



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem  
Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, gastric bypass, leeftijdsgrens  
Zaaknummer : 201701075  
Zittingsdatum : 21 februari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, art. 20 Vo.nr. 883/2004)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,  
tegen

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna 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 Modelovereenkomst Zorgzaam (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 Zorgzaam Ster 5 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met 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 een gastric bypass, uit te voeren te Brussel, België, (hierna: de aanspraak). Op 30 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 juni 2017 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 25 september 2017 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 28 december 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 december 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 4 januari 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 januari 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 29 december 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 29 januari 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018000031) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. Het Zorginstituut licht zijn advies als volgt toe: *"In Nederland wordt volgens de richtlijn een gastric bypass operatie in principe niet uitgevoerd bij patiënten ouder dan 65 jaar. Dit kan echter wel, ook volgens de Nederlandse richtlijn, mits er sprake is van een uitzonderlijke situatie. Op basis van de beschikbare informatie is niet aangetoond dat daarvan bij verzoekster sprake is. Er blijkt niet dat er, in samenspraak met verzoekster, een expliciete afweging van voor- en nadelen van de geplande operatie is gemaakt"*. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 30 januari 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. De commissie heeft overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan door het commissielid dat de hoorzitting heeft geleid.
- 3.10. Verzoekster is op 21 februari 2018 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 27 februari 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de ter zitting overgelegde uitdraai van de website van de ziektekostenverzekeraar gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 3 april 2018 aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut handhaaft zijn advies het verzoek af te wijzen, en motiveert dit advies als volgt: *"Niet ter discussie wordt gesteld dat er bij verzoekster op grond van haar klachten een principe indicatie is voor een bariatrisch chirurgische ingreep:*  
*'Internationaal is de indicatie voor bariatrische chirurgie vastgesteld op een BMI van > 40 kg/m<sup>2</sup>, of een BMI van > 35 kg/m<sup>2</sup> met obesitasgerelateerde comorbiditeit zoals diabetes mellitus type 2 (DM2), hypertensie, obstructief slaapapneusyndroom, hyperlipidemie, of bewezen artrose.'*  
*Met de daadwerkelijke uitvoering in individuele gevallen na een indicatiestelling voor bariatrische chirurgie kan echter niet lichtvaardig worden omgegaan. Vooral ook vanwege het risico op complicaties en mortaliteit. Dit risico is mede afhankelijk van de gezondheidssituatie van de patiënt. Leeftijd is bij het beoordelen daarvan één aspect om te betrekken omdat het risico op complicaties en mortaliteit met de leeftijd toeneemt. Zoals in de richtlijn staat is een voorwaarde om een ingreep daadwerkelijk uit te voeren 'dat de patiënt voldoende gezond is om anesthesie en chirurgie te ondergaan en bereid is mee te werken aan levenslange follow-up aanwezig is.'*  
 • 'Een verdere voorwaarde is een eerdere geslaagde dieetpoging en voldoende inzicht en motivatie. De leeftijdsgrenzen zijn in principe 18-65 jaar, hoewel de richtlijnen ruimte laten om in specifieke gevallen bariatrische chirurgie te verrichten bij patiënten boven de 65 jaar. Dit wordt in Nederland sporadisch gedaan.'  
 • 'Het kan voor de verwijzer een lastige afweging zijn of en wanneer een patiënt geschikt is voor bariatrische chirurgie. Een patiënt met veel obesitasgerelateerde comorbiditeit zal door de operatie een hogere directe gezondheidswinst behalen. Anderzijds heeft het voorkómen van comorbiditeit vaak juist de voorkeur. Een voorwaarde is dat patiënten al verschillende serieuze pogingen hebben gedaan om op een conservatieve manier gewicht te verliezen. Daarnaast is een zekere mate van inzicht in de operatie en de gevolgen ervan een vereiste. Het is belangrijk dat de verwijzer zich realiseert dat patiënten vaak irreële verwachtingen hebben over het resultaat van de operatie.'  
*In het advies van het Zorginstituut wordt dan ook het belang van een zorgvuldig voor- en natraject benadrukt. Dit gaat verder dan standaard preoperatief onderzoek.*

*Uit de medische informatie van de behandelend chirurg blijkt niet dat er een afweging is gemaakt van de individuele omstandigheden. De mededeling dat de risico's met het team dat de ingreep uitvoert beperkt zullen zijn volstaat niet. Zoals hierboven al is aangegeven, is beoordeling van de gezondheidssituatie cruciaal. Ook wordt geen melding gemaakt hoe de noodzakelijke follow-up is geregeld.*

• 'In de huidige kwaliteitsstandaard wordt van bariatrische centra verwacht dat zij patiënten onder controle houden tot minimaal 5 jaar na de operatie. Hierbij wordt aandacht gegeven aan gewicht, comorbiditeit en langetermijncomplicaties en worden laboratoriumcontroles gedaan van vitamines en mineralen.'

*Citaten uit:*

*Boerlage TCC et al Bariatrische chirurgie hoe, wanneer, wat en bij wie? NTvG 21-7-2017.*

*Het Zorginstituut kan het advies alleen baseren op in het dossier beschikbare stukken. Hieruit blijkt niet dat er expliciete aandacht is geweest voor contra-indicaties (het afwegen van voor- en nadelen) noch dat er sprake is van een adequaat voor- en natraject."*

Een afschrift van dit advies is op 10 april 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 16 april 2018 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

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

- 4.1. Ten tijde van de aanvraag was verzoekster 73 jaar oud. Zij kampte met ernstig overgewicht en wenste een gastric bypass te ondergaan, omdat zij door fysieke klachten onvoldoende kon bewegen en het uitsluitend volgen van diëten bij haar onvoldoende effectief was. Bovendien had verzoekster last van bijkomende klachten. De huisarts, de neuroloog, de internist, de cardioloog en de orthopeed hadden haar dringend geadviseerd af te vallen. Verzoekster heeft eerst geprobeerd bij het Obesitas Centrum Amsterdam (hierna: OCA) onder behandeling te komen, maar hier werd zij afgewezen, omdat zij ouder is dan 65 jaar. Verzoekster is daarom op zoek gegaan naar een arts in het buitenland die haar wilde helpen, en heeft deze gevonden in België. De ziektekostenverzekeraar heeft haar aanvraag echter afgewezen, omdat zij ouder is dan 65 jaar. Verzoekster vindt dit leeftijdsdiscriminatie. Volgens de ziektekostenverzekeraar voldoet verzoekster qua leeftijd niet aan de richtlijnen van de Nederlandse beroepsgroep. De Dutch Society of Metabolic and Bariatric Surgery (hierna: DSMBS) zou volgens de ziektekostenverzekeraar stellen dat zeer terughoudend moet worden omgegaan met bariatrische ingrepen bij patiënten ouder dan 65 jaar. Dit heeft verzoekster niet kunnen terugvinden op de website van de DSMBS. Volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar zou slechts in zeer uitzonderlijke gevallen en omstandigheden van de leeftijdsgrens kunnen worden afgeweken. Ook dit komt niet overeen met de richtlijnen 2011, zoals gepubliceerd op de website van de DSMBS (<http://www.dsmb.nl/richtlijnen-2010>). In deze richtlijnen is niet vermeld dat alleen in zeer uitzonderlijke gevallen van de leeftijdsgrens kan worden afgeweken of dat zeer terughoudend moet worden omgegaan met bariatrische ingrepen boven de 65 jaar. De richtlijnen vermelden slechts dat bariatrische chirurgie bij patiënten boven de 65 jaar kan worden overwogen in uitzonderlijke gevallen.
- 4.2. De behandelend bariatrisch chirurg heeft bij brief van 9 mei 2017 verklaard dat verzoekster sinds de leeftijd van 55 jaar, na haar menopauze, gewichtsproblemen heeft gekregen. De diverse conservatieve behandelingen hebben niet (blijvend) het gewenste resultaat gehad. Het gewicht is toegenomen tot 125 kg bij een lengte van 1,68 m. De BMI van verzoekster is 43, met belangrijke bijkomende pathologieën zoals hypercholesterolemie, arteriële hypertensie, belangrijke orthopedische klachten, atheromatose, peptische refluxoesophagitis, toenemende immobilisatie en psychologische problemen. Gezien de BMI, de mislukte conservatieve behandelingen en de toenemende klachten ten gevolge van haar overgewicht is de chirurg van oordeel dat verzoekster in aanmerking komt voor een gastric bypass.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de behandelend arts niet heeft gemotiveerd op basis van welke uitzondering verzoekster voor de aangevraagde ingreep in aanmerking dient te komen. Verzoekster

begrijpt niet waarom de ziektekostenverzekeraar niet de moeite heeft genomen contact op te nemen met de behandelend arts. Verzoekster heeft de behandelend arts daarom zelf gevraagd om een nadere motivering.

Bij brief van 19 september 2017 heeft de behandelend bariatrisch chirurg de volgende aanvullende verklaring afgegeven: *"Alhoewel patiënte de leeftijd van 65 jaar overschreden heeft en gezien de gemiddelde leeftijd van vrouwen in Nederland 87 jaar bedraagt heeft patiënte nog zeer vele jaren tegoed. Zij heeft zich ook bereid verklaard om post-operatief verder in contact te blijven zodanig zij een goede follow-up zal hebben.*

*Patiënte wordt preoperatief door dienst anesthesie nagekeken en zal ook geopereerd worden in een ziekenhuis met een gespecialiseerd multidisciplinair team met veel ervaring zodanig dat de risico's bij patiënte voor een Gastric Bypass operatie tot een minimum beperkt zullen zijn."*

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft onvoldoende onderzocht of verzoekster in aanmerking komt voor de aangevraagde ingreep. Er is afgewezen op de enkele grond dat zij ouder is dan 65 jaar. Verwezen wordt naar de afwijzing door het OCA, maar ook deze was alleen gebaseerd op de leeftijd van verzoekster. Verzoekster benadrukt dat de behandelend arts haar uitvoerig heeft onderzocht en het geen probleem acht haar te opereren.
- 4.5. Op grond van de Nederlandse en Europese wetgeving heeft iedereen in Nederland recht op de hoogst mogelijke standaard van gezondheid en daarmee gezondheidszorg. Hierbij mag niet worden gediscrimineerd in de toegang tot de gezondheidszorg. Verzoekster stelt in dit verband: *"Uitgaande van de stelregel 'de cliënt moet centraal staan' en 'iedereen heeft het recht op gezondheid' kan worden vastgesteld dat de zorgverzekeraar, door zijn weigering de betaling/machtiging van een gastric-bypassoperatie, zich niet heeft gehouden aan deze stelregel en zich onttrekt aan de verplichting om het recht op gezondheid te bevorderen, te beschermen en te verwezenlijken."*
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij vanaf 2007 veel klachten heeft gehad. In december 2016 heeft zij door diverse oorzaken een breuk in haar tibia plateau opgelopen. De orthopeed heeft toen medegedeeld dat als zij niet iets aan haar gewicht zou doen, zij in een rolstoel zou komen. Op 26 oktober 2017 heeft de betreffende operatie plaatsgevonden. In Nederland geldt een maximale leeftijd van 65 jaar. Om die reden wilde verzoekster naar het buitenland voor de behandeling. Na contact met de ziektekostenverzekeraar is haar gebleken dat voor zorg in het buitenland een machtiging kan worden aangevraagd, maar of hierop een vergoeding volgt, is onduidelijk. Uiteindelijk heeft verzoekster een arts in België bereid gevonden de operatie uit te voeren. Nadien het eerste contact met deze arts is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend. Deze is afgewezen omdat verzoekster ouder is dan 65 jaar. Via de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster kennis genomen van enkele richtlijnen. Hieruit volgt dat ook uitzonderingssituaties denkbaar zijn waarbij de ziektekostenverzekeraar wél tot vergoeding dient over te gaan. Op deze uitzonderingen is verzoekster door de ziektekostenverzekeraar nooit geweest. Daar komt bij dat iedere persoon, ongeacht de leeftijd, recht heeft op zorg. Dit staat ook vermeld in het EVRM. Op de website van de ziektekostenverzekeraar is vermeld dat deze informatie kan opvragen indien dat noodzakelijk is. Als de verklaring van de behandelend arts onvoldoende was, had de ziektekostenverzekeraar verzoekster hierop moeten wijzen. Zij had in dat geval de behandelend arts om een nieuwe verklaring kunnen vragen. Verzoekster begrijpt niet dat als een arts van oordeel is dat zij dringend iets moet doen aan haar overgewicht, de ziektekostenverzekeraar de betreffende operatie niet wil vergoeden.
- 4.7. Verzoekster heeft bij brief van 16 april 2018 gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. Verzoekster benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag heeft afgewezen zonder informatie te hebben ingewonnen bij haar of de behandelend arts. Ook lopende de onderhavige procedure heeft de ziektekostenverzekeraar nagelaten nadere informatie in te winnen. Het Zorginstituut Nederland heeft zijn advies alleen gebaseerd op de in het dossier beschikbare stukken en stelt: *"Hieruit blijkt niet dat er expliciet aandacht is geweest voor contra-indicaties, noch*

*dat er sprake is geweest van een adequaat voor- en natraject." Uitgaande van de regelgeving is deze stelling juist, aldus verzoekster.*

*Verzoekster vervolgt: "Doch ook gedurende de klachtenprocedure heeft geen inwinnen van achtergrondinformatie, noch enig contact hiervoor met de behandelende chirurg, andere instanties of verzoekster plaatsgevonden. Dus gaat de conclusie van het Zorginstituut wederom om de regelgeving. Derhalve dienen vraagtekens te worden gezet bij het definitief advies en of vanuit het juiste standpunt is uitgegaan het verzoek af te wijzen.*

*Mocht de regelgeving alsnog bepalend zijn, past hoe dan ook, zwart/wit gezien, het medische beeld van verzoekster binnen de uitzondering[s]normen in de regelgeving en wel te beginnen met een BMI van 43. Tevens weegt de diagnose van de behandelende arts zwaarder dan het oordeel van de medisch adviseur van de verweerder. (Jurisprudentie gerechtshof Arnhem-Leeuwarden d.d. 25 juli 2017.)"*

4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster maakt aanspraak op een bariatrische ingreep. Aangezien zij ouder is dan 65 jaar, heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen.

Een leeftijd boven de 65 jaar is zowel in Nederland als internationaal een contra-indicatie voor bariatrische chirurgie. Volgens de medisch adviseur is deze zorg bij ouderen minder zinvol, omdat de lichamelijke effecten op morbiditeit minder aanwezig zijn. Volgens de DSMBS moet zeer terughoudend worden omgegaan met bariatrische ingrepen boven de 65 jaar. Uit de aanvraag die de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen, blijkt dat de behandelend chirurg alleen heeft getoetst aan de criteria tot 65 jaar.

5.2. De medisch adviseur heeft toegelicht dat slechts in zeer uitzonderlijke gevallen en omstandigheden van voornoemde leeftijdsgrens kan worden afgeweken. Hij heeft vastgesteld dat het in de situatie van verzoekster gaat om een hoogrisico patiënt, waarbij door de arts niet wordt gemotiveerd op basis van welke uitzondering zij voor deze ingreep in aanmerking dient te komen. Het feit dat in Nederland een andere aanvraag door het grootste bariatrische centrum is afgewezen, ondersteunt de aanname van de ziektekostenverzekeraar dat het hier om een reguliere indicatie gaat die reeds op basis van leeftijd dient te worden afgewezen. De medisch adviseur is daarom van mening dat contact met de behandelend arts geen informatie zal opleveren die leidt tot de goedkeuring van de machtigingsaanvraag. De ziektekostenverzekeraar gaat ervan uit dat alle relevante informatie door de arts is vermeld bij de aanvraag.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat voor bariatrische chirurgie zowel in Nederland als in het buitenland de maximumleeftijd is gesteld op 65 jaar. Indien iemand ouder is, is dit een contra-indicatie. Slechts in uitzonderlijke situaties kan worden besloten dat wél een vergoeding moet plaatsvinden. Deze situatie is hier evenwel niet aan de orde. Met name is niet gebleken dat de Belgische arts een afweging heeft gemaakt tussen voor- en nadelen van de ingreep. De behandelend arts moet een onderbouwing geven van de bijzondere omstandigheden. Uit de brief van de behandelend arts van 19 september 2017 blijkt niet van bijzondere omstandigheden.

5.4. 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 5.2 van de zorgverzekering en 4.3 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 verzoekster aanspraak heeft op de onderhavige bariatrische ingreep, uit te voeren te Brussel, België, 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 4.1 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 4.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"4.4.1. Aanspraak bestaat op geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen.  
(...)"*

8.4. In artikel 4.22 van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland geregeld. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"4.22.1. De verzekerde, die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg als bedoeld in artikel 4. van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.  
(...)"*

8.5. In artikel 2.10. van de zorgverzekering is het volgende bepaald:

*"De verzekerde heeft slechts recht op zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Recht op zorg bestaat mits de zorg wordt verleend op de plaats die, gegeven de aard van de zorg en de omstandigheden, als gebruikelijk kan worden aangemerkt."*

8.6. De artikelen 2.10, 4.4 en 4.22 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.2 en 2.8 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze

neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1, derde lid, 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 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

*"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. Verzoekster 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. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat een gastric bypass in haar situatie niet doelmatig is en dat daarom op grond van de zorgverzekering hierop geen 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 verzoekster destijds 43 was. Verder stelt de behandelend arts dat in het geval van verzoekster sprake was van ernstige comorbiditeit, zodat aannemelijk is dat verzoekster ten tijde van de behandeling hiervoor een indicatie had. Dit lijkt ook te volgen uit het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, waaruit de commissie opmaakt dat de aanvraag, indien verzoekster jonger was dan 65 jaar, wèl zou zijn goedgekeurd. Derhalve ligt de vraag ter beantwoording voor of de ziektekostenverzekeraar de aanvraag mocht afwijzen vanwege het enkele feit dat verzoekster ouder is dan 65 jaar.
- 9.4. In de richtlijn van de DSMBS waarop beide partijen zich beroepen, staat het volgende vermeld ter zake van bariatrische chirurgie bij patiënten ouder dan 65 jaar:



"Ouderen (ouder dan 65 jaar)

• *Bariatrische chirurgie bij patiënten boven de 65 jaar kan worden overwogen in uitzonderlijke gevallen. Er moet rekening gehouden worden met een verhoogd risico op complicaties en mortaliteit.*

• *In aanmerking voor chirurgie komen, conform jongere volwassenen, die patiënten met een BMI  $\geq$  40 kg/m<sup>2</sup>, of een BMI 35-40 kg/m<sup>2</sup> in combinatie met ernstige comorbiditeit.*

• *Het is belangrijk bij deze oudere populatie te laten beoordelen of de patiënt voldoende gezond is om anesthesie en chirurgie te ondergaan, en bereidwillig om mee te werken aan levenslange follow-up.*

*Deze operaties mogen alleen plaatsvinden in ziekenhuizen met een gespecialiseerde multidisciplinair team met ruime ervaring."*

Op basis van het bovenstaande concludeert de commissie dat bariatrische chirurgie bij patiënten ouder dan 65 jaar niet volledig is uitgesloten. Indien wordt voldaan aan genoemde voorwaarden, kan de betreffende patiënt de ingreep ondergaan ten laste van de zorgverzekering. Vaststaat dat verzoekster een BMI heeft van 43 en dat sprake is van ernstige comorbiditeit.

De behandelend chirurg heeft bij brief van 19 september 2017 verklaard dat verzoekster pre-operatief wordt nagekeken door de dienst anesthesie. Ook zal verzoekster worden geopereerd door een gespecialiseerd multidisciplinair team met veel ervaring, zodat volgens de behandelend chirurg de risico's van de gastric bypass voor verzoekster tot een minimum beperkt zullen zijn. Verder heeft verzoekster zich bereid verklaard post-operatief in contact te blijven zodat een goede follow up kan plaatsvinden. Er is evenwel niet door de behandelend arts toegelicht waarom verzoekster behoort tot de uitzonderlijke gevallen voor bariatrische chirurgie boven de 65 jaar. Uit de stukken blijkt niet dat het pre-operatieve onderzoek verder is gegaan dan het standaard pre-operatieve onderzoek. Evenmin is toegelicht hoe de follow-up in de onderhavige situatie is geregeld.

- 9.5. Gezien de voorwaarden zoals genoemd in de richtlijn van de DSMBS, en de verklaring van de behandelend chirurg van 19 september 2017, is de commissie van oordeel dat onvoldoende is komen vast te staan dat verzoekster voldoet aan de voorwaarden die gelden voor bariatrische chirurgie boven de 65 jaar. Het verzoek dient derhalve te worden afgewezen. Dat de ziektekostenverzekeraar geen nadere informatie heeft opgevraagd bij de behandelend arts of verzoekster, maakt het voorgaande niet anders. Het had op de weg van verzoekster gelegen om na kennisneming van het definitieve advies van het Zorginstituut de ontbrekende gegevens bij de behandelend artsen op te vragen en over te leggen aan de commissie.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.

#### **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, 23 mei 2018,

J.A.M. Strens-Meulemeester