

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : No-claimteruggave, correctie
Zaaknummer : 2009.01110
Zittingsdatum : 7 april 2010

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van maart 2009 de no-claimteruggave met betrekking tot 2007 te corrigeren en € 170,88 terug te vorderen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. In 2007 was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Classic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de no-claimteruggave 2007 is gecorrigeerd en dat door middel van verrekening een bedrag van € 170,88 wordt teruggevorderd.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 5 mei 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 10 december 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is af te zien van terugvordering van de no-claimteruggave (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stuk-

ken gevoegd.

- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 17 februari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 februari 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 18 en 30 maart 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 april 2010 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij in september 2002 en 2003, alsmede in maart en december 2004, in september 2005 en 2006, en in januari 2008 de Afdeling Urologie heeft bezocht ten einde niet in een te laat stadium geconfronteerd te worden met een eventueel (te ver ontwikkelde) vorm van prostaatkanker. Tussen september 2006 en januari 2008 is hij niet bij de afdeling Urologie geweest. Van een nacontrole of een nabehandeling is nooit sprake geweest.
- 4.2. Voorts wordt door de ziektekostenverzekeraar verwezen naar artikel 23 Zvw. Op grond van dit artikel worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten en dat is volgens het ziekenhuis 2006 of 2008.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat voor de berekening van de no-claimteruggave in artikel 7.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering wordt gesproken over de term 'kalenderjaar'. Een kalenderjaar loopt van 1 januari tot en met 31 december. Een jaar kan daarentegen op een willekeurige datum aanvangen en eindigen. Bovendien is de regeling ingegaan op 1 januari 2007, maar de ziektekostenverzekeraar rekent terug tot voor die datum.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat betrokkene in 2006 een behandeling heeft ondergaan in het Spaarne Ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft deze kosten gedeclareerd met een Diagnose Behandeling Combinatie (verder: DBC), welke is geopend op 12 mei 2006 en afgesloten op 11 mei 2007. Omdat verzoeker binnen een jaar voor dezelfde zorgvraag bij de uroloog is geweest is sprake van een vervolg-DBC. De begindatum van deze vervolg-DBC sluit aan op de einddatum van de vorige DBC. Aangezien de vorige DBC is afgesloten op 11 mei 2007 is de vervolg-DBC geopend op 12 mei 2007 en deze liep tot en met 22 januari 2008. DBC's die in 2007 zijn geopend worden, conform de polisvoorwaarden, verrekend met de no-claimteruggave 2007.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het gaat om het verrekenen van kosten met de no-claimteruggave 2007. Verzoeker is in januari 2008 bij de uroloog geweest en dan wordt teruggerekend tot de openingsdatum van de

nieuwe DBC en dat is 12 mei 2007. Omdat het kosten in 2007 betreft, is de no-claimteruggave over dat jaar aangepast.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de no-claimteruggave terecht bij verzoeker is teruggevorderd.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de onderhavige aanvullende ziektekostenverzekering.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar de no-claimteruggave 2007 mag corrigeren, aldus dat terugbetaling wordt gevorderd van hetgeen in dit kader aan verzoeker teveel is gerestitueerd.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Artikel 7 van de zorgverzekering (2007) regelt de no-claimteruggave en luidt, voor zover hier van belang:

“Artikel 7 No-claim

7.1 Als de waarde van de verzekerde prestaties die in een kalenderjaar voor een verzekerde zijn verstrekt, lager is dan het in het Besluit zorgverzekering bepaalde no-claimbedrag, heeft de verzekerde ten aanzien van de zorgverzekeraar recht op een bedrag, de no-claimteruggaaf, dat gelijk is aan het verschil tussen het bij Besluit zorgverzekering bepaalde bedrag en de eerder bedoelde waarde.

(...)

7.3 Het in het Besluit zorgverzekering bepaalde no-claimbedrag (referentiebedrag voor de berekening van de no-claimteruggaaf) wordt jaarlijks geïndexeerd volgens het bepaalde in de Zvw. Voor 2007 is het bij Besluit zorgverzekering bepaalde no-claimbedrag vastgesteld op € 255,00.

(...)

7.6 Voor de berekening van het recht op teruggaaf van no-claim worden de kosten van een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend.

De kosten van zorg of een andere dienst die in twee 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.

7.7 De no-claimteruggaaf waarop verzekerden aanspraak hebben, wordt uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggaaf betrekking heeft uitgekeerd door overmaking op het rekeningnummer van de verzekeringnemer. Als na

de vaststelling van de no-claimteruggaaf blijkt dat zorg is gebruikt, waarmee bij de berekening van de no-claimteruggaaf geen rekening is gehouden, wordt de no-claimteruggaaf uiterlijk 31 maart van het tweede kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggaaf betrekking heeft, gecorrigeerd. De vordering die hierdoor ontstaat kan worden verrekend met betalingen aan de verzekeringnemer of de betreffende verzekerde.”

- 8.3. Artikel 7 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. De no-claimteruggave was naar aard en omvang geregeld in artikel 22 (oud) Zvw.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Gelet op de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving, overweegt de commissie ten aanzien van het in 7.1 omschreven geschil als volgt.
- 9.2. Partijen verschillen niet van mening dat verzoeker in 2006 bij de afdeling Urologie is geweest en dat de kosten hiervoor zijn gedeclareerd door middel van een DBC, welke is geopend op 12 mei 2006 en afgesloten op 11 mei 2007. Voorts staat niet ter discussie dat verzoeker in januari 2008 nogmaals een consult heeft gehad bij de afdeling Urologie. De kwestie blijft daarom beperkt tot de vraag of een vervolg-DBC geopend had mogen worden en, zo ja, wat de openingsdatum van deze vervolg-DBC is. De tweede vraag die beantwoord moet worden is welke gevolgen een en ander eventueel heeft voor de no-claimteruggave 2007.
- 9.3. De commissie constateert dat, in het kader van een zorgtraject dat in 2002 is gestart, ter zake van het consult in januari 2008 door het ziekenhuis een vervolg-DBC is gedeclareerd met als ingangsdatum 12 mei 2007.
- 9.4. Sinds 1 januari 2005 wordt de DBC-systematiek gehanteerd. Anders dan verzoeker wellicht vermoedt, is in het kader van de DBC-systematiek niet het kalenderjaar waarin de zorg is genoten bepalend voor de openingsdatum van een vervolg-DBC. Volgens de Nederlandse Zorgautoriteit — de instantie die de DBC-tarieven vaststelt — (NZA Beleidsregel CI-955 artikel 2.2) is, in geval van een vervolg-DBC, de datum volgende op de datum waarop de eerste DBC is afgesloten, de openingsdatum van de vervolg-DBC. Aangezien de eerste DBC is afgesloten op 11 mei 2007, is de openingsdatum van de vervolg-DBC 12 mei 2007. De looptijd van een vervolg-DBC is maximaal 365 dagen. Onomstreden is dat verzoeker binnen deze looptijd de afdeling Urologie heeft bezocht. Er mocht door het ziekenhuis dus een vervolg-DBC worden geopend en de openingsdatum is terecht gesteld op 12 mei 2007.
- 9.5. Rest de vraag of de kosten van deze vervolg-DBC verrekend mogen worden met de no-claimteruggave 2007. Aangezien de ingangsdatum van de vervolg-DBC terecht is gesteld op 12 mei 2007 was de ziektekostenverzekeraar gerechtigd de kosten conform artikel 7.6 van de zorgverzekering te verrekenen met de no-claimteruggave 2007.

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, 21 april 2010,

Voorzitter