

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen E te F en G te H
Zaak : Curaçao, geneeskundige zorg, poliklinische bevalling onder begeleiding van gynaecoloog, indicatie, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2012.02721
Zittingsdatum : 18 december 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,

tegen

1) E te F, en

2) G te H,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (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 Beter Af Plus Polis 1 ster afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. 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 vergoeding van de kosten van een poliklinische bevalling onder begeleiding van een gynaecoloog, uitgevoerd te Willemstad, Curaçao (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 september 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de kosten slechts gedeeltelijk worden vergoed, namelijk tot een bedrag van € 353,54.

3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 23 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de consulten bij de gynaecoloog met een totaalbedrag van € 93,01 en de laboratoriumkosten van € 46,76 en € 12,37 volledig te vergoeden. De kosten van het consult van de gynaecoloog op 25 juni 2012 van € 20,43 en de ijzertabletten van € 1,49 worden coulancehalve vergoed. Uiteindelijk is ter zake van de bevalling een bedrag van totaal € 557,96 betaald.

- 3.4. Bij brief van 21 juli 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 16 oktober 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 oktober 2013 aan verzoekster gezonden.
 - 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 oktober 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
 - 3.8. Bij brief van 22 oktober 2013 heeft de commissie het College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 25 november 2013 (zaaknummer 2013131835) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie had voor zowel een verwijzing naar de gynaecoloog als voor pijnbestrijding tijdens de bevalling. Een afschrift van het CVZ-advies is op 29 november 2013 aan partijen gezonden.
 - 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 december 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
 - 3.10. Bij brief van 22 oktober 2013 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 6 januari 2014 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster heeft aanvankelijk van de ziektekostenverzekeraar vernomen dat zij voor de prenatale zorg een vergoeding van slechts € 353,54 zou ontvangen. Zij heeft hierover telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, en daarbij vermeld dat zij door de huisarts naar de gynaecoloog is verwezen in verband met regelmatige urineweginfecties. De gynaecoloog heeft haar ook medicatie voorgeschreven. De ziektekostenverzekeraar stelt zich thans op het standpunt dat verzoekster geen indicatie had voor begeleiding door een gynaecoloog, zodat de hoogte van de vergoeding juist is.
 - 4.2. Verzoekster is het evenwel oneens met de hoogte van de vergoeding, ook na correctie. De huisarts was van mening dat zij een gynaecoloog moest bezoeken. Verzoek-

ster wilde niet ingaan tegen het advies van de arts. Bovendien is het op Curaçao gebruikelijk dat als een gynaecoloog is betrokken bij de prenatale zorg, deze ook aanwezig is bij de bevalling. De kosten van de bevalling zijn daardoor wel hoger.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op 11 mei 2012 heeft de huisarts verzoekster verwezen naar een gynaecoloog voor verdere controle in verband met een urineweginfectie gedurende haar zwangerschap, terugkerende urineweginfecties voorafgaand aan haar zwangerschap en nierbekkenontsteking in het verleden. De ziektekostenverzekeraar betwist deze verwijzing niet. De aanspraak op vergoeding van de kosten van de prenatale zorg door de gynaecoloog wordt echter bepaald door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. In het geval van verzoekster zijn de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie van toepassing. Vrouwen met frequent terugkerende urineweginfecties die onvoldoende reageren op profylactische behandeling, en zwangere vrouwen met nierbekkenontsteking, hebben een indicatie voor verwijzing. Tijdens haar zwangerschap heeft verzoekster één keer een urineweginfectie gehad, die adequaat is behandeld. Volgens de richtlijnen had zij daarom niet naar de gynaecoloog moeten worden verwezen. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar een vergoeding verleend volgens het maximale tarief voor verloskundige hulp, namelijk € 353,54.

5.2. In zijn brief van augustus 2012 verklaart de gynaecoloog dat verzoekster in het ziekenhuis wil bevallen met epidurale pijnbestrijding. Dit houdt geen verband met de verwijzing van de huisarts. Voor een poliklinische bevalling zonder medische indicatie vergoedt de ziektekostenverzekeraar € 577,96. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 316,87.

5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de nota's van de huisartsenconsulten en het laboratoriumonderzoek onterecht ten laste van het tarief van € 353,54 gebracht. Dit is tijdens de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen gecorrigeerd. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar besloten een consult van de gynaecoloog en de voorgeschreven ijzertabletten, waarvoor geen nota's zijn ontvangen, coulantehalve te vergoeden.

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 artikel 16 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten alsnog volledig te vergoeden, 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 4 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg in een poliklinische setting bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden de kosten van:

- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie;*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden. Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2016 ook; de behandeling van specifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn zoals opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd.(...)

Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. De door ons, voor deze specifieke behandelingen en/of aandoeningen, gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft, tandarts in het geval dat het kaakchirurgische zorg betreft of een andere medisch specialist. Voor de oogarts heeft u geen verwijzing nodig.(...)”

- 8.4. Artikel 19 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Bij gebruik van zorg in een EU/EER-staat of verdragsland heeft u naar keuze aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;*
- zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;*

– vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de Beter Af Polis tot maximaal:
– wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;
– het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
– wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.(...)”

- 8.5. De artikelen 19 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering en 4 van de ‘aanspraken en vergoedingen’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.7. 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Naar de commissie begrijpt, heeft de onderhavige kwestie betrekking op de kosten van prenatale zorg en van een poliklinische bevalling. Voor de prenatale zorg is een bedrag van € 353,54 betaald, terwijl de kosten ervan – gelet op de door verzoekster overgelegde nota’s – ANG 675 bedroegen, omgerekend € 282,34 (naar de stand van 30 augustus 2013). Aangezien de vergoeding hoger is dan de kosten die verzoekster heeft gemaakt, kan onbesproken blijven of dit de juiste vergoeding is geweest.
- 9.2. Voor de kosten van de bevalling, waarbij de gynaecoloog aanwezig was, is door verzoekster – omgerekend – een bedrag van € 2.234,83 gedeclareerd. De commissie is hierbij uitgegaan van het overzicht van de ziektekostenverzekeraar van 26 april 2013, aangezien verdere gegevens hierover in het dossier ontbreken.

- 9.3. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat verzoekster geen indicatie had voor een poliklinische bevalling en baseert zich daarbij op richtlijnen van het NHG en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Om die reden heeft hij het tarief vergoed dat behoort bij een poliklinische bevalling zonder medische indicatie, namelijk € 577,96.
- 9.4. Uit de stukken blijkt dat de reden dat verzoekster poliklinisch is bevallen, is dat zij gebruik wilde maken van pijnbestrijding. Uiteindelijk is dit niet gebeurd. De reden dat de gynaecoloog bij de bevalling aanwezig was, is volgens verzoekster dat zij een urineweginfectie heeft gekregen tijdens haar zwangerschap, waarvoor zij is behandeld. Op Curaçao is het dan gebruikelijk dat de behandelend gynaecoloog ook bij de bevalling aanwezig is. Gelet op het advies van het CVZ van 25 november 2013 was de aanwezigheid van de gynaecoloog niet vereist en had verzoekster daarnaast geen indicatie voor pijnbestrijding tijdens de bevalling. De commissie neemt het advies van het CVZ over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 januari 2014,

Voorzitter