

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in zijn hoedanigheid van wettelijk
vertegenwoordiger van C te D, vs E te F
Zaak : Ingangsdatum zorgverzekering
Zaaknummer : ANO07.193
Zittingsdatum : 22 augustus 2007

Zaak: ANO07.193, ingangsdatum zorgverzekering

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 2 en 5 Zvw, 5a AWBZ)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C te D, hierna te noemen verzekerde,

tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar de ingangsdatum van de zorgverzekering te stellen op 14 april 2006, de geboortedatum van verzekerde, in plaats van 26 september 2006, de aanmeldingsdatum.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzekerde is met ingang van 26 september 2006 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Vrij Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 26 september 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat verzekerde vanaf die datum bij de zorgverzekeraar is ingeschreven, hetgeen door de zorgverzekeraar als de primaire beslissing wordt beschouwd.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om vergoeding van een nota van het ziekenhuis gevraagd, die dateert van vóór de datum van de inschrijving van verzekerde. Bij brief van 23 januari 2007, heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld deze kosten niet te vergoeden, hetgeen door de zorgverzekeraar wordt beschouwd als de heroverweging.
- 3.4. Bij brief van 21 februari 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de ingangsdatum van de zorgverzekering van verzekerde te stellen op 15 april 2006.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 30 maart 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Op 15 juni 2007 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoeker en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.8. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 22 augustus 2007 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt van verzoeker
- 4.1. Verzekerde is een meisje van één jaar. Zij is 14 april 2006 door middel van een keizersnee geboren. Haar moeder is om die reden vijf dagen opgenomen geweest. Verzekerde is als 'gezonde zuigeling' gedurende deze vijf dagen bij haar moeder in het ziekenhuis gebleven.
- 4.2. Verzoeker, de vader van verzekerde, heeft door omstandigheden verzekerde pas op 26 september 2006 bij zijn zorgverzekeraar aangemeld ter inschrijving, ruim vijf maanden na de geboorte.
- 4.3. Het ziekenhuis heeft verzoeker op 29 november 2006 een rekening gezonden voor vijf dagen verpleging van 16 april tot en met 20 april 2006, á € 159,50 per dag.
- 4.4. De zorgverzekeraar vergoedt deze nota niet, nu verzekerde ruim vijf maanden na de geboorte is aangemeld. Verzoeker begrijpt dat hij te laat is geweest met aanmelden, maar meent dat de persoonlijke omstandigheden die daar aan ten grondslag liggen – een gezin met nog twee kinderen, een verhuizing, een grote verbouwing en een hoge werkdruk ten tijde van de geboorte – voor de zorgverzekeraar aanleiding zou kunnen vormen om een uitzondering te maken. Hij verzoekt dan ook, bij wijze van uitzondering en gezien zijn persoonlijke omstandigheden, de ingangsdatum van de verzekering te stellen op 14 april 2007 en alsnog tot vergoeding van de ziekenhuisrekening over te gaan, onder verrekening van de te betalen premie.
- 4.5. Bij fax van 19 juni 2007 heeft verzoeker nog een nota ingediend van € 1.934,63 ten behoeve van neonatologische basiszorg voor de periode van 14 tot en met 16 april 2006. Deze rekening heeft verzoeker eerst na 30 mei 2007 ontvangen, wegens het afsluiten van de daarbijbehorende DBC na 365 kalenderdagen. Verzoeker heeft aangegeven deze nota in het geding te willen inbrengen.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar is van mening dat de inschrijving van verzekerde uitsluitend terugwerkende kracht heeft indien zij uiterlijk vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht is aangemeld. Na ommekomst van vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht, kan aan de inschrijving geen terugwerkende kracht worden verleend. De zorgkosten die gemaakt zijn vóór het moment van aanmelden blijven dan ook voor rekening van verzekerde.
- 5.2. Met betrekking tot de op 19 juni 2007 toegezonden rekening van verzoeker, heeft de zorgverzekeraar bij brief, van 29 juni 2007 aangegeven ook deze rekening, indien zij

hiervan hadden kennis genomen, om de onder 5.1 genoemde redenen af te wijzen. Hij heeft dan ook geen bewaar tegen voeging van deze nota in de procedure.

- 5.3. De zorgverzekeraar heeft begrip voor de situatie van verzoeker, maar ziet vanwege de mogelijke precedentwerking geen mogelijkheid tot wijziging van de aanvangsdatum en vergoeding van de onderhavige nota over te gaan.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.

Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De plicht tot het sluiten van een zorgverzekering is omschreven in Hoofdstuk , de artikelen 2 tot en met 8 van de Zvw. Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende

- 7.2. In de voorwaarden van de zorgverzekeraar is de aanvang van de zorgverzekering geregeld in artikel 2.7.

Hierin wordt, voor zover hier relevant, het volgende bepaald:

"Lid 1

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek van de verzekeringsnemer tot het sluiten van de verzekeringsovereenkomst heeft ontvangen.

(...)

Lid 4. Indien de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond."

- 7.3. De regeling van artikel 2.7 is volgens artikel 2.2 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 5 van de Zvw regelt het begin en het einde van de zorgverzekering.
- 7.5. In het onderhavige geval is verzekerde pas vijf maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht bij haar geboorte, aangemeld bij de zorgverzekeraar voor een zorgverzekering. Naar het oordeel van de commissie komt verzoeker om die reden geen beroep toe op artikel 2.7 lid 4 van de zorgverzekering.
- Ook de toelichting op artikel 5 lid 5 van de Zvw, waar artikel 2.7 van de zorgverzeke-

ring een uitwerking van is, laat geen andere beoordelingsruimte, nu hier expliciet toegelicht wordt dat “een zorgverzekering die later dan vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht is ingegaan, niet terugwerkt, zodat verzekerde over eerder bedoelde periode niet – althans niet op grond van een zorgverzekering – verzekerd zijn geweest.”

- 7.6. In dit geval zijn vijf ligdagen in rekening gebracht door de afdeling gynaecologie, onder vermelding van code ‘190033’. Deze code staat voor het product “verpleegdag voor een gezonde zuigeling”. Deze code dient aan de verzekering van de zuigeling te worden toegerekend, nu de ligdagen van de moeder verdisconteerd zijn in de Diagnose Behandel Combinatie voor de keizersnee.
- 7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 augustus 2007,

Voorzitter