

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : No-claimteruggave
Zaaknummer : ANO07.098
Zittingsdatum : 16 mei 2007

Zaak: ANO07.098, No-claimteruggave

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, art. 22 Zvw, 2.18 en 2.19 Bzv)

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 de besluiten van de zorgverzekeraar van 31 mei 2006 en 12 juli 2006 inzake de vermindering van de no-claim teruggave over 2006 vanwege genoten zorg in verband met zwangerschap.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgplan, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brieven van 31 mei 2006 en 12 juli 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de door haar gemaakte kosten in verband met haar zwangerschap ten laste komen van de no-claimteruggave over 2006.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 7 december 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven. Verzoekster heeft hierop gereageerd met haar brief van 12 december 2006. De zorgverzekeraar heeft met zijn brief van 16 januari 2007 nogmaals meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 19 januari 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de vermindering van de no-claimteruggave vanwege genoten zorg in verband met de zwangerschap ongedaan te maken.
- 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 21 maart 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Op 11 april 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster op 12 april 2007 afgezien, terwijl de zorgverzekeraar op 18 mei 2007 heeft aangegeven niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 34-jarige vrouw, die op 13 april 2006 is bevallen van een dochter. Verzoekster heeft tijdens haar zwangerschap – op verwijzing van haar verloskundige – tweemaal het ziekenhuis bezocht voor een hartfilmpje. Eenmaal op 30 maart 2006 omdat zij minder leven voelde in haar buik, en éénmaal op 10 april 2006 in verband met naderende serotiniteit.
- 4.2. Op 31 mei 2006 en op 12 juli 2006 ontving verzoekster van de zorgverzekeraar een “uitkeringsformulier ziektekosten”. Uit deze uitkeringsformulieren blijkt dat de kosten van de beide hartfilmpjes, die door het ziekenhuis bij de zorgverzekeraar zijn gedeclareerd, met de no-claimteruggave over het jaar 2006 zijn verrekend.
- 4.3. Verzoekster is van mening dat de hartfilmpjes tijdens de zwangerschap níet met de no-claimteruggave verrekend mogen worden. Zij baseert dat op hetgeen in de polisvoorwaarden is geregeld. Verzoekster wenst dan ook dat de onderhavige verrekening met haar no-claimteruggave ongedaan wordt gemaakt.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar is van mening dat de kosten van de kraamzorg en verloskundige hulp conform de polisvoorwaarden niet ten laste komen van de no-claimregeling. Onder verloskundige hulp vallen de prenatale zorg, waaronder een 12 en 20 weken echo, de bevalling en de postnatale zorg. De kosten van onderzoek of een opname op verwijzing van de verloskundige, komen daarentegen wel ten laste van de no-claimteruggave. In het geval van verzoekster heeft de verloskundige haar om medische redenen doorverwezen naar het ziekenhuis en heeft verzoekster daar gebruik gemaakt van medisch-specialistische zorg. Kosten die hieruit voortvloeien komen volgens de zorgverzekeraar wel ten laste van de no-claim.

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.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1 Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.
Een ‘zorgverzekering’ in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.
- 7.2 Het betreft hier een mixpolis. De no-claimteruggave is geregeld in artikel 6 van hoofdstuk 2 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Voor zover van belang vermeldt dit artikel:

“6.A Indien gedurende een kalenderjaar het schadebedrag dat door de zorgverzekeraar is uitgekeerd op basis van met deze zorgverzekering verzekerde zorg inclusief het schadebedrag verbandhoudende met de verstrekking van hulpmiddelen in bruikleen, minder bedraagt dan € 255,- heeft de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht op betaling van een bedrag, de zogenoemde no-claimteruggave. Deze is gelijk aan het verschil tussen € 255,- en het schadebedrag van de hierboven genoemde verzekerde zorg. Op de no-claimteruggave zijn niet van toepassing:

1. de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door het CTG vastgestelde tarief in rekening te brengen.

2. de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed.”

- 7.3 De regeling van artikel 6 is volgens artikel 2 lid A van de voorwaarden van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.4 In het kader van het onderhavige geschil zijn de artikel 22 van de Zvw en 2.18 en 2.19 van het Bzv relevant. Artikel 22 lid 1 van de Zvw bepaalt:

“Indien de waarde van de verzekerde prestaties die in een kalenderjaar ten behoeve van een verzekerde zijn verstrekt, lager is dan een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen bedrag, heeft de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht op een bedrag, de no-claimteruggave, dat gelijk is aan het verschil tussen het bij de maatregel bepaalde bedrag en eerder bedoelde waarde.”

Voorts bepaalt artikel 22 lid 5 onder a van de Zvw dat bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald welke vormen van zorg buiten beschouwing blijven bij het bepalen van de waarde van de verzekerde prestaties, bedoeld in lid 1.

- 7.5 Voor zover hier van belang bepaalt artikel 2.19 lid 1 van het Bzv:

“Voor de toepassing van artikel 22 lid 1 van de wet wordt het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed alsmede de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden buiten beschouwing gelaten.”

- 7.6 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7 Vervolgens stelt de commissie vast dat tussen partijen geen verschil van mening bestaat over de vraag of de onderhavige zorg tot de verzekerde prestaties op basis van de zorgverzekering behoort. Dit aspect behoeft derhalve geen verdere bespreking.
- 7.8 De zorgverzekeraar is van mening dat de onderhavige kosten ten laste van de no-claim teruggave dienen te komen, aangezien het kosten van onderzoeken betreft die samenhangen met de zorg in verband met de zwangerschap en deze zorg elders is verricht en apart in rekening is gebracht. In zijn verzekeringsvoorwaarden heeft de zorgverzekeraar deze uitsluiting opgenomen in het artikel dat de huisartsenzorg regelt, te weten artikel 6 lid A sub 1. In artikel 6, lid A sub 2 van de verzekeringsvoorwaarden is bepaald dat de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed, niet ten laste van de no-claimteruggave komen. Bij dit artikelonderdeel heeft de zorgverzekeraar geen verdere uitsluitingen vermeld. De beide onderzoeken die verzoekster heeft gehad in het ziekenhuis, hielden verband met haar zwangerschap. Aangezien deze subsonderdeel 2 van artikel 6 in het bijzonder een regeling inhoudt betreffende de kosten in verband met zwangerschap is

de commissie is van oordeel dat de onderhavige door verzoekster gemaakte kosten niet ten laste van de no-claimteruggave over 2006 mogen komen.

- 7.9 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat de onderhavige nota's niet mogen worden verrekend met de no-claimteruggave over 2006.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe.

- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan eiser dient te vergoeden een bedrag ad 37,00 euro.

Zeist, 15 juni 2007

Voorzitter