

BINDEND ADVIES

Partijen	A te B tegen C te D
Zaak	Servië, geneeskundige zorg, no-claim teruggave
Zaaknummer	2009.00345
Zittingsdatum	23 september 2009

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierio (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, artt. 10, 11 en 22 (oud) Zvw)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

De bestreden beslissing

2. Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 5 november 2008 een bedrag van € 187,70 met betrekking tot no-claimteruggave over het jaar 2007 bij hem terug te vorderen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. Verzoeker is op 18 december 2007 te Sremska Kamenica (Servië) opgenomen in het ziekenhuis. Hij heeft de kosten daarvan gedeclareerd bij zijn reisverzekering. Bij brief van 10 maart 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij een bedrag van € 226,02 aan no-claimteruggave kreeg. Dit bedrag is op de rekening van verzoeker gestort. Bij brief van 5 november 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat een bedrag van € 187,70 aan no-claimteruggave wordt teruggevorderd.
- 3.3. Verzoeker is het niet eens met de terugvordering, en heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 11 maart 2009 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 11 mei 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar niet gerechtigd is het bedrag aan no-claimteruggave ad € 187,70 terug te vorderen (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 zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek wa-

ren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 10 augustus 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 augustus 2009 aan verzoeker gezonden.

- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op 18 augustus 2009 respectievelijk 8 september 2009 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij op 18 december 2007 een ziekenhuis in Sremska Kamenica heeft bezocht vanwege gezondheidsklachten. Het betrof een eendaagse opname, waarbij een EEG is gemaakt. De onderzoeken werden uitgevoerd door een huisarts. De kosten hiervan heeft verzoeker gedeclareerd bij zijn reisverzekering. De zorgverzekeraar heeft derhalve geen kosten gemaakt die kunnen worden teruggevorderd. Verzoeker stelt voorts dat de onderhavige kosten niet ten laste van de no-claim 2007 kunnen worden gebracht, omdat het huisartsenzorg betreft.

- 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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 ziekenhuiskosten ten laste van de no-claim dienen te worden gebracht. De kosten hiervan ad € 187,70 zijn weliswaar in eerste instantie door de reisverzekeraar aan verzoeker voldaan, doch later door de reisverzekeraar verhaald op de zorgverzekeraar.

- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het bedrag van € 187,70 terecht bij verzoeker is teruggevorderd.

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 niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering van vóór 2008.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1 In geschil is of de zorgverzekeraar gerechtigd is het bedrag van € 187,70 bij verzoeker terug te vorderen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Artikel 7 van de zorgverzekering regelt wanneer een verzekerde aanspraak heeft op teruggave van de no-claim. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- 7.1 *Iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de Zorgverzekering, heeft recht op teruggave van het zogenoemde no-claim bedrag.*
- 7.2 *De hoogte van de no-claim bedraagt maximaal € 255,- per verzekerde per kalenderjaar.*
- 7.3 *Alle kosten die in de loop van het kalenderjaar vanuit de zorgverzekering gemaakt worden, worden van het maximale no-claimbedrag van € 255,- afgetrokken. Op de no-claimteruggave zijn niet van toepassing:*
de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door het Cï G vastgestelde tarief in rekening te brengen;
de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed.
- 7.4 *De berekening van de no-claim vindt plaats uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claim van toepassing is. In deze berekening worden nota 's die vóór 1 april van het jaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claim van toepassing is, door ons zijn ontvangen, maar die betrekking hebben op de gemaakte kosten in het voorafgaande kalenderjaar, meegenomen.*
- 7.5 *Nota 's die na 1 april volgend op het kalenderjaar waarop de no-claim van toepassing is door ons zijn ontvangen, maar die betrekking hebben op de gemaakte kosten in het voorafgaande kalenderjaar, kunnen leiden tot een terugvordering van de uitbetaalde no-claim dan wel verrekend worden met de no-claim van het daaropvolgende kalenderjaar. (. . .)"*
- 7.3. Artikel 7 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. De no-claimteruggave bij beperkt zorggebruik was ten tijde van de behandeling op 18 december 2007 geregeld in artikel 22 Zvw.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de destijds toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Uit de polisvoorwaarden blijkt dat het niet-gebruikte deel aan no-claim in een kalenderjaar aan een verzekerde dient te worden uitgekeerd vóór 1 april van het daaropvolgende kalenderjaar. De zorgverzekeraar heeft aan dit vereiste voldaan door op 10 maart 2008 een bedrag van € 226,02 aan verzoeker uit te keren. Wanneer na 1 april van het kalenderjaar volgend op het jaar waarin de zorg is genoten, bij de zorgverzekeraar een nota binnenkomt waarmee hij vóór 1 april geen rekening hoefde te houden, is de zorgverzekeraar gerechtigd dit bedrag, voor zover het ten laste kan worden gebracht van de no-claim, bij een verzekerde terug te vorderen. Uit de stukken blijkt dat de reisverzekeraar bij brief van 25 september 2008 aan de zorgverzekeraar heeft verzocht een bedrag van € 187,70 te betalen ten behoeve van verzoeker. Dit bedrag heeft betrekking op zorgverlening die heeft plaatsgevonden op 18 december 2007. De zorgverzekeraar kon derhalve redelijkerwijs geen rekening houden met deze kosten, zodat hij gerechtigd was deze bij verzoeker terug te vorderen, behoudens het geval dat bedoelde kosten zouden vallen buiten de regeling van de no-claimteruggave. De kosten zijn op 5 november 2008 bij verzoeker teruggevorderd, waarmee is voldaan aan het vereiste dat correctie plaats dient te vinden vóór 1 april 2009.

- 7.7. Door verzoeker is aangevoerd dat de kosten die hij in Sremska Kamenica heeft gemaakt, huisartsenzorg betreffen, en dat deze daarom niet ten laste kunnen worden gebracht van de no-claim. De commissie overweegt dienaangaande het volgende. De kosten hebben blijkens de declaratie betrekking op een eendaagse ziekenhuisopname, waarbij een EEG is uitgevoerd. Dit betreft geen gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden als bedoeld in artikel 7.3 van de zorgverzekering, zodat de kosten ervan ten laste van de no-claim moeten worden gebracht. Daaruit vloeit voor het onderhavige geval voort dat deze kosten - aangezien de no-claimteruggave al had plaatsgevonden - kunnen worden teruggevorderd, hetgeen de zorgverzekeraar dan ook heeft gedaan op 5 november 2008.

Conclusie

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

8. Het bindend advies

De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 september 2009,

Voorzitter