



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA en OWM  
Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA, beide te  
Tilburg

Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, gastric bypass, ontbreken zorgvuldig multidisciplinair voor-  
en natraject

Zaaknummer : 201600665

Zittingsdatum : 17 augustus 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, art. 20 Vo nr. 883/2004)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA, en
  - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA, beide te Tilburg
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Basis Collectief 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). De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Tandarts Collectief is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een gastric bypass, uit te voeren te Brussel, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 18 mei 2016 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 juni 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 juni 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 15 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 14 juli 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016077369) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit de aangeleverde stukken niet blijkt dat een zorgvuldig voortraject is doorlopen. Er zijn geen aanwijzingen voor de betrokkenheid van een specialistische internist met kennis van metabole en gastro-intestinale aspecten. Daarnaast was geen sprake van een multidisciplinaire aanpak van het overgewicht. Er is niet gehandeld volgens de NHG richtlijn "Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen". Verder blijkt niet uit de stukken dat een zorgvuldig natraject is doorlopen. Er was weliswaar sprake van een begeleiding vanuit de diëtië, echter de betrokkenheid is niet direct duidelijk (schema is niet aangeleverd). Daarnaast voert de chirurg de controles uit. Er lijkt geen sprake te zijn van een duidelijke multidisciplinaire aanpak, waarbij met name een rol is toebedeeld aan de chirurg en de huisarts. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 26 juli 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 augustus 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 22 augustus 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. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van datum 25 augustus 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is op 35-jarige leeftijd gestopt met roken. Sindsdien heeft hij te maken met ernstig overgewicht. Dit heeft tot gevolg dat de klachten op het terrein van hypertrofische cardiomyopathie, de knieën en slaapapneu zijn toegenomen. Hij heeft uitgebreid gesproken met zijn cardioloog, orthopeed, OSAS consulent en huisarts. Allen waren van mening dat verzoeker een indicatie had voor bariatrische chirurgie. Verzoeker heeft hierop een aanvraag ingediend voor een gastric bypass in het ziekenhuis te Brussel, België. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen omdat geen sprake is geweest van een (zorgvuldig) multidisciplinair voor- en natraject. Op 27 januari 2016 heeft verzoeker de gastric bypass te Brussel ondergaan.
- 4.2. Verzoeker is van mening dat hij wél heeft voldaan aan de gestelde voorwaarden met betrekking tot het multidisciplinaire voortraject. Hij verklaart dat op advies van de OSAS consulent in 2013 een zinvolle dieetaanpassing is gedaan. Dit dieet heeft hij ruim acht maanden gevolgd. Tevens wordt hij begeleid door een diëtist van het ziekenhuis in Brussel. Verder bezocht hij een jaar lang de sportschool, waar hij is begeleid door zijn dochter die een gediplomeerd sportlerares is. De beoordeling met betrekking tot psychische contra-indicaties is uitgevoerd in het ziekenhuis te Hasselt. De behandelend psychotherapeut heeft op 16 februari 2016 het volgende verklaard: "*Psychologisch screening onderzoek bij [...], psychiatrie, psychotherapie werd normaal bevonden. Er zijn geen contra-indicaties voor chirurgische behandeling, deze is namelijk strikt aangewezen*".

Tot slot heeft de behandelend cardioloog geoordeeld dat verzoeker voldoende gezond is om anesthesie en chirurgie te ondergaan.

- 4.3. Verzoeker is voorts van mening dat hij heeft voldaan aan de gestelde voorwaarden met betrekking tot het natraject. De nacontroles vonden aanvankelijk twee keer per maand plaats, vervolgens één keer per drie maanden en tot slot één keer per jaar. Verzoeker wordt begeleid door een diëtist van het ziekenhuis te Hasselt die nauw samenwerkt met het ziekenhuis te Brussel. De bewaking van de status van de micronutriënten en de inname van voedingssupplementen wordt begeleid door de huisarts en is teruggekoppeld aan het ziekenhuis te Brussel. Inzake het bewegingsprogramma, voert verzoeker aan dat hij twee keer per week zwemt en dat hij regelmatig op zijn racefiets stapt. Psychologische begeleiding of gedragstherapie acht verzoeker in dit stadium niet nodig, hij bespreekt een en ander wél tijdens de controles bij de chirurg en de huisarts. De verdere multidisciplinaire begeleiding voor het handhaven van een goed eet- en bewegingspatroon bespreekt verzoeker met de chirurg, de huisarts en de sportleraar.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat de gastric bypass zeer zinvol is geweest. Hij is verder van mening dat is voldaan aan de eis van een gedocumenteerde intensieve leefstijlinterventie met een multidisciplinair karakter in het voor- en natraject. In december 2015 heeft hij navraag gedaan bij de ziektekostenverzekeraar, waarop een schriftelijke bevestiging is gevolgd. Hierin staat enkel dat er een goed voor- en natraject moet zijn. Dat hierbij een internist betrokken moet zijn is in de brief niet vermeld.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Een verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg indien hij hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Het moet gaan om doelmatige zorg. Bariatrische chirurgie is alleen doelmatig indien een multidisciplinair voor- en natraject zijn gevolgd. De richtlijn "Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen" kent drie pijlers die zijn gericht op voedingsadviezen, bewegingsadviezen en gedragsadviezen onder professionele begeleiding, en bij voorkeur multidisciplinair. Het betreft eigenlijk een gecombineerde leefstijlinterventie. Voorafgaand aan een bariatrische ingreep dient dit traject eerst in voldoende mate te zijn gevolgd vooraleer wordt besloten tot een operatie, anders is de ingreep niet doelmatig. In het voortraject beoordelen verschillende zorgverleners zoals een internist, diëtist, psychiater of psycholoog, en een chirurg het volgende:

- Heeft verzekerde op basis van de geldende criteria een indicatie voor bariatrische chirurgie?
  - Is verzekerde voldoende gezond om anesthesie en chirurgie te ondergaan (op basis van een afweging van het operatierisico en de potentiële gezondheidswinst)?
  - Is er sprake van psychische contra-indicaties?
  - Wat is de motivatie en het inzicht in de eigen problematiek van verzekerde?
- Verder dienen de zorgverleners een goede voorlichting te geven aan verzekerde.

De indicatiestelling voor bariatrische chirurgie is gebaseerd op de volgende criteria:

- BMI groter dan of gelijk aan  $40 \text{ kg/m}^2$  óf
- BMI 35 tot  $40 \text{ kg/m}^2$  in combinatie met relevante comorbiditeit
- Comorbiditeit
- Leeftijd
- Serieuze afvalpoging

- 5.2. Tevens is een multidisciplinair natraject vereist. Deze zorg moet voldoen aan de volgende voorwaarden:
- nacontroles door chirurg en zo nodig een internist gedurende twee jaar en bij een bypass operatie daarna nog langdurig jaarlijkse controle,

- aanvankelijk frequente begeleiding door een diëtist voor een juist dieet, bewaking van de micronutriëntenstatus en eventueel voedingssupplementen,
- een stimulerend bewegingsprogramma,
- zo nodig psychologische begeleiding of zelfs gedragstherapie,
- verdere multidisciplinaire begeleiding voor het handhaven van een goed eet- en beweegpatroon (tot minstens twee jaar na de operatie), gevolgd door langdurige follow-up.

5.3. Bariatrische chirurgie is een preventieve operatie met grote risico's voor de patiënt. De operatie is aangewezen als de risico's hiervan opwegen tegen het nut van de operatie. Het nut is het verlagen van de ziekterisico's door het overgewicht.

Een gedocumenteerde leefstijlinterventie is vereist, bij voorkeur onder begeleiding van de huisarts of diëtist, en dient te bestaan uit een combinatie van een zinvolle dieetaanpassing en voldoende lichaamsbeweging die minimaal een halfjaar is volgehouden. Deze poging wordt beschouwd als bewijs van motivatie en geeft inzicht in de inzet die van een patiënt wordt gevraagd tijdens het gehele traject. Voorts wordt op grond hiervan beoordeeld of het mogelijk is zelfstandig af te vallen zonder operatie.

De gedragsverandering is bepalend voor het resultaat van de operatie op langere termijn. Willekeurige diëten kunnen niet als serieuze afvalpoging worden aangemerkt, maar alleen een combinatie van verminderde calorie-inname door verantwoord eten met voldoende lichaamsbeweging. Een gedocumenteerde poging is een voorwaarde om te kunnen instromen in het voortraject voor bariatrische chirurgie.

Het Zorginstituut Nederland is ook van mening dat bariatrische chirurgie voor volwassenen met ernstige obesitas alleen vanuit de zorgverzekering kan worden verstrekt als de standaardbehandeling (een intensieve gecombineerde leefstijlinterventie) niet effectief is gebleken op de langere termijn.

5.4. Uit de aanwezige informatie blijkt niet dat sprake is van een multidisciplinair voor- en natraject zoals hiervoor omschreven. Hoewel verzoeker in 2013 een dieet heeft gevolgd en hij in 2014 naar de sportschool is gegaan, blijkt niet van een multidisciplinaire samenwerking die is gericht op het aanpassen van zijn leefstijl zodat de gewichtsafname na de operatie blijft bestaan. De operatie wordt om die reden niet aangemerkt als doelmatig. De ziektekostenverzekeraar kan niet beoordelen dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op een gastric bypass.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de behandeling doelmatig moet zijn om voor vergoeding in aanmerking te kunnen komen. Hier bestaan richtlijnen voor. Het is niet de rol van de ziektekostenverzekeraar behandeladviezen te geven. De medisch adviseur beoordeelt de beschikbare informatie. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar hierover is duidelijk. Het dient te gaan om een multidisciplinaire benadering, waarbij één behandelaar de regie heeft over het voor- en natraject. Deze behandelaar kan een internist zijn. Het is belangrijk dat de behandeling door een team geschiedt. Verzoeker is in België gekomen, en toen al vrij snel geopereerd. In Nederland wordt eerst een conservatieve behandeling toegepast. Een behandeling dient medisch succesvol te zijn, wil deze doelmatig zijn.

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 A.23. van de algemene voorwaarden 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B1. tot en met B.26. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**"B.4. Medisch specialistische zorg**

(..)

*U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.*

(...)"

8.4. Artikel B.2.1. en artikel B.2.2. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**"B.2.1 Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland**

**Zorg: waar hebt u recht op?**

*Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:*

- *zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of*
- *(vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2. (...)*

**B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont**

**Zorg: waar hebt u recht op?**

*Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.*

*Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben wij wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen. (...)"*

8.5. Artikel A.3.2. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt de inhoud en omvang van zorg en luidt:

**"A.3.2. Inhoud en omvang van zorg**

*De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.*

*In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:*

- *de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; en*
- *het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen; en*

- de zorg is als verzekerde zorg genoemd in het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden; en  
 - u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

*Toelichting:*

*Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar álle wetenschappelijke informatie die er is. Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. Te dure zorg in uw situatie is dus geen adequate zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering. Ook niet als u een deel zelf bijbetaalt."*

- 8.6. De artikelen B.2.1., B.2.2. en B.4 van de zorgverzekering en artikel A.3.2. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de algemene voorwaarden 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 de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft 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 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. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoeker medegedeeld dat hij van mening is dat de gastric bypass niet doelmatig is, zodat noch op grond van de verordening, noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering hierop aanspraak bestaat.
- 9.3. Tussen partijen staat niet ter discussie dat sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Uit de aanvraag blijkt dat de BMI van verzoeker 35 was. Verder stelt de arts van het ziekenhuis te Hasselt in zijn verklaring van 17 november 2015 dat in de situatie van verzoeker sprake is van comorbiditeit, zodat aannemelijk is dat verzoeker ten tijde van de behandeling hiervoor een indicatie had. Rest de vraag of de ingreep ook doelmatig was.
- 9.4. De eis dat een bepaalde vorm van zorg of dienst voor een verzekerde doelmatig dient te zijn, behoort gelet op de Nota van Toelichting bij artikel 2.1 lid 3 Bzv, tot de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar. In onderhavig geval is de doelmatigheid omschreven in artikel A.3.2. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering. Hiermee is de juridische basis gelegd voor de beoordeling. De commissie komt ten aanzien van een dergelijk geval een integrale toetsingsbevoegdheid toe.
- 9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft zich beroepen op 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.
- 9.6. De ziektekostenverzekeraar stelt dat geen documentatie van de leefstijlinterventie en het resultaat hiervan in het dossier aanwezig is. De ziektekostenverzekeraar is tevens van mening dat uit de aanwezige stukken niet blijkt dat verzoeker een (zorgvuldig) multidisciplinair voor- en natraject heeft gevolgd. Er heeft geen multidisciplinaire toetsing plaatsgevonden door een internist, diëtist, psycholoog of psychiater en een chirurg. Verder is bij het natraject geen multidisciplinair team betrokken. Er dient een gestructureerd multidisciplinair pad te bestaan voor het natraject om de effectiviteit van de operatie te bestendigen. Wat betreft het voortraject heeft verzoeker hiertegen ingebracht dat in 2013 op advies van een OSAS consulent een zinvolle dieetaanpassing is gedaan. Voorts wordt hij begeleid door een diëtist van het ziekenhuis te Brussel. Verder bezocht hij een jaar lang, onder begeleiding van een



gediplomeerd sportlerares, de sportschool. De beoordeling met betrekking tot psychische contra-indicaties is uitgevoerd te Hasselt. De behandelend cardioloog heeft geoordeeld dat verzoeker voldoende gezond is om anesthesie en chirurgie te ondergaan. Met betrekking tot het natraject voert verzoeker aan dat hij wordt begeleid door een diëtist, de huisarts en de chirurg. Verder zwemt hij twee keer per week en stapt hij regelmatig op zijn racefiets.

Mede gelet op het advies van het Zorginstituut van 14 juli 2016 blijkt uit het voorgaande onvoldoende dat sprake is geweest van een - zorgvuldig - multidisciplinair voor- en natraject als bedoeld in de genoemde richtlijn. Verder zijn geen stukken aanwezig waaruit kan worden opgemaakt dat een leefstijlinterventie heeft plaatsgevonden en wat hiervan het resultaat is geweest. Naar het oordeel van de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar daarom kunnen besluiten dat geen sprake is van doelmatige zorg.

### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

### Werking privaatrecht

- 9.8. Door verzoeker is ter zitting een brief van de ziektekostenverzekeraar, gedateerd 1 december 2015, overgelegd. Volgens verzoeker wordt hierin niet gesproken over betrokkenheid van een internist of psycholoog.

Wat hiervan ook zij, in het schrijven wordt uiteengezet dat aan een aantal voorwaarden moet zijn voldaan. De betreffende tekst luidt: *"Denk hierbij aan leeftijd, BMI (...) en uw motivatie om uw eetgedrag aan te passen. Ook moet u een serieuze afvalpoging hebben gedaan met een zinvol dieet en voldoende lichaamsbeweging. Dit moet schriftelijk zijn vastgelegd. Verder moet er een goed voor- en natraject plaatsvinden zoals we dat in Nederland kennen. Zonder een goed voor- en natraject is de kans van slagen namelijk veel lager."* Een en ander strookt met hetgeen hiervoor is overwogen. Overigens blijkt uit de brief ook dat in het kader van de aan te vragen akkoordverklaring bepaalde informatie moet worden aangeleverd. Verzoeker mocht dan ook niet zonder meer aannemen dat hij aan de voorwaarden voldeed en dat de kosten van de in het geding zijnde behandeling door de ziektekostenverzekeraar zouden worden vergoed.

### Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 augustus 2016,

P.J.J. Vonk