

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus D te E
Zaak	: EU-EER, Geneeskundige zorg, maagband
Zaaknummer	: 2009.00829
Zittingsdatum	: 26 augustus 2009

Zaak: 2009.00829 (EU-EER, Geneeskundige zorg, maagband)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in deze vertegenwoordigd door C
tegen

D te E, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 1 juli 2008 een maagbandoperatie, uitgevoerd te Genk (België) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-Maatpolis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts was ten behoeve van verzoeker bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering 50+ afgesloten. Deze biedt geen dekking voor de gevraagde behandeling, en zal daarom in het vervolg buiten beschouwing blijven.

3.2. De behandelend arts heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: “[Patiënt] heeft ooit een acetabulumfractuur gehad. Hij lijdt aan diabetes mellitus, waarvoor perorale medicatie. Hij lijdt aan hypertensie, waarvoor antihypertensiva. (...) Patiënt raadpleegt wegens een probleem van morbide obesitas. Het gewicht bedraagt 108 kg voor een gestalte van 169 cm. De body mass index bedraagt 37; het overgewicht 43 kg. Op zijn 18^{de} bedroeg het gewicht ongeveer 68 kg. Het maximale gewicht bedroeg ooit 120 kg. In verband hiermee heeft hij reeds allerlei diëten, al dan niet in combinatie met diëtisten, Xenical, enz. gevolgd met in het beste geval een tijdelijke gewichtsreductie van 18 kg. als gevolg. Hij kan de therapie onmogelijk volhouden. (...) Het betreft vooral een abdominale obesitas.(...)”.

Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op “laparoscopic adjustable gastric banding” ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 1 juli 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

- 3.3. Op 6 juni 2008 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 26 november 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 6 april 2009 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 27 mei 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 mei 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 juni 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 28 mei 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 2 juli 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29058025) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is voldaan aan ten minste één van de twee voorwaarden die gesteld zijn aan een maagbandoperatie die tot de stand van de wetenschap en praktijk kan worden gerekend. Een afschrift van het CVZ-advies is op 3 juli 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 26 augustus 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 31 augustus 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 4 september 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij in 1987 een ernstig auto-ongeluk heeft gehad. Na dit ongeluk heeft verzoeker een hersenoperatie moeten ondergaan en is hij behandeld voor diverse fracturen. Verzoeker blijft sindsdien hinder ondervinden van de opgelopen heupfractuur. Als gevolg hier-

van heeft hij chronische pijn aan heup en voet bij het lopen. Bewegen is de afgelopen 20 jaar dan ook een probleem.

Doordat verzoeker door de pijn gehinderd wordt om normaal te bewegen, lijdt hij al jaren aan overgewicht, hetgeen heeft geleid tot aan overgewicht gerelateerde ziektes zoals diabetes en een te hoge bloeddruk. Diverse pogingen om af te vallen tot een gezond en acceptabel gewicht hebben geen succes gehad.

- 4.2. Vanwege wachtlijsten in Nederland, heeft verzoeker gekozen voor het laten plaatsen van een maagband in een ziekenhuis te Genk. Uit de verklaring van de behandelend arts aldaar blijkt dat verzoeker door de huisarts is doorverwezen, en dat zijn BMI toen 37 was. Uit de verklaring blijkt voorts dat verzoeker in verband met zijn overgewicht allerlei diëten heeft gevolgd in combinatie met Xenical, en dat hij de therapie niet kan volhouden. Naast het gegeven dat de behandeling noodzakelijk was, heeft zodoende een voldoende voortraject plaatsgevonden, waarbij de huisarts leidend was. Na afloop van de behandeling is een follow-up uitgevoerd. Ten bewijze hiervan zijn ter zitting 'getuigschriften' overgelegd.
- 4.3. Verzoeker merkt voorts op dat de website van de zorgverzekeraar met betrekking tot zorg in het buitenland uitdrukkelijk verkondigt dat een verzekerde de vrijheid heeft om te kiezen. Daarmee is het vertrouwen gewekt dat de behandeling zou worden vergoed.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling nog aangevoerd dat hij voldoet aan de eis dat een verwijzing door de huisarts plaats dient te vinden. Daarom heeft hij recht op een – gedeeltelijke – vergoeding. Bovendien heeft de zorgverzekeraar een contract met het betreffende ziekenhuis en zijn eerdere behandelingen aldaar door de zorgverzekeraar vergoed. Verzoeker heeft ter zitting verder verwezen naar de jurisprudentie van het Europese Hof en een recent tot stand gekomen richtlijn. Hij beroept zich hierop alsmede op het door het EG-Verdrag gegarandeerde vrije verkeer van personen. Tot slot is door verzoeker een interview met een bestuurder van de zorgverzekeraar aangehaald, waarin deze stelt dat één telefoontje volstaat om een behandeling in België te mogen ondergaan.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat in artikel 2 lid 5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is bepaald dat slechts recht op zorg bestaat voor zover een verzekerde daar naar inhoud en omvang redelijkerwijs op is aangewezen. Dit betreft het zogenoemde doelmatigheidsvereiste.
Een maagbandoperatie is een ingrijpende, risicovolle ingreep, waartoe alleen in een uiterste situatie besloten wordt. De ingreep moet dan wel doelmatig worden geacht. Om dat te kunnen beoordelen is door de behandelende sector een behandelprotocol opgesteld. Essentieel onderdeel van dat protocol is dat de patiënt eerst zorgvuldig en multidisciplinair wordt gescreend, bijvoorbeeld door een internist, een diëtist en een psycholoog.
Pas als die multidisciplinaire begeleiding niet tot relevante gewichtsvermindering heeft geleid, kan worden besloten tot een operatie. Voorts is van belang dat er een adequate regeling is met betrekking tot de nazorg.

Uit de beschikbare informatie blijkt naar het oordeel van de zorgverzekeraar dat bij verzoeker niet is voldaan aan het vereiste van een multidisciplinair voor- en natraject. Gezien de wijze waarop de obesitas tot stand is gekomen, moet het ontbreken van een voor- en natraject tot het oordeel leiden dat geen sprake is van verantwoorde en adequate zorg. Van een door de website van de zorgverzekeraar gewekt vertrouwen – zoals door verzoeker aangevoerd – kan geen sprake zijn. Blijkens telefoonnotities is meermalen gewaarschuwd voor de kans dat de behandeling niet of niet volledig zou worden vergoed.

- 5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de afwijzing niet is gebaseerd op het feit dat de behandeling in het buitenland heeft plaatsgevonden, maar op het ontbreken van een indicatie. Eerst bij een BMI groter dan 40 kan worden gesproken van morbide obesitas. Is sprake van een BMI groter dan 35, doch kleiner dan 40 – zoals in het geval van verzoeker – dan moet er een ernstige, niet met medicatie te reguleren hoog risico medische problematiek aan de orde zijn. Van een dergelijke therapieresistentie is in de situatie van verzoeker niet gebleken. De klachten als gevolg van het auto-ongeluk zijn in dezen niet relevant.
- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van een maagbandoperatie aan verzoeker te vergoeden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 39 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering. Artikel 20 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Artikel 11 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. De artikelen luiden, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 20 Medisch-specialistische zorg

lid 1

De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. (...)

lid 2 Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op opname op basis van laagste klasse in een instelling voor medisch specialistische zorg gedurende ten hoogste 365 dagen. (...)

toestemming vooraf is vereist, als:

- a. de medisch specialistische zorg betrekking heeft op intramurale zorg; (...)*

verwijzing:

tenzij sprake is van acute zorg, heeft voor de medisch specialistische zorg een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, medisch specialist, bedrijfsarts of tandarts (...)

“Artikel 11 Buitenland

lid 1

De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. (...)

Artikel 2 lid 5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt dat slechts recht bestaat op zorg voor zover de verzekerde daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 7.3. De artikelen 20, 11 en 2 lid 5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. 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.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Zoals door de commissie in een eerder bindend advies is overwogen (2008.01557) zijn met betrekking tot obesitas door de National Institute of Health (NIH) consensus conference 1991 (Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity, NIH Consensus Statement Online 1991) criteria vastgesteld om in aanmerking te komen voor een gastric bypass. In de paragraaf *“What are the surgical treatments and criteria for selection”*, is te lezen: *“patients whose BMI exceeds 40 are potential candidates for surgery (...). In certain instances less severely obese patients (with BMI’s between 35 and 40) also may be considered for surgery. Included in this category are patients with high-risk comorbid conditions such as life-threatening cardiopulmonary problems, severe sleep apnea, Pickwickian syndrome and obesity-related cardiomyopathy or severe diabetes mellitus (....) “*. In de aangehaalde paragraaf van de NIH wordt verklaard waarom patiënten met een BMI van meer dan 40, potentiële kandidaten zijn voor een gastric bypass. Ook patiënten die een BMI van tussen de 35 en 40 hebben met ernstige comorbiditeiten komen in aanmerking voor de operatie. Blijkens het advies van het CVZ van 2 juli 2009 geldt bij een BMI tussen de 35 en 40 dat een indicatie aanwezig is wanneer sprake is van ernstige niet met medicatie te reguleren hoog risico medische problematiek, veroorzaakt of geaggraveerd door de obesitas, bijvoorbeeld hartfalen, diabetes mellitus type 2, hypertensie of geobjectiveerd slaapapneu syndroom. Een multidisciplinair voor- en natraject is een nadere indicatievoorwaarde.

- 7.7. Naar uit de verklaring van de behandelend arts blijkt, had verzoeker ten tijde van de behandeling een BMI van 37. Hij behoorde derhalve niet tot de categorie van patiënten met morbide obesitas, die in beginsel voor de ingreep in aanmerking komen. Door verzoeker is gesteld dat in zijn geval sprake is van ernstige comorbiditeiten bij een BMI groter dan 35, doch kleiner dan 40. De commissie merkt hierover op dat gesteld noch gebleken is van therapieresistentie. De aandoeningen waar verzoeker mee kampt, te weten diabetes en hypertensie, zijn momenteel kennelijk met medicatie goed te reguleren. Voor zover het de gevolgen van het auto-ongeluk betreft, geldt dat deze niet als een hoog risico medische problematiek zijn te kwalificeren. Verder is niet komen vast te staan dat een multidisciplinair voor- en natraject is gevolgd. Zo is er geen betrokkenheid van een psycholoog of psychiater bij de behandeling geweest, zodat een eventuele contra-indicatie voor de operatie niet is beoordeeld. Los van het ontbreken van een indicatie voor de ingreep, concludeert de commissie dat deze – gezien het ontbreken van een multidisciplinair voor- en natraject – niet kan worden beschouwd als doelmatige en adequate zorg als bedoeld in artikel 2 lid 5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering.
- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 september 2009,

Voorzitter