

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd C te D,
vs
E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, gastric bypass
Zaaknummer : 2009.00172
Zittingsdatum : 12 augustus 2009

Zaak: 2009.00172, EU/EER, geneeskundige zorg, plastische chirurgie, gastric bypass

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, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

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

tegen

E te F.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 22 mei 2008 de declaratie van € 6.500,-- voor een in België ondergane operatie, te weten een gastric bypass, niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder was verzoeker op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van het Vitaal en Zeker Pakket (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.

3.2. De behandelend chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "gewichtstoename en verergering van diabetes, status na verwijdering maagband". De zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "een laparoscopische gastric bypass" ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 mei 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.

3.3. Op 21 februari 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 ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 23 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.5. Bij brief van 12 januari 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar

gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen.

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 13 mei 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 mei 2009 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 mei 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 1 juli 2009 medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 15 mei 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 4 juni 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker conform de polisvoorwaarden in te willigen omdat de indicatie voor deze operatie al in 2003 is komen vast te staan, met het vergoeden van een eerste operatie. Een afschrift van het CVZ-advies is op 12 juni 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 augustus 2009 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 18 augustus 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden 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 20 augustus 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 2003 een maagband heeft gekregen in verband met morbide obesitas. Deze operatie heeft in België plaatsgevonden en is destijds door (de rechtsvoorganger van) de ziektekostenverzekeraar vergoed. Gedurende de jaren daarna is verzoeker onder controle gebleven bij zijn behandelend arts in België. Ook de rekeningen van deze consulten zijn altijd vergoed door de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. Eind 2007 heeft verzoeker tijdens een verblijf in Spanje dermate veel last gehad van dysfagie (slikproblemen), dat de artsen aldaar zich genooddaakt zagen de maagband leeg te punteren. De kosten hiervan zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- 4.3. Door de behandelend arts in België is ten gevolge daarvan weer gewichtstoename vastgesteld, en een verslechtering van de diabetes waarmee verzoeker kampt. Omdat na onderzoeken bleek dat de gestoorde slokdarmmotoriek een contra-indicatie

was voor het opnieuw bijvullen van de maagband, heeft op 21 februari 2008 een laparoscopische gastric bypass plaatsgevonden.

- 4.4. Verzoeker stelt dat zijn operatie van 21 februari 2008 een spoedeisend karakter had. Tegen de achtergrond daarvan alsmede het feit dat de operatie in 2003 zonder problemen door (de rechtsvoorganger van) de ziektekostenverzekeraar is vergoed en het feit dat alle tussenliggende consulten en onderzoeken in verband met deze operatie ook zijn vergoed, meende verzoeker dat deze operatie zonder meer zou worden vergoed. Hij stelt dat hij niet begreep of hoorde te begrijpen dat hij vooraf een machtiging diende aan te vragen.
- 4.5. Voor zover een machtigingsaanvraag wel nodig zou zijn geweest, stelt verzoeker dat hij voldoet aan alle criteria op grond waarvan een dergelijke machtiging wordt afgegeven. Hem is dan ook niet duidelijk waarom hem niet achteraf alsnog een machtiging kan worden verleend.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat het voor hem onbegrijpelijk is dat de ziektekostenverzekeraar, gezien zijn medische geschiedenis, niet zonder meer tot vergoeding is overgegaan.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzoeker niet voldoet aan de wettelijke indicatiecriteria om voor vergoeding van de bariatrische chirurgie in aanmerking te komen. Omdat geen multidisciplinair voortraject is gevolgd, is de noodzaak voor de onderhavige operatie niet komen vast te staan.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat hij zich niet kan vinden in het advies van het CVZ. Zijns inziens dient bij elke vorm van bariatrische chirurgie een multidisciplinaire behandeling plaats te vinden. Het feit dat eerder een lapband is geplaatst is geen reden om zonder meer een indicatie voor de gastric bypass aan te nemen.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar 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 en de aanvullende ziektekostenverzekering, 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 verzoeker een indicatie heeft voor bariatrische chirurgie. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de Zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat en luidt, voor zover thans van belang:

“Omschrijving

geneeskundige zorg zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek.

Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

(...)

- materialen die ertoe bijdragen dat de medisch specialist geneeskundige zorg verleent, zoals genees-, verband- of hulpmiddelen.”

Artikel 9.1 Buitenland, bepaalt, voor zover hier relevant, het volgende:

“lid 1

De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op:

(...)

- vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden;

(...).”

Artikel 12.4 regelt voor zover hier van belang:

“Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie [naam ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2008, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [naam ziektekostenverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders. In de gevallen waarin voor de betreffende zorg geen inkooptarieven zijn vastgesteld en Wmg-tarieven gelden, is het gemiddeld gecontracteerde tarief voor 2008 gelijk aan het geldende Wmg-tarief.

(...)

De hieruit voortvloeiende maximale vergoedingen worden gepubliceerd in het Reglement restitutie [naam ziektekostenverzekeraar] 2008. Het Reglement restitutie [naam ziektekostenverzekeraar] 2008 maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook [website ziektekostenverzekeraar].”

Het Reglement Restitutie behorende bij de zorgverzekering, bepaalt voor zover hier van belang:

“Artikel 2

Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie [naam ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2008, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn of zouden zijn overeengekomen tussen [naam ziektekostenverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders. In de gevallen waarin voor de betreffende zorg geen inkooptarieven zijn vastgesteld en Wmg-tarieven gelden, is het gemiddeld gecontracteerde tarief voor 2008 gelijk aan het geldende Wmg-tarief.

Artikel 4

Voor de in artikel 2, Verzekerde prestaties, genoemde Wmg-tarieven verwijzen wij naar de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl.

De definitie van een Diagnose Behandeling Combinatie luidt volgens artikel 1 van de zorgverzekering:

“Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch- specialistische zorg (...). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.”

- 7.3. De regeling in de artikelen 1, 9.1, 12.4 en 20 van de zorgverzekering en artikel 4 van het Reglement Restitutie zijn volgens artikel 2.1 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 in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde aanbieder.
Geneeskundige zorg is naar inhoud en omvang in algemene bewoordingen geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Artikel 2.1, verwijst in het eerste lid naar artikel 2.4, waarin is bepaald dat geneeskundige zorg zorg omvat zoals onder meer medisch specialisten die plegen te bieden. In artikel 2.1, tweede lid is voorts bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. In artikel 2.2, lid 2 Bzv is vervolgens bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Vast staat dat bariatrische chirurgie, waaronder de gastric bypass, in de situatie van verzoeker voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 7.7. Met betrekking tot de indicatie voor een dergelijke operatie neemt de commissie de conclusie uit het advies van het CVZ van 4 juni 2009 over en maakt het tot de hare. Een en ander komt er op neer dat moet worden aangenomen dat aan de indicatie-eis van het doorlopen van een multidisciplinair onderzoek voor een revisie dan wel conversiebehandeling, is voldaan als voor de primaire behandeling (in dit geval: een maagband), waarvoor dezelfde indicatie-eisen gelden, eerder toestemming is verleend, kennelijk op grond van een toentertijd correct gestelde indicatie.
- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 26 augustus 2009,

Voorzitter