



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen N.V. VGZ Cares te Arnhem, in deze
vertegenwoordigd door Caresco B.V. te Amersfoort
Zaak : Turkije, medisch-specialistische zorg, maagverkleining (sleeve operatie)
Zaaknummer : 201602173
Zittingsdatum : 22 maart 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 13 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid)

1. Partijen

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

N.V. VGZ Cares te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door Caresco B.V. te Amersfoort.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Besured Basisverzekering Ruime Keuze (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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van een maagverkleining, uitgevoerd te Ankara (Turkije), ten bedrage van TL 25.000,--, circa € 7.473,-- (verder: de aanspraak). De zorgverzekeraar heeft op 22 september 2016 per e-mail aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 23 september 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Verzoekster heeft zich nadien tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend.

3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster telefonisch en bij brief van 19 oktober 2016 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.5. Bij brief van 30 oktober 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.

-  3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 februari 2017 aan verzoekster gezonden.
-  3.8. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 14 februari 2017 haar nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij en het Zorginstituut gestuurd.
-  3.9. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 17 februari 2017 gereageerd op het onder 3.7 genoemde nadere standpunt van verzoekster. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij en het Zorginstituut gestuurd.
-  3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 februari 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 6 maart 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
-  3.11. Bij brief van 6 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 20 februari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017006148) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken van een multidisciplinair voortraject met de aanwezigheid van voldoende expertise op verschillende vlakken. Bariatrische ingrepen zijn over het algemeen complex en alleen effectief indien er zorgvuldige indicatiestelling plaatsvindt en als er een adequaat voor- en natraject is. Onder een multidisciplinair voortraject wordt verstaan: de betrokkenheid van een internist, diëtist en psycholoog of psychiater. Als voorwaarde kan worden gesteld dat één van de begeleiders of de huisarts daarbij een regiefunctie vervult. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 3 maart 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Van de geboden gelegenheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. Verzoekster kampt met obesitas. Door haar overgewicht kon zij amper staan en was zij niet meer mobiel. Verzoekster kon niet meer voor zichzelf en haar gezin zorgen. Ten einde raad is verzoekster naar de huisarts gegaan en deze heeft een verwijzing afgegeven voor verdere behandeling. Vervolgens heeft verzoekster bij de zorgverzekeraar - onder meer telefonisch - informatie ingewonnen over gecontracteerde zorgaanbieders. Hierna heeft zij zich gewend tot de obesitas kliniek van het Bravis Ziekenhuis in Bergen op Zoom. Aldaar hebben onderzoeken plaatsgevonden. Aan verzoekster werd medegedeeld dat zij kon worden geopereerd, doch enkel op de voorwaarde dat zij een psychologische behandeling zou ondergaan. Als hieraan werd voldaan zou de operatie worden vergoed, aangezien het Bravis Ziekenhuis een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder is. Het was voor verzoekster niet mogelijk de voorgestelde psychologische behandeling te ondergaan. Dit zou te lang duren, hetgeen fataal zou zijn voor haar gezondheid. Onder meer via familie ter plaatse heeft verzoekster geïnformeerd naar de behandelmogelijkheden in Turkije. Zij kon terecht bij een ziekenhuis in Ankara voor een operatie. Een psychologische behandeling werd niet nodig geacht. Bovendien kon zij aldaar op korte termijn worden geholpen.
-  4.2. Op 26 juli 2016 heeft de maagverkleining in het ziekenhuis in Ankara plaatsgevonden.
-  4.3. De operatie heeft een zeer positief effect gehad. In september 2016 was verzoekster al twintig kilo afgevallen. De zorgverzekeraar weigert echter de kosten van de maagverkleining te vergoeden. Verzoekster stelt dat zij recht heeft op (vergoeding van) deze zorg. Dit kan niet door de zorgverzekeraar worden ontkend. In Nederland is een zorgtraject doorlopen. Bovendien is door de arts van het Bravis Ziekenhuis aan verzoekster medegedeeld dat de operatie volledig zou worden vergoed, waarbij enkel als voorwaarde de psychologische behandeling is genoemd. De



zorgverzekeraar kan zich niet erop beroepen dat verzoekster niet vooraf bij hem heeft geïnformeerd naar de behandel- en vergoedingsmogelijkheden. Zij heeft gevraagd welke zorgaanbieders door de zorgverzekeraar zijn gecontracteerd. Tevens heeft verzoekster de website van de zorgverzekeraar geraadpleegd voor informatie over de behandeling van obesitas en de in dit kader gecontracteerde zorgaanbieders. Voorts is door de zorgverzekeraar een N/TUR 111-formulier afgegeven.



Volgens verzoekster kan de zorgverzekeraar zich niet verschuilen achter de polisvoorwaarden. Niet kan worden aangenomen dat zij zich als patiënt/burger heeft verdiept in deze voorwaarden. Voor verzoekster was haar gezondheid het belangrijkste. De medische noodzaak voor de operatie staat vast. Verzoekster was bereid zich in Nederland te laten opereren, echter de psychologische behandeling zou te lang duren. Haar gezondheidssituatie was destijds zodanig ernstig dat uit pure noodzaak is gekozen voor de 'kortere route' via Turkije.

- 
- 4.4. Verzoekster merkt voorts op dat haar echtgenoot destijds zijn zus in Ankara om meer informatie heeft gevraagd, omdat hij radeloos was. Er zou een dokter worden bezocht voor nader onderzoek. De situatie werd echter anders. Verzoekster kampte na de vliegreis naar Turkije met forse klachten aan de rechterzijde van haar buik. Om die reden is met spoed een afspraak bij een arts gepland. Na onderzoek bleek dat verzoekster problemen had met de galblaas; zij had galstenen en ervoer hierdoor veel pijn. De arts heeft hierop besloten een gecombineerde operatie uit te voeren: de galstenen zijn verwijderd en er is een maagverkleining uitgevoerd (sleeve operatie). Dit alles is dusdanig snel gegaan dat verzoekster niet in gelegenheid is geweest toestemming te vragen aan de zorgverzekeraar, nog daargelaten dat zij niet wist dat dit was vereist. De zorgverzekeraar was echter wel op de hoogte van de situatie van verzoekster, gelet op eerdergenoemd telefonisch contact waarbij zij werd verwezen naar het ziekenhuis in Bergen op Zoom. Verzoekster is in Turkije in een probleemsituatie terechtgekomen, en haar echtgenoot moest noodgedwongen voor een oplossing ter plekke zorgen. Een en ander kan niet worden teruggedraaid. De zorgverzekeraar dient eerlijk en klantvriendelijk te handelen in deze kwestie.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 
- 5.1. Voor een maagverkleining geldt dat vooraf een machtiging moet worden aangevraagd. Daarbij dient een verzekerde voor de operatie een uitgebreid zorgtraject te hebben doorlopen. Dit is een vereiste om de machtigingsaanvraag überhaupt te kunnen beoordelen.
- 
- 5.2. In Nederland gelden bepaalde richtlijnen die medisch specialisten dienen te volgen om tot behandeling over te gaan. In het geval van verzoekster wordt niet aan de geldende richtlijn voldaan, én niet aan de voorwaarden en wet- en regelgeving. Verzoekster heeft op eigen initiatief in Turkije een maagverkleining ondergaan. Hierdoor is geen vergoeding mogelijk voor deze operatie. Dat verzoekster voor haar gevoel niet langer kon wachten en daarom naar Turkije is gevlogen om de operatie te ondergaan, maakt dit niet anders.
- 
- 5.3. De zorgverzekeraar benadrukt dat in de polisvoorwaarden is opgenomen welke zorg vanuit de wet- en regelgeving wordt vergoed. Hij kan hier nog wel eigen voorwaarden aan verbinden, maar het is dus niet het geval dat de zorgverzekeraar zich verschuilt achter de voorwaarden. Sterker nog, de voorwaarden vormen de basis voor de uitvoering van de zorgverzekering. Het is voorstelbaar dat de polisvoorwaarden lastig te begrijpen zijn voor een verzekerde. Daarom kan altijd contact worden gezocht met het serviceteam van de zorgverzekeraar om hulp te krijgen bij het lezen van de voorwaarden en om uitleg te krijgen over te nemen stappen.
- 
- 5.4. Verzoekster spreekt in haar brief van 14 februari 2017 aan de commissie over galstenen. De zorgverzekeraar ziet dit echter niet in het dossier terug. Zodoende staat niet vast dat verzoekster tijdens haar verblijf in Turkije last had van galstenen. Indien kosten zijn gemaakt in verband met de behandeling van galstenen, dan ontvangt de zorgverzekeraar daarvan graag alle relevante stukken. Alsdan zal een eventuele aanspraak op vergoeding worden beoordeeld.
- 

5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 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 de zorgverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Je hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts (spoedeisende hulp arts), sportarts, verpleegkundig specialist of physician assistant.

Let op

Wij hebben op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg de zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat wij bepaalde medisch specialistische zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria. Wij sluiten voor medisch specialistische zorg met een select aantal zorgaanbieders contracten. Op onze website vind je met welke zorgaanbieders wij voor welke zorg een contract hebben gesloten.

*Ga je naar een zorgaanbieder met wie wij specifiek voor jouw zorgverzekering voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.
(...)*

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant, SEH-arts (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, sportarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

Je hebt voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden. Je vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland.

Je vindt deze lijst op onze website. De toestemmingsprocedure vind je in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

(...)"

- 8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"9.1 Je woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als je woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, heb je voor zorg recht op:

- *zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor je van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*

- *zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*

- *vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.*

Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat je zou krijgen als je in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, heb je recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet op tijd kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van jouw zorgpas staat de EHIC. Als je op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, heb je hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. De EHIC is ook geldig als je naar Australië gaat. In Australië heb je hiermee recht op spoedeisende medische zorg. Je mag deze EHIC alleen gebruiken als je bij ons verzekerd bent. Als je deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl je weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor jouw rekening.

(...)

9.3 Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wil jij je in het buitenland laten behandelen? Als je voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, heb je vooraf onze toestemming nodig. Je hebt geen toestemming nodig als je onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot je in jouw woonland bent teruggekeerd. Als je 1 of meer nachten wordt opgenomen, moet je (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vind je op jouw zorgpas en op onze website.

9.4 Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het inroepen van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kun je dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9)."

- 8.5. De artikelen 9 en 15 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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, als onderdeel van geneeskundige zorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

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.

8.8. Artikel 13 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid (Trb. 1966, 155) bepaalt, voor zover hier van belang:

"Lid 1

Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.

(...)

Lid 3

Wanneer een werknemer of een met hem gelijkgestelde overeenkomstig de bepalingen van de vorige leden recht heeft op prestaties, worden de verstrekkingen gedaan door het orgaan van zijn verblijfplaats of van zijn nieuwe woonplaats overeenkomstig de bepalingen van de wettelijke regeling welke door dat orgaan wordt toegepast, in het bijzonder wat betreft de omvang en de wijze van de verstrekking; de periode gedurende welke deze verstrekkingen wordt verleend is evenwel gelijk aan die voorzien in de wettelijke regeling van het bevoegde land.

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg wanneer de gezondheidstoestand van een verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. De zorgverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster zelf het initiatief heeft genomen voor de operatie in Turkije. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij omwille van medische redenen heeft gekozen voor deze route. Daarbij heeft zij verwezen naar het door de zorgverzekeraar afgegeven N/TUR 111-formulier.
Het N/TUR 111-formulier dient als bewijs van de in Nederland afgesloten zorgverzekering en geeft een verzekerde onder voorwaarden recht op verstrekkingen tijdens verblijf in Turkije. Bij gepland verblijf in dat land kan voorafgaand aan het vertrek een N/TUR 111-formulier bij de zorgverzekeraar worden aangevraagd. Afgifte van het formulier impliceert geen verleende toestemming van de zorgverzekeraar voor geplande zorg.

De commissie stelt vast dat in dit geval geen sprake is van 'onmiddellijke geneeskundige behandeling' als bedoeld in voornoemd Verdrag. Verzoekster heeft immers voorafgaand aan het verblijf aldaar geïnformeerd naar de behandelmogelijkheden in Turkije. Haar gezondheidstoestand is niet tijdens het verblijf in Turkije in die zin veranderd dat onmiddellijke behandeling noodzakelijk was. Derhalve heeft verzoekster op grond van het Verdrag geen aanspraak op vergoeding van de onderhavige behandeling. Een eventuele aanspraak dient zodoende te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 9.2. Ingevolge artikel 15 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch-specialistische zorg. De zorg dient te worden verleend door een medisch specialist en de verzekerde dient te beschikken over een geldige verwijzing. Uit artikel 9 van de zorgverzekering volgt dat ingeval van geplande zorg in het buitenland, voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar is vereist. Daarnaast gelden de voorwaarden zoals die zijn opgenomen voor de specifieke vorm van zorg.

Uit het door de zorgverzekeraar ingenomen standpunt maakt de commissie op dat niet in geschil is dat de onderhavige operatie (maagverkleining c.q. sleeve-operatie) een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Hetgeen partijen verdeeld houdt is de vraag of verzoekster ten tijde van de ingreep daarvoor een (verzekerings)indicatie had. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 9.3. Bij de beoordeling of sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bariatrische chirurgie - waaronder een maagverkleining of sleeve-operatie - sluit de commissie aan bij de richtlijn "Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen". Deze richtlijn kent drie pijlers die zijn gericht op voedingsadviezen, bewegingsadviezen en gedragsadviezen onder professionele begeleiding, en bij voorkeur multidisciplinair. Voorafgaand aan een bariatrische ingreep dient dit traject in voldoende mate te zijn gevolgd vooraleer wordt besloten tot een operatie. Er moet sprake zijn van een serieuze afvalpoging. Voorafgaand aan de ingreep dient een multidisciplinaire toetsing te hebben plaatsgevonden door een internist, diëtist, psycholoog of psychiater en de chirurg. Dit om na te gaan of enerzijds geen psychische factoren in het spel zijn die een contra-indicatie vormen, anderzijds om te beoordelen of de patiënt in staat is zijn eetpatroon aan te passen aan de nieuwe situatie. Er wordt een uitgebreide screening gedaan om het eetpatroon in kaart te brengen en er wordt een nieuw eetpatroon opgesteld. Een internist screent op mogelijke interne problematiek. Daarnaast zal de chirurg nagaan wat, gezien alle factoren, de beste operatievorm is. Deze toetsing wordt vaak aangeduid als 'voortraject'. De leefstijlinterventie dient gedocumenteerd te zijn en dient te bestaan uit een dieetaanpassing en lichaamsbeweging onder begeleiding van - bij voorkeur - een huisarts of diëtist. Deze leefstijlinterventie dient ten minste een halfjaar te zijn volgehouden. Verder dient een multidisciplinair natraject gevolgd te worden in de vorm van een programma gericht op het in stand houden van een goed eet- en beweegpatroon voor minstens één jaar.

- 9.4. De commissie is, mede gelet op het advies van het Zorginstituut van 20 februari 2017, van oordeel dat in het geval van verzoekster geen sprake is van een multidisciplinair voortraject als bedoeld in de genoemde richtlijn. Verder is geen informatie aanwezig waaruit kan worden opgemaakt dat leefstijlinterventie heeft plaatsgevonden en wat hiervan het resultaat is geweest. Verzoekster heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de in Turkije uitgevoerde maagverkleining ten laste van de zorgverzekering.

Ten overvloede merkt de commissie op dat door verzoekster weliswaar is gesteld dat zij beschikt over een verwijzing van de huisarts, maar dat deze door haar niet is overgelegd. Zodoende wordt het er voor gehouden dat ook aan deze - formele - voorwaarde niet is voldaan.

- 9.5. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst, waarbij de commissie nog aantekent dat met betrekking tot de door verzoekster gestelde - gelijktijdige - verwijdering van galstenen geen stukken zijn overgelegd, zodat zij dit aspect verder laat rusten.

Conclusie



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

10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 maart 2017,



A.I.M. van Mierlo