

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E vs C te D
Zaak : No-claim
Zaaknummer : 2007.02642
Zittingsdatum : 24 september 2008

BINDEND ADVIES

Zaak: 2007.02642 (No-claim)

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, in deze vertegenwoordigd door E,
tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 28 januari 2007, waarbij haar no-claimteruggave voor het jaar 2006 op € 0,00 is gesteld.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Basispakket, variant natura (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens was verzoekster aanvullend verzekerd bij de zorgverzekeraar.
- 3.2. Bij brief van 28 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar no-claimteruggave voor het jaar 2006 op € 0,00 is gesteld.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 20 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hierop bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 13 mei 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is zijn beslissing van 28 januari 2007, waarbij de no-claimteruggave voor het jaar 2006 op € 0,00 wordt vastgesteld, terug te draaien (hierna: het verzoek).
- 3.6. 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 was een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken

gevoegd.

3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 20 juni 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 augustus 2008 aan verzoekster gezonden.

3.8. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 24 september 2008 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij op 29 september 2006 in het ziekenhuis is opgenomen in verband met een molazwangerschap. Nadat zij uit het ziekenhuis was ontslagen, heeft zij zich op 9 oktober 2006 bij de afdeling Spoedeisende hulp gemeld met buikklachten. Volgens verzoekster zijn de toen berekende kosten door de zorgverzekeraar ten onrechte in mindering gebracht op de no-claimteruggave 2006. De desbetreffende kosten houden namelijk verband met de zwangerschap, zoals ook is bevestigd door de behandelend chirurg en door een arts-assistent gynaecologie. Voorts is door verzoekster een brief van de gynaecoloog, gedateerd 6 maart 2008, overgelegd waarin deze stelt dat het zeer waarschijnlijk is dat de klachten zijn veroorzaakt door de molazwangerschap.

4.2. Het verbaast verzoekster dat de zorgverzekeraar, zonder te weten met welke klachten zij naar het ziekenhuis is gegaan, toch meent te kunnen concluderen dat de verleende zorg geen verband hield met de zwangerschap. De zorgverzekeraar heeft verder geen enkel onderzoek gedaan, ook niet naar aanleiding van de verklaring van de gynaecoloog.

4.3. Verder stelt verzoekster dat de wet, noch de polisvoorwaarden spreken over DBC-codes. Naar de mening van verzoekster is dan ook niet de gehanteerde DBC-code maar de achterliggende reden van de zorg bepalend voor de berekening van de no-claimteruggave.

4.4. Verzoekster verwijst naar artikel 7.2 van de zorgverzekering en artikel 2.19 van het Besluit zorgverzekering (Bzv), en 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, dat op 9 oktober 2006 een nieuwe Diagnose Behandel Combinatie (DBC) is geopend, vanwege een nieuwe zorgvraag. Verzoekster is toen behandeld door een chirurg, en niet door een gynaecoloog, zoals blijkt uit het gebruik van code 03, in plaats van 07. Zij is echter wel gezien door een arts-assistent gynaecologie. Daarvoor zijn geen extra kosten in rekening gebracht door het ziekenhuis. Hieruit kan worden afgeleid dat deze kosten nog binnen de op 29 september 2006 geopende DBC zijn gevallen.

5.2. De zorgverzekeraar licht toe dat ter zake van de op 29 september 2006 geopende DBC door hem een nota is ontvangen met DBC-code 0711000V210503, voor een bedrag van € 1.782,50. Dit bedrag is vergoed ten laste van de zorgverzekering; er heeft geen verrekening met de no-claimteruggave 2006 plaatsgevonden.

Voor de op 9 oktober 2006 ondergane behandeling heeft de zorgverzekeraar aanvankelijk twee nota's ontvangen, de ene met DBC-code 03120001290101, ten bedrage van € 159,64, de andere met DBC-code 03110001290101, ten bedrage van € 260,18. Voor de tweede nota heeft het ziekenhuis later een creditnota verstuurd. De eerste nota is vergoed ten laste van de zorgverzekering en telde mee bij de vaststelling van de no-claimteruggave 2006.

Voorts zijn er aan verzoekster – na de zwangerschap – geneesmiddelen afgeleverd, waardoor het totaal der in 2006 vergoede kosten, althans voor zover deze meetellen voor de no-claimregeling, komt op € 373,80. Aangezien de no-claimteruggave maximaal € 255,00 bedraagt, kan verzoekster daar geen aanspraak op maken.

- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek van verzoekster 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 onderhavige aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Aan de orde is de vraag of de zorgverzekeraar terecht de kosten van de op 9 oktober 2006 geopende DBC, alsmede de kosten van aan verzoekster afgeleverde geneesmiddelen heeft betrokken bij de vaststelling van de no-claimteruggave 2006. In artikel 7.1 van de zorgverzekering is het volgende bepaald:

“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 de Besluit zorgverzekering bepaalde bedrag en de eerder bedoelde waarde.”

Artikel 7.2 van de zorgverzekering bepaalt:

“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. (...)”

Volgens artikel 7.3 van de zorgverzekering is het bij Besluit zorgverzekering bepaalde no-claimbedrag vastgesteld op € 255,00.

Artikel 7.6 van de zorgverzekering regelt onder meer dat voor de berekening van het recht op teruggave van no-claim de kosten van een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend.

In artikel 1 van de zorgverzekering wordt een DBC gedefinieerd als het op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg getypeerde geheel van prestaties van zorginstelling en medisch-specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de medisch-specialist in de zorginstelling consulteert.

- 7.2. De zorgverzekering is volgens artikel 1 onder 60 van de zorgverzekering een tussen een zorgverzekeraar en de verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of volgens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of volgens deze wet geregelde niet te boven gaan.
- 7.3. Artikel 22 Zvw regelt de no-claimteruggave bij beperkt zorggebruik. De nadere uitwerking heeft plaatsgevonden in de artikelen 2.18 en 2.19 Bzv. Artikel 2.19 lid 1 Bzv bepaalt het volgende:

“Voor de toepassing van artikel 22, eerste lid, 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 toelichting vermeldt ter zake:

“In het tweede lid is, net als bij ziekenfondsverzekering, geregeld dat de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg niet meetellen bij de no-claimteruggave. (...)”

- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Waar het gaat om de in het jaar 2006 ten laste van de zorgverzekering door de zorgverzekeraar vergoede geneesmiddelen, geldt dat deze zijn afgeleverd nadat de zwangerschap was beëindigd, en dat zij zijn vergoed onder de noemer farmaceutische zorg. Derhalve betreft het hier geen kosten van kraamzorg en verloskundige zorg als bedoeld in artikel 7.2. van de zorgverzekering. De met deze geneesmiddelen gemoeide kosten zijn dan ook terecht verrekend met de no-claimteruggave 2006.
- 7.6. Met betrekking tot de behandeling op 9 oktober 2006 stelt de commissie het volgende voorop. Bij de in regelgeving en polisvoorwaarden neergelegde omschrijving van kosten die niet meetellen voor de berekening van de no-claim teruggaaf gaat het om een functionele omschrijving, namelijk zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraamzorg. Dat laatste betekent dat het in beginsel niet uitmaakt vanuit welk specialisme de betreffende zorg is verleend. Vervolgens stelt de commissie vast dat het bij de behandeling op 9 oktober 2006 niet langer betrof het samenhangend geheel van zwangerschap, bevalling en kraambed, maar de status na afgebroken zwangerschap. Dat wordt niet anders door de enkele omstandigheid dat de klachten van verzoekster naar medisch oordeel van de (destijds) behandelend gynaecoloog zeer waarschijnlijk te maken hadden met die afgebroken zwangerschap. In lijn daarmee is – ook naar het oordeel van de commissie – dat op de behandeling in kwestie een nieuwe DBC (overige buikklachten algemeen) is geopend. Daaruit vloeit voort dat de kosten waarop het geschil thans betrekking heeft niet kunnen vallen onder bovenstaande omschrijving van kosten van zorg die voor de berekening van de teruggaaf van no-claim buiten beschouwing worden gelaten.
- 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, 1 oktober 2008,

Voorzitter