

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D
Zaak : Terugvordering no-claimteruggave 2007
Zaaknummer : 2009.00568
Zittingsdatum : 21 oktober 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 20 oktober 2008 inhoudende de terugvordering van de no-claimteruggave 2007. Tevens komt verzoekster op tegen de brief van het incassobureau van 15 september 2008, waarin op grond van de veroordeling door de rechtbank aanspraak wordt gemaakt op een bedrag van € 343,71, welk bedrag later is verhoogd tot € 432,97.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. In 2007 was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren in 2007 ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Compleet en Tand Compleet afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Aanvankelijk heeft verzoekster over het kalenderjaar 2007 € 123,43 aan no-claimteruggave teruggekregen. Dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar niet aan verzoekster uitgekeerd, doch verrekend. Ten gevolge van een nagekomen nota van een behandeling in het ziekenhuis heeft de ziektekostenverzekeraar op 20 oktober 2008 alsnog de no-claimteruggave 2007 vastgesteld op € 0,-- en bij verzoekster aanspraak gemaakt op een bedrag van € 123,43.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 29 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 2 juni 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar geen vordering meer op haar heeft (hierna: het verzoek). Tevens heeft verzoekster de brief van het incassobureau van 15 september 2008, waarin op grond van de veroordeling door de rechtbank aanspraak wordt gemaakt op een bedrag van € 343,71 – welk be-

drag later is verhoogd naar € 432,97 – in de procedure ingebracht.

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 27 juli 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 juli 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn bij brief van 18 augustus 2009 in de gelegenheid gesteld zich in de zitting van de commissie van 9 september 2009 te doen horen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzocht deze hoorzitting, om hem moverende redenen, te verzetten naar een later moment. Daarop heeft de commissie partijen meegedeeld dat vorengenoemde hoorzitting wordt verzet en dat partijen, zodra de nieuwe zittingsdatum bekend is, een nieuwe uitnodiging zullen ontvangen.
- 3.9. Vervolgens zijn partijen bij brief van 29 september 2009 uitgenodigd voor de hoorzitting van 21 oktober 2009. In reactie daarop ontving de commissie van de ziektekostenverzekeraar de telefonische mededeling dat hij niet ter zitting zou verschijnen. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de vordering, betreffende de terugvordering van de no-claimteruggave 2007 ten bedrage van € 123,43, inmiddels door hem, dan wel door de deurwaarder namens hem, was aangebracht bij de kantonrechter te Amsterdam, ten blijk waarvan de commissie op 20 oktober 2009 per fax een compleet afschrift van de betreffende dagvaarding van 31 augustus 2009 heeft mogen ontvangen. In deze dagvaarding wordt verzoekster gedagvaard om op 15 oktober 2009 te verschijnen ter terechtzitting van de kantonrechter te Amsterdam. Op 21 oktober 2009 heeft de commissie van de ziektekostenverzekeraar ook per post een afschrift van de desbetreffende dagvaarding ontvangen, waarbij de begeleidende brief gedateerd was op 8 oktober 2009.
- 3.10. Desgevraagd heeft verzoekster telefonisch aan de commissie meegedeeld dat zij inderdaad de dagvaarding heeft ontvangen en op 15 oktober 2009 is verschenen bij de kantonrechter, alsmede dat zij en tijdens de terechtzitting aan de kantonrechter de uitnodiging voor de hoorzitting van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen heeft getoond.
- 3.11. Op de daarvoor geplande dag, te weten 21 oktober 2009, heeft de commissie verzoekster in de gelegenheid gesteld haar standpunt telefonisch toe te lichten. Daarop heeft verzoekster nogmaals de gang van zaken geschetst en verklaarde zij bovendien dat zij, zo zij gehouden zou zijn het onderhavige bedrag van € 123,43 aan de ziektekostenverzekeraar (terug) te betalen, niet verplicht wenst te worden de kosten van de dagvaarding c.a. voor haar rekening te moeten nemen, aangezien het geschil waarover de ziektekostenverzekeraar een procedure bij de kantonrechter is gestart bij dagvaarding van 31 augustus 2009 op dát moment al aanhangig was bij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij, al hetgeen zij aan de ziektekostenverzekeraar verschuldigd was, heeft voldaan.
- 4.2. Voorts heeft verzoekster verklaard dat zij, zo zij gehouden zou zijn het onderhavige bedrag van € 123,43 aan de ziektekostenverzekeraar (terug) te betalen, niet verplicht wenst te worden de kosten van de dagvaarding c.a. voor haar rekening te moeten nemen.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar 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 hij in oktober 2008 voor een behandeling van verzoekster in het ziekenhuis nog een nota heeft gekregen die ten laste komt van de no-claimteruggave 2007. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden en de Zvw kan de reeds eerder uitgekeerde – of zoals in dit geval verrekende – no-claimteruggave dan alsnog worden teruggevorderd.
- 5.2. Naar aanleiding van hetgeen verzoekster telefonisch aan de commissie heeft meegedeeld, heeft de commissie gemeend de ziektekostenverzekeraar op 21 oktober 2009 telefonisch in het bijzonder te moeten confronteren met de stellingname van verzoekster dat zij, zo zij gehouden zou zijn het onderhavige bedrag van € 123,43 aan de ziektekostenverzekeraar (terug) te betalen, niet verplicht wenst te worden de kosten van de dagvaarding c.a. voor haar rekening te moeten nemen. Naar de commissie begrijpt, is de ziektekostenverzekeraar het met deze stellingname van verzoekster oneens. Daar naar gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar tevens aangegeven niet bereid te zijn de zaak bij de kantonrechter in te trekken.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar blijft bij de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie zal eerst het geschil behandelen voor zover dat ziet op de brief van het incassobureau van 15 september 2008. De commissie is op grond van haar reglement niet bevoegd van een kwestie kennis te nemen en daarover advies uit te brengen waarin door de rechter reeds een uitspraak is gedaan. Aangezien de brief van het incassobureau gaat over de tenuitvoerlegging van het vonnis van de Rechtbank Amsterdam, sector Kanton, met als kenmerk 978790 TB EXPL 08-1043 en met datum 4 september 2008, kan de commissie daarover niet oordelen.
- 6.2. In dit geval is de commissie dan ook alleen bevoegd kennis te nemen en bindend advies uit te brengen over de “terugvordering” van de no-claimteruggave 2007 door de ziektekostenverzekeraar, ten bedrage van € 123,43. In dit verband merkt de commissie overigens op dat haar eerst op 20 oktober 2009 ondubbelzinnig is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar het reeds bij de commissie aanhangige geschil omtrent de vraag of verzoekster al dan niet een bedrag van € 123,43 moet betalen, ook aanhangig heeft gemaakt bij de kantonrechter, hetgeen de commissie ten zeer-

ste heeft verbaasd. Het feit dat het geschil al bij de commissie aanhangig is, kan naar het oordeel van de commissie, gelet op de rechtspraak van de Hoge Raad (zie HR 22 november 1985, NJ 1986, 275), in de procedure ten overstaan van de kantonrechter niet tot iets anders leiden dan dat de ziektekostenverzekeraar door de kantonrechter niet-ontvankelijk in zijn vordering wordt verklaard. Dit laatste is overigens uitdrukkelijk aan het oordeel van de kantonrechter voorbehouden.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar alsnog de no-claimteruggave 2007 op € 0,00 kan stellen en diens gevolg € 123,43 van verzoekster kan terugvorderen. Voorts dient de commissie zich uit te laten over de stellingname van verzoekster dat zij, zo zij gehouden zou zijn het onderhavige bedrag van € 123,43 aan de ziektekostenverzekeraar (terug) te betalen, niet gehouden wenst te worden aan hetgeen de ziektekostenverzekeraar overigens in de dagvaarding van 31 augustus 2009 heeft gevorderd, te weten de kosten van de dagvaarding c.a.. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

7.2. De no-claimteruggave is geregeld in artikel 13 van de zorgverzekering. Voor zover hier van belang, luidt laatstgenoemd artikel als volgt:

“1 Indien gedurende een kalenderjaar de waarde van de op basis van deze polis verzekerde zorg minder bedraagt dan € 255,-, danwel een op grond van de betreffende algemene maatregel van bestuur geldend ander bedrag, heeft de verzekerde van 18 jaar en ouder jegens de zorgverzekeraar recht op betaling van een bedrag, de zogenaamde no-claimteruggave. Deze is gelijk aan het verschil tussen € 255,- (danwel een geldend ander bedrag) en de waarde van de hierboven genoemde ontvangen zorg. (...)

2 Voor de toepassing van deze regeling als bedoeld in het 1e 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 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. Deze vordering kan worden gecompenseerd met alle betalingen uit hoofde van deze verzekering aan de verzekeringnemer.(...)

4 Voor de vaststelling van de no-claim wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend. (...)”

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 commissie constateert dat de in de zorgverzekering opgenomen no-claimregeling strookt met het geregelde in de artikelen 22 en 23 Zvw, 2.18 en 2.19 Bzv.

7.5. Aanvankelijk heeft de ziektekostenverzekeraar de no-claimteruggave 2007 vastgesteld op € 123,43. Dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar verrekend met een openstaande vordering.

7.6. Medio oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar nog een nota ontvangen ten behoeve van een behandeling van verzoekster in het ziekenhuis ter hoogte van

€ 488,72. Dit betreft een bedrag dat valt onder de no-claimregeling.

- 7.7. 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. Voorts is in artikel 13 lid 4 van de zorgverzekering geregeld dat voor de vaststelling van de no-claim de DBC wordt toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- 7.8. Uit de stukken blijkt dat de onderhavige DBC is geopend op 31 augustus 2007 en is afgesloten op 29 augustus 2008. Gezien het voorgaande moet de DBC – en daarmee de daaruit voortvloeiende nota – worden toegerekend aan het jaar 2007. Aangezien de ziektekostenverzekeraar deze nota eerst ná 1 april 2008, te weten medio oktober 2008, heeft ontvangen, kan dat leiden – op grond van de polisvoorwaarden en de toepasselijke wet- en regelgeving – tot een correctie, zoals die in dit geval heeft plaatsgevonden.
- 7.9. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat op basis van de door partijen in de procedure ingebrachte stukken de no-claimteruggave voor het jaar 2007 gecorrigeerd dient te worden in € 0.-- en dat verzoekster derhalve gehouden is de eerder door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde teruggave van € 123,43 aan hem te vergoeden. Het verzoek dient dan ook te worden afgewezen.
- 7.10. Zou de stelling van verzoekster, dat zij, zo zij gehouden zou zijn het onderhavige bedrag van € 123,43 aan de ziektekostenverzekeraar (terug) te betalen, niet verplicht wenst te worden de kosten van de dagvaarding c.a. voor haar rekening te moeten nemen, moeten worden gezien als één vermeerdering van haar verzoek, dan kan de commissie dit verzoek niet in behandeling nemen omdat het tardief is gedaan. Bovendien ligt het in de lijn der verwachting dat de ziektekostenverzekeraar in de procedure bij de kantonrechter niet ontvankelijk in zijn vordering wordt verklaard. In dit geval komen de kosten van de dagvaarding c.a. sowieso niet voor rekening van verzoekster en wordt mogelijk zelfs een proceskostenveroordeling te harer gunste uitgesproken, hetgeen uiteraard uiteindelijk aan het oordeel van de kantonrechter te Amsterdam is onderworpen.
Gelet op het vorenstaande behoeft het verweer van de ziektekostenverzekeraar op dit punt, zo daarvan al sprake was, geen nadere behandeling.
- 7.11. Het vorenstaande leidt tot de conclusie dat het verzoek moet worden afgewezen, hetgeen betekent dat verzoekster vanaf de datum van dit bindend advies gehouden is aan de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 123,43 te voldoen en wel binnen veertien dagen na heden, waarbij de commissie tevens bepaalt dat indien voornoemd bedrag tijdig is betaald de ziektekostenverzekeraar in het kader van de terugvordering van no-claimteruggave 2007 geen enkele aanspraak meer heeft op verzoekster.
- 7.12. Hoewel het verzoek van verzoekster moet worden afgewezen, bevreemdt de gang van zaken de commissie in die zin dat de door de ziektekostenverzekeraar tussen de eerste hoorzitting (welke op verzoek van de ziektekostenverzekeraar is verzet) en de tweede hoorzitting in het kader van de tussen partijen overeengekomen bindend ad-

vies procedure, voor hetzelfde geschilpunt is overgaan tot dagvaarding van verzoekster bij de overheidsrechter, dit mede in het licht van de ook door de ziektekostenverzekeraar onderschreven "Gedragscode van de Zorgverzekeraar" waarin onder meer staat dat de ziektekostenverzekeraar loyaal meewerkt aan de geschillenbeslechting door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af en bepaalt dat verzoekster vanaf de datum van dit bindend advies gehouden is aan de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 123,43 te voldoen en wel binnen veertien dagen na heden, waarbij de commissie tevens bepaalt dat indien voornoemd bedrag tijdig is betaald de ziektekostenverzekeraar in het kader van de terugvordering van no-claimteruggave 2007 geen enkele aanspraak meer heeft op verzoekster.

Zeist, 21 oktober 2009,

Voorzitter