

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, poliklinische bevalling met of zonder medische indicatie
Zaaknummer : 2007.2386
Zittingsdatum : 12 maart 2008

Zaak: 2007.2386, geneeskundige zorg, poliklinische bevalling met of zonder medische indicatie

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, ... Rzv)

1 Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

De bestreden beslissing

2.

Verzoekster komt op tegen na te melden besluit van de zorgverzekeraar van 24 september 2007.

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 (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zvw.

3.2. De behandelend gynaecoloog heeft bij verzoekster na een structureel echoscopisch onderzoek, in verband met een herhalingsrisico op gastroschisis, de volgende diagnose gesteld: "geen grove structurele afwijkingen waargenomen (...) echoscopisch normaal aspect van de foetale buikwand. Verdere begeleiding in de eerste lijn met gezien de voorgeschiedenis, poliklinische partus in het ziekenhuis". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van de kosten van de door haar gewenste zorg bestaande uit "een poliklinische bevalling met medische indicatie" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 september 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.

3.3. Op 27 augustus 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 30 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.

- 3.5. Bij brief van 11 november 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.6. 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.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 15 januari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 januari 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 januari 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 8 februari 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 28 januari 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw, gevraagd. Het CVZ heeft bij brief van 27 februari 2008 de commissie geadviseerd het verzoek toe te wijzen omdat noch de polisvoorwaarden, noch de op de zorgverzekeringswet gebaseerde regelgeving bepalen dat uitsluitend van een poliklinische bevalling met medische noodzaak gesproken kan worden, indien daarbij een gynaecoloog aanwezig is. Een afschrift van dit CVZ-advies is met dit bindend advies aan partijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat, hoewel de ingediende declaratie vermeldt dat het een poliklinische bevalling zonder medische indicatie betreft, deze medische indicatie weldegelijk aanwezig was. Zij verwijst hiervoor naar de brief van 10 april 2007 van haar gynaecoloog aan haar verloskundige. Hierin staat dat de verdere begeleiding van de zwangerschap op de eerste lijn verzorgd kan worden, doch dat gezien de voorgeschiedenis - een herhalingsrisico op gastroschisis - de bevalling poliklinisch dient plaats te vinden.
- 4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat voor het bepalen van de hoogte van de vergoeding, de informatie die het ziekenhuis heeft verstrekt op de declaratie leidend is. Op de rekening staat vermeld dat sprake is van een poliklinische bevalling zonder medische indicatie, hetgeen overeenkomt met de daarbij vermelde code. Het is in die situatie aan verzoekster om een bewijsstuk van het ziekenhuis over te leggen alsmede een gecorrigeerde nota teneinde de medische indicatie aannemelijk te maken .
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6 De bevoegdheid van de commissie

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

De beoordeling van het geschil

7.

Het betreft hier een mixpolis. Geneeskundige zorg valt onder de restitutie bepaling waardoor verzekerde in beginsel gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 tot en met 21 van de zorgverzekering.

7.1

Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verloskundige zorg bestaat.

"Omschrijving:

*vergoeding van de kosten van verloskundige zorg zoals verloskundigen deze plegen te bieden, inclusief het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt.
(. . .)*

Door:

verloskundige, huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde of medisch specialist.

Bijzonderheden:

als de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt, zonder dat dit 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. De aanspraak op vergoeding van de kosten van kraamzorg is geregeld in artikel 32, Kraamzorg, en,
- komt het verschil tussen het tarief van het ziekenhuis en het bedrag genoemd in de Regeling zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering voor rekening van de verzekerde. De Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.zorgverzekeraar.nl. "*

Artikel 2.3 ziet op de medische noodzaak en bepaalt het volgende:

"Aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden bestaat slechts indien en voorzover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De inhoud en omvang van de vormen van zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vak gebied geldt als verantwoorde en adequate zorg. "

7.2.

De regeling in de artikelen 2.3 en 14 van de zorgverzekering is volgens artikel 1.65 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

7.3.

Artikel 11, lid 1, onderdeel b van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Verloskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 van het Bzv.

- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving .
- 7.5. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of een poliklinische bevalling na een in een eerdere zwangerschap geconstateerde gastroschisis medisch is geïndiceerd en daarmee is te beschouwen als zorg die verloskundigen plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.6. Hoewel de aanvraag - in casu de ingediende declaratie met declaratiecode 190036 voor een poliklinische bevalling zonder medische indicatie - in beginsel leidend is, overweegt de commissie, gelet op de inhoud van de brief van de gynaecoloog van 10 april 2007 en het gegeven dat de declaratiecode voor een poliklinische bevalling mét medische indicatie (190037 met een gelijkkuidend bedrag van € 451,50) slechts één cijfer verschilt, als volgt.
- 7.7. De commissie stelt op grond van het Verloskundigvademecum 2003 vast dat een te verwachten pathologische zwangerschap, bevalling en kraam periode behoren tot het takenpakket van de tweedelijns zorgverlener, in principe na selectie door de eersteelijns zorgverlener. Om selectie en verwijzing optimaal te laten verlopen. zijn richtlijnen voor overleg en overdracht geformuleerd, de Verloskundige Indicatielijst (Kloosterman-lijst). Deze Verloskundige Indicatielijst, welke is ingedeeld in A, B, een D-indicaties. heeft een tweeledig doel:
1. De lijst geeft een op basis van 'evidence' *en/of* consensus tot stand gekomen advies aan de verloskundige zorgverleners over de verloskundige begeleiding in specifieke situaties;
 2. De lijst vormt een geheel van richtlijnen waarmee zorgverleners tegenover anderen (o.a. zorgverzekeraars en cliënten) het verloskundig beleid kunnen beargumenteren. De Verloskundige Indicatielijst zelf en de wijze waarop de adviezen voor het verloskundig beleid tot stand zijn gekomen, vormen een richtlijn voor verantwoorde, verloskundige zorg.
- 7.8. In de situatie van verzoekster, waarin sprake is van een eerder kind met aangeboren dan wel erfelijke afwijking, is volgens de Verloskundige Indicatielijst sprake van een B-indicatie. Hierbij is sprake van een situatie op het raakvlak van de eerste en de tweede lijn. Deze indicaties geven aanleiding tot overleg tussen eerste- en tweedelijns zorgverleners, waarin moet worden overwogen wat de mogelijkheden zijn van preventie, diagnostiek en behandeling in de gegeven situatie. Daarbij moet een afweging plaatsvinden van de inbreng vanuit de ervaringsdeskundigheid van de verschillende zorgverleners. Voorop staat daarbij dat zodanig verloskundig beleid wordt afgesproken dat deze in de individuele situatie tot optimale zorg leidt. De betreffende situatie kan leiden tot een verwijzing naar de tweedelijns zorgverlener, tot verdere begeleiding door de eerstelijns zorgverlener, of tot gezamenlijke begeleiding in welke vorm ook. Eerstelijns zorgverlener en specialist nemen hierover samen de beslissing. Op grond van dit overleg bepalen zij het meest geëigende, verloskundig beleid en de meest aangewezen zorgverlener.
- 7.9. De commissie begrijpt dat verzoekster in verband met een eerdere zwangerschap waarbij de foetus een gastroschisis had, door haar verloskundige is doorverwezen naar de gynaecoloog. De gynaecoloog heeft naar aanleiding van verder onderzoek

vastgesteld dat de verdere begeleiding door de eerstelijns verloskundige kan worden kan worden verzorgd, doch dat de bevalling, gezien de voorgeschiedenis, poliklinisch in het ziekenhuis dient plaats te vinden. Op grond hiervan komt de commissie tot de conclusie dat in de situatie van verzoekster, waarin door de gynaecoloog is voorgeschreven dat de bevalling poliklinisch in het ziekenhuis diende plaats te vinden, onder begeleiding van een verloskundige, als een poliklinische bevalling met medische indicatie dient te worden beschouwd, zoals ook door het CVZ verwoord in zijn advies van 27 februari 2008. Ook de voorwaarden van de zorgverzekering bepalen niet dat een bevalling in een ziekenhuis uitsluitend als medische noodzakelijk wordt beschouwd indien de bevalling wordt geleid door een gynaecoloog.

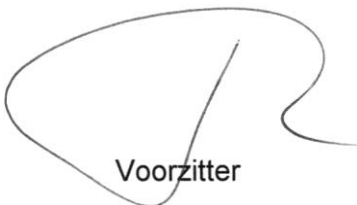
7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen .

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek toe.

8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 12 maart 2008,



Voorzitter