

13 SEP. 2012
2012.01900

CVZ

College voor zorgverzekeringen

Eekholt 4
1112 XH Diemen

Postbus 320
1110 AH Diemen

(020) 797 85 55
(020) 797 85 00

info@cvz.nl
www.cvz.nl

Aan de Geschillencommissie van
Stichting Klachten en Geschillen
Zorgverzekeringen (SKGZ)
T.a.v. mevrouw
Postbus 291
3700 AG ZEIST

Uw brief van
28 augustus 2012

Uw kenmerk
G47 2012.01908/6/G

Datum
12 september 2012

Ons kenmerk
ZA/2012104803

Rehandeld door

Doorkiesnummer
(020) 797 88 03

Zaaknummer
2012100488

Onderwerp
Advies als bedoeld in artikel 114 Zorgverzekeringswet

Geachte voorzitter, commissie,

U hebt op 28 augustus 2012 aan het College voor zorgverzekeringen advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid Zorgverzekeringswet. Verzoeker en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van een gastric bypass operatie, uitgevoerd te Hasselt (België).

Bij uw adviesaanvraag hebt u ons ook een kopie van het dossier gestuurd, maar een verslag van de hoorzitting ontbreekt nog. Het College brengt daarom een voorlopig advies uit, dat nog aangepast kan worden als uit het verslag van de hoorzitting nieuwe feiten of omstandigheden naar voren komen.

Vooraf merkt het College op dat de adviestaak van het College beperkt is tot de vraag of een verzekerde aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Het advies van het College kan dus geen betrekking hebben op een beslissing van een zorgverzekeraar op basis van de aanvullende verzekering of coulance.

Medische beoordeling

Na kennisneming van het geschil heeft het College dit dossier voor een medische beoordeling voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft de stukken bestudeerd en deelt het volgende mee.

Inleiding

Bij verzoeker was sprake van een berekende BMI van 40. Hij heeft in januari 2012 in België een gastric bypass operatie ondergaan. Verweerder heeft vergoeding afgewezen omdat niet aan gestelde voorwaarden was voldaan: met name is geen screening verricht door Ra-Medical of de Nederlandse Obesitas Kliniek.

Toets verzekerde prestatie

In geschil is de vergoeding van een gastric bypass operatie. Dit is een vorm van bariatrische chirurgie.

Omdat uit de praktijk bleek dat er tussen zorgverzekeraars en patiënten vaak onduidelijkheid bestond over welke vormen van bariatrische chirurgie tot de te verzekeren prestatie behoren en of aan de daarvoor geldende (indicatie)voorwaarden is voldaan, heeft het College voor de uitvoeringspraktijk in het Pakketadvies 2007¹ een verduidelijking met betrekking tot dit onderwerp gegeven.

Het College heeft hierbij aangegeven in de adviezen² het volgende uitgangspunt te hebben gehanteerd.

Als het om bariatrische chirurgie gaat die behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk, moet in het *individuele* geval:

- a. een indicatie voor de ingreep aanwezig zijn
- b. aan nadere indicatievoorwaarden worden voldaan.

Bariatrische ingrepen zijn alleen effectief en doelmatig, als er sprake is van een individuele multidisciplinaire indicatiestelling en een zorgvuldige pre- en postoperatieve begeleiding.

Indicatievoorwaarden

- Er moet sprake zijn van de diagnose morbide obesitas, dat wil zeggen BMI > 40
- of een BMI tussen de 35 en 40, als er 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 slaap apneusyndroom.

Nadere indicatievoorwaarden

Multidisciplinaire toetsing is vereist bij de indicatiestelling. Dat wil zeggen dat een multidisciplinair voortraject noodzakelijk is. Tevens is multidisciplinaire nazorg vereist. Onder een multidisciplinair voortraject wordt verstaan: betrokkenheid van een internist, diëtist en psycholoog/psychiater; als voorwaarde kan worden gesteld dat één van de begeleiders of de huisarts daarbij de regiefunctie heeft vervuld. Tevens wordt een multidisciplinair nazorg traject vereist.

Tenslotte moeten er geen contra-indicaties voor de ingreep zijn. Gedacht moet bijvoorbeeld worden aan psychiatrische/psychologische stoornissen, zeker daar waar sprake is van eetstoornissen.

Conclusie

Uit het bovenstaande blijkt dat bariatrische ingrepen alleen conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn als sprake is geweest van een multidisciplinaire indicatiestelling en zorgvuldige pre- en postoperatieve begeleiding. De indicatiestelling en begeleiding – in het bijzonder postoperatief – en de chirurgische nazorg moeten dus juist extra goed geregeld zijn.

Verweerder heeft in de reactie op de aanvraag van verzoeker verzocht om voor screening contact op te nemen met Ra-Medical of de Nederlandse Obesitas Kliniek. De ingreep was inmiddels echter al verricht. Uit het dossier blijkt dat (multidisciplinaire) bariatrische indicatiestelling heeft plaatsgevonden in België. Uit het dossier is op te maken dat ook een nazorgtraject onder regie van het ziekenhuis is gelopen. Op basis van het dossier blijkt dat de uitgevoerde gastric bypass voldoet aan de voor de Zorgverzekeringswet gestelde indicatievoorwaarden; er is sprake geweest van een adequaat voor- en natraject.

¹ In bijlage 1.b.

² Bijvoorbeeld zaaknummer 27080715

Aanvullende vraag

In uw brief van 28 augustus jl. heeft u het College de vraag gesteld of in 2012 een wettelijk tarief was vastgesteld voor de gastric bypass, en zo ja, wat dit tarief bedraagt.

In antwoord hierop wordt opgemerkt dat een laparoscopische gastric bypass operatie (zorgactiviteit 034452) per 2012 valt onder zorgproductgroep 049999014. Het tarief voor de ziekenhuiskosten en de honorariatarieven van de ondersteunende specialismen wordt vastgesteld door middel van onderhandelingen tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar.

Juridische beoordeling

Het College heeft kennisgenomen van de stukken. Op basis van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering en het advies van de medisch adviseur, is het College van oordeel dat verzoeker in aanmerking komt voor het gevraagde (conform de polisvoorwaarden).

In artikel 1.2 van de VGZ Zorgverzekering Polis is, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, bepaald dat de inhoud en omvang van de zorg ook wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en dat deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Dit komt overeen met hetgeen daarover bij en krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Zorgvormen die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk komen niet voor vergoeding of verstrekking ten laste van de zogenoemde 'basisverzekering' in aanmerking.

In artikel 9.1 van de VGZ Zorgverzekering Polis is, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, bepaald dat als de verzekerde woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland deze voor zorg kan kiezen uit:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor de verzekerde van toepassing is.
- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat de verzekerde zou krijgen als deze in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van de verzekeringsvoorwaarden.

In artikel 1.4 van de VGZ Zorgverzekering Polis is, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, bepaald dat als de verzekerde voor zorg gaat naar een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten de kosten van zorg vergoed worden tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven voor 2012, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen inkoop tarieven zijn vastgesteld en er gelden Wmg-tarieven, is het gemiddeld gecontracteerde tarief gelijk aan het geldende Wmg-tarief. In dat geval worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.

Aanvullende vraag

In uw brief van 28 augustus jl. heeft u het College de vraag gesteld aandacht te schenken aan de omstandigheid dat verzoeker niet is gescreend door Ra-Medical of de Nederlandse Obesitas Kliniek, maar door het multidisciplinaire bariatrische indicatieteam van het Obesitas Centrum van het Jessa Ziekenhuis te Hasselt (België).

Het College merkt op dat artikel 10 van de Zorgverzekeringswet alle te verzekeren risico's vermeldt die een zorgverzekeraar in ieder geval moet aanbieden in de modelovereenkomst. Krachtens artikel 2.4, eerste lid van het Besluit zorgverzekering valt hieronder ook de medisch specialistische zorg. De wetgever bepaalt welke te verzekeren risico's in ieder geval door zorgverzekeraars aan hun verzekerden moeten worden aangeboden.

Het staat de zorgverzekeraar vrij in de modelovereenkomst te bepalen *wie* deze zorg mag verlenen en *waar* deze zorg moet worden verleend. De zorgverzekeraar mag dus aanvullende voorwaarden stellen, zolang het maar zorg betreft zoals (in casu) de medisch specialist die pleegt te bieden en deze zorg voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

Het staat de zorgverzekeraar daarom vrij te bepalen dat screening in verband met een gastric bypass operatie verricht moet worden door Ra-Medical of de Nederlandse Obesitas Kliniek, blijkbaar door verweerder gecontracteerde zorgaanbieders. Uit de polisvoorwaarden blijkt de vergoedingsregeling in het geval een verzekerde zich wendt tot een niet door verweerder gecontracteerde zorgaanbieder.

Nu de medisch adviseur heeft aangegeven dat er in het onderhavige geval sprake is geweest van een adequaat voor- en natraject en dat de uitgevoerde gastric bypass voldoet aan de voor de Zorgverzekeringswet gestelde indicatievoorwaarden, is er sprake van zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk en komt verzoeker in aanmerking voor vergoeding van de gastric bypass operatie conform de polisvoorwaarden.

Advies

Gelet op het bovenstaande adviseert het College tot toewijzing van het verzoek conform de polisvoorwaarden.

Hoogachtend, , .

