refractieafwijking onvoldoende door een bril kan worden gecorrigeerd en als sprake is van contactlensintolerantie. Dat wil zeggen dat de verzekerde door medische oorzaken geen contactlenzen kan verdragen. Onder meer bij een myopie van meer dan 10 dioptrie of bij een anisometropie van meer dan 4 dioptrie is sprake van een refractieafwijking die niet meer voldoende kan worden gecorrigeerd met een bril. Daarnaast dient aan de hand van een lijst van objectieerbare symptomen door een oogarts te worden vastgesteld dat een contactlensintolerantie aanwezig is.
- 5.2. Uit de verklaring van de behandelend oogarts blijkt dat bij verzoeker rechts sprake is van een sferische sterkte van +4,75 met een cilindersterkte van -3,75. Links bedraagt de sferische sterkte +0,25 en de cilindersterkte -0,50. De berekening van de sferische equivalent vindt plaats aan de

hand van de volgende methode: sferische sterkte + (0,5 x cilindersterkte). Gezien het voorgaande bedraagt de refractie bij verzoeker aan het rechteroog 2,875 en aan het linkeroog 0. Het verschil tussen de beide ogen is dan ook minder dan 4 dioptrie. Verder kan worden geconcludeerd dat bij verzoeker evenmin één van de andere in de consensus genoemde afwijkingen aan de orde is. Er kan dan ook niet worden gesproken van een refractieafwijking die niet meer voldoende kan worden gecorrigeerd met een bril. De door verzoeker aangevoerde hoofdpijnklachten zijn niet objectiveerbaar en kunnen door verschillende factoren worden veroorzaakt. In de aanvraag van 22 januari 2018 wordt hierover trouwens niets vermeld. In het e-mailbericht van 19 april 2018 wordt weliswaar gesproken over hoofdpijnklachten, maar een objectiveerbare verklaring voor de aanwezigheid van deze klachten in relatie tot het gebruik van een bril is niet aangetoond.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat - gelet op de afwijking van beide ogen - correctie met een goede bril mogelijk moet zijn. Indien een goede bril wordt aangemeten zouden ook de hoofdpijn- en vermoeidheidsklachten moeten verdwijnen.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.(...)"*

8.4. Artikel A.3.2. van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

*"De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. (...) In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:*

*(...)*

*• u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn."*

8.5. De artikelen A.3.2 en B.4. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.  
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.  
In artikel 2.1, derde lid, Bzv is bepaald dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.  
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.8. Artikel D.1.4. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op gezichtsscherptebehandelingen en luidt, voor zover hier van belang:

**"Zorg: waar hebt u recht op?"**

*Wij vergoeden gezichtsscherptebehandelingen door middel van ooglaserbehandeling of lensimplantatie op de manier zoals en in de gevallen waarin medisch specialisten dat doen. Dit doen wij tot een bepaald bedrag in een bepaalde periode.*

*Hoe hoog het vergoedingsbedrag is en hoe lang de periode duurt, staat op uw Vergoedingen*

*Overzicht.*

*(...)"*

8.9. Het Vergoedingen Overzicht van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*"Bril, lenzen en ooglaseren: € 100,- per 2 jaar"*



9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft zich bij zijn standpuntbepaling mede laten leiden door hetgeen de leden van het Nederlands Gezelschap voor Refractiechirurgie onder auspiciën van het NOG in februari 2006, herzien in 2018, als richtlijn voor refractiechirurgie hebben opgesteld, de zogenoemde 'Consensus Refractiechirurgie' (hierna: de consensus). Deze richtlijn bezit niet de status van regelgeving, maar van een algemeen, representatief te achten overeenstemmend medisch-specialistisch inzicht. Nu gesteld noch gebleken is dat deze richtlijn inmiddels door een nieuwe is vervangen, zal de commissie bij haar beoordeling van de versie uit 2018 uitgaan.
- 9.2. In hoofdstuk 12 van de Consensus zijn de medische indicaties voor refractiechirurgie opgenomen:  
*"12.3. Phake lens*  
• *Hoge myopie  $\geq -10,0 D$  met contactlens intolerantie*  
• *Hoge hyperopie  $\geq +6,0 D$  met contactlens intolerantie*  
• *Hoge anisometropie  $\geq 4,0 D$  met contactlens intolerantie.*  
• *Hoge astigmatisme  $\geq 4,5 D$  met contactlens intolerantie*  
• *Astigmatisme na perforerende keratoplastiek of cataractoperatie, indien andere methoden van astigmatismecorrectie niet mogelijk of gewenst zijn*  
(...)  
*12.4. Uitzonderingen*  
*In uitzonderingsgevallen kunnen bijzondere indicaties zich voordoen. Hiervoor dient steeds een individuele machtiging met onderbouwing van de medische indicatie te worden ingediend. Als voorbeeld van deze bijzondere gevallen kan gedacht worden aan volstrekke bril intolerantie bij gebleken contactlens intolerantie (allergische aandoeningen, neusbrugafwijkingen, oorafwijkingen)"*
- 9.3. Niet in geschil is dat bij verzoeker sprake is van een contactlensintolerantie zodat de vraag aan de orde is of kan worden gesproken van een van de hiervoor in de consensus specifiek benoemde indicatiecriteria, met name een anisometropie van meer dan 4 dioptrie. Met betrekking hiertoe geldt dat het College voor zorgverzekeringen, thans het Zorginstituut, in een eerder uitgebracht advies aan de commissie (zaaknummer 201200811) heeft toegelicht hoe de refractieafwijking dient te worden berekend: de eventuele cilindrische sterkte wordt voor de helft wiskundig opgeteld bij de opgegeven sferische component. De oogarts van verzoeker heeft in dit verband verklaard dat bij verzoeker rechts sprake is van een sferische sterkte van +4,75 met een cilindersterkte van -3,75 en links een sferische sterkte van +0,25 met een cilindersterkte van -0,50. De berekening van de sferische equivalent wordt dan als volgt:  
Rechts:  $(0,5 \times -3,75) + 4,75 = 2,875$   
Links:  $(0,5 \times -0,50) + 0,25 = 0$   
Gelet op deze gegevens voldoet verzoeker niet aan de in hoofdstuk 12 van de consensus gestelde eis dat sprake dient te zijn van een anisometropie van meer dan 4 dioptrie. Ook is bij verzoeker geen myopie van meer dan -10 dioptrie aan de orde, en doet zich bij hem geen van de andere, in de consensus specifiek benoemde indicatiecriteria, voor. Indien wordt uitgegaan van de door de opticien geconstateerde refractieafwijkingen leidt een en ander overigens niet tot een andere uitkomst.
- 9.4. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut van 23 november 2018 is door verzoeker aangevoerd dat hij op 26 september 2018 een bril heeft aangeschaft met aniseikonische glazen. Voor zover verzoeker hiermee stelt dat bij hem sprake is van een andere indicatie, te weten aniseikonie, geldt dat het aan verzoeker is dit met (medische) stukken te onderbouwen. Verzoeker is hier niet in geslaagd omdat noch uit de verklaringen van de oogarts noch uit de stukken van de opticien blijkt dat verzoeker lijdt aan de aandoening aniseikonie. De commissie passeert dan ook deze stelling.

- 9.5. Rest de vraag of bij verzoeker sprake is van een uitzonderingssituatie als omschreven onder 12.4 van de consensus. Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat hij aan zijn rechteroog een complicatie heeft gekregen bij een eerdere laserbehandeling. De hoge sterkte van de afwijking aan het rechteroog maakt dat deze niet is te corrigeren met een bril. Bij het dragen van een bril ervaart verzoeker dat het beeld wordt vervormd. Zonder een correctie heeft verzoeker voortdurend hoofdpijnklachten en kan hij niet naar behoren functioneren. De commissie merkt op dat de uitzonderingen in de consensus niet limitatief zijn opgesomd. Gelet op de voorbeelden dient het echter steeds te gaan om iemand die fysiek niet in staat is een bril te dragen. Gesteld noch gebleken is dat bij verzoeker een neusbrug- en/of oorafwijking bestaat dan wel een allergie. Verzoeker heeft weliswaar aangevoerd dat hij hoofdpijnklachten heeft door het dragen van bril, doch door hem is niet aannemelijk gemaakt dat deze klachten hierdoor inderdaad worden veroorzaakt. De pijnklachten zijn niet objectiveerbaar en de verklaring van de oogarts biedt hiervoor ook geen aanknopingspunten. Ook overigens zijn door verzoeker geen feiten of omstandigheden naar voren gebracht die tot de conclusie zouden kunnen leiden dat hij geen bril kán dragen. Het argument dat de hoge afwijking van het rechteroog niet is te corrigeren met een bril wordt, gelet op de berekende geringe afwijking van 2,875 dioptrie en de door het Zorginstituut in zijn definitief advies van 23 november 2018 gegeven toelichting, gepasseerd. Daarom kan niet worden gesproken van een bijzondere situatie als bedoeld onder 12.4 van de consensus.
- Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de kosten van refractiechirurgie in de vorm van lensimplantatie ten laste van de zorgverzekering.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking tot maximaal € 100,-- per twee jaren voor gezichtshulpmiddelen en gezichtsscherptebehandelingen tezamen. De commissie constateert dat partijen niet erover van mening verschillen dat verzoeker in 2018 nog aanspraak kan maken op deze vergoeding.

#### **Conclusie**

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 december 2018,

G.R.J. de Groot