

ANONIEM

Bindend advies

Partijen : A te B vs. C te D
Zaak : No-claimteruggave
Zaaknummer : ANO08.014
Zittingsdatum : 9 januari 2008

BINDEND ADVIES

Zaak: ANO08.014 (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 en 23 Zvw, 2.18 en 2.19 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 11 mei 2007 inzake de vaststelling no-claimteruggave voor het jaar 2006.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. In 2006 was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), in combinatie met een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 11 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker meegedeeld dat de no-claimteruggave voor het jaar 2006 € 0,00 bedraagt en dat verzoeker de eerder ontvangen no-claimteruggave ad € 157,54 dient terug te betalen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 28 juni 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij aanmeldingsformulier van 30 juli 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van het bezoek aan de internist in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (hierna: OLVG) in 2007 niet in mindering te brengen op de no-claimteruggave voor het jaar 2006.
- 3.5. 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.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 10 september 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 september 2007 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Bij brief van 31 oktober 2007 heeft de commissie bij de zorgverzekeraar aanvullende informatie opgevraagd. Deze informatie heeft de zorgverzekeraar de commissie van brief van 27 november 2007 doen toekomen. Een afschrift hiervan is op 28 november aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 9 januari 2008 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft in 2007 de internist in het OLVG bezocht. Het in mindering brengen van de kosten van dit bezoek op de no-claimteruggave voor het jaar 2006 is onjuist. De zorgverzekering wordt per kalenderjaar aangegaan en niet per "DBC-jaar".
- 4.2. Tijdens de hoorzitting heeft verzoeker nog aangegeven dat indien hij geweten had van het moment van openen van de DBC, hij zijn afspraak met de internist een week later had gemaakt, zodat hij dan wel aanspraak had kunnen maken op een (gedeeltelijke) no-claimteruggave.
- 4.3. Verzoeker concludeert dat de kosten van het bezoek aan de internist in het OLVG in 2007 niet in mindering mogen worden gebracht op de no-claimteruggave voor het jaar 2006.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. Het door verzoeker in 2007 aan de internist in het OLVG gebrachte bezoek, maakt onderdeel uit van de Diagnosebehandelcombinatie (DBC) die op 22 maart 2006 is geopend. Een DBC heeft een looptijd van maximaal 365 dagen. DBC's die in 2006 zijn geopend, worden in mindering gebracht op de no-claimteruggave voor het jaar 2006, ongeacht of de DBC in 2006 of 2007 wordt gesloten.
- 5.2. De zorgverzekeraar concludeert dat het DBC-tarief voor het bezoek in 2007 aan het OLVG terecht in mindering is gebracht op de no-claimteruggave voor het jaar 2006.

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. In geschil is de vraag of de kosten van het bezoek aan de internist in het OLVG in 2007 in mindering mogen worden gebracht op de no-claimteruggave voor het jaar 2006.
- 7.2. De no-claimteruggave is geregeld in artikel 6 van de zorgverzekering. In dit artikel is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

lid 1

Indien gedurende een kalenderjaar de waarde van de op basis van deze zorgpolis verzekerde zorg minder bedraagt dan € 255 heeft de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht op betaling van een bedrag, de zgn no-claimteruggave. Deze is gelijk aan het verschil tussen € 255 en de waarde van de hierboven genoemde ontvangen zorg. Op de no-claimteruggave zijn niet van toepassing:

a. 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;

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

(...)

lid 3

Voor de toepassing van deze regeling als bedoeld in het eerste lid is de situatie op 31 december van het betreffende kalenderjaar doorslaggevend. Op basis hiervan vindt vaststelling van het recht op no-claimteruggave plaats en geschiedt uitbetaling vóór 1 april van het daarop volgende kalenderjaar. Als ná 1 april blijkt dat voor het voorgaande kalenderjaar alsnog kosten van zorg ten laste van de zorgverzekeraar worden gebracht, wordt het recht op de no-claimteruggave opnieuw door de zorgverzekeraar vastgesteld en ontstaat een vordering ter hoogte van het verschil tussen het uitgekeerde en het nieuw berekende bedrag. (...).

lid 4

Voor de bepaling van de hoogte van het bedrag op no-claimteruggave is de situatie bij aanvang van de verzekering of de situatie per 1 januari van enig jaar bepalend.

(...)

lid 6

Voor de vaststelling van de no-claimteruggave wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

- 7.3. De zorgverzekering is volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting. In artikel 23 van de Zvw is bepaald dat kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.
- 7.4. De commissie is van oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling ten aanzien van de no-claimteruggave strookt met het bepaalde in de artikelen 22 en 23 van de Zvw en de artikelen 2.18 en 2.19 van het Bzv
- 7.5. Uit het mailbericht van de debiteurenafdeling van het OLVG blijkt dat het bezoek dat verzoeker in 2007 aan de internist heeft gebracht, onderdeel is van de DBC die op 22 maart 2006 is geopend. Uit de Beleidsregel CI-955 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) blijkt dat een DBC-traject maximaal 365 dagen duurt, dat declaratie plaatsvindt wanneer een DBC is afgesloten en dat het uitgangspunt voor declaratie het DBC tarief is dat gold op het moment van het openen van de DBC.
- 7.6. Nu het bezoek aan de internist op 14 maart 2007 deel uitmaakt van de op 22 maart 2006 geopende DBC dienen de kosten daarvan, gelet op het bepaalde in artikel 6 lid 6 van de zorgverzekering en artikel 23 van de Zvw, in mindering te worden gebracht

op de no-claimteruggave voor het jaar 2006. Gezien het bij de opening van de DBC (prestatiecode: 13.21.00.0462.1101) behorende tarief ad € 1.942,32 – zoals dat blijkt uit de tariefapplicatie op de website van de NZa – bedraagt de no-claimteruggave voor het jaar 2006 € 0,00. Dat de DBC-systematiek voor verzoeker ondoorzichtig is, is begrijpelijk, maar kan gezien het voorgaande – en mede gelet op de wettelijke bepalingen – niet leiden tot een ander oordeel.

7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 januari 2008,

Voorzitter