

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F te G tegen C en E beide te D  
Zaak : Wijziging voorwaarden, redelijkheid en billijkheid  
Zaaknummer : 2010.02682  
Zittingsdatum : 22 juni 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door F te G

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-Maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing. Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Supertop Garant afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Bij brief van 22 oktober 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat met ingang van 1 januari 2011 alleen nog geneesmiddelen worden vergoed die in Europa als zodanig zijn geregistreerd. Verder is de aanspraak op alternatieve geneeswijzen met ingang van 1 januari 2011 beperkt.

3.2. Verzoekster is opgekomen tegen voormelde beslissing. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 30 november 2010 medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 1 februari 2011 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 9 februari 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van alternatieve geneeswijzen en alternatieve geneesmiddelen vanaf 1 januari 2011 volgens de voorwaarden van 2010 te blijven vergoeden dan wel een overgangsregeling te treffen (hierna: het verzoek).

3.5. 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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 april 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 april 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 9 mei 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 juni 2011 in persoon gehoord.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat zij ernstige maag- en darmklachten heeft. Sinds eind april 2009 is zij aangewezen op sondevoeding, waarmee 1000 kilocalorieën per dag dienen te worden opgenomen. De overige benodigde energie dient verzoekster te verkrijgen met babyvoeding. Dit bleek evenwel niet te realiseren, hetgeen tot gewichtsreductie en ernstige vermoeidheidsklachten heeft geleid.
- 4.2. Via de reguliere weg is vooralsnog geen duidelijke medische oorzaak gevonden, zodat verzoekster is aangewezen op een aantal alternatieve geneeswijzen en geneesmiddelen, waaronder voedingssupplementen. Tot en met eind 2010 werd deze zorg vergoed vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar mag de polisvoorwaarden ieder jaar wijzigen, maar deze bevoegdheid wordt beperkt door de redelijkheid en billijkheid. Gelet op de gezondheidssituatie van verzoekster en de gevolgen van het uitblijven van vergoeding is het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar indien een groot deel van de kosten van deze zorg voor rekening van verzoekster blijft.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij al jarenlang ziek is. Vóór 1 januari 2011 had zij misschien wettelijk gezien nog de tijd om op te zeggen, maar die periode was te kort om tot een afbouw te komen. Overstappen naar een andere verzekeraar is geen optie, aangezien zij nergens wordt geaccepteerd en andere verzekeraars een lagere vergoeding hanteren.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat met ingang van 1 januari 2011 alleen voedings-supplementen en vitaminepreparaten worden vergoed die zijn geregistreerd als geneesmiddel. De aanspraak op alternatieve geneeswijzen is met ingang van die datum beperkt. De ziektekostenverzekeraar is niet bereid een overgangsregeling te treffen.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij de voorwaarden eenzijdig mag wijzigen. Als er medische redenen zijn, kan een overgangsregeling worden getroffen. Van zodanige redenen blijkt hier niet. Met de medicijnen en behandelingen kan men abrupt stoppen zonder gevolgen voor de gezondheid. Er is dus geen indicatie voor een gefaseerde afbouw. De duur van de afbouwperiode wordt bepaald door de aandoening en de gebruikte medicijnen. De noodzaak

moet blijken uit een verklaring van een arts.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van alternatieve geneeswijzen en alternatieve geneesmiddelen vanaf 1 januari 2011 volgens de voorwaarden van 2010 te blijven vergoeden dan wel een overgangsregeling te treffen.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.

8.2. In de artikelen 14.5 (2010) en D.3.4 (2011) van de aanvullende ziektekostenverzekering is, voor zover hier van belang, het volgende geregeld:

*“Wij vergoeden geneesmiddelen die volgens de Zorgverzekeringswet (hoofdverzekering) niet worden vergoed. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.”*

Op het Vergoedingen Overzicht 2010 is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <i>“Alternatieve behandelingen</i> | <i>maximaal € 50,- per behandeldag</i> |
| <i>Alternatieve geneesmiddelen</i> | <i>100%</i>                            |
| <i>(...)</i>                       |  |
| <i>Overige geneesmiddelen</i>      | <i>€ 4.500,- per jaar”</i>             |

Het Vergoedingen Overzicht 2011 bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <i>“Alternatieve behandelingen</i> | <i>maximaal € 50,- per behandeldag tot maximaal € 1.000,- per jaar</i> |
| <i>Alternatieve geneesmiddelen</i> | <i>maximaal € 1.000,- per jaar</i>                                     |
| <i>(...)</i>                       |  |
| <i>Overige geneesmiddelen</i>      | <i>maximaal € 1.000,- per jaar”</i>                                    |

## 9. Beoordeling van het geschil

9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft het recht de polisvoorwaarden en de premie van de aanvullende ziektekostenverzekering ieder jaar te wijzigen. Een zodanige wijziging dient en-bloc of groepsgewijs te geschieden teneinde te voorkomen dat individuele ‘slechte risico’s’ van de verzekering worden uitgesloten door hun aanspraak op dekking te beperken of de premie alleen voor hen te verhogen. De verzekeringnemer heeft bij een wijziging de mogelijkheid de verzekering op te zeggen.

- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de wijziging van de polisvoorwaarden op 22 oktober 2010 aan verzoekster medegedeeld, zodat zij voldoende in de gelegenheid is gesteld de verzekering op te zeggen en – al dan niet elders – een andere verzekering te sluiten. Dat zij van deze mogelijkheid geen gebruik heeft gemaakt, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.
- 9.3. Verzoekster heeft gesteld dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is indien een groot deel van de kosten van de alternatieve behandelingen en geneesmiddelen voor haar rekening blijft, omdat zij ernstige klachten heeft die niet op andere wijze kunnen worden verholpen, en haar inkomen niet toereikend is om de kosten te dekken.
- 9.4. De commissie overweegt dienaangaande in de eerste plaats dat in de zorgverzekering alle zorg is verzekerd die naar het oordeel van de wetgever behoort tot de basiszorg. De wetgever heeft niet ervoor gekozen alternatieve geneeswijzen, alternatieve geneesmiddelen, vitaminepreparaten en voedingssupplementen in het basispakket op te nemen. Dat verzoekster, na de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden met ingang van 1 januari 2011, deels van deze zorg verstoken blijft, is om die reden niet als onaanvaardbaar aan te merken.
- 9.5. Voorts is onder 9.1 uiteengezet dat een voorwaardenwijziging – of premieverhoging – steeds en-bloc of groepsgewijs dient te geschieden. Het honoreren van het verzoek zou leiden tot een uitkomst die hier haaks op staat. In het individuele geval van verzoekster zouden dan immers tegenover de reguliere premie verdergaande verzekeringsaanspraken staan, hetgeen evenzogoed ongewenst is als een beperking van de verzekeringsaanspraken van de onder 9.1 bedoelde ‘slechte risico’s’.
- 9.6. De commissie begrijpt dat verzoekster van oordeel is dat geen andere zorg voor haar beschikbaar is, en dat zij het vervelend vindt dat de ziektekostenverzekeraar de aanspraak op alternatieve geneeswijzen en alternatieve geneesmiddelen heeft beperkt, doch een en ander maakt niet dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is indien kosten van deze zorg – al dan niet gedeeltelijk – voor rekening van verzoekster blijven.

### **Conclusie**

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 juli 2011,

Voorzitter