

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D, vs E te F.  
Zaak : No-claimteruggave  
Zaaknummer : ANO07.061  
Zittingsdatum : 21 maart 2007

Zaak: ANO07.061, 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 Bzv, 6:248 BW lid 2)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster, in deze vertegenwoordigd door C te D,  
tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 24 september 2006 inzake het vervallen van de aanspraak op de no-claimteruggave voor 2006 in verband met genoten zorg.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 24 september 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de aanspraak op de no-claimteruggave voor 2006 in verband met genoten zorg voor 2006 is vervallen.
- 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.
- 3.4. Bij brief van 14 december 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de volledige aanspraak op de no-claimteruggave voor 2006 te honoreren.
- 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 24 januari 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7. Op 5 februari 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 en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.8. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 21 maart 2007 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 56-jarige vrouw die chronisch ziek is. Dientengevolge is zij noodzakelijkerwijs aangewezen op medicijngebruik. Het bedrag dat hier in 2006 mee gemoeid is, overstijgt het no-claim bedrag ad € 255,00, hetwelk verzekerden geheel of gedeeltelijk vergoed krijgen, afhankelijk van de aard en omvang van de in 2006 ten laste van de zorgverzekering genoten verzekerde prestaties.
- 4.2. Nu verzoekster vanwege haar chronische ziekte onmogelijk voor de no-claimteruggave over 2006 in aanmerking kan komen, is zij van mening dat de zorgverzekeraar haar discrimineert ten opzichte van niet-chronisch zieken. Zij is van oordeel dat de zorgverzekeraar de wettelijke regeling van de no-claim in de Zorgverzekeringswet en aanpalende wetgeving buiten beschouwing dient te laten, nu deze strijdig is met artikel 1 van de Grondwet in samenhang met artikel 26 van het Internationale Verdrag inzake Burgerlijke en Politieke rechten (Bupo-verdrag), artikel 2 lid 2 en artikel 12 van het Internationale Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele rechten (IVESC), alsook met artikel 10 lid 2 van verdrag nr. 102 van de International Labour Organisation (ILO), zoals verwoord in artikel 10 lid 2 van de Europese Code inzake Sociale Zekerheid.  
Uit de hoorzitting komt naar voren dat verzoekster zich met name beroept op artikel 26 van het Internationale Verdrag inzake Burgerlijke en Politieke rechten (Bupo-verdrag).
- 4.3. Verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar het bedrag van de no-claim voor 2006, gezien bovenstaande, niet mag verrekenen met de kosten van zorg die zij in verband met haar chronische ziekte gemaakt heeft in dat jaar.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar is van oordeel dat hij de no-claimverrekening conform de voorwaarden van de zorgverzekering heeft toegepast. Nu deze voorwaarden overeenkomstig de wettelijke regels opgesteld zijn, blijft hij van oordeel dat verzoekster over 2006 geen recht meer heeft op de no-claimteruggave. Daarbij geeft de zorgverzekeraar aan slechts uitvoeringsorgaan te zijn.
- 5.2. De zorgverzekeraar verklaart dat hij de bezwaren van verzoekster mee zal nemen in een eventueel toekomstig politiek overleg over 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, behoudens voor zover het geschil zich richt op de aan de rechter voorbehouden toetsing van de wet- en regelgeving waarop de no-claimteruggave is gebaseerd aan de Grondwet en internationale verdragen.

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 no-claimregeling, geldt het volgende.

- 7.2. De no-claimregeling staat vermeld in artikel 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering, en behelst, voor zover hier relevant:

*"7.1 Indien de waarde van de verzekerde prestaties die in een kalenderjaar ten behoeve van een verzekerde zijn verstrekt, lager is dan het in het Besluit zorgverzekering bepaalde no-claimbedrag, heeft de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht op een bedrag de no-claimteruggave,, dat gelijk is aan het verschil tussen het bij Besluit zorgverzekering bepaalde bedrag en de eerder bedoelde waarde.*

*7.2 De kosten van huisartsenzorg, hulpmiddelen in bruikleen, kraamzorg en verloskundige zorg, en eigen bijdragen dan wel eigen betalingen op grond van de zorgverzekering worden niet in mindering gebracht op de no-claimteruggave. (...)"*

- 7.3. De regeling van artikel 7 is volgens artikel 2.10 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil zijn de artikelen 22 van de Zvw 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.

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.”*

De hoogte van het no-claimbedrag voor 2006 is vastgesteld in artikel 2.18 lid 1 van het Bzv:

*“1. Het bedrag, bedoeld in artikel 22 van de wet, bedraagt: € 255.”*

- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Gezien het bijgevoegde nota-overzicht is de commissie van oordeel dat de zorgverzekeraar de ten laste van de zorgverzekering komende verzekerde verrekende prestaties op een juiste wijze – dat wil zeggen in overeenstemming met de voorwaarden van de zorgverzekering -- met de no-claimteruggave over 2006 heeft verrekend. Door verzoekster is dit laatste overigens niet bestreden.
- 7.7. Gegeven de bevoegdheid van de commissie komt de vraag aan de orde of in de verhouding tussen de zorgverzekeraar en verzoekster, welke verhouding beheerst wordt door de zorgverzekering, toepassing van de no-claimregeling (artikel 7 van de zorgverzekering) onder de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is (artikel 6:248 lid 2 BW).  
Met betrekking daartoe merkt de commissie op dat vaststaat dat een feitelijk onderscheid bestaat tussen de positie van de gemiddelde verzekerde en de chronisch zieke en gehandicapte verzekerden – waartoe verzoekster kan worden gerekend – in die zin dat chronisch zieken en gehandicapten reeds bij aanvang van het jaar weten dat zij de no-claimteruggave geheel of gedeeltelijk zullen verliezen vanwege de structurele kosten voor zorg, verbonden aan de verzekerde prestatie ten laste van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.8. Het is van algemene bekendheid dat bij schadeverzekeringen geldt dat indien een verzekeraar inschat dat onder de verzekering een hogere kans bestaat dat op basis van de polisvoorwaarden tot uitkering zal moeten worden overgegaan, een hogere premie aan de verzekerde in rekening zal worden gebracht.  
In het kader van de Zorgverzekeringswet is uit een oogpunt van solidariteit door de wetgever echter gekozen voor een op de zorgverzekeraar rustende acceptatieplicht én een verbod op premiedifferentiatie naar aan de persoon gerelateerde factoren. Deze vorm van solidariteit levert voor de chronisch zieken en gehandicapten een premievoordeel op dat vele malen groter kan zijn dan het bedrag van de gehele of gedeeltelijke no-claimteruggave, maximaal € 255,00.
- 7.9. Tegen deze achtergrond is het nadeel dat chronisch zieken en gehandicapten lijden ten opzichte van andere verzekerden, niet zodanig dat het feitelijk bestaande onderscheid naar objectieve maatstaven niet gerechtvaardigd is. Toepassing van artikel 7 van de zorgverzekering is in de situatie van verzoekster naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid dan ook niet als onaanvaardbaar te bestempelen.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 mei 2007,

Voorzitter