

ANONIEM

Bindend advies

Partijen : A te B vs. C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, poliklinische bevalling in ziekenhuis, eigen bijdrage
Zaaknummer : ANO07.263
Zittingsdatum : 5 september 2007

Zaak: ANO07.263 (Geneeskundige zorg, poliklinische bevalling in ziekenhuis, eigen bijdrage)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, artt. 10, 11 Zvw, 2.4, 2.10 - 2.12 Bzv, 2.37 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 13 november 2006 inzake het deels vergoeden van de poliklinische bevalling.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering 2006, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij uitkeringsspecificatie van 13 november 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de kosten van de poliklinische bevalling deels worden vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 28 december 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 4 maart 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de volledige kosten van de poliklinische bevalling te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 23 april 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 4 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

- 3.8. Eveneens op 4 juli 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 31 juli 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Partijen zijn op 5 september 2007 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen.
- 3.11. In vervolg op de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar onderzoek gedaan naar hetgeen tijdens een beweerdelijk gehouden telefoongesprek in februari 2006 van de kant van de zorgverzekeraar mogelijk is gezegd. Bij brief van 10 september 2007 heeft de zorgverzekeraar de commissie laten weten dat in de registraties geen aantekening is gevonden van het bewuste gesprek. Een afschrift hiervan is op 11 september 2007 aan verzoeker gezonden.
- 3.12. Bij brief van 6 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.
4. Het standpunt van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster is in 2003 bevallen van een zoon, hetgeen volgens haar geen gemakkelijke bevalling was. Haar zoontje verkeerde indertijd in foetale nood en, na een rit per ambulance, is hij met een kunstverlossing (vacuümpomp) ter wereld gekomen. Gezien deze ervaring zegt verzoekster voor de bevalling van haar dochtertje in augustus 2006 gekozen te hebben voor een bevalling in het ziekenhuis. Haar verloskundige onderschrijft deze keuze.
 - 4.2. Tijdens de hoorzitting heeft verzoekster nog aangegeven dat haar in februari 2006 in een telefoongesprek met een medewerker van de zorgverzekeraar is aangegeven dat de kosten zouden worden vergoed.
 - 4.3. Verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar, gezien de geschetste situatie, de poliklinische bevalling in het ziekenhuis volledig, dus zonder aftrek van een eigen bijdrage, ten laste van de zorgverzekering dient te vergoeden.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar
 - 5.1. De zorgverzekeraar zegt dat in dit geval geen sprake was van een medische noodzaak voor de bevalling in het ziekenhuis. Volgens de zorgverzekeraar geldt in een dergelijk geval, op grond van artikel 14 van de zorgverzekering juncto artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering (Bzv), een eigen bijdrage. De hoogte van deze eigen bijdrage is geregeld in artikel 2.37 van de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 5.2. De zorgverzekeraar concludeert dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de poliklinische bevalling in het ziekenhuis ten laste van de zorgverzekering, vermindert met de wettelijk bepaalde eigen bijdrage.

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. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Allereerst stelt de commissie vast dat partijen niet van mening verschillen over het antwoord op de vraag of de kosten van de poliklinische bevalling in het ziekenhuis voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. De commissie neemt dit hierna dan ook als gegeven. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is enkel of verzoekster een eigen bijdrage verschuldigd is en zo ja, tot welke hoogte. De beantwoording van deze vraag dient plaats te vinden aan de hand van de tussen partijen ten tijde van de onderhavige poliklinische bevalling bestaande verzekeringsovereenkomst, te weten de zorgverzekering.
- 7.2. Bij een poliklinische bevalling in een ziekenhuis wordt de bevalling begeleid door de eigen verloskundige of huisarts. De kraamverzorgende en/of verpleegkundige van het ziekenhuis verleent daarbij assistentie. In de situatie van verzoekster is de commissie niet, ook niet uit de verklaring van de verloskundige van 23 november 2006, gebleken dat sprake was van een medische noodzaak voor een poliklinische bevalling in het ziekenhuis. Dit neemt overigens niet weg dat de commissie de keuze van verzoekster, gezien de ervaringen bij de eerdere bevalling, wel kan begrijpen.
- 7.3. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

*“(…)
Bijzonderheden: indien de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt, zonder dat verblijf medisch noodzakelijk is, dan is een eigen bijdrage verschuldigd voor kraamzorg volgens de Regeling zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. (...)”*

Artikel 2.12 van de Rzv, waar artikel 14 van de zorgverzekering naar verwijst, luidt als volgt:

*“1. Naast de in artikel 2.10 bedoelde verzorging, omdat verzorging tevens zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende ten hoogste tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling.
2. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde een eigen bijdrage betaalt voor de zorg, bedoeld in het eerste lid.”*

In artikel 2.37 van de Rzv, zijnde de ministeriële regeling waar artikel 2.12 van het Bzv naar verwijst, is – voor zover hier van belang – het volgende bepaald:

“2. Voor verzorging als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering, verleend in een instelling zonder dat verblijf in de instelling medisch noodzakelijk is, betaalt zowel de moeder als het kind een eigen bijdrage van € 14,00 per dag, die wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van de instelling € 100,50 per dag te boven gaat.

Voor de volledigheid merkt de commissie nog op dat de hiervoor aangehaalde tekst van artikel 2.37 van de Rzv de tekst is zoals deze in 2006 gold.

- 7.4. Nu geen sprake was van een medische noodzaak voor een poliklinische bevalling in het ziekenhuis, is verzoekster een eigen bijdrage verschuldigd voor de door het ziekenhuis verleende kraamzorg. Deze eigen bijdrage bedraagt € 269,50 (2x € 14,00, vermeerderd met € 442,50 – (2 x € 100,50)). Een en ander betekent dat de door verzoekster te ontvangen vergoeding € 442,50 - € 269,50 = € 173,00 bedraagt. Nu dit bedrag overeenkomt met het bedrag dat de zorgverzekeraar op het vergoedingenoverzicht van 13 november 2006 vermeldt, dient – gezien het voorgaande – het verzoek van verzoekster te worden afgewezen. De commissie is niet gebleken dat in februari 2006 een telefoongesprek heeft plaatsgevonden waarin van de kant van de zorgverzekeraar een toezegging is gedaan, die tot een andersluidend oordeel zou moeten te leiden.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 oktober 2007,

Voorzitter