

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E en F, beide te G
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, gastric bypass, ontbreken multidisciplinair natraject, doelmatigheid
Zaaknummer : 2012.00100
Zittingsdatum : 10 oktober 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010, artikel 20 van Vo 883/2004)

1. Partijen

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

tegen

1) E en

2) F, beide te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maat polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Plus Collectief afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten verzekering 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een gastric bypass uitgevoerd in het AZ KLINA te Brasschaat, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 december 2010 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 brieven van 14 juni en 17 augustus 2011 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 26 juni 2012 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 21 augustus 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 augustus 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 4 september 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 september 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 27 augustus 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 12 september 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012100490) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van doelmatige zorg aangezien er na de ingreep geen adequaat natraject is gevolgd. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster heeft op 5 oktober 2012 de commissie per fax de brief van de Belgische arts van 27 september 2012 gezonden. Een afschrift hiervan is op 8 oktober 2012 per fax aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 oktober 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 12 oktober 2012 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 23 oktober 2012 de commissie medegedeeld dat voornoemde stukken geen aanleiding vormen 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. Uit de endocrinologische evaluatie van 20 oktober 2010 is gebleken dat verzoekster op dat moment van een BMI van 41 had.
- 4.2. Op 7 december 2010 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.3. Zoals uit de verklaring van de huisarts van 1 mei 2011 blijkt, bestonden ten tijde van de verwijzing in de regio lange wachttijden voor het ondergaan van bariatrische chirurgie. De huisarts verklaart voorts dat hij destijds met verzoekster heeft gesproken over de mogelijkheid van bemiddeling door de ziektekostenverzekeraar.

- 4.4. De behandelend chirurg heeft op 6 juli 2011 verklaard dat postoperatief een regelmatige controle is voorzien. Verder is verzoekster nog op de dienst fysische geneeskunde geweest voor het opstarten van een bewegingsprogramma op maat voor patiënten met overgewicht.
- 4.5. De behandelend diëtiste heeft op 18 november 2011 verklaard dat verzoekster sinds 24 oktober 2011 bij haar onder begeleiding is.
- 4.6. Voorts heeft verzoekster informatie van de sportschool overgelegd, waaruit blijkt dat zij daar onder begeleiding sport. Uit deze informatie blijkt tevens dat zij aldaar wekelijks wordt gewogen.
- 4.7. In de brief van 27 september 2012 stelt de behandelend chirurg dat het natraject onder meer bestaat uit regelmatige medische controles bij de behandelend chirurg, deze zijn driemaandelijks gebeurd sinds de operatie. Daarnaast bestaat de multidisciplinaire nazorg uit begeleiding door een diëtiste, welke door verzoekster, omwille van de afstand, niet gevolgd wordt in het Belgische ziekenhuis. Voor de bewegingsbegeleiding neemt verzoekster deel aan een oefenprogramma in een sportschool dicht bij huis. De psychologische begeleiding is niet noodzakelijk, aangezien preoperatief *“geen enkel psychiatrische probleem werd gesignaleerd”* en er geen nieuwe problemen zijn opgedoken.
- 4.8. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij in eerste instantie is begeleid door een diëtiste in België. Pas in oktober is zij naar een Nederlandse diëtiste gegaan. Al voor de ingreep was verzoekster lid van de sportschool. Zij is na de ingreep aldaar begeleid. Er is geen sprake van psychische problemen, waardoor psychologisch begeleiding niet nodig was. Doelmatigheid houdt in dat door een doelmatige handeling tot het doel wordt gekomen. Het gaat nu om de weg naar dit doel in de richtlijn met betrekking tot morbide obesitas spreekt men over een multidisciplinair plan. Dit wil echter niet zeggen dat niet ook op een andere wijze hetzelfde doel kan worden bereikt.
- 4.9. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Bariatrische chirurgie is alleen doelmatig indien hieraan een multidisciplinair voor- en natraject is gekoppeld. Bij dit multidisciplinaire traject zijn in ieder geval betrokken: een internist, een diëtist, een psychiater/psycholoog en de chirurg.
 - 5.2. Uit de beschikbare gegevens blijkt dat bij verzoekster geen sprake is van een samenhangend multidisciplinair natraject, bestaande uit de reguliere chirurgische controles, begeleiding in dieet, beweegprogramma en psychologische begeleiding, zoals beschreven in de richtlijn van het Centraal BegeleidingsOrgaan (hierna: CBO).
 - 5.3. Verzoekster wordt pas vanaf 24 oktober 2011 begeleid door een diëtiste, terwijl de ingreep reeds op 7 december 2010 heeft plaatsgevonden. Er is geen verslag van meer dan één keer fysiotherapie. Evenmin is een verslaglegging van een psycholoog aanwezig. Vanwege het ontbreken van een adequaat natraject is de onderhavige ingreep niet doelmatig en daarom komt deze niet voor vergoeding in aanmerking. Dat verzoekster inmiddels is afgevallen doet aan het bovenstaande niet af.

- 5.4. Uit de administratie van de ziektekostenverzekeraar is niet gebleken dat verzoekster hem heeft verzocht om wachtlijstbemiddeling.
- 5.5. Het AZ KLINA te Brasschaat is niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in het CVZ-advies duidelijk is uitgelegd aan welke voorwaarden het natraject moet voldoen. Getoetst moet worden of een psychologische contra-indicatie bestaat. Bij bariatrische chirurgie gaat het om het effect op de lange termijn. Daarom is het zo belangrijk om alle disciplines bij elkaar te hebben en te zorgen voor een goed voor- en natraject. Het is juist dat verzoekster is gezien door een diëtiste en naar een sportschool gaat, maar er is geen samenhangend multidisciplinair plan opgesteld. De zorg is daarom niet doelmatig.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 14 van de zorgverzekering en 9 van 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 onderhavige ingreep te vergoeden, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 20 van de zorgverzekering, dat bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

(...)

20.1.1. Zorg waar u recht op hebt

U hebt recht op een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen. U hebt hierbij ook recht op de medisch-specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging. Ook hebt u tijdens de periode van opname recht op de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefen therapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

(...)

20.1.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal 75 procent van het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.5. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen. (...)

- 8.3. In artikel 15.5 van de zorgverzekering is bepaald dat de vergoeding met vijftwintig procent wordt verlaagd indien de verzekerde gebruik maakt van een zorgverlener met wie de ziektekostenverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten terwijl de verzekerde tijdig passende zorg kan krijgen bij een zorgverlener met wie de ziektekostenverzekeraar wel een overeenkomst heeft gesloten.

- 8.4. Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt het volgende:

“(...)

18.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland

Als u in Nederland woont, hebt u recht op:

a. verzekerde zorg in het buitenland door een zorgaanbieder of zorginstelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten;

b. vergoeding van kosten van verzekerde zorg door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.

U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of zorginstelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. U kunt in artikel 19. tot en met 42. Per zorgvorm lezen wat wij dan vergoeden.

(...)”

- 8.5. Artikel 2.5 van de zorgverzekering bepaalt het volgende:

“In deze voorwaarden hebben wij omschreven op welke behandelingen u recht hebt. De inhoud en omvang van deze zorg wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. U hebt recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

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 passende zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn.”

- 8.6. De artikelen 2.5, 15.5, 18 en 20 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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. Geneeskundige 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.

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.

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 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. Door verzoekster is voorafgaand aan de ingreep toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar zodat artikel 20 van Vo 883/2004 van toepassing is. Ook in dat kader dient te worden vastgesteld of sprake is van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering, een (verzekerings)indicatie en of de ondergane behandeling doelmatig is.

9.2. Aangezien het hier gaat om verzekerde zorg, en verzoekster een indicatie had voor de operatie, rest de vraag of de behandeling ook doelmatig is. Daarbij is niet relevant of de behandeling het gewenste resultaat heeft gehad. Slechts de doelmatigheid van de ingreep, of te wel of verzoeker hierop “redelijkerwijs was aangewezen,” staat ter beoordeling. Gelet op de Memorie van Toelichting bij artikel 14 Zvw is de doelmatigheidstoets voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar, zodat de commissie slechts een marginale toetsing toekomt. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd dat niet is gebleken van begeleiding door een fysiotherapeut of psycholoog. Evenmin is informatie aanwezig waaruit blijkt van overleg dan wel afstemming tussen de behandelend arts, de diëtiste, en/of de begeleiding van de sportschool, zodat geen sprake is van een multidisciplinair natraject als bedoeld door het CVZ.

- 9.3. De ziektekostenverzekeraar komt op grond van het voorgaande tot de conclusie dat de onderhavige ingreep niet kan worden beschouwd als doelmatige en adequate zorg als bedoeld in artikel 2.5 van de zorgverzekering. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd leidt niet tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid niet heeft kunnen komen tot de afwijzende beslissing.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Conclusie

- 9.5. 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 oktober 2012,

Voorzitter