

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B in deze vertegenwoordigd door F te G tegen C en E beide  
te D  
Zaak : Declaraties, ingangsdatum zorgverzekering  
Zaaknummer : 2009.02048  
Zittingsdatum : 10 februari 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door F te G

tegen

C en E beide te D, ,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 7 april 2009, waarbij haar is medegedeeld dat de op basis van een Diagnose Behandelcombinatie (DBC) door het ziekenhuis gedeclareerde kosten zijn afgewezen, aangezien de openingsdatum van deze DBC ligt vóór de ingangsdatum van de zorgverzekering, te weten 6 november 2008.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Met ingang van 6 november 2008 is verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Tand Compact afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster is op 28 september 2008, in het kader van gezinshereniging en in het bezit van een machtiging tot voorlopig verblijf, naar Nederland gekomen. Op 30 september 2008 heeft zij zich bij de autoriteiten gemeld. Hierna is op 3 november 2008 een verblijfsvergunning verleend met de ingangsdatum 21 oktober 2008. Op 20 oktober 2008 is een zorgverzekering aangevraagd bij de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft de ingangsdatum van de zorgverzekering gesteld op 6 november 2008. Verzoekster is van 31 oktober tot en met 2 november 2008, van 18 tot en met 22 november 2008, en van 12 tot en met 15 december 2008 in het ziekenhuis verbleven. In verband hiermee is door het ziekenhuis een DBC geopend en is verzoekster een nota gezonden ten bedrage van € 2.252,30. Deze nota heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar ingediend, met het verzoek tot vergoeding over te gaan (hierna: de aanspraak). Met brief van 7 april 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 augustus 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster mede-

gedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.4. Bij brief van 23 september 2009 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 (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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 van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 14 december 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 december 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 12 januari 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 februari 2010 telefonisch gehoord.

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

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, in de eerste plaats dat de ingangsdatum van de zorgverzekering onjuist is bepaald door de ziektekostenverzekeraar, nu de verblijfsvergunning de datum van 21 oktober 2008 vermeldt. Voor zover de ziektekostenverzekeraar uitgaat van een latere ingangsdatum is dit niet op grond van wet- en regelgeving, maar op basis van een eigen keuze. Deze “gemotiveerde werkwijze” is onredelijk, in die zin dat verzoekster wordt benadeeld, terwijl zij geen invloed kan uitoefenen op het “tijdgat” tussen aanvraag en afgifte van de verblijfsvergunning.
- 4.2. Mocht volledige vergoeding niet mogelijk zijn, dan dient de ziektekostenverzekeraar naar het oordeel van verzoekster in ieder geval de na 6 november 2008 gemaakte kosten te vergoeden. Daarbij tekent zij aan dat de DBC-systematiek enkel tot doel heeft de verhoudingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars te reguleren, en daarom uitsluitend die partijen regardeert. Zo nodig zouden meerdere DBC's kunnen worden geopend.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat het gaat om de datum waarop iemand rechtmatig verblijf krijgt, en niet de datum waarop de verzekeraar daarmee bekend wordt. De beslissing van de ziektekostenverzekeraar is in strijd met de omstandigheid dat iedereen die in Nederland verblijft verzekerd is, en dat voor hen die rechtmatig hier te lande verblijven zelfs verzekeringsplicht bestaat.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat waar het gaat om de beoordeling van het ingezetenschap, zijn vaste werkwijze is dat in situaties als de onderhavige, de zorgverzekering ingaat wanneer de beschikking waarbij de IND de verblijfsvergunning regulier of asiel verleent, bij betrokkene bekend is. Nu verzending heeft plaatsgevonden op 3 november 2008, zou de zorgverzekering op 4 november 2008 kunnen ingaan. Deze werkwijze is in lijn met de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep en van de SKGZ, zij het dat deze laatste instantie de verzenddatum hanteert. De zorgverzekering kan daarom eerst op 4 november 2008 ingaan. Voor het aannemen van een onaanvaardbaar resultaat van toepassing van artikel 5, lid 5 Zvw is in het geval van verzoekster geen aanleiding.
- 5.2. Ingevolge artikel 4.2.3 van de NZa-beleidsregel CI/NR-100-085 is de openingsdatum van de DBC bepalend voor het antwoord op de vraag waar de kosten komen te liggen. Deze regel dient in casu analoog te worden toegepast.
- 5.3. Het openen van successievelijke DBC's is niet aan de orde. Het betreft hier namelijk één DBC, te weten prestatiecode 0711000V210103, welke staat voor "problemen in de eerste 16 weken van de zwangerschap/conservatieve behandeling met klinische opname". Dat verzoekster driemaal is opgenomen maakt dit niet anders.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat hij correcte uitvoering heeft gegeven aan artikel 5 AWBZ. De immigrant dient zelf zorg te dragen voor een verzekering. Doet hij of zij dit niet, dan draagt de immigrant zelf het risico. De echtgenoot van verzoekster woonde al in Nederland en kende de regels. Het kan niet zo zijn dat de kosten van de bevalling worden afgewenteld op het collectief. Bij de afweging aan de hand van redelijkheid en billijkheid moet ook rekening worden gehouden met het algemeen belang, met name het aspect van de kostenbeheersing.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is 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. De beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de door haar gemaakte ziekenhuiskosten ad € 2.252,30, ten laste van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Door verzoekster is primair gevorderd dat de ingangsdatum van de zorgverzekering wordt gesteld op 21 oktober 2008, zodat eerder genoemde ziekenhuiskosten binnen het tijdvak van verzekering komen te liggen.

Artikel 5 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer de zorgverzekering aanvangt. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*"5 Begin van de zorgverzekering*

- 1. De zorgverzekering gaat in op de datum die op het polisblad/bewijs van inschrijving als ingangsdatum is vermeld. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van een kalenderjaar, tenzij verzekeringnemer uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar schriftelijk heeft opgezegd.*
- 2. De ingangsdatum is de datum waarop door de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de verzekering, vermeldende welke polisvariant gewenst is, is ontvangen, dan wel de datum waarop nader gevraagde informatie is ontvangen.*
- 3. De ingangsdatum kan op verzoek van degene die sluiting van de zorgverzekering verlangt liggen na de in lid 2 genoemde datum, indien degene te wiens behoefte de zorgverzekering wordt gevraagd reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is.*
- 4. Ondanks het hierboven in lid 3 bepaalde is de ingangsdatum voor iemand door of ten behoeve van wie een aanmelding voor een verzekering plaatsvindt als nieuwe verzekeringsplichtige in het kader van de Zorgverzekeringswet gelijk aan de datum waarop de verzekeringsplicht ontstond, als de verzekering tot stand komt binnen 4 maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht.  
(...)"*

- 7.3. Artikel 5 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is volgens artikel 4 lid 1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Artikel 2 Zvw regelt de verzekeringsplicht, en artikel 5 Zvw regelt het begin en einde van de zorgverzekering.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De zorgverzekering is een verzekering tegen ziektekosten voor hen die als verzekeringsplichtig op grond van de wet worden beschouwd. Wie dat zijn is bepaald in de AWBZ en de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluiten in combinatie met artikel 2 Zvw. Van verzekeringsplicht kan eerst sprake zijn als betrokkene ingezetene is. Dit ingezetenschap wordt beoordeeld aan de hand van de economische, sociale en juridische factoren. Komt iemand uit het buitenland, dan ligt het zwaartepunt bij de juridische binding met Nederland, ook al omdat vreemdelingen die hier te lande niet rechtmatig verblijf houden volgens artikel 10 lid 1 van de Vreemdelingenwet 2000 in beginsel zijn uitgesloten van verstrekkingen, voorzieningen en uitkeringen door bestuursorganen. Deze bepaling ziet mede op de volksverzekeringen. Uit het voorgaande volgt dat het ingezetenschap in een situatie als de onderhavige afhankelijk is van de juridische binding, en dat juridische binding eerst tot stand komt wanneer is vastgesteld dat de vreemdeling hier te lande eerder reeds rechtmatig verblijf houdt. Zolang daarover onzekerheid bestaat, hetgeen het geval is zolang de aanvraag voor een verblijfsvergunning nog in behandeling is, in casu tussen 20 oktober 2008 en 3 november 2008, kan niet van een juridische binding met Nederland worden gesproken. Pas wanneer de verblijfsvergunning wordt afgegeven, ontstaat, ook voor de vreemdeling, duidelijkheid over diens status. De vaststelling van de status door het IND als zijnde het in deze bevoegde orgaan is bepalend. De onderhavige beschikking dateert van 3 november 2008. Ingevolge artikel 5 lid 5 Zvw werkt de zorgverzekering, na de aanvraag bij de zorgverzekeraar, terug tot uiterlijk die datum. Of en zo ja op welk moment de vreemdeling daarvan kennis neemt is van minder belang. Dit zou trouwens een nieuwe onzekerheid introduce-

ren, aangezien de beschikking verkeerd kan zijn bezorgd, waardoor de aanname dat de inhoud de volgende dag bij betrokkene bekend is, niet per definitie houdbaar is. Artikel 5 lid 5 Zvw is van dwingend recht. In deze bepaling wordt de eventuele terugwerkende kracht gekoppeld aan de bestaande verzekeringsplicht. Zoals in het voorafgaande is uiteengezet, ontstaat de verzekeringsplicht op de datum waarop de beschikking wordt afgegeven, in casu 3 november 2008.

- 7.7. Door verzoekster is verder gesteld dat de bestaande DBC-systematiek haar niet kan worden tegengeworpen nu deze enkel tot doel heeft de verhoudingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars te reguleren, en daarom uitsluitend die partijen regardeert. Ook heeft zij aangevoerd dat zo nodig meerdere DBC's zouden kunnen worden geopend.
- 7.8. De commissie overweegt dienaangaande als volgt. Het betreft hier een restitutiepolis. Op grond van het bepaalde in artikel 2 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering bestaat recht op vergoeding van de kosten van medisch-specialistische zorg en onderzoek. De betreffende kosten worden in Nederland gedeclareerd door middel van een DBC. In artikel 1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is dit begrip aldus gedefinieerd:

*“De kosten van het ziekenhuis, GGZ-instelling, zelfstandig behandelcentrum of extramuraal werkende medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut, inclusief verschuldigde arbeidskosten waaronder onder meer het honorarium van de medisch specialist.”*

Artikel 7 lid 2 sub b van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt dat de vergoeding van kosten plaatsvindt op basis van het op het moment van behandeling door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen (DBC-)tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen. Hieruit volgt dat de NZa-beleidsregels, waarin onder andere is opgenomen dat de openingsdatum van de DBC bepalend is voor de kostentoe rekening, ook in de relatie ziektekostenverzekeraar-verzekerde onverkort van toepassing zijn.

- 7.9. Zoals door de ziektekostenverzekeraar is betoogd, en door verzoekster niet, althans onvoldoende is bestreden, valt de verleende zorg onder DBC-prestatiecode 0711000V210103, welke staat voor “problemen in de eerste 16 weken van de zwangerschap/conservatieve behandeling met klinische opname”. Het ‘splitsen’ van deze DBC is niet mogelijk; de drie opnemingen die hebben plaatsgevonden vallen alle onder genoemde prestatiecode.
- De stelling dat op latere data – dat wil zeggen na 6 november 2008, de ingangsdatum van de zorgverzekering – door het ziekenhuis mogelijk andere DBC's hadden kunnen worden geopend, is door verzoekster op geen enkele wijze onderbouwd, en deze moet daarom worden gepasseerd.

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

- 7.10. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor de onderhavige kosten, en kan derhalve verder onbesproken blijven.

#### **Werking privaatrecht**

- 7.11. Verzoekster heeft naar voren gebracht dat artikel 2 Zvw zich niet richt tot de verzekeraar, maar tot de verzekeringsplichtige. Er zou dan ook geen dwingende regeling zijn

inzake het aannemen van ingezetenschap. De ziektekostenverzekeraar heeft dit onderschreven, waarbij hij zich bij de beslissing over de ingangsdatum van de zorgverzekering heeft beroepen op een “gemotiveerde werkwijze” die in lijn is met de jurisprudentie. Ook heeft hij gesuggereerd dat in dit verband “redelijkheid en billijkheid ingeroepen kunnen worden”.

Artikel 6:2 lid 2 BW opent de mogelijkheid van een tussen partijen krachtens de wet geldende regel af te wijken indien toepassing in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn. Ook de ziektekostenverzekeraar wijst daarop, zonder daarvoor overigens in het geval van verzoekster te komen tot een voor haar gunstiger beslissing. Tot hetzelfde negatief oordeel komt in het gegeven geval ook de commissie. Zij overweegt dienaangaande het volgende. De vreemdeling die hier te lande verblijft en in afwachting is van de beslissing van de IND op de aanvraag voor een verblijfsvergunning, kan een particuliere ziektekostenverzekering sluiten. In de situatie van verzoekster is blijkbaar pas op 14 november 2008 een (reis)verzekering gesloten. De ziekenhuiskosten waren toen, gegeven de DBC-systematiek, al gemaakt. Dat deze kosten thans voor haar rekening blijven, ligt in de risicosfeer van verzoekster.

### **Conclusie**

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

### **8. Het bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 februari 2010,

Voorzitter