

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs. C te D
Zaak	: No-claimteruggave 2006, correctie, terugvordering
Zaaknummer	: 2008.01748
Zittingsdatum	: 28 januari 2009

Zaak: 2008.01748 (No-claimteruggave 2006, correctie, terugvordering)

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)

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 beslissing van de zorgverzekeraar van 16 februari 2008 de no-claimteruggave 2006 te wijzigen in € 0,00 en de reeds uitgekeerde no-claimteruggave van € 255,00 terug te vorderen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. In 2006 was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts was ten behoeve van verzoekster een aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten.
- 3.2. Bij brief van 2 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster meegedeeld dat de no-claimteruggave 2006 is vastgesteld op € 255,00. Bij brief van 16 februari 2008 heeft de zorgverzekeraar de no-claimteruggave 2006 gewijzigd in € 0,00 en de reeds aan verzoekster uitgekeerde no-claimteruggave van € 255,00 teruggevorderd.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 28 maart 2008 en 24 april 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Op 1 augustus 2008 heeft verzoekster onder protest een bedrag van € 270,00 - bestaande uit de terugbetaling van de no-claimteruggave 2006 verhoogd met € 15,00 administratiekosten - aan de zorgverzekeraar overgemaakt.
- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 2 oktober 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar onterecht

is overgegaan tot herziening van de no-claimteruggave 2006 en derhalve gehouden is het onder protest betaalde bedrag van € 270,00 terug te betalen (hierna: het verzoek).

- 3.7. 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. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 3 december 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 december 2008 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 18 december 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 28 juni 2009 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de zorgverzekeraar in zijn beslissing van 2 maart 2007 de indruk heeft gewekt dat daarin alle zorgkosten zijn verwerkt. Dit opgewekte vertrouwen dient door de zorgverzekeraar gestand te worden gedaan. Verder is door de zorgverzekeraar geen concrete reden gegeven waarom de terugvordering een jaar op zich heeft laten wachten. Voorts acht verzoekster het door de zorgverzekeraar gehanteerde incassotraject incorrect.
- 4.2. Ter zitting leest verzoeksters echtgenoot, die namens verzoekster optreedt, een persbericht voor van het AFM van 22 december 2008, waarin wordt medegedeeld dat vertrouwen centraal dient te staan bij alles wat een zorgverzekeraar doet.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang en onder verwijzing naar de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, dat zorgkosten waarmee bij de vaststelling van de no-claimteruggave nog geen rekening gehouden kon worden, tot 31 maart van het daarop volgende jaar alsnog gecorrigeerd kunnen worden. In dit geval heeft de correctie op 16 februari 2008, en derhalve tijdig, plaatsgevonden.
- 5.2. Ter zitting is, naar aanleiding van een vraag van de commissie, door de zorgverzekeraar verklaard dat de declaraties 1 tot en met 3, zoals vermeld op het kostenoverzicht no claim 2006, op 23 februari 2007 zijn binnengekomen en de declaraties 4 tot en met 11 op 21 maart 2007.
- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar de no-claimteruggave van verzoekster over het kalenderjaar 2006 kan corrigeren naar € 0,00 en mag vervolgens overgaan tot terugvordering van de reeds uitgekeerde no-claimteruggave. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.

7.2. De no-claimteruggave is geregeld in artikel 7 van de zorgverzekering 2006. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

“Artikel 7. No-claim

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. Het in het Besluit zorgverzekering bepaalde no-claimbedrag (referentiebedrag voor de berekening van de no-claimteruggave) wordt jaarlijks geïndexeerd volgens het bepaalde in de Zvw. Voor 2006 is het bij Besluit zorgverzekering bepaalde no-claimbedrag vastgesteld op € 255,00.

(...)

7.6. Voor de berekening van het recht op teruggave 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-claimteruggave waarop verzekerden aanspraak hebben, wordt uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft uitgekeerd door overmaking op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

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

7.3. De zorgverzekering is gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (verder: Bzv) en de Regeling zorgverzekering (verder: Rzv). Ingevolge artikel 1 sub d van de Zvw mag een zorgverzekering – samengevat – niet “meer of minder” bieden dan bij of krachtens de wet is geregeld.

- 7.4. De wettelijke regeling omtrent de no-claimteruggave is te vinden in de artikelen 22 Zvw, 2.18 en 2.19 Bzv. Artikel 2.19 Bzv luidde in 2006, voor zover hier van belang, als volgt:

"2. De no-claimteruggave wordt uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend waarop de no-claimteruggave betrekking heeft, uitgekeerd door overmaking op de bankrekening van de verzekerde

3. Indien blijkt dat zorg is gebruikt, met de kosten waarvan de zorgverzekeraar bij de berekening van de no-claimteruggave geen rekening kon houden, wordt de no-claimteruggave uiterlijk op 31 maart van het tweede kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft, gecorrigeerd."

De commissie is van oordeel dat de correctiemogelijkheid van de no-claimteruggave, gelet op de tekst van artikel 2.19 lid 3 Bzv, uitsluitend ziet op kosten van zorg waarmee de zorgverzekeraar bij de berekening van de no-claimteruggave geen rekening kon houden.

- 7.5. De zorgverzekeraar heeft in zijn no-claim beslissing 2006 van 2 maart 2007 als peildatum genoemd: 24 februari 2007. Verder wordt in de laatste (cursieve) alinea van dezelfde beslissing geschreven:

"De beschikking no-claim 2006 is gebaseerd op artikel 7 van uw verzekeringsvoorwaarden. De beslissing is genomen op basis van het op moment van afgifte van deze beslissing ontvangen declaraties. Wanneer er na verzending van deze beschikking nog declaraties binnen komen die betrekking hebben op het jaar 2006, hebben wij het recht om een eventueel teveel betaald bedrag terug te vorderen."

Bij brief van 24 april 2008 verklaart de zorgverzekeraar dat de in het 'kostenoverzicht no-claim 2006' opgenomen regelnummers 1 tot en met 3 door het ziekenhuis zijn gedeclareerd op 23 februari 2007, en de regelnummers 4 tot en met 11 op 21 maart 2007.

- 7.6. Gezien het voorgaande is de commissie – mede gelet op de laatste alinea van de no-claimbeslissing van 2 maart 2007, zoals hiervoor aangehaald – van oordeel dat verzekerster in ieder geval ervan mocht uitgaan dat alle door de zorgverzekeraar tot het moment van de afgifte van de no-claimbeslissing op 2 maart 2007 ontvangen declaraties in deze no-claimbeslissing heeft verwerkt. Derhalve kunnen de zorgkosten zoals die zijn opgenomen in de regelnummers 1 tot en met 3 van het 'kostenoverzicht no-claim 2006' – gelet op de verklaring van de zorgverzekeraar dat deze kosten op 23 februari 2007 door het ziekenhuis zijn gedeclareerd en mede indachtig het geregeld in artikel 2.19 lid 3 Bzv – niet (meer) worden gecorrigeerd. Dat de zorgverzekeraar de betreffende kosten pas op 28 april 2008 heeft vergoed, maakt het voorgaande niet anders.
- 7.7. Aangezien de in de regelnummers 4 tot en met 11 van het 'kostenoverzicht no-claim 2006' genoemde zorgkosten, te weten een bedrag van in totaal € 52,05, door het ziekenhuis zijn gedeclareerd na de no-claimbeslissing van 2 maart 2007, kunnen deze kosten wel worden gecorrigeerd. De omstandigheid dat de kosten zijn gedeclareerd vóór 31 maart 2007, maakt voorgaande niet anders, aangezien artikel 2.19 lid 2 Bzv de zorgverzekeraar verplicht uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend waarop de no-claimteruggave betrekking heeft, de no-claimteruggave uit te keren door overmaking op de bankrekening van de verzekerde. Dit is redelijkerwijs alleen mogelijk indien enige tijd daarvoor reeds de hoogte van de no-claimteruggave door de

zorgverzekeraar wordt vastgesteld. De door de zorgverzekeraar gehanteerde termijn van ongeveer een maand, komt de commissie daarbij niet onredelijk voor.

- 7.8. Op grond van artikel 2.19 lid 3 Bzv (oud) dient een correctie van no-claimteruggave in verband met zorgkosten waarmee de zorgverzekeraar bij de berekening van de no-claimteruggave geen rekening kon houden uiterlijk op 31 maart van het tweede kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft, plaats te vinden.
De commissie stelt vast dat de correctie van de no-claimteruggave 2006 – zij het echter voor een te hoog bedrag – vóór 31 maart 2008 heeft plaatsgevonden.
- 7.9. Verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar met de correctie van de no-claimteruggave niet had mogen wachten tot 16 februari 2008. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.
Artikel 23 Zvw regelt dat kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten. Sinds 1 januari 2005 declareren ziekenhuizen aan de hand van de op de Wet tarieven gezondheidszorg (thans Wet marktordening gezondheidszorg) gebaseerde DBC-systematiek (DiagnoseBehandelingCombinatie). 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 openen van de DBC. Het voorgaande maakt dat het de commissie niet onredelijk voorkomt, indien de zorgverzekeraar ter voorkoming van het risico dat bij herhaling de no-claimteruggave moet worden gecorrigeerd, eerst na ommekomst van de periode van bijna een jaar, zoals in dit geval, overgaat tot correctie.
- 7.10. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat op basis van de door partijen in de procedure ingebrachte stukken de no-claimteruggave voor het jaar 2006 gecorrigeerd dient te worden in € 202,95. Dit betekent dat verzoekster (slechts) een bedrag van € 52,05 aan de zorgverzekeraar terug dient te betalen.
- 7.11. Verzoekster heeft onder protest echter reeds een bedrag van in totaal € 270,00 aan de zorgverzekeraar overgemaakt, bestaande uit de terugbetaling van de no-claimteruggave 2006 verhoogd met € 15,00 administratiekosten. Aangezien verzoekster al op 3 maart 2008 de juistheid van de correctie van de no-claimteruggave heeft bestreden en de zorgverzekeraar desondanks is doorgegaan met het treffen van incassomaatregelen, terwijl thans moet worden vastgesteld dat de no-claimteruggave inderdaad niet juist is gecorrigeerd, is de commissie van oordeel dat de zorgverzekeraar in dit specifieke geval het door verzoekster overgemaakte bedrag, voor zover dat uitgaat boven € 52,05, dient terug te betalen.
Geheel terzijde tekent de commissie hierbij nog aan dat – anders dan de mening die de zorgverzekeraar gezien zijn brief van 24 juli 2008 blijkbaar is toegedaan - voorts nog niet valt in te zien op grond van welke rechtsregel de zorgverzekeraar in dit geval bevoegd is de *aanvullende* ziektekostenverzekering 2008 te beëindigen bij het, na correctie, niet terugbetalen van de op de *zorgverzekering* gebaseerde no-claimteruggave 2006.
- 7.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat de zorgverzekeraar aan verzoekster een bedrag van € 217,95 dient terug te betalen. Aangezien het verzoek deels dient te worden toegewezen, komt het de commissie – mede gelet op artikel 17 lid 2 van zijn Reglement – redelijk voor dat de zorgverzeke-

raar aan verzoekster ook het entreegeld vergoedt.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen onder 7.12 is overwogen. Het meer of anders verzochte dient te worden afgewezen.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 5 februari 2009,

Voorzitter