



Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden
Zaak : Geneeskundige zorg, medisch specialistische zorg, staaroperatie met torische lenzen
Zaaknummer : 201700118
Zittingsdatum : 16 augustus 2017



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door B, beiden te C,

tegen

FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende modules Zorg in het buitenland Europa en Tand tot € 500,- zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de torische lenzen die in beide ogen zijn geïmplanteerd bij een staaroperatie (verder: de aanspraak). Bij brief van 1 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 13 april 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is (i) de kosten van de torische lens die is geïmplanteerd in het rechteroog alsnog te vergoeden en (ii) met betrekking tot de in het linkeroog geïmplanteerde torische lens een bedrag te vergoeden ter hoogte van de kosten van een standaardlens (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 26 mei 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 juni 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 18 juni 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 juni 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 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 12 juni 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 30 juni 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017025899) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat hoewel er in het dossier geen medische informatie aanwezig is, de medisch adviseur in casu uitgaat van een cilindrische afwijking van 2.25 D rechts en 1.0 D links voorafgaand aan de operatie. Met deze waarden wordt niet voldaan aan de voorwaarden zoals genoemd in het standpunt van het Zorginstituut van 2014. De omstandigheid dat verzoekster voor volledige correctie van het astigmatisme ook na de operatie nog een bril behoeft, doet hieraan niet af. Met betrekking tot de vraag of uit voornoemd standpunt van 2014 volgt dat de zorgverzekeraar de kosten van een standaardlens moet vergoeden, ook als in plaats daarvan een torische lens wordt geplaatst, geldt dat de kosten van een standaardlens zijn opgenomen in de betreffende DBC die bij de zorgverzekeraar wordt gedeclareerd. Dit betekent dat indien een verzekerde aanspraak maakt op vergoeding van een staaroperatie, de kosten van de standaardlens in deze vergoeding zijn opgenomen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 3 juli 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 augustus 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 17 augustus 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 25 augustus 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster leed al geruime tijd aan oogklachten. Zij zag dubbel en niet scherp. Nadat zij was uitbehandeld bij de afdeling oogheelkunde van het AMC, heeft zij de opticien bezocht voor het aanmeten van een bril. De opticien heeft destijds vastgesteld dat verzoekster in vier jaar tijd ruim 25 percent van haar gezichtsvermogen had verloren. Hij heeft haar doorverwezen naar het Oogheelkundig Centrum Haarlemmermeer (hierna: OCH). De aldaar werkzame medisch specialist heeft verzoekster een staaroperatie met implantatie van torische lenzen in beide ogen geadviseerd.
- 4.2. Op 20 juli respectievelijk 29 augustus 2016 hebben de staaroperaties met implantatie van de torische lenzen plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van de staaroperaties rechtstreeks aan het OHC vergoed. Verzoekster heeft de nota's met betrekking tot de implantatie van de torische lenzen, ten bedrage van € 750,00 per lens, ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Beide nota's zijn ten onrechte afgewezen. Verzoekster meent namelijk dat zij wat betreft haar rechteroog voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding; zij heeft staar in combinatie met astigmatisme van > 4.50 D. Tijdens de controle in november 2016 is namelijk gebleken dat in het rechteroog, ondanks de implantatie van de torische lens met een correctie van 2.25 D, een cilinderafwijking van 3.75 D resteert, zodat sprake is van een totale

afwijking van 6.00 D. De oorspronkelijke afwijking, waarop de ziektekostenverzekeraar zich baseert, is om die reden onjuist en achterhaald.

Vanwege de resterende afwijkingen na de staaroperaties heeft verzoekster een bril moeten aanschaffen. De kosten hiervan zijn voor haar rekening gebleven.

- 4.3. Verzoekster heeft begrepen dat een standaardlens wel voor vergoeding vanuit de zorgverzekering in aanmerking komt. Het onderscheid dat wordt gemaakt tussen de standaardlens en de torische lens is haar volstrekt onduidelijk. Bovendien blijkt uit de polisvoorwaarden niet dat torische lenzen zijn uitgesloten van de dekking van de zorgverzekering.

Verder beroept de ziektekostenverzekeraar zich op het achterhaalde advies 'Standpunt torische lenzen bij staar met astigmatisme' van het Zorginstituut van 17 juni 2014. Met betrekking hiertoe geldt in de eerste plaats dat de totale kosten van de bij verzoekster uitgevoerde staaroperaties inclusief implantatie van de torische lenzen lager zijn dan het in voornoemd advies genoemde bedrag voor een staaroperatie met implantatie van een standaardlens. Het argument dat implantatie van torische lenzen hogere kosten met zich brengt, is daarom niet juist. In de tweede plaats volgt uit het advies dat na implantatie van torische lenzen geen bril meer nodig zou zijn. Bij verzoekster is echter nog altijd sprake van een cilinderafwijking, zodat zij alsnog is aangewezen op een bril. De ziektekostenverzekeraar is gelet op het advies, waaruit volgt dat de verzekerde die kiest voor een torische lens slechts de meerprijs zelf dient te betalen, gehouden ten minste de kosten van een standaardlens te vergoeden. Zowel de leverancier van de torische lenzen, als de ziektekostenverzekeraar weigert echter inzicht te geven in de prijzen van een standaardlens. Dit is in strijd met de transparantie van zorgkosten zoals door het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) wordt beoogd.

- 4.4. Verzoekster merkt nog op dat de staaroperaties met implantatie van torische lenzen medisch noodzakelijk waren; namelijk het tegengaan van verlies van gezichtsvermogen en uiteindelijk blindheid. Hiermee zijn toekomstige hoge zorgkosten voorkomen. Het behoort tot de zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar medewerking te verlenen aan het voorkomen van deze kosten, en om in overleg met verzoekster de afweging te maken of de meerkosten en het risico van dubbele kosten, indien toch - zoals in het geval van verzoekster een aanvullende bril nodig blijkt - opwegen tegen het verwachte gebruiksgemak.

- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het vanaf het eerste consult bij de oogarts van het OCH duidelijk was dat zij op medische gronden en vanwege een te beperkt zichtveld torische lenzen nodig had, én dat zij - ondanks de staaroperaties aan beide ogen - waarschijnlijk een bril zou moeten blijven dragen. Volgens verzoekster volgt uit het 'Standpunt torische lenzen bij staar met astigmatisme' van het Zorginstituut dat de verzekerde voor wie brilonafhankelijkheid nooit een optie is geweest, en die dus gedwongen is dubbele kosten te maken, de torische lenzen vergoed zou moeten krijgen. Wordt deze redenering niet gevolgd, dan dient de feitelijke gang van zaken volgens haar tot een vergoeding te leiden. Verzoekster merkt in dit verband op dat de cilindrische afwijking in haar rechteroog, die voor de staaroperatie op 3,5 D was gesteld, na de operatie is toegenomen tot 3,75 D. Een medische oorzaak voor de toename is niet bekend, zodat de oorspronkelijke diagnose vermoedelijk foutief is geweest. Nu er een torische lens is geplaatst van 2,25 D staat volgens verzoekster vast dat de cilindrische afwijking voorafgaand aan de operatie groter dan 4,5 D was. De ziektekostenverzekeraar dient daarom de kosten van de torische lens die in het rechteroog van verzoekster is geplaatst te vergoeden.

Blijkens voornoemd standpunt van het Zorginstituut dient de ziektekostenverzekeraar in ieder geval de kosten van een standaard lens te vergoeden en blijven de meerkosten voor eigen rekening. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar en de leverancier meerdere keren tevergeefs gevraagd wat de kosten van een standaard lens zijn. Zij kan voorts niet begrijpen dat het Zorginstituut stelt dat deze kosten zijn opgenomen in de DBC-code die het OHC voor de staaroperatie heeft gedeclareerd. De declaratie van het OHC bevat slechts de kosten van de operatie en de nazorg, hetgeen ook blijkt uit het feit dat een bedrag van € 1.017,82 in rekening is gebracht, terwijl een gemiddelde staaroperatie volgens het Zorginstituut € 1.883,00 kost.

- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Artikel 1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt dat het recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Indien een dergelijke maatstaf ontbreekt, dan wordt voor de bepaling of recht op zorg bestaat gekeken naar wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

5.2. Ziekenhuizen declareren door middel van een code: de Diagnose Behandel Combinatie (hierna: DBC). Een standaardlens wordt als onderdeel van een staaroperatie door middel van een DBC bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Het is dus niet mogelijk vast te stellen wat de kosten van een losse standaardlens zijn. Torische lenzen worden niet als onderdeel van een staaroperatie, maar apart gedeclareerd.

De bij verzoekster uitgevoerde staaroperaties vallen onder de dekking van de zorgverzekering. De kosten zijn inmiddels betaald aan het OHC. De (meerkosten van de) torische lenzen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als sprake is van staar in combinatie met een afwijkende kromming van het hoornvlies (astigmatisme) groter dan 4.5 D. Dit volgt uit het 'Standpunt torische lenzen bij staar met astigmatisme' van 17 juni 2014 van het Zorginstituut. De oogarts bepaalt of de kosten van een torische lens bij een staaroperatie voor vergoeding in aanmerking komen. Volgens de gegevens van de behandelend oogarts is bij verzoekster geen sprake van astigmatisme groter dan 4.5 D. Daarom zijn de kosten van de torische lenzen niet aan het OHC vergoed en heeft zij hiervoor zelf een nota ontvangen. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat bij navraag is gebleken dat de behandeling correct is gedeclareerd. Ook heeft verzoekster van het ziekenhuis een nota meegekregen waarop is vermeld dat het niet-verzekerde zorg betreft.

De stelling van verzoekster dat bij haar wél sprake is van een afwijking groter dan 4.5 D kan de ziektekostenverzekeraar niet plaatsen; de cilindercorrectie met bril is namelijk rechts -3.75 en links -0,5.

5.3. De ziektekostenverzekeraar merkt nog op dat het bestaan van een medische indicatie voor de geleverde zorg niet betekent dat hij is gehouden tot vergoeding van de kosten daarvan. Aanspraak op vergoeding bestaat eerst indien wordt voldaan aan de toepasselijke polisvoorwaarden en de wet- en regelgeving.

5.4. Tussen de ziektekostenverzekeraar en verzoekster is sprake van een verzekeringsovereenkomst. De ziektekostenverzekeraar is niet gehouden inzicht te geven in de (inkoop)afspraken die hij maakt met individuele zorgverleners en ziekenhuizen/zorginstellingen. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij geen invloed heeft op het standpunt van het Zorginstituut.

5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat er alleen recht op vergoeding van een torische lens bestaat indien sprake is van een cilindrische afwijking groter dan 4,5 D. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in zijn advies dat aan de commissie is uitgebracht. Bij verzoekster was in beide ogen voorafgaand aan de staaroperatie geen sprake van een afwijking groter dan 4,5 D. Hierover is ook navraag gedaan bij de leverancier van de torische lenzen. Dat wat betreft het rechteroog achteraf gezien mogelijk wél een grotere afwijking bestond, kan niet alsnog leiden tot een vergoeding. De ziektekostenverzekeraar dient de medische informatie zoals deze bekend was vóór de operatie te beoordelen. De torische lenzen zijn door het OHC apart bij verzoekster in rekening gebracht. De ziektekostenverzekeraar weet niet wat de kosten van een standaard lens zijn, deze kosten maken namelijk onderdeel uit van de DBC-code die is gedeclareerd voor de totale staaroperatie. Ten aanzien van het verschil tussen de gedeclareerde kosten en de gemiddelde kosten voor een staaroperatie merkt de ziektekostenverzekeraar op dat dit heeft te maken met prijsafspraken die tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden gemaakt.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18.4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van (i) de kosten van de bij een staaroperatie in het rechteroog geïmplanteerde torische lens onderscheidenlijk (ii) de in het linkeroog geïmplanteerde torische lens op basis van de kosten van een standaardlens, ten laste van de zorgverzekering.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 39 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 29 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft recht op medisch-specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- a. een ziekenhuis;*
- b. een zelfstandig behandelcentrum; of*
- c. de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbonden aan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtz) toegelaten instelling.*

De zorg bestaat uit:

- a. medisch-specialistische zorg;*
- b. uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.*

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

(...)

Voorwaarden voor het recht op medisch-specialistische zorg

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, verloskundige als het om verloskundige zorg gaat, de optometrist als het om oogzorg gaat of een andere medisch specialist.

2. Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.

3. De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.

4. Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.

*5. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch-specialistische zorg.
(...)”*

- 8.4. Artikel 2.4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt de inhoud en omvang van de zorg en luidt, voor zover hier van belang:

"Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent."

- 8.5. Artikel 29 van de zorgverzekering en artikel 2.4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11, eerste lid, onderdeel b, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt 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 zorgverzekeraar 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Op grond van artikel 29 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch specialistische zorg. Tussen partijen is niet in geschil dat hieronder de door verzoekster ondergane staaroperaties moeten worden verstaan. De kosten hiervan zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of verzoekster tevens aanspraak heeft op de (meerkosten) van de bij deze operaties geïmplanteerde torische lenzen.
- 9.2. In artikel 2.4 van de zorgverzekering is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op zorg waarop de verzekerde gelet op zijn indicatie naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Het Zorginstituut heeft in zijn 'Standpunt torische lenzen bij staar met astigmatisme' van 17 juni 2014 geconcludeerd dat slechts enkele patiëntensubgroepen met staar en astigmatisme zijn aangewezen op een behandeling met torische lenzen, omdat bepaalde oogaandoeningen of -afwijkingen niet of onvoldoende kunnen worden gecorrigeerd met een bril of contactlenzen. Dit betreft onder andere patiënten met een stigmatisatie sterker dan 4,5 D. Dit standpunt is door het Zorginstituut in zijn voorlopig en definitief advies aan de commissie van 30 juni 2017 respectievelijk 25 augustus 2017 bevestigd.
- 9.3. Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat wat betreft haar rechteroog sprake is van een astigmatisme van 6.0 D. Ter onderbouwing hiervan heeft zij gesteld dat een torische lens is geplaatst van 2.25 D en dat tijdens de controle in november 2016 is gebleken dat nog een cilinderafwijking van 3.75 D resteert. Verzoekster heeft hiertoe, tegenover de gemotiveerde

betwisting door de ziektekostenverzekeraar, geen (medische) verklaring van de behandelend oogarts overgelegd, zodat niet aannemelijk is dat bij haar rechteroog ten tijde van de operatie sprake was van een astigmatisme groter dan 4.5 D. Dit wordt bevestigd door het feit dat het OCH verzoekster een aparte nota heeft gezonden voor de torische lenzen, waarbij is vermeld dat de lenzen niet-verzekerde zorg betreffen. Ook het Zorginstituut gaat in zijn advies van 30 juni 2017 uit van een cilinderafwijking van 2.25 D in het rechteroog voorafgaand aan de operatie, zodat verzoekster niet aan de voorwaarden voldoet voor vergoeding van de (meerkosten) van de torische lens, ten laste van de zorgverzekering.

- 9.4. Met betrekking tot haar linkeroog heeft verzoekster niet betwist dat geen sprake is van astigmatisme groter dan 4.5 D. Zij meent evenwel, op grond van eerdergenoemd standpunt van het Zorginstituut van 2014 in aanmerking te komen voor vergoeding van de kosten van een standaardlens. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 30 juni 2017 zijn de kosten van een standaardlens reeds opgenomen in de door de zorgaanbieder gedeclareerde DBC ter zake van de staaroperatie. De ziektekostenverzekeraar heeft de betreffende DBC - en daarmee de standaardlens - aan de zorgaanbieder vergoed, zodat niet valt in te zien waarom hij gehouden zou zijn verzoekster hiervoor eveneens een vergoeding te verlenen.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 september 2017

A.I.M. van Mierlo