

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in deze vertegenwoordigd door E te F vs. C. te D.
Zaak : Gedeeltelijke terugvordering no-claimteruggave 2006
Zaaknummer : 2008.01004
Zittingsdatum : 5 november 2008

BINDEND ADVIES

Zaak: 2008.01004 (Gedeeltelijke terugvordering no-claimteruggave 2006)

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. 22 Zvw, 2.18 en 2.19 Bzv, 2:309 en 3:116 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in deze vertegenwoordigt door E te F,
tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar een bedrag van € 127,87, in verband met een correctie van de no-claimteruggave 2006, bij verzoeker te innen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker was in 2006 bij de (rechts)voorganger van de zorgverzekeraar (hierna: de voormalige zorgverzekeraar) verzekerd tegen ziektekosten op basis van de zorg-op-maat-verzekering (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, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. Bij brief van 13 maart 2007 is de voorlopige no-claimteruggave 2006 door de voormalige zorgverzekeraar vastgesteld op € 209,91. Deze is bij brief van 16 oktober 2007 door de voormalige zorgverzekeraar gewijzigd in € 82,04. Verzoeker is verzocht het verschil van € 127,87 terug te betalen. Hiervoor heeft hij op 28 oktober 2007 van de voormalige zorgverzekeraar een rekening ontvangen. In januari 2008 heeft de zorgverzekeraar verzoeker een betalingsherinnering gezonden. Bij brief van 13 januari 2008 heeft verzoeker bij de zorgverzekeraar bezwaar aangetekend tegen de gedeeltelijke terugvordering van de no-claimteruggave 2006.
- 3.3. Bij brief van 31 maart 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hierop bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 21 juli 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar hem niet kan houden tot betaling van een bedrag van € 127,87, in verband met een correctie van de no-claimteruggave 2006 door de voormalige zorgverzekeraar (hierna: het ver-

zoek).

- 3.6. 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. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 9 september 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 september 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Bij fax van 29 september 2008 heeft verzoeker een klacht ingediend tegen het tergend en roekeloos dagvaarden door de zorgverzekeraar. Aangezien ook aan deze klacht de correctie van de no-claimteruggave 2006 en de daarmee samenhangende terugvordering ten grondslag ligt, is deze klacht aan het thans onderhavige dossier toegevoegd. Een afschrift van vorengenoemde fax met bijlagen is op 13 oktober 2008 aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 3.9. Bij brief van 2 oktober 2008 heeft verzoeker de commissie verzocht de procedure vanaf het begin af aan over te doen, daar hij nog niet in de gelegenheid is geweest aan te geven op welke onderdelen hij het nog niet eens is met het standpunt zoals dat door de zorgverzekeraar is ingenomen in de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen. Bij brief van 7 oktober 2008 heeft de commissie verzoeker bericht de procedure in het stadium waarin deze verkeerd te vervolgen.
- 3.10. Bij brief van 10 oktober 2008 zijn partijen uitgenodigd voor de hoorzitting van 5 november 2008.
- 3.11. Bij brief van 17 oktober 2008, heeft de zorgverzekeraar een brief van de dermatoloog in de procedure ingebracht, waarin deze verklaart dat verzoeker op 20 juni 2006 is gezien door een arts-assistent op de polikliniek. Een afschrift hiervan is op 20 oktober 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.12. Bij fax van 4 november 2008 heeft verzoeker een klokkaart van week 24 van het jaar 2006 in de procedure ingebracht, alsmede de verklaring van zijn werkgever dat hij in genoemde week op het werk was. Een afschrift hiervan is eveneens op 4 november 2008 ter kennis gebracht aan de zorgverzekeraar.
- 3.13. Bij een tweede fax van eveneens 4 november 2008 heeft verzoeker een aantal procedurele zaken aangevoerd die naar zijn oordeel niet goed zijn verlopen. Tevens te kent hij daarbij aan tijdens de hoorzitting van 5 november 2008 de naar zijn oordeel overige gebreken aan de kaak te stellen.
- 3.14. De zorgverzekeraar is op 5 november 2008 in persoon gehoord. Ondanks daartoe deugdelijk te zijn uitgenodigd is verzoeker niet verschenen. De vertegenwoordiger van verzoeker is tot twee keer toe gebeld op het telefoonnummer dat op zijn briefpapier staat vermeld, doch de telefoon werd niet beantwoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de voormalige zorgverzekeraar de hoogte van de no-claimteruggave 2006 in zijn beslissing van 13 maart 2007 direct juist had moeten vaststellen. Tevens stelt verzoeker dat de correctie van de no-claimteruggave 2006 van 16 oktober 2007 niet correct is.
- 4.2. Voorts stelt verzoeker dat de zorgverzekeraar niet is gerechtigd (gedeeltelijke) terugbetaling te verlangen van de eerder van de voormalige zorgverzekeraar ontvangen no-claimteruggave 2006.
- 4.3. Verder stelt verzoeker dat uit de overgelegde klokkaart blijkt dat hij in week 24 van het jaar 2006 gewerkt heeft en dat hij derhalve het ziekenhuis niet bezocht kan hebben en de het ziekenhuis dus onterecht kosten in rekening heeft gebracht.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen. Tevens verlangt verzoeker vergoeding van kosten die met de procedure bij de commissie zijn gemoeid.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
 - 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de aanvankelijke no-claimteruggave 2006 lager is geworden door nagekomen ziekenhuisnota's ter hoogte van € 127,87. De juistheid van deze nota's is door verzoeker niet betwist. Verzoeker is dan ook gehouden genoemd bedrag terug te betalen.
 - 5.2. Verder verklaart de zorgverzekeraar dat hij (als de verkrijgende rechtspersoon) ten gevolge van een fusie met de voormalige zorgverzekeraar (de verdwijnende rechtspersoon) bevoegd is de teveel uitgekeerde no-claimteruggave 2006 van verzoeker terug te vorderen.
 - 5.3. Voorts stelt de zorgverzekeraar dat uit de verklaring van de dermatoloog van 16 oktober 2008 blijkt dat verzoeker op 20 juni 2006 is gezien door een arts-assistent op de polikliniek en dat derhalve de ziekenhuisnota's ter hoogte van € 127,87 terecht in rekening zijn gebracht. Hierbij tekent de zorgverzekeraar aan dat 20 juni 2006 is gelegen in week 25, zodat de door verzoeker in de procedure ingebrachte verklaring van zijn werkgever dat hij in week 24 van het jaar 2006 op zijn werk was, in deze niet relevant is.
 - 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
 - 6.1. 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.
 - 6.2. Bij brief van 2 oktober 2008 heeft verzoeker de commissie verzocht de procedure vanaf het begin af aan over te doen, daar hij nog niet in de gelegenheid is geweest aan te geven op welke onderdelen hij het nog niet eens is met het standpunt zoals dat door de zorgverzekeraar is ingenomen in de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen.

De commissie constateert dat in de ‘afsluitende brief’ van de Ombudsman Zorgverzekeringen is aangegeven dat het voorleggen van een kwestie aan de commissie schriftelijk dient te gebeuren, onder opgaaf van de punten waarop betrokkene het (nog) niet eens is met de ziektekostenverzekeraar. Desondanks is in dit geval de kwestie door verzoeker uitsluitend bij de commissie aangemeld, dat wil zeggen zonder verdere onderbouwing. Voorts is destijds niet verzocht om uitstel voor het aanleveren van de motivering van het verzoek, hoewel daartoe wel de mogelijkheid bestond. Daarop is de kwestie in volle omvang, zoals deze ook aan de Ombudsman Zorgverzekeringen is voorgelegd, in behandeling genomen. Voorts is verzoeker in de gelegenheid gesteld tijdens de hoorzitting van 5 november 2008 zijn standpunt nader toe te lichten. Van deze mogelijkheid heeft verzoeker echter geen gebruik gemaakt. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat verzoeker – net als iedere andere verzekerde die een kwestie aan de commissie voorlegt – voldoende in de gelegenheid is gesteld zijn standpunt inhoudelijk toe te lichten. Ook overigens zijn door verzoeker geen zwaarwegende argumenten naar voren gebracht die aanleiding zouden kunnen geven tot honorering van zijn bovengenoemde verzoek van 2 oktober 2008. Geenzins is gesteld of gebleken dat verzoeker daardoor in zijn positie is of wordt geschaad.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is de gedeeltelijke terugvordering door de zorgverzekeraar van de no-claimteruggave 2006.

7.2. Artikel 1 lid 1 van de zorgverzekering regelt dat de zorgverzekering, met uitzondering van wonen en het ontvangen van hulp in het buitenland, een verzekering op basis van natura betreft. De no-claimteruggave is geregeld in artikel 25 van de zorgverzekering. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“25 No-claim

a. Als u gedurende het kalenderjaar zorg geniet en/of kosten van zorg maakt, waarmee een bedrag is gemoeid dat lager is dan het in de Premiebijlage vermelde no-claimbedrag, keren wij u het verschil tussen het maximumbedrag van de no-claim en het eerstgenoemde bedrag uit door overmaking op uw bankrekening.

(...)

d. Voor de toepassing van deze regeling is onze registratie van zorgkosten op 31 december van het betreffende kalenderjaar doorslaggevend. Op basis hiervan vindt vaststelling van het door ons uit te keren bedrag plaats en geschiedt uitbetaling vóór 1 april van het daarop volgende kalenderjaar. Als ná 1 april blijkt dat voor het betreffende kalenderjaar alsnog kosten van zorg ten laste van ons worden gebracht, stellen wij de no-claim teruggave opnieuw vast en ontstaat een vordering ter hoogte van het verschil tussen het uitgekeerde en het nieuw berekende bedrag. Deze vordering kan worden gecompenseerd met de no-claim van het daaropvolgende jaar en indien dit niet mogelijk is met alle andere betalingen aan de verzekeringsnemer uit hoofde van deze verzekering.

e. Voor de bepaling van de hoogte van het bedrag op no-claim-teruggave is de situatie bij aanvang van de verzekering of de situatie per 1 januari van enig jaar bepalend.
(...)

g. Voor de vaststelling van de no-claim teruggave worden de DBC's toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.”

7.3. In artikel 20 van de zorgverzekering is geregeld dat de verzekeringsovereenkomst onder meer gebaseerd is op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (verder: Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Verder: Rzv). Uit artikel 1 lid d Zvw volgt – samengevat –

dat een zorgverzekering niet 'meer of minder' mag bieden dan bij of krachtens de Zvw is bepaald.

- 7.4. De commissie is van oordeel dat de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen regeling, zoals hiervoor aangehaald, strookt met het bepaalde in de artikelen 22 en 23 Zvw en de artikelen 2.18 en 2.19 Bzv, zoals deze gelden ten aanzien van de no-claimteruggave voor het kalenderjaar 2006.
- 7.5. De no-claimteruggave 2006 is door de regelgever vastgesteld op maximaal € 255,00. Overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden heeft de voormalige zorgverzekeraar de no-claimteruggave van verzoeker voor het jaar 2006 op 13 maart 2007 vastgesteld op € 209,91. De hoogte van het bedrag is tussen partijen niet in discussie. Voorts blijkt uit vorengenoemde beslissing expliciet dat het een voorlopige vaststelling betreft en dat nagekomen declaraties voor verleende hulp in 2006 die onder de no-claimregeling valt, op een later tijdstip in rekening gebracht kunnen worden tot het maximum van € 209,91.
- 7.6. Op 3 oktober 2007, derhalve ruim na de vaststelling van de (voorlopige) no-claimteruggave 2006, die op grond van de polisvoorwaarden en de regelgeving uiterlijk 31 maart 2007 moest plaatsvinden, heeft de voormalige zorgverzekeraar ten behoeve van verzoeker ziekenhuisnota's ontvangen ter hoogte van € 127,87. Deze nota's zijn door het ziekenhuis rechtstreeks bij de voormalige zorgverzekeraar gedeclareerd en door laatstgenoemde rechtstreeks aan het ziekenhuis voldaan. Overeenkomstig het bepaalde in artikel 25 sub d van de zorgverzekering en artikel 2.19 Bzv heeft de voormalige zorgverzekeraar bij brief van 16 oktober 2007 de no-claimteruggave 2006 van verzoeker gewijzigd in € 82,04.
- 7.7. Verzoeker heeft nog gesteld dat de kosten die door het ziekenhuis in rekening zijn gebracht niet correct zijn. Ter onderbouwing van deze stelling heeft verzoeker een verklaring van zijn werkgever in de procedure ingebracht, waarin laatstgenoemde verklaart dat verzoeker in week 24 van het jaar 2006 op zijn werk was. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
Sinds 2005 wordt voor de declaratie van kosten zoals hier aan de orde gebruik gemaakt van zogenoemde diagnosebehandelingscombinatie's (DBC's). De door het ziekenhuis gedeclareerde DBC is op 20 juni 2006 geopend en op 21 maart 2007 gesloten. Voorts heeft de zorgverzekeraar een verklaring van de dermatoloog in de procedure ingebracht, waarin laatstbedoelde verklaart dat verzoeker op 20 juni 2006 is gezien door een arts-assistent op de polikliniek. De commissie constateert dat de genoemde datum van 20 juni 2006 is gelegen in week 25, zodat de vorengenoemde verklaring van verzoekers werkgever in deze niet relevant is. Bovendien komt het door het ziekenhuis gedeclareerde bedrag overeen met het tarief dat door de Nederlandse Zorgautoriteit is vastgesteld voor de door het ziekenhuis gehanteerde DBC-code 10110000200011. Gezien de openingsdatum en gelet op artikel 25 sub g van de zorgverzekering, is deze DBC terecht toegerekend aan het jaar 2006.
- 7.8. Gezien het voorgaande komt de commissie tot het oordeel dat de voormalige zorgverzekeraar, op grond van de verzekeringsvoorwaarden en de wet- en regelgeving, bevoegd was de no-claimteruggave 2006 van verzoeker te corrigeren zoals hij heeft gedaan en dat verzoeker derhalve gehouden is een bedrag van € 127,87 aan de voormalige zorgverzekeraar terug te betalen.

- 7.9. Het in overweging 7.8 genoemde bedrag wordt thans door de zorgverzekeraar in plaats van de voormalige zorgverzekeraar van verzoeker gevorderd. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar daartoe niet bevoegd is. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.

Uit de stukken is gebleken dat op 5 juli 2006 een akte van fusie is verleden, waarbij de zorgverzekeraar de verkrijgende rechtspersoon is en de voormalige zorgverzekeraar de verdwijnende rechtspersoon. Artikel 2:309 van het Burgerlijk wetboek (verder: BW) luidt als volgt:

"Fusie is de rechtshandeling van twee of meer rechtspersonen waarbij een van deze het vermogen van de andere onder algemene titel verkrijgt of waarbij de nieuwe rechtspersoon die bij deze rechtshandeling door hen samen wordt opgericht hun vermogen onder algemene titel verkrijgt."

Verder luidt artikel 3:116 BW als volgt:

"Hij die onder een algemene titel een ander opvolgt, volgt daarmee die ander op in diens bezit en houderschap, met alle hoedanigheden en gebreken daarvan."

- 7.10. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat de zorgverzekeraar is getreden in alle rechten en verplichtingen van de voormalige zorgverzekeraar. Mitsdien ziet de commissie geen reden waarom de zorgverzekeraar niet bevoegd zou zijn over te gaan tot terugvordering van het bedrag van € 127,87, zijnde de teveel aan verzoeker uitgekeerde no-claimteruggave 2006.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 november 2008,

Voorzitter