

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen E en F, beide te G
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, gastric bypass, ontbreken multidisciplinair voortraject
Zaaknummer : 2012.02645
Zittingsdatum : 12 juni 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 20 Vo nr. 883/2004)

1. Partijen

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

tegen

1) E te G, en

2) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgZó (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw).

Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar, voor zover thans van belang, de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Genoemde 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 verbonden aan een gastric bypass, uitgevoerd te Gent (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 juli 2012 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 28 augustus 2012 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 5 februari 2013 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 12 april 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 april 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 25 april 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 mei 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 19 april 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 13 mei 2013 (zaaknummer 2013.054375) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de in België ondergane gastric bypass operatie niet doelmatig is. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 22 mei 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 juni 2013 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoekster in de gelegenheid gesteld te onderbouwen dat sprake is geweest van een multidisciplinair voortraject. Bij brief van 10 juli 2013 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 29 augustus 2013 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Deze is daarbij in de gelegenheid gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren, hetgeen hij bij brief van 5 september 2013 heeft gedaan. Een kopie van laatstgenoemde brief is ter kennisname aan verzoekster gezonden.
- 3.11. Bij brief van 12 september 2013 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 19 september 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft al jaren te maken met ernstig overgewicht en ernstige gezondheidsklachten in de vorm van hartklachten, rugklachten en pijnlijke gewrichten. Zij is van mening dat zij voldoet aan de voorwaarden die gelden voor een bariatrische ingreep. Deze operatie is doelmatig voor verzoekster. Zij heeft gedurende langere tijd van alles gedaan om gewicht te verliezen. Haar huisarts heeft haar doorverwezen voor bariatrische chirurgie nadat pogingen om langs andere weg af te vallen tot onvoldoende resultaat hadden geleid. Uit een brief van de behandelend arts in Gent blijkt dat verzoekster sinds jaren overgewicht heeft en dat intensieve dieetpogingen zijn ondernomen, waarbij zij werd gezien op de multidisciplinaire obesitasraadplegingen.

- 4.2. In overleg met de huisarts en cardioloog is gekozen voor behandeling in Gent, omdat de betreffende ingreep in Nederland vanaf een bepaalde leeftijd niet meer wordt uitgevoerd.
- 4.3. De huisarts heeft op 17 januari 2012 het volgende verklaard: *“Ik ken pte al enige tijd als gemotiveerd tav afvallen. Dit is ondanks alle pogingen niet gelukt. Pte wil dolgraag afvallen tbv haar algeheel en medisch welbevinden. Zij is momenteel diabetica, op orale medicatie. Ik kan mij als haar huisarts volledig vinden in haar wens naar betere gezondheid, desnoods middels gastric bypass”*.
- 4.4. De behandelend arts in Gent heeft op 7 mei 2012 het volgende verklaard: *“Deze patiënte wordt sinds begin dit jaar gezien op onze multidisciplinaire obesitasraadplegingen. Zij komt sinds jaren met ernstig overgewicht, maar ondanks intensieve dieetpogingen blijkt er geen duurzaam gewichtsverlies te bestaan. Gezien de ernstige comorbiditeiten dringt een meer efficiënte behandeling van het overgewicht zich op. (...) De patiënte doorliep in de voorbije maanden een multidisciplinair voortraject waarbij diëtiste, psychologe maar ook endocrinologe en gastro-enterologe betrokken waren. De afschriften van hun besluiten zijn in de bijlage te vinden. Tijdens ons recent multidisciplinair overleg werd dan besloten dat een ingreep, type gastric bypass zeker aangewezen is om de evolutie van de comorbiditeiten tot een halt te roepen. (...) Conform de bestaande regelgeving heeft de patiënte een voortraject doorlopen waarin een dieetafname, een psychologische screening en een medisch internistisch nazicht dient te gebeuren. (...)”*.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij, nadat de huisarts een gastric bypass had voorgesteld, contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft haar doorverwezen naar het Maasstad Ziekenhuis en een kliniek in Ridderkerk. Uit contact met beide bleek dat zij te oud was voor de operatie. Zij heeft toen op eigen initiatief nog gebeld met ziekenhuizen in Bergen op Zoom en Breda. Uiteindelijk is verzoekster in januari 2012 geopereerd in Gent. Voorafgaand aan deze operatie zijn diverse tests uitgevoerd en moest zij allerlei formulieren invullen.
- 4.6. Bij brief van 3 juli 2013 heeft de huisarts van verzoekster verklaard dat er, ondanks herhaalde en strikt volgehouden diëten en beweeg-interventies, geen resultaat was. Bovendien was het suikergehalte moeilijk te reguleren waarbij ook de diverse bijwerkingen van orale antidiabetica een rol speelden.
- 4.7. 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 voorafgaand aan de behandeling geen toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, hoewel zij hiertoe gehouden was. Reeds om deze reden bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de bariatrische chirurgie, ten laste van de zorgverzekering.
- 5.2. Verder geldt dat de kosten van bariatrische chirurgie, waaronder een gastric bypass, kunnen worden vergoed vanuit de zorgverzekering indien is voldaan aan een aantal voorwaarden. Voor alle zorg geldt dat deze doelmatig moet zijn, dat wil zeggen dat de betrokken verzekerde redelijkerwijs moet zijn aangewezen op de zorg. De ziektekos-

tenverzekeraar sluit bij de beoordeling hiervan aan bij richtlijnen van het CBO en het PON.

- 5.3. In de richtlijnen van het CBO wordt toegelicht dat de behandeling bestaat uit een combinatie van leefstijlinterventies, te weten dieet, lichamelijke activiteit en psychologische interventie, eventueel aangevuld met medicatie en/of chirurgie. Medicatie of chirurgie behoren eerst tot de mogelijkheden indien de gecombineerde leefstijlinterventies onvoldoende effectief blijken na één jaar.
- 5.4. De PON-richtlijn geeft criteria voor het toepassen van bariatrische chirurgie. Het gaat dan om de leeftijd, de hoogte van de BMI, het zelfstandig onvoldoende gewichtsverlies bereiken, het fysiek in staat zijn een ingreep te ondergaan, en de mate van bereidheid tot meewerken aan de behandeling door de patiënt. De patiënt moet een uitgebreide follow-up ondergaan, bereid zijn vitaminepreparaten te slikken, en moet zich aan afspraken kunnen houden.
- 5.5. Bij verzoekster is niet gebleken dat zij door eigen inspanning het afgelopen jaar een gewichtsverlies heeft bereikt van minimaal 5 percent, al dan niet met hulp vanuit de eerste lijn. Bovendien bestaat bij verzoekster geen gedocumenteerde serieuze afvalpoging, die minimaal een half jaar is volgehouden, waar zowel een caloriebeperkt dieet als voldoende beweging deel van uitmaakten. Zij heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van een gastric bypass, ten laste van de zorgverzekering.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat indien verzoekster kan aantonen dat sprake is geweest van een multidisciplinair voortraject mogelijk aanspraak bestaat op vergoeding van de onderhavige kosten. Uit de stukken die tot aan de hoorzitting door verzoekster zijn overgelegd blijkt onvoldoende dat niet-chirurgische mogelijkheden zijn geprobeerd. Een operatie is het laatste redmiddel. De ziektekostenverzekeraar beroept zich niet langer op het ontbreken van voorafgaande toestemming.
- 5.7. Bij brief van 5 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat ook uit de door verzoekster na afloop van de hoorzitting overgelegde stukken niet is gebleken dat zij gedurende minimaal een jaar is behandeld door middel van gecombineerde leefstijlinterventies zoals genoemd in de CBO- en PON-richtlijnen. Voorts voldoet verzoekster, die 64 jaar is, niet aan de PON-richtlijn, aangezien die richtlijn het toepassen van chirurgie voor gewichtsverlies bij personen boven de 60 jaar volledig uitsluit.
- 5.8. 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 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- *onderzoek en diagnostiek,*
- *behandeling,*
- *materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
- *laboratoriumonderzoek.,*
- *behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van radio-frequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn die opgenomen zijn in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd. (...)*”

8.4. Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet gecontracteerde zorgaanbieder in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in de geestelijke gezondheidszorg. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- *recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*
- *recht op vergoeding van kosten van zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder in de GGZ, of*
- *vergoeding van kosten van zorg door een niet gecontracteerde zorgaanbieder in de GGZ die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in de GGZ,*
- *recht op vergoeding van kosten van zorg tot maximaal het geldende Wmg-tarief als de zorg in Nederland zou zijn verleend, of tot een in Nederland geldend marktconform bedrag.*

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland 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.

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.”

- 8.5. Artikel B5 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet ‘redelijkerwijs zijn aangewezen’ op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.”

- 8.6. De artikelen B5, B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van 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 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 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 lid-

staat 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 lidstaat 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.
- 9.2. 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. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. Een gastric bypass is een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Voorts heeft verzoekster – gelet op de verklaring van het ziekenhuis in Gent – een BMI van 35,6 en ernstige comorbiditeiten zodat deze ingreep geïndiceerd is. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil. De ziektekostenverzekeraar beroept zich niet langer op het ontbreken van zijn voorafgaande toestemming. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of sprake is geweest van een multidisciplinair voortraject en of de behandeling hiermee doelmatig was. Gelet op de Memorie van Toelichting bij artikel 14 Zvw is het antwoord op de vraag of bepaalde zorg voor een verzekerde doelmatig is, voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In zodanige situatie kan de commissie slechts marginaal toetsen.
- 9.4. De huisarts van verzoekster heeft verklaard zich te kunnen vinden in een gastric bypass. Volgens de behandelend arts in Gent wordt verzoekster sinds het begin van dat jaar gezien op de multidisciplinaire raadplegingen. Het bericht is gedateerd 7 mei 2012. De operatie is uitgevoerd op 14 juni 2012. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de duur van het voortraject te kort. Hij heeft zich hierbij beroepen op de PON-richtlijn, waarin staat dat gedurende een jaar een gecombineerde leefstijlinterventie moet hebben plaatsgevonden, die niet tot voldoende gewichtsverlies heeft geleid.
- 9.5. Het is tegen deze achtergrond dat verzoekster na afloop van de hoorzitting in de gelegenheid is gesteld te onderbouwen dat in haar geval sprake is geweest van een multidisciplinair voortraject. Met brief van 10 juli 2013 heeft verzoekster een verklaring van de huisarts, gedateerd 3 juli 2013, overgelegd, waarin voor zover hier van belang wordt gesteld dat: “1) Ondanks herhaalde en strikt volgehouden diëten en beweeg-interventies er geen resultaat was. 2) Ondanks de interventies genoemd onder 1 uw suiker moeilijk te reguleren was, waarbij er ook nog diverse bijwerkingen van diverse orale antidiabetica meewogen. Verder hebt u zoals iedere patiënt een protocollair programma doorlopen bedoeld om tot een verantwoorde ingreep te komen.” Hierbij heeft de huisarts opgemerkt dat de procedure zijns inziens voldoet aan de CBO-richtlijn. Met brief van 5 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar een en ander gemotiveerd bestreden, waarbij door hem tevens erop is gewezen dat verzoekster ten tijde van de ingreep bijna 65 jaar oud was. Eerdergenoemde PON-richtlijn sluit het

toepassen van chirurgie voor gewichtsverlies bij personen boven de 60 jaar volledig uit.

Op basis van het voorgaande concludeert de commissie dat verzoekster niet althans onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt dat aan de PON-richtlijn is voldaan. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom in redelijkheid tot zijn afwijzende beslissing kunnen komen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een gastric bypass, 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, 25 september 2013,

Voorzitter