

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202401629

## Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C. te B.,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
  - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 22 mei 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 5 juni 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 18 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 20 augustus 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 16 september 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025019436) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 29 september 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker heeft bij emailbericht van 22 oktober 2025 gereageerd op het voorlopig advies van het Zorginstituut. Een kopie van deze reactie op 23 oktober 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 november 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.
- 1.6. Na de hoorzitting is verzoeker in de gelegenheid gesteld aanvullende informatie aan te leveren. Bij e-mailbericht van 25 november 2025 heeft hij een verklaring van de oogarts overgelegd van 20 november 2025. Een afschrift hiervan is op 1 december 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, met de mogelijkheid hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 6 januari 2026 gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 14 januari 2026 ter kennisname aan verzoeker gezonden.

- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 14 januari 2026 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 16 september 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 26 januari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld hierop binnen drie weken te reageren. Verzoeker heeft – na gevraagd en toegekend uitstel – bij e-mailbericht van 19 februari 2026 gereageerd. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

## 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen 50+ en Tandarts (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om deze reden verder onbesproken.
- 2.2. Ten behoeve van verzoeker is op 9 mei 2023 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding van een oogoperatie, die werd uitgevoerd op 25 oktober 2021.
- 2.3. Bij brief van 22 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag niet in behandeling kan worden genomen en via VECOZO moet worden ingediend.
- 2.4. Op 22 november 2023 is ten behoeve van verzoeker via VECOZO een nieuwe aanvraag gedaan bij de ziektekostenverzekeraar.
- 2.5. Bij brief van 28 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen.
- 2.6. Bij brief van 24 april 2024 heeft de behandelend oogchirurg over verzoeker verklaard:
- “[Verzoeker] kan geen bril dragen omwille van een afwijking van 2 verschillende cilinders in beide ogen, waarbij dubbel zicht blijft. Hij heeft meerdere malen contactlenzen geprobeerd, maar dit geeft een allergische reactie. Daarnaast is meneer contactlens intolerant aan beide ogen, door droge ogen. Gezien deze aandoening is een behandeling medisch noodzakelijk. Meneer verzoekt om zijn dossier te bekijken voor een vergoeding van de ReplaceLens behandeling.”*
- 2.7. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 12 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.8. Bij brief van 16 september 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.9. Bij brief van 26 januari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

### 3. Standpunt verzoeker

3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de uitgevoerde refractiechirurgie aan hem te vergoeden.

3.2. Hij heeft hiertoe aangevoerd, zoals verwoord in de brief van 22 mei 2025, dat als enkel naar de richtlijnen wordt gekeken, zijn klachten niet alle voldoen aan de eisen die in de circulaire zijn gesteld. Voor de waardebeoordeling heeft hij mogelijk een lage score, maar hij ervoer wel degelijk enorm veel klachten. Er zijn diverse pogingen ondernomen om met behulp van een bril en lenzen het dubbelzien en de oogmigraine te verhelpen. Dit heeft echter geen resultaat gehad. De oogarts heeft een afwijking van twee verschillende cilinders in beide ogen geconstateerd. Het dubbel zicht en de oogmigraine bleef, zowel met lenzen als een bril. Verzoeker heeft twee keer een bril, en geheel 2018 diverse lenzen en vloeistoffen geprobeerd. Verzoeker heeft een contactlensintolerantie. Toen hij de lenzen probeerde, kreeg hij rode ogen, jeuk, extreem droge ogen en oogontstekingen. Hem werd afgeraden om contactlenzen te dragen, teneinde beschadiging van het hoornvlies te voorkomen. Verzoeker kreeg in verband met de oogontsteking antibiotica voorgeschreven. Hiervan kreeg hij een allergische reactie, waarna hij op de spoedeisende hulp terecht kwam. Het voorgaande is in het Allergiecentrum Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis onderzocht en bevestigd.

3.3. In zijn reactie van 22 oktober 2025 heeft verzoeker daarnaast aangevoerd dat hij een volstrekte bril intolerantie heeft, omdat de bril niet aan de cilinder afwijking van beide ogen kon worden aangepast. Er is in 2019 drie keer geprobeerd om nieuwe glazen te maken en opnieuw te meten, maar hij bleef dubbelzien. Verzoeker bleef overigens ook met lenzen dubbelzien.

3.4. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat een arts onderzoek heeft gedaan naar zijn ogen. Er is toen geconstateerd dat hij in beide ogen twee verschillende cilinders heeft. Eén op het hoornvlies en één in de lens. Er is geen verklaring van de arts, want deze is niet meer werkzaam bij het betreffende centrum. Verzoeker bleef dubbelzien. Gedurende een jaar zijn verschillende soorten lenzen geprobeerd. Verzoeker kreeg oogontstekingen, waarvoor hij werd behandeld met antibiotica. Later is in het allergiecentrum in Tilburg duidelijk geworden dat hij allergisch is voor zowel contactlenzen als antibiotica. Door het dubbelzien kreeg hij oogmigraine. Hij heeft tot drie keer toe een nieuwe bril met andere glazen geprobeerd, maar de opticien kreeg de bril niet goed afgesteld. Verzoeker bleef dubbelzien en werd er ook erg ziek van. De firma heeft uiteindelijk de bril teruggenomen en het geld teruggestort. De oogarts zegt dat verzoeker buiten de regels valt, maar gezien de allergie en oogafwijkingen was er voor hem geen andere optie dan refractiechirurgie. Verzoeker heeft zich uiteindelijk laten opereren in de FEYO kliniek en had niet verwacht dat dit gevolgen zou hebben voor de vergoeding. Er wordt in het advies van het Zorginstituut gesuggereerd dat verzoeker de implantaatlenzen wilde in verband met de oogmigraine. Dit is niet het geval. Het ging om de allergieën, ontstekingen en dubbelzien. De oogarts heeft hem verteld dat het mogelijk is dat iemand door twee verschillende cilinders in één oog, meer last kan hebben dan iemand met een hogere afwijking. Daarom doet verzoeker een beroep op een uitzonderingssituatie. De firma waar de bril indertijd is gekocht wil in het kader van de privacy geen verklaring afgeven. De zorgaanbieder weigerde dit.

3.5. De oogarts heeft bij brief van 20 november 2025 over verzoeker verklaard:

*“[Verzoeker] kon geen bril dragen omwille van een afwijking van 2 verschillende cilinders in beide ogen, waarbij dubbel zicht zich zou blijven voordoen. Hij heeft ook meerdere malen contactlenzen geprobeerd, maar dit gaf een allergische reactie. Derhalve waren ook contactlenzen geen optie. Zowel met het dragen van een bril als de contactlenzen bleven de dubbelbeelden bestaan en daardoor was een ingreep als een lensvervangende behandeling noodzakelijk om het probleem te verhelpen. Cliënt verzoekt u om deze reden om de kosten van deze behandeling te vergoeden.”*

- 3.6. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 19 februari 2026, in reactie op het definitief advies van het Zorginstituut, ter aanvulling aangevoerd dat hij een voorgeschiedenis van oogmigraine had. Uit de brieven van 24 april 2024 en 20 november 2025 komt duidelijk naar voren dat hij omwille van een afwijking van twee verschillende cilinders in beide ogen geen bril kon dragen. Dit omdat het dubbelzicht bleef. Hij heeft meerdere contactlenzen geprobeerd, maar deze gaven, naast droge ogen en het risico op hoornvliesbeschadigingen, ontstekingen en allergische reacties. Hij heeft contactlensintolerantie aan beide ogen en bleef ook dubbelzien. Gezien dit alles was de behandeling medisch noodzakelijk. Het dubbelzien kon niet worden opgelost met een bril of contactlenzen. De oogmigraine was voor verzoeker als leek een event met heftige gevolgen. Daarom is die oogmigraine in de brief van 1 mei 2023 ook benoemd. Een opname op de Eerste Hulp met extreem lage hartslag, duizeligheid en oogmigraine. Alarmbellen die constant afgaan en verpleegkundigen en artsen die naar binnen vliegen. Dit was voor hem een levensbedreigende situatie, maar vormde niet de reden voor de operatie. Voor de oogarts was juist het dubbelzien levensbedreigend, omdat dit het reactievermogen en dieptezicht ernstig beïnvloedt.

#### 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de kosten van de refractiechirurgie niet voor vergoeding in aanmerking komen. Hij heeft hiertoe aangevoerd, zoals verwoord in de afwijzing van 28 november 2023, dat de ingreep al in 2021 heeft plaatsgevonden. Er is toen geen akkoordverklaring gevraagd en dit is wel noodzakelijk. In de heroverweging van 12 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat verzoeker daarnaast naar inhoud en omvang niet redelijkerwijs is aangewezen op de zorg. Bij een medisch specialistische behandeling moet duidelijk zijn dat de behandeling in de specifieke situatie het meest passend is. Daarnaast wordt gekeken naar de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Er moet voldoende bewijs zijn dat de behandeling op de lange termijn veilig en doelmatig is.

- 4.2. Of er een medische indicatie is voor refractiechirurgie wordt beoordeeld op basis van de circulaire Refractiechirurgie van Zorgverzekeraars Nederland. Hierin staan de indicaties die door oogartsen worden gezien als een medische indicatie. Er is sprake van een medische indicatie bij:

- Anisometropie SEQ > 4D
- Myopie SEW > 10D
- Hypermetropie SEQ > 6D
- Astigmatisme Cilindersterkte > 4,5D; en

er dient sprake te zijn van contactlensintolerantie. Er is sprake van contactlensintolerantie als aan de volgende cumulatieve voorwaarden is voldaan:

1. er zijn gedurende een aansluitende periode van ten minste een jaar contactlenzen gedragen;
2. de afgelopen 12 maanden is ten minste één contactlens van ander materiaal geprobeerd om het draagcomfort te verbeteren en één van de lenzen is van siliconenhydrogel;
3. iemand lijdt aan één of meerdere door de oogarts vastgestelde symptomen die komen door het dragen van contactlenzen en
  - a. wisselende visusklachten en/of droge ogen en/of last van droge ogen gedurende enkele uren per dag bij het dragen van de lenzen; of
  - b. er is sprake van een door de oogarts vastgestelde medische complicatie als gevolg van het dragen van contactlenzen.

- 4.3. Conform artikel A.18 van de verzekeringsvoorwaarden dient voorafgaand aan de behandeling een aanvraag te worden ingediend. In artikel B.4.5. van de verzekeringsvoorwaarden staat dat wanneer de zorg wordt geleverd door een niet-gecontracteerde zorgverlener een akkoordverklaring is vereist. Uit de nota blijkt dat de behandeling reeds op 25 oktober 2021 heeft plaatsgevonden. Dit betekent dat de aanvraag achteraf is ingediend. Deze aanvraag is inhoudelijk beoordeeld op basis van de beschikbare informatie in het dossier. Op 24 april 2024 heeft de zorgverlener verklaard dat bij verzoeker sprake is van een contactlensintolerantie. Niet gemotiveerd is of verzoeker voldoet aan de hiervoor geldende voorwaarden. Daarnaast blijkt niet dat bij verzoeker sprake is van één van de medische indicaties uit de circulaire van Zorgverzekeraars Nederland. Uit de informatie volgt dat verzoeker een visuswaarde heeft van OD: S +1,75 C – 0,75 OS: S =1,0. Hieruit volgt dat verzoeker geen medische indicatie heeft voor refractiechirurgie.
- 4.4. Daarnaast blijkt uit de stukken dat de refractiechirurgie is uitgevoerd ter behandeling van oogmigraine. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft geen goede wetenschappelijke literatuur gevonden waaruit blijkt dat het vervangen van de ooglenzen een effectieve behandeling is voor oogmigraine. De behandeling voldoet op dit punt niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’.
- 4.5. In de brief van 4 december 2024 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen en de brief van 18 augustus 2025 aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat bij verzoeker ook geen sprake is van een uitzonderingssituatie zoals vermeld in de circulaire Refractiechirurgie van Zorgverzekeraars Nederland. In de aanvraag is niet vermeld of onderbouwd door de oogarts dat verzoeker een contactlens- of brilintolerantie heeft. Het enkele gegeven dat een bril is geprobeerd maakt niet dat sprake is van brilintolerantie. De refractieafwijking en de cilinderafwijking van verzoeker zijn niet zodanig dat het dragen van een bril een te grote vervorming van de visus zou geven. Een bril wordt niet meer als optie gezien bij een cilinder (astigmatisme) van 4,5D of meer. Daarnaast volgt uit het gegeven dat verzoeker een allergie heeft voor bepaalde materialen en vloeistoffen niet dat sprake is van een contactlensintolerantie op één van de wijzen die is opgenomen in de circulaire. Alleen als vaststaat dat zowel een bril als lenzen geen reële optie zijn, is vergoeding van refractiechirurgie mogelijk.
- 4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat verzoeker heeft gekozen voor de operatie om van zijn klachten af te komen. De ziektekostenverzekeraar moet beoordelen of verzoeker een vergoedingsindicatie heeft. Uit de medische stukken blijkt niet van de noodzaak tot plaatsing van implantaatlenzen en waarom verzoeker niet kan uitkomen met een bril en of lenzen. De arts heeft in een verklaring achteraf wel de oogmigraine als één van de redenen genoemd om over te gaan tot de operatie. Het is duidelijk dat er bij verzoeker veel aan de hand was, maar een duidelijke verklaring en onderbouwing ontbreekt. Als het gaat om de brilintolerantie, is gelet op de afwijking van verzoeker, niet inzichtelijk waarom hij niet zou kunnen uitkomen met een bril. De oogarts zou dit moeten kunnen onderbouwen. Op basis van de informatie die er nu ligt kan de ziektekostenverzekeraar niet vaststellen dat er sprake is van brilintolerantie. Ditzelfde geldt voor de gestelde contactlensintolerantie.
- 4.7. Bij e-mailbericht van 6 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de nadere stukken zijn voorgelegd aan de medisch adviseur. De ziektekostenverzekeraar ziet geen inhoudelijke informatie waaruit blijkt dat en waarom bij verzoeker sprake is van een volstreekte brilintolerantie en contactlensintolerantie. Daarbij merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de oogarts die de verklaring heeft afgegeven ook de oogarts is die de operatie heeft uitgevoerd, en dat uit de verklaring geen nieuwe informatie of goede onderbouwing voor een objectief vastgestelde brilintolerantie volgt.

## 5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 16 september 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

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

### *Refractieafwijking en bril/lens intolerantie*

*De refractieafwijking van verzoeker (OD: S + 1,75 D C -0,75 D en OS: S + 1,00 D) was minder ernstig dan de vergoedingsvoorwaarden (anisometropie  $S \geq 4D$ , Myopie  $S \geq -10D$ , Hypermetropie  $S \geq 6D$ , Astigmatisme  $C \geq 4,5D$ ). Bij uitzondering kunnen bijzondere indicaties vergoed worden zoals een volstreekte brilintolerantie bij een gebleken contactlensintolerantie. De oogarts stelt dat verzoeker geen bril kon dragen vanwege dubbelzien bij verschillende cilinders in beide ogen en dat verzoeker intolerant was voor contactlenzen bij een allergische reactie en droge ogen. De informatie van de oogarts is echter beperkt en de brieven van Oogwereld zijn slecht leesbaar.*

*De refractieafwijking van verzoeker was niet dusdanig ernstig dat deze niet gecorrigeerd kon worden met een bril of contactlenzen. Ook onderbouwt de oogarts niet dat er sprake was van een volstreekte brilintolerantie en contactlensintolerantie zoals staat beschreven in de ZN circulaire van 4 mei 2016. Zo worden de cilindersterkte van beide ogen, de duur van de proefperiode van de bril en contactlenzen, de medische oorzaak van een eventuele volstreekte brilintolerantie of symptomen en eventuele complicaties bij het dragen van contactlenzen niet vermeld.*

### *Oogmigraine*

*Daarnaast geeft de oogarts aan dat er een medische noodzaak was voor refractiechirurgie vanwege oogmigraine. Oogmigraine valt niet onder vergoedingsvoorwaarden voor refractiechirurgie.*

*Bij oogmigraine (oogheelkundige of oculaire of retinale migraine) hebben patiënten aanvallen van reversibele eenzijdige visuele verschijnselen (aura) die 5-60 minuten duren. Deze verschijnselen kunnen bestaan uit lichtsensaties, zoals een vlek die groter wordt, gekartelde figuren, sterren of warmtegolven, tijdelijke gezichtsvelduitval en vernauwing van het gezichtsveld. De aanvallen kunnen optreden zonder hoofdpijn of met hoofdpijn tijdens of binnen 60 min na de aanval. Oogmigraine is zeldzaam en treedt meestal op bij een leeftijd van ouder dan 40 jaar, waarbij patiënten vaak op jongere leeftijd (vanaf 20 jaar) migraine met of zonder aura hebben gehad. De behandeling van oogmigraine kan bestaan uit geruststelling, leefstijladviezen en medicatie waaronder pijnstilling. Refractiechirurgie (ooglensvervanging) wordt niet als mogelijke behandeling of ter preventie van oogmigraine in beschrijvende reviews vermeld.*

### *Literatuuronderzoek*

*Verweerder heeft geen literatuur gevonden waaruit de effectiviteit van refractiechirurgie bij oogmigraine blijkt. Het Zorginstituut heeft op 1 september 2025 ook literatuuronderzoek op verricht. De vraagstelling van het literatuuronderzoek was of refractiechirurgie (ooglensvervanging) effectief is in vergelijking met gebruikelijke zorg bij oogmigraine. Het Zorginstituut heeft gezocht in Embase via Embase.org (1971-heden), Medline via Ovid (1946-heden) en Cochrane Central via Wiley (1992-heden). Hierbij werd gezocht naar systematische reviews, gerandomiseerde studies en observationele vergelijkende en niet-vergelijkende studies. De search leverde 86 artikelen op, maar na screening van titel en abstract werden geen studies gevonden die de effecten van refractiechirurgie (ooglensvervanging) bij oogmigraine hebben onderzocht. Concluderend is de effectiviteit van refractiechirurgie bij oogmigraine niet aangetoond. Refractiechirurgie voldoet daarmee niet aan de stand van wetenschap en praktijk bij deze indicatie.*

### **Conclusie**

*De refractieafwijking van verzoeker voldoet niet aan de vergoedingsvoorwaarden voor refractiechirurgie. Ook kan niet worden vastgesteld dat sprake was van een volstrekte brilintolerantie of contactlensintolerantie. Verzoeker kan hierdoor geen aanspraak maken op vergoeding refractiechirurgie ten laste van de basisverzekering. Het Zorginstituut concludeert daarnaast dat refractiechirurgie bij oogmigraine niet aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet.*

### **Het advies**

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:*

- *Verzoeker voldoet niet aan de voorwaarden voor vergoeding van refractiechirurgie ten laste van de basisverzekering;*
- *Refractiechirurgie bij oogmigraine voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.*

- 5.2. In het definitief advies van 26 januari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*“Uit de aantekeningen van de hoorzitting van 5 november 2025 volgt dat (...) (de vrouw van verzoeker) meent dat in het advies van het Zorginstituut ten onrechte is gesuggereerd dat verzoeker de implantaatlenzen wilde in verband met oogmigraine. Het ging volgens haar om allergieën, ontstekingen en dubbelzien. In de e-mail van 22 oktober 2025 aan SKGZ meldt mevrouw (...) verder dat er fouten in de brief van SKGZ van 14 oktober 2025 staan. Het Zorginstituut gaat ervan uit dat hiermee het voorlopig advies van het Zorginstituut d.d. 16 september 2025 wordt bedoeld. Mevrouw (...) geeft aan duidelijk te hebben onderbouwd dat sprake was van een volstrekte brilintolerantie of contactlensintolerantie bij verzoeker. Het Zorginstituut merkt op dat de beoordeling in het voorlopig advies dat niet kan worden vastgesteld dat sprake is van een volstrekte intolerantie voor een bril of contactlenzen, is gebaseerd op de in het dossier opgenomen medische correspondentie. Onderdeel daarvan is de brief van 1 mei 2023 van de oogarts waarin deze stelt dat, gelet op de voorgeschiedenis van oogmigraine, een medische noodzaak voor lensvervanging bestaat. De brief van de oogarts van de FYEO kliniek van 20 november 2025, zoals opgenomen in de aanvullende stukken, bevat geen nieuwe informatie die aanleiding geeft het voorlopig advies te herzien.”*

## **6. Bevoegdheid van de commissie**

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## **7. Beoordeling**

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg, de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, en het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

## Zorgverzekering

- 7.2. De bij verzoeker uitgevoerde behandeling, te weten refractiechirurgie, betreft medisch specialistische zorg. Voor medisch specialistische zorg biedt de zorgverzekering dekking. Dit blijkt uit artikel B.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze bepaling is gebaseerd op de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv.
- 7.3. De commissie overweegt dat het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (hierna: CvZ) op 25 augustus 2008 een standpunt heeft uitgebracht over refractiechirurgie. Op grond hiervan is een verzekerde redelijkerwijs aangewezen op refractiechirurgie als (1) de refractieafwijkingen niet meer voldoende door een bril kunnen worden gecorrigeerd en (2) de verzekerde door medische oorzaken geen contactlenzen kan verdragen. In het verlengde van dit standpunt en om te komen tot een uniforme uitvoering hebben de zorgverzekeraars samen met het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) in de circulaire van 4 mei 2016 een advies opgesteld en daarin uiteengezet in welke gevallen er van refractiechirurgie ten laste van de zorgverzekering sprake kan zijn. Hoewel het in de circulaire van 4 mei 2016 opgenomen advies niet bindend is, neemt de commissie het advies als onderdeel van het toetsingskader over bij de beoordeling van het individuele verzoek om toewijzing van de aanspraak op vergoeding van refractiechirurgie.
- 7.4. Uit de circulaire blijkt dat aanspraak bestaat op refractiechirurgie bij myopie van ten minste -10D, anisometropie van ten minste 4D, hypermetropie van ten minste 6D of astigmatisme van ten minste 4,5D. Verder blijkt uit de circulaire dat zich bijzondere indicaties kunnen voordoen die aanspraak kunnen geven op refractiechirurgie. Hierbij wordt als voorbeeld volstreekte brilintolerantie bij gebleken contactlensintolerantie genoemd.  
In de circulaire wordt contactlensintolerantie als volgt gedefinieerd: *"Contactlensintolerantie wordt gekenmerkt door een tijdelijke of blijvende reactie met oogklachten gerelateerd aan het dragen van contactlenzen, ontstaan uit verminderde compatibiliteit/acceptatie tussen contactlens en oog omgeving, hetgeen kan leiden tot verkorte draagduur en staken van het dragen van de lenzen."* Ook blijkt uit de circulaire dat voldaan moet zijn aan de volgende cumulatieve voorwaarden om te kunnen spreken van contactlensintolerantie: Betrokkene:
1. heeft een aaneensluitende periode van ten minste een jaar contactlenzen gedragen;
  2. heeft in de afgelopen 12 maanden ten minste één (contact)lenswijziging gehad van een ander materiaal (waaronder een siliconenhydrogellens) ter verbetering van het draagcomfort;
  3. lijdt aan een objectiveerbaar contactlens geïnduceerd symptoom uit categorie 1a;
  4. lijdt aan: a. één van de genoemde subjectieve klachten uit 1b; of b. een medische complicatie uit categorie 2.
- 7.5. In het advies aan de commissie van 16 september 2025 heeft het Zorginstituut opgemerkt dat niet is gebleken dat verzoeker voldoet aan de indicatiecriteria voor refractiechirurgie. De refractieafwijking van verzoeker is met OD: S + 1,75 D C -0,75 D en OS: S + 1,00 D minder ernstig dan de vergoedingsvoorwaarden die zijn opgenomen in de circulaire. Hierbij merkt de commissie nog op dat van een verschil in cilinders, door de behandelend oogarts in de brief van 24 april 2024 benoemd als oorzaak van het dubbelzien, niet blijkt uit de stukken. Rechts is de cilinder -0,75 D, links wordt alleen een sferische afwijking van + 1,00 D benoemd. Tevens is niet gebleken van een bijzondere indicatie die aanspraak kan geven op refractiechirurgie. Zo wordt in de overgelegde medische stukken niet onderbouwd dat bij verzoeker vóór de ingreep sprake was van een volstreekte bril- en contactlensintolerantie zoals beschreven in de circulaire. Het gegeven dat de firma waarbij verzoeker een bril had aangeschaft de koopsom teruggaf overtuigt in dit verband niet.

- 7.6. Door de behandelend oogarts is verklaard dat de refractiechirurgie ook noodzakelijk was in verband met oogmigraine. De ziektekostenverzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat de behandeling bij de gegeven indicatie niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en de praktijk’, en daarmee geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie in geschillen die betrekking hebben op (de vergoeding van) de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport ‘Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023’ van 11 april 2023 is zo’n richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Dit betekent dat niet alleen op basis van de praktijk kan worden bepaald of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs (‘evidence’).
- 7.7. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat het op systematische wijze gezochte en geselecteerde bewijs op een transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen. Die factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan of moet worden genomen. Voor het beoordelen of een interventie (diagnostiek of behandeling) voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk wordt uitgegaan van relatieve effectiviteit. Dit betreft het geheel aan effecten op gunstige en ongunstige uitkomsten van de interventie bij de doelgroep in vergelijking met de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling. Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats:
- (1) formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van patient, intervention, comparator, outcomes, time, setting, ook wel PICO(ts)-vragen;
  - (2) systematische literatuursearch;
  - (3) samenvatten van het bewijs;
  - (4) beoordelen van de kwaliteit van bewijs; en
  - (5) van bewijs naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.
- Uit een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) blijkt dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling, die in het meest recente rapport (van 11 april 2023) verder is uitgewerkt, moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de bedoeling van de wetgever.
- 7.8. Het Zorginstituut heeft onder meer een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot refractiechirurgie bij oogmigraine. De conclusie hiervan was, volgens het voorlopig advies van 16 september 2025, dat de behandeling bij de gegeven indicatie niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Voorts heeft het Zorginstituut beoordeeld of bij verzoeker aantoonbaar sprake was van een volstrekte bril- en contactlensintolerantie. Het Zorginstituut constateert dat in de overgelegde medische stukken niet onderbouwd wordt dat bij verzoeker vóór de ingreep sprake was van een volstrekte bril- en contactlensintolerantie zoals beschreven in de circulaire. Het gegeven dat de firma waarbij verzoeker een bril had aangeschaft de koopsom teruggaf overtuigt in

dit verband niet. Wat verzoeker tijdens de hoorzitting en als nadere reacties heeft aangevoerd kan volgens het Zorginstituut niet leiden tot een andere uitkomst, zoals uit het definitieve advies van 26 januari 2026 blijkt. Andere omstandigheden die nopen tot een afwijking van dit advies zijn gesteld noch gebleken, zodat de commissie de conclusie van het Zorginstituut overneemt. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de refractiechirurgie. Of al dan niet voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar werd gevraagd – en verkregen – kan daarmee verder onbesproken blijven.

*Slotsom*

7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## **8. Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 april 2026,

H.A.J. Kroon

## **Informatie voor partijen**

*Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.*

*Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

## **BIJLAGE – Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

## Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
  - a. de zorg niet omvat:
    - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
    - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
      - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
      - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
    - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
    - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
    - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

- is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
  - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
    - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
    - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
    - 3°. verlamde of verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
    - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
    - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
  - c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenese of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

### B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:

- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg;
- aanleggen van gips;
- ECG-onderzoek.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;
- de medicijnen;
- de hulpmiddelen;
- de verbandmiddelen;
- laboratoriumonderzoek.

Zorg of middelen die na de behandeling nodig is/zijn of die in het verlengde van de behandeling ligt/liggen, vallen hier niet onder.

Toegang tot deze zorg is ook mogelijk via digitale toepassingen die wij hebben aangewezen. We hebben de app Skinvision aangewezen. Met deze app kunt u een foto maken van een huidplekje en deze laten beoordelen op het risico op huidkanker. Als er een hoog risico wordt geconstateerd, ontvangt u een doktersadvies.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Zorg via de app Skinvision, wordt niet verrekend met het verplicht eigen risico.
- Overige zorg wordt wel verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.

### Voorwaarden

#### Algemeen

Bij zorg via de app Skinvision moet:

- het account van de app aan uw relatienummer

zijn gekoppeld.

- u 18 jaar of ouder zijn.

#### Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

#### Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, verloskundige, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts, bedrijfsarts, GGD arts in geval van Algemene infectieziektebestrijding (IZB) of SOA.
- Als het gaat om een gehoorandoening mag u voor aanvang van de behandeling ook door een triage-audicien verwezen worden naar een KNO-arts.
- Als het gaat om een oogaandoening mag u voor aanvang van de behandeling ook door een optometrist of orthoptist verwezen worden naar een oogarts.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemelt spleet) mag u ook door een schisisteam verwezen worden.
- voor zorg via de app Skinvision is geen verwijzing nodig.

#### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

#### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

### B.4.4. Vervallen

### B.4.5. Plastische chirurgie

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:

- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik;
- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: