



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V.,
beide te Wageningen
Zaak : EU/EER, België, gastric bypass, CO-EUR, doelmatigheid
Zaaknummer : 201503554
Zittingsdatum : 26 oktober 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen



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

2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige behandeling was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering FNV Zorg 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

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 een gastric bypass, uitgevoerd in Antwerpen, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 juni 2015 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 12 augustus 2015 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 2016 heeft verzoekster 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 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 brief van 23 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 juni 2016 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 12 juli en 19 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 27 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 10 augustus 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016082061) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten.
-  3.9. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 11 augustus 2016 aan partijen gestuurd. Daarbij heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar de opdracht gegeven het door het Zorginstituut geadviseerde nader onderzoek uit te voeren en de commissie binnen een termijn van vier weken te informeren over de uitkomst hiervan. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 augustus 2016 de uitkomst van het nader onderzoek doen toekomen. Een afschrift hiervan is op 11 oktober 2016 aan verzoekster gestuurd.
-  3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 oktober 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut en in te gaan op de uitkomst van het nader onderzoek.
-  3.11. Bij brief van 31 oktober 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 23 november 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. In dit advies adviseert het Zorginstituut het verzoek, voor dit betrekking heeft op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit de overgelegde stukken niet blijkt dat sprake is geweest van een zorgvuldige indicatiestelling en dat een adequaat voor- en natraject is doorlopen. Een afschrift van dit advies is op 29 november 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 2 december 2016 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. Verzoekster heeft diabetes en moet hiervoor insuline gebruiken. Als gevolg hiervan is verzoekster de laatste jaren geconfronteerd met een extreme toename van haar gewicht. Nadat zij van alles had ondernomen, heeft de huisarts haar geadviseerd een gastric bypass te laten uitvoeren. Volgens hem was dit nog de enige mogelijkheid om tot een gewichtsafname te komen. Na dit advies heeft verzoekster contact gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek heeft de betreffende medewerker verklaard dat in Nederland geen gastric bypass operaties worden uitgevoerd bij mensen boven de 65 jaar. Dit heeft erin geresulteerd dat verzoekster in België navraag is gaan doen. De behandelend arts in Antwerpen betitelde het Nederlandse beleid als leeftijdsdiscriminatie, waarna verzoekster heeft besloten zich op 18 december 2014 door hem te laten opereren.
-  4.2. De ziektekostenverzekeraar stelt zich thans op het standpunt dat verzoekster niet een jaar lang een gecombineerde leefstijlinterventie heeft gevolgd. Verzoekster bestrijdt deze stelling en voert aan dat zij sinds mei 2013 een CO-EUR traject volgt. Een CO-EUR traject richt zich zowel op de multidisciplinaire behandeling van eetstoornissen en de daaraan gerelateerde psychische en fysieke klachten als op het wetenschappelijk onderzoek daarnaar. Aangezien in het CO-EUR traject ook aandacht wordt besteed aan de onderdelen dieet, beweging en gedragsverandering

meent verzoekster dat zij heeft voldaan aan de eis dat sprake moet zijn van een gecombineerde leefstijlinterventie. Dat de ziektekostenverzekeraar eerdergenoemde stelling inneemt, verbaast verzoekster dan ook, te meer daar de ziektekostenverzekeraar de kosten van het CO-EUR traject ten bedrage van € 4.239,-- heeft vergoed.

- 4.3. Verzoekster deelt de mening van de ziektekostenverzekeraar dat een behandeling doelmatig dient te zijn. De uitgevoerde gastric bypass was in haar situatie doelmatig. Een andere zorgvorm was namelijk niet voorhanden en niet opereren had in de toekomst zeker tot hogere (medische) kosten geleid.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat zij in het kader van het nazorgtraject nog vier keer naar Antwerpen is gegaan. Daarna was verdere behandeling aldaar niet noodzakelijk, aangezien de operatie was geslaagd.
- 4.5. Bij brief van 2 december 2016 heeft verzoekster toegelicht dat de ziektekostenverzekeraar haar bij e-mailbericht van 26 mei 2016 heeft aangeboden een bedrag van € 3.936,12 te betalen. Verzoekster heeft dit aanbod verworpen aangezien de ziektekostenverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt stelde dat in het aanbod alle kosten zouden zitten, terwijl de kosten van de gastric bypass alleen al € 5.897,-- bedroegen. Indien de commissie tot een afwijzende beslissing komt verzoekt verzoekster de commissie tevens te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het eerder aangeboden aanbod te handhaven.
- 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. Verzoekster heeft in België een gastric bypass laten uitvoeren. Uit het behandelprotocol voor bariatrische chirurgie blijkt dat een dergelijke ingreep onderdeel is van een multidisciplinaire behandeling. Naast de multidisciplinaire behandeling dient sprake te zijn van een gedocumenteerde leefstijlinterventie. Deze leefstijlinterventie bestaat onder andere uit een dieetaanpassing en lichaamsbeweging onder begeleiding van een huisarts of diëtist. De leefstijlinterventie dient voorts ten minste gedurende een jaar te zijn volgehouden. De ziektekostenverzekeraar stelt vast dat het behandelprotocol in de situatie van verzoekster niet is gevolgd. Zo ontbreekt het vereiste voor- en natraject. Het CO-EUR traject kan niet met het protocol worden vergeleken.
- 5.2. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat volgens de Richtlijn Morbide Obesitas, patiënten boven de 65 jaar slechts in zeer uitzonderlijke gevallen zijn aangewezen op een gastric bypass. Dit in verband met een verhoogd risico op complicaties en mortaliteit. De ziektekostenverzekeraar meent dat in de situatie van verzoekster niet kon worden gesproken van een uitzonderlijke situatie, zodat zij redelijkerwijs niet was aangewezen op een gastric bypass ten laste van de zorgverzekering.
- 5.3. Verzoekster stelt dat zij door een mededeling van een medewerker van de ziektekostenverzekeraar geen andere keuze had dan zich in België te laten behandelen. Deze stelling verbaast de ziektekostenverzekeraar, aangezien verzoekster enkel is medegedeeld dat zij geen (verzekerings)indicatie had voor de gevraagde behandeling. De ziektekostenverzekeraar vermoedt dat verzoekster is uitgeweken naar België omdat ook de behandelend artsen in Nederland van mening waren dat er geen (verzekerings)indicatie voor een gastric bypass bestond.
- 5.4. Indien de commissie van mening is dat verzoekster redelijkerwijs wél is aangewezen op een gastric bypass, wenst de ziektekostenverzekeraar op te merken dat verzoekster in België is behandeld door een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Op grond van de zorgverzekering worden dergelijke behandelingen vergoed tot een maximumbedrag, te weten 75 percent van het gemiddeld door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde tarief. De door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) vastgestelde declaratiecode voor een gastric bypass is 49999014. Deze behandeling wordt door de ziektekostenverzekeraar vergoed tegen een bedrag

van € 3.936,12. Indien de commissie besluit dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding, dan zal maximaal dit bedrag aan haar worden vergoed en niet de werkelijke kosten.

5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald en benadrukt dat verzoekster ouder is dan 65 jaar, hetgeen volgens de richtlijn een contra-indicatie is. Voorts is geen natraject gevolgd en is twijfelachtig of aan de vereisten met betrekking tot het voortraject is voldaan.

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 A17 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 voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. Op de bladzijden 31 e.v. van de voorwaarden van de zorgverzekering is onder andere bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

U heeft recht op:

- *onderzoek en diagnostiek,*
 - *behandeling,*
 - *materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
 - *laboratoriumonderzoek,*
 - *mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.*
- (...)”*

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. (...)”

8.4. De zorgverzekering regelt voorts op de bladzijden 9 e.v. de aanspraak op zorg in het buitenland. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/EERland of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland of in een ander EU/EER-land of Verdragsland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend. U krijgt niet meer vergoed dan het gemiddeld door Menzis in Nederland gecontracteerde tarief.

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland. (...)"

- 8.5. De zorgverzekering regelt verder op bladzijde 7 de inhoud en omvang van de verzekerde zorg. De betreffende passage luidt:

"De inhoud en omvang van de zorg

De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen. Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

- 8.6. De zorgverzekering is volgens hetgeen is bepaald op bladzijde 7 van de verzekeringsvoorwaarden gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
- Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- Artikel 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een

zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.8. 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.

- 8.9. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

*2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is.
(...)"*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, te weten België, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Derhalve dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. In Nederland wordt volgens de richtlijn "Indicatiestelling morbide obesitas" een gastric bypass operatie in beginsel niet uitgevoerd bij patiënten ouder dan 65 jaar. Indien een patiënt ouder is dan 65 jaar kan evenwel een gastric bypass worden overwogen indien sprake is van een uitzonderlijk geval. De richtlijn vermeldt met betrekking hiertoe *"dat deze operatie kan worden overwogen in uitzonderlijke gevallen. In aanmerking komen patiënten met een BMI > 40 kg/m2, BMI 35-40 kg/m2 in combinatie met ernstige comorbiditeit. Wel zijn er aanwijzingen dat het risico op complicaties en mortaliteit groter is dan bij jongere patiënten. Desondanks zijn er overtuigende gunstige resultaten ook in deze populatie boven de 65 jaar, wat betreft gewichtsverlies, vermindering van medicatie en verbetering van kwaliteit van leven."* Tevens staat in de richtlijn vermeld: *"(...), op voorwaarde dat de patiënt voldoende gezond is om anesthesie en chirurgie te ondergaan en bereid is mee te werken aan levenslange follow-up."*
- 9.3. Met het voorgaande als uitgangspunt staat vast dat bij verzoekster met een BMI van 41,5 sprake was van een uitzonderlijk geval. Omdat het risico op complicaties op oudere leeftijd echter groter is, moet tevens worden voldaan aan de voorwaarde dat "de patiënt voldoende gezond is om anesthesie en chirurgie te ondergaan en bereid is mee te werken aan een levenslange follow-

up". Uit de door verzoekster overgelegde stukken is de commissie niet gebleken dat aan deze voorwaarde is voldaan.

Voorts is uit de stukken niet komen vast te staan dat er een zorgvuldig voor- en natraject heeft plaatsgevonden. Weliswaar heeft verzoekster vanaf 13 mei 2013 - derhalve ruim vóór de operatie - in het kader van het CO-EUR traject regelmatig gesprekken gehad met een psycholoog, fysiotherapeut en diëtiste, maar een verslaglegging omtrent de effectiviteit van het voortraject ontbreekt. Daarnaast ontbreekt informatie over eventuele contra-indicaties voor een ingreep. Met name dit laatste is, gelet op de mogelijke aanwezigheid van psychiatrische/psychologische stoornissen, volgens het advies van het Zorginstituut van 23 november 2016 erg belangrijk.

- 9.4. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat niet is komen vast te staan dat bij verzoekster sprake is geweest van een zorgvuldige indicatiestelling en een adequaat voor- en natraject. Vergoeding van de met de gastric bypass gemoeide kosten ten laste van de zorgverzekering is derhalve terecht door de ziektekostenverzekeraar geweigerd. Dat verzoekster met de ingreep kosten heeft bespaard maakt het voorgaande niet anders. Een verzoek om vergoeding ten laste van de zorgverzekering kan immers enkel worden toegewezen als de gewenste behandeling onder de dekking van die verzekering valt, hetgeen in casu niet het geval is.
- 9.5. Voor zover verzoekster de commissie verzoekt de ziektekostenverzekeraar te houden aan het eerder door hem gedane, en door verzoekster verworpen, aanbod, merkt de commissie op dat het aan de ziektekostenverzekeraar is of hij dit aanbod nog gestand wil doen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

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, 14 december 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester