

Anoniem Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202300074

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is om de kosten van erectiemiddelen (PDE-5 remmers) aan hem te vergoeden. Het categorisch uitsluiten van bepaalde geneesmiddelen is volgens verzoeker in zijn specifieke situatie onredelijk bezwarend en de ziektekostenverzekeraar had een uitzondering kunnen maken voor verzekerden die een prostatectomie hebben ondergaan. Er is volgens verzoeker daarnaast ten onrechte geen rekening gehouden met 'verkregen rechten' en op de website www.medicijnkosten.nl staat dat het geneesmiddel wordt vergoed. Daarnaast is de wijziging volgens verzoeker niet behoorlijk door de ziektekostenverzekeraar gecommuniceerd.
De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding geweigerd omdat de door verzoeker gebruikte erectiemiddelen met ingang van 1 januari 2019 niet langer onder de dekking vallen van de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij de bevoegdheid heeft zijn verzekeringsvoorwaarden eenzijdig te wijzigen en heeft verzoeker van de wijziging op de hoogte gebracht.
- 1.2. De commissie overweegt dat het de ziektekostenverzekeraar vrij staat de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering eenzijdig te wijzigen. Voorwaarde hierbij is wel dat de verzekeringsnemer van de wijziging tijdig kennis heeft kunnen nemen zodat hij de verzekering kan opzeggen. De ziektekostenverzekeraar heeft aan deze voorwaarden voldaan en mocht ervoor kiezen geen uitzondering op te nemen voor verzekerden die een prostatectomie hebben ondergaan. Nu verzoeker de verzekering niet heeft beëindigd is hij gebonden aan de nieuwe voorwaarden met ingang van 2019, inclusief de uitsluiting voor erectiemiddelen.

- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht en brief van 18 juni 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 7 juli 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 20 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie laten weten bij zijn standpunt te blijven onder verwijzing naar de eerdere correspondentie met verzoeker en de SKGZ. Een kopie van deze brief is op 20 juli 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 augustus 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 september 2023 op het verslag van de hoorzitting gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan verzoeker gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Vrije Keuze Topfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering en de eveneens afgesloten aanvullende verzekering ONVZ Wereldfit zijn niet in geschil en blijven daarom in het vervolg onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar vergoeding geclaimd van de geneesmiddelen tadafalil TEVA tablet filmomhuld 5 en 20 mg en sildenafil Sandoz tablet 100 mg. Bij uitkeringsbericht van 7 januari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop afwijzend beslist.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 28 december 2021 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 12 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van erectiemiddelen (PDE-5 remmers) aan hem te vergoeden.
- 4.2. In zijn brief van 9 januari 2023 heeft verzoeker in dit verband gesteld dat het categorisch uitsluiten van bedoelde geneesmiddelen in zijn situatie onredelijk bezwarend is in de zin van artikel 6:233 BW. Uit de brief van verzoeker van 18 juni 2023 leidt de commissie voorts af dat, aldus verzoeker, de vraag naar het karakter van de uitsluiting overigens een andere dan die of verzoeker al dan niet impliciet heeft ingestemd met de voorwaardenwijziging. Tevens heeft verzoeker - reeds in zijn klachtbrief aan de ziektekostenverzekeraar van 28 december 2021 - verwezen naar artikel 6:237 BW, waarin volgens hem sprake is van een niet-limitatieve lijst van bedingen in algemene voorwaarden die worden vermoed onredelijk bezwarend te zijn. Het gebruik van de en-blocclausule om de verzekeringsvoorwaarden te wijzigen moet volgens verzoeker het laatste redmiddel zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft geen rechtvaardiging gegeven voor het beroep dat hij op deze clausule heeft gedaan, hetgeen een rol speelt bij de beoordeling in het

kader van 6:231 BW. Bovendien sluit de ziektekostenverzekeraar hiermee niet alleen nieuwe risico's uit, maar ook de bestaande risico's. Verzoeker gebruikt de erectiemiddelen al sinds 2010 en deze werden eerder wel vergoed. Ten onrechte is geen rekening gehouden met 'verkregen rechten'.

Verzoeker licht verder toe dat hij, vanwege prostaatkanker, een radicale prostatectomie heeft ondergaan. Hierdoor is hij op het gebruik van de geneesmiddelen aangewezen om te kunnen functioneren als man en echtgenoot. Het gaat hier niet om lustopwekkende middelen, maar om geneesmiddelen die nodig zijn om een erectie te kunnen krijgen. Verzoeker gebruikt dagelijks tabletten van 5 mg, in combinatie met de hogere dosering voor zover aan de orde. Volgens verzoeker had de ziektekostenverzekeraar ongewenst gebruik kunnen voorkomen door te bepalen dat de kosten van de geneesmiddelen na een prostatectomie wél worden vergoed, dan wel de voorwaarde te stellen dat het eerste voorschrift afkomstig moet zijn van een medisch specialist. Hiervoor is echter niet gekozen. De algehele uitsluiting waarvoor is gekozen is "de meest botte oplossing".

In zijn klachtbrief aan de ziektekostenverzekeraar van 28 december 2021 merkt verzoeker (onder het kopje 'Algemeen') op dat hij www.medicijnkosten.nl heeft geraadpleegd, en hierop is te zien dat de kosten van de door hem gebruikte geneesmiddelen worden vergoed. Indien dit het geval is, sneuvelt, aldus verzoeker de hele uitsluiting en wordt het punt "onredelijk bezwarende algemene voorwaarden" niet eens aan de orde.

Verzoeker merkt ook op op dat de uitsluiting niet wordt genoemd in het door hem ontvangen wijzigingsoverzicht 2019, terwijl het hier wel een wijziging betreft die voor hem persoonlijk erg belangrijk is. Aldus heeft de ziektekostenverzekeraar gehandeld in strijd met de artikelen 2 en 4 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten. Met betrekking tot het verzekeringsjaar 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar alle wijzigingen wel expliciet benoemd. Verzoeker stelt dat hij pas naar aanleiding van de afgewezen declaraties op zoek is gegaan naar de wijziging. Eerder had hij geen reden te vermoeden dat reeds met ingang van 2019 een uitsluiting was opgenomen.

Voorts is het verzoeker opgevallen dat in het kader van de afwijzing verschillende gronden worden gehanteerd. Sommige hiervan zijn absoluut, andere suggereren een beoordeling door de zorgverzekeraar.

Verzoeker tekent aan dat er maar weinig tijd heeft gezeten tussen de aankondiging van de wijziging op 13 november 2018 en de datum waartegen zou kunnen worden opgezegd, te weten 31 december 2018.

Terwijl de kosten van de erectiemiddelen in de afgelopen jaren zijn gedaald, is de premie voor de verzekering alleen maar gestegen.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij zich primair beroept op het feit dat in zijn situatie de wijziging van de voorwaarden onredelijk bezwarend is. Verzoeker benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar de belangenafweging niet inzichtelijk heeft gemaakt en ook had kunnen kiezen voor minder vérgaande wijzigingen. Subsidiair beroept hij zich op de misleidende informatieverstrekking bij de aankondiging van de wijziging van de voorwaarden.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 16 maart 2023, onder verwijzing naar artikel 62 van de Algemene regels verklaard dat hij de bevoegdheid heeft de verzekeringsvoorwaarden eenzijdig te wijzigen. Een verzekeringnemer kan hiermee instemmen of besluiten op te zeggen.

Dit is geregeld in de artikelen 62 en 63 van de Algemene regels. Verzoeker is bij e-mailbericht van 13 november 2018 op de hoogte gebracht van de belangrijkste wijzigingen met ingang van 1 januari 2019. Daarbij is verzoeker uitdrukkelijk gewezen op het volledige wijzigingenoverzicht en de vindplaats daarvan met een doorklikmogelijkheid naar de website. Erectiemiddelen vallen sindsdien niet meer onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Volgens de ziektekostenverzekeraar is de regeling, zoals opgenomen in de Algemene regels, conform de artikelen 7:940 Burgerlijk Wetboek (BW), 38 respectievelijk 40 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten.

Nu verzoeker niet heeft opgezegd tegen 31 december 2018, is hij gebonden aan de gewijzigde verzekeringsvoorwaarden. Daarnaast is de uitsluiting niet onredelijk bezwarend. Het betreft hier geen beding dat voorkomt op de door verzoeker aangehaalde 'grijze' of 'zwarte' lijst.

De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding voor het treffen van een overgangsregeling of het toepassen van coudance.

Voor het feit dat in het kader van de afwijzing verschillende, soms onjuiste gronden zijn gehanteerd, biedt de zorgverzekeraar zijn excuses aan.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de verzekeringsovereenkomst wordt aangegaan voor een jaar en die overeenkomst ieder jaar wordt verlengd. Een verzekerde kan de verzekering opzeggen, indien hij het niet eens is met de gewijzigde voorwaarden. Als niet wordt opgezegd, dan gelden de nieuwe voorwaarden. De aanspraak op geneesmiddelen is een kernbeding (als bedoeld n art. 6:231, aanhef en onder a in fine, BW) en de vraag of dit onredelijk bezwarend is zoals bedoeld in boek 6 BW is bij een dergelijk beding niet aan de orde. Bij een wijziging van de voorwaarden van de aanvullende verzekering wordt een belangenafweging gemaakt. Het kan zijn dat een wijziging nadelig uitpakt voor een individuele verzekerde. Maar ook dan mag de wijziging worden doorgevoerd.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit de artikelen 78 respectievelijk 80 van de Algemene regels (2018-2022).
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW), de Wet marktordening gezondheidszorg en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-010 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. In artikel 62 van de Algemene regels 2018 is het volgende bepaald:

"Wij kunnen de algemene regels en de premie van de verzekeringen wijzigen. De hoofdverzekerde krijgt van ons bericht over deze wijzigingen. Daarin staat ook wanneer de wijzigingen ingaan.

Meestal is dat op 1 januari. Als wij de basispremie wijzigen gaat de nieuwe premie na zeven weken in. Later kan ook. Soms kunt u dan opzeggen. Dit staat in nummer 63."

Artikel 63, aanhef, van de Algemene regels 2018 luidt als volgt:

"De hoofdverzekerde kan de verzekering elk jaar opzeggen. Dit kan met een brief, een e-mail of via de website. Als de opzegging op 31 december bij ons binnen is, eindigt de verzekering op 1 januari van het volgende jaar."

De commissie merkt hierbij nog op dat in artikel 63, aanhef en onder d, Algemene regels 2018 de mogelijkheid is benoemd van opzegging bij een tussentijdse premie- of voorwaardenwijziging, maar die situatie is hier niet aan de orde, nu de wijziging is ingegaan met ingang van 1 januari 2019.

- 7.3. Uit de door verzoeker ter zitting gegeven toelichting, maakt de commissie op dat zijn primaire stelling tweeledig is. In de eerste plaats stelt hij dat de ziektekostenverzekeraar, in geval van een voorwaardenwijziging, een afweging dient te maken, daarbij rekening houdend met de individuele belangen van zijn verzekerden. In de tweede plaats is - aldus verzoeker - de door de ziektekostenverzekeraar bedongen wijzigingsbevoegdheid onredelijk bezwarend.
- 7.4. Ten aanzien van het eerste punt stelt de commissie vast dat verzoeker hier lijkt te verwijzen naar artikel 6:233 BW. Bij deze bepaling gaat het echter om de vernietigbaarheid van een specifiek beding in algemene voorwaarden. Op dit aspect van de door de ziektekostenverzekeraar bedongen wijzigingsbevoegdheid wordt in het vervolg teruggekomen. Waar het gaat om de door de ziektekostenverzekeraar gemaakte keuze de verzekeringsvoorwaarden ten nadele van verzoeker te wijzigen, overweegt de commissie dat de aanspraak op farmaceutische zorg voor een groot deel bij wet is geregeld. De wetgever bepaalt welke geneesmiddelen voor vergoeding op basis van de zorgverzekering in aanmerking komen, eventueel onder nadere voorwaarden. De kosten van andere (genees)middelen of dezelfde geneesmiddelen, maar dan bij een andere indicatie, zijn in beginsel voor eigen rekening. Kennelijk beschouwt de wetgever dit als een aanvaardbare consequentie. Een verzekeraar kan ervoor kiezen deze (genees)middelen onder de dekking van een aanvullende verzekering te brengen. Wordt op die dekking een te groot beroep gedaan, dan kan de verzekeraar - mits hij dit heeft bedongen - besluiten tot een voorwaardenwijziging. Anders dan verzoeker lijkt te veronderstellen, hoeft de verzekeraar hierbij geen rekening te houden met de belangen van individuele verzekerden. Zou dit anders zijn, dan zou namelijk elke wijziging beperkt blijven tot die onderdelen van de dekking waarvan niet of nauwelijks gebruik wordt gemaakt, met als gevolg dat de verzekeraar geen andere mogelijkheid heeft dan de premie te verhogen. De mogelijkheid daartoe is echter niet onbeperkt. Voor nieuwe verzekerden zal het verzekeringsproduct vanwege de hoge premie al snel niet meer interessant zijn en voor bestaande verzekerden geldt dat zij zullen opzeggen zodra de premielast de eventuele vergoedingen overstijgt. Gegeven de aard van de onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering vallende (genees)middelen en de houdbaarheid van de aanvullende ziektekostenverzekering als zodanig, treft de stelling van verzoeker dat door de ziektekostenverzekeraar bij de voorwaardenwijziging ten onrechte geen rekening is gehouden met zijn individuele belangen - waardoor mogelijk is gehandeld in strijd met de redelijkheid en billijkheid dan wel onrechtmatig - geen doel.
- 7.5. Aan de stelling van verzoeker, hoe begrijpelijk ook, dat de ziektekostenverzekeraar de uitsluiting anders had kunnen formuleren door bijvoorbeeld de geneesmiddelen nog wel te blijven vergoeden bij verzekerden die een prostatectomie hebben ondergaan, waardoor in zijn specifieke situatie aanspraak zou zijn blijven bestaan, gaat de commissie voorbij. Het is aan de ziektekostenverzekeraar te kiezen voor al dan niet gehele uitsluiting van dekking. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar rekening te houden met het gegeven dat alleen en-bloc of groepsgewijze wijzigingen zijn toegestaan, waarover hierna meer. Van 'verkregen rechten' die moeten worden gerespecteerd is in dit verband geen sprake. De overeenkomst wordt in beginsel aangegaan voor de duur van een kalenderjaar, met de mogelijkheid van stilzwijgende verlenging.

- 7.6. Het tweede onderdeel van verzoekers primaire stelling begrijpt de commissie aldus dat hij van mening is dat de onder 7.2. beschreven bepaling, waarmee de verzekeringsvoorwaarden en de premie en-bloc of groepsgewijs kunnen worden gewijzigd, onredelijk bezwarend is de zin van Afdeling 3 van Boek 6 BW. Hierbij heeft verzoeker verwezen naar diverse bepalingen van Afdeling 3 van Boek 6 BW en heeft hij aangetekend dat een beroep op de bepaling inzake de wijzigingsbevoegdheid alleen aan de orde is als uiterste redmiddel.

De commissie volgt verzoeker hierin niet. Artikel 7:940, vierde lid, BW bepaalt dat de verzekeraar de bevoegdheid toekomt de voorwaarden van de overeenkomst ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde te wijzigen, mits de verzekeringnemer hierover tijdig wordt geïnformeerd en hij de mogelijkheid heeft de overeenkomst op te zeggen. Het vijfde lid bevat een verbod tot beëindiging of wijziging van een persoonsverzekering, waarbij de beëindiging of wijziging is ingegeven door een verzwaring van het gezondheidsrisico, voor zover dat is gelegen in de persoon van degene, die de verzekering betreft. Deze situatie speelt hier niet. Aan de ziektekostenverzekeraar kwam aldus de bevoegdheid toe de voorwaarden van de aanvullende verzekering te wijzigen. De verwijzing, in dit verband, naar de bepalingen van Afdeling 3 van Boek 6 BW treft geen doel.

- 7.7. Tegen de achtergrond van de stellingen van verzoeker overweegt de commissie het volgende met betrekking tot de vraag of verzoeker tijdig door de ziektekostenverzekeraar is geïnformeerd over de thans aan de orde zijnde wijziging in de verzekeringsvoorwaarden, alsmede of verzoeker de mogelijkheid is geboden de aanvullende verzekering op te zeggen. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoeker is niet weersproken, dat op 13 november 2018 aan hem per e-mail een overzicht van de belangrijkste wijzigingen is verstuurd, waarbij voor een volledig overzicht is verwezen naar de vindplaats daarvan op de website van de ziektekostenverzekeraar. Bij doorklikken op de site werd ook de uitsluiting voor de erectiemiddelen zichtbaar. Verzoeker heeft daarnaast zelf een kopie van een 'vouwblad' van die datum overgelegd (ONVZ Vergoedingen 2019 - versie 1.2), waarin is vermeld: "Dit wordt niet vergoed (...) geneesmiddelen voor erectieproblemen". De commissie is van oordeel dat verzoeker op deze wijze voldoende is geïnformeerd over de per 1 januari 2019 op handen zijnde wijziging. Van de ziektekostenverzekeraar valt in redelijkheid niet te vergen dat deze in een overzicht waarin wijzigingen worden aangekondigd alle wijzigingen ook met zoveel woorden noemt, hoewel hem dat - gelijk in 2021 kennelijk aan de orde - wel vrijstaat. Volstaat de ziektekostenverzekeraar, gelijk in 2018, met een aankondiging zonder daarin alle wijzigingen te vermelden, dan moet de verzekerde bij diezelfde gelegenheid wel de mogelijkheid worden geboden via de aankondiging op eenvoudige wijze te verifiëren welke komende wijzigingen exact aan de orde zijn. Dit laatste is in het onderhavige geval door het zo-even beschreven door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde systeem 'doorklikken' het geval.

Dat de mogelijkheid bestond de aanvullende ziektekostenverzekering tegen 31 december 2018 op te zeggen vormt geen onderwerp van geschil tussen partijen.

De commissie concludeert dat verzoeker - gelet op het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden en artikel 7:940 BW - in voldoende mate is ingelicht over de aard van de wijziging en dat dit ook tijdig is gebeurd, zodat hij ten minste één maand had om tot opzegging van de aanvullende ziektekostenverzekering te besluiten. In artikel 9 van de destijds vigerende Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-010 van de NZa is opgenomen dat de ziektekostenverzekeraar de verzekerde tijdig informeert over wijzigingen ten nadele van de verzekerde in de polisvoorwaarden, en dat de ziektekostenverzekeraar bedoelde wijzigingen vermeldt op de website, en in het prolongatiepakket wanneer het gaat om wijzigingen per 1 januari. Ook hieraan is voldaan, nu de wijziging was terug te vinden op de website en in het 'vouwblad'. Dat verzoeker hiervan geen kennis heeft genomen, omdat hij niet met een zodanige wijziging rekening hield, maakt het voorgaande niet anders. Een en ander leidt tot de conclusie dat met ingang van 1 januari 2019 de vergoeding voor erectiemiddelen geen deel meer uitmaakt van de aanvullende verzekeringsovereenkomst tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar.

- 7.8. Het voorgaande betekent dat de uitsluiting voor erectiemiddelen met ingang van 1 januari 2019 deel uitmaakt van de verzekeringsovereenkomst.

Door verzoeker is verwezen naar diverse bepalingen van Afdeling 3 van Boek 6 BW, waarbij door hem is betoogd dat de uitsluiting onredelijk bezwarend is in de zin van artikel 6:233 dan wel artikel 6:237 BW. De commissie overweegt dat in artikel 6:231, aanhef en onder a, BW is opgenomen wat wordt verstaan onder 'algemene voorwaarden'. Hiervan zijn blijkens het slot van de genoemde bepaling uitgezonderd "bedingen die de kern van de prestaties aangeven", de zogenoemde kernbedingen. De in de verzekeringsvoorwaarden voorkomende uitsluiting vormt weliswaar een beding dat is opgesteld teneinde in een aantal overeenkomsten te worden opgenomen - en voldoet daarmee aan de definitie van een 'algemene voorwaarde' - maar is te beschouwen als een kernbeding, nu het raakt aan de primaire dekkingsomschrijving (zie ook ECLI:NL:RBMNE:2017:6254). Een uitzondering hierop geldt voor kernbedingen die niet duidelijk en niet begrijpelijk zijn geformuleerd, maar dat hiervan sprake is, is gesteld noch gebleken.

- 7.9. De stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar de uitsluiting anders had kunnen formuleren door bijvoorbeeld de geneesmiddelen nog wel te blijven vergoeden bij verzekerden die een prostatectomie hebben ondergaan, waardoor in zijn specifieke situatie aanspraak zou zijn blijven bestaan, neemt de commissie voor kennisgeving aan. Het is aan de ziektekostenverzekeraar om in gevallen als de onderhavige, waarin het betreft een wijziging van de dekking in een aanvullende verzekering, te kiezen voor al dan niet gehele uitsluiting van dekking. Bij dit alles heeft de ziektekostenverzekeraar wel rekening te houden met het gegeven dat alleen en-bloc of groepsgewijze wijzigingen zijn toegestaan. Van 'verkregen rechten' die moeten worden gerespecteerd is in dit verband geen sprake. De overeenkomst wordt in beginsel aangegaan voor de duur van een kalenderjaar, met de mogelijkheid van stilzwijgende verlenging.
- 7.10. Met betrekking tot de verwijzing door verzoeker in zijn brief aan de ziektekostenverzekeraar van 28 december 2021 naar de website www.medicijnkosten.nl merkt de commissie nog op dat de vermelding aldaar betrekking heeft op eventuele vergoeding ten laste van de zorgverzekering. In de situatie van verzoeker speelt dit geen rol, hetgeen blijkt uit het gegeven dat de kosten van de erectiemiddelen eerder zijn vergoed vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. De reden hiervoor is dat tadalafil en sildenafil slechts onder de dekking van de zorgverzekering vallen, indien is voldaan aan de hiervoor geldende nadere voorwaarden, die eveneens zijn terug te vinden op genoemde website. Ter informatie van verzoeker worden deze hieronder aangehaald:

"Sildenafil en Tadalafil Voorwaarde: uitsluitend voor een verzekerde die: a. lijdt aan pulmonale arteriele hypertensie New York Heart Association klasse II en die ambrisentan, bosentan, macitentan, riociguat, selexipag, sildenafil of tadalafil daarvoor krijgt voorgeschreven, b. lijdt aan pulmonale arteriele hypertensie New York Heart Association klasse III of IV en die krijgt voorgeschreven: 1. een van de orale geneesmiddelen ambrisentan, bosentan, macitentan, riociguat, selexipag, sildenafil of tadalafil, of een combinatie van twee orale geneesmiddelen uit verschillende farmacologische groepen, 2. een combinatie van een oraal geneesmiddel met iloprost voor inhalatie of met epoprostenol intraveneus of met treprostinil subcutaan of intraveneus, 3. iloprost voor inhalatie in monotherapie uitsluitend ter behandeling van de primaire vorm van pulmonale arteriele hypertensie, indien de onder 1. genoemde behandeling onvoldoende resultaat heeft en een behandeling met epoprostenol intraveneus of treprostinil subcutaan of intraveneus niet noodzakelijk is of niet mogelijk vanwege bijwerkingen of contra-indicaties, of 4. uitsluitend als uiterste therapie, indien de onder 1. en 2. genoemde behandelingen onvoldoende resultaat hebben, een combinatie van twee orale geneesmiddelen uit verschillende farmacologische groepen met een van de prostacycline-analoga/receptoragonisten epoprostenol (intraveneus) of met treprostinil (subcutaan of intraveneus) of met selexipag, of c. lijdt aan systemische sclerose en aanhoudende digitale ulcera die bosentan krijgt voorgeschreven ter voorkoming van nieuwe digitale ulcera en, 1. onvoldoende reageert op de behandeling met dihydropyridine calciumantagonisten en iloprost intraveneus, dan wel deze geneesmiddelen niet kan gebruiken en, 2. 18 jaar of ouder is. d. lijdt aan de ziekte chronische trombo-embolische pulmonale hypertensie (CTEPH) met New

York Heat Association klasse II tot III die riociguat krijgt voorgeschreven 1. na een chirurgische behandeling ter verbetering van het inspanningsvermogen persisterende of recidiverende CTEPH heeft, of 2. niet in aanmerking komt voor een chirurgische behandeling ter verbetering van het inspanningsvermogen."

Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd, onder andere ten aanzien van de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde afwijsgonden, kan evenmin leiden tot een andere uitkomst.

Slotsom

7.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 oktober 2023,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Afdeling 3. Algemene voorwaarden

Artikel 231

In deze afdeling wordt verstaan onder:

- **a.**algemene voorwaarden: een of meer bedingen die zijn opgesteld teneinde in een aantal overeenkomsten te worden opgenomen, met uitzondering van bedingen die de kern van de prestaties aangeven, voor zover deze laatstgenoemde bedingen duidelijk en begrijpelijk zijn geformuleerd;
- **b.**gebruiker: degene die algemene voorwaarden in een overeenkomst gebruikt;
- **c.**wederpartij: degene die door ondertekening van een geschrift of op andere wijze de gelding van algemene voorwaarden heeft aanvaard.

Artikel 233

Een beding in algemene voorwaarden is vernietigbaar

- **a.**indien het, gelet op de aard en de overige inhoud van de overeenkomst, de wijze waarop de voorwaarden zijn tot stand gekomen, de wederzijds kenbare belangen van partijen en de overige omstandigheden van het geval, onredelijk bezwarend is voor de wederpartij; of
- **b.**indien de gebruiker aan de wederpartij niet een redelijke mogelijkheid heeft geboden om van de algemene voorwaarden kennis te nemen.

Artikel 237

Bij een overeenkomst tussen een gebruiker en een wederpartij, natuurlijk persoon, die niet handelt in de uitoefening van een beroep of bedrijf, wordt vermoed onredelijk bezwarend te zijn een in de algemene voorwaarden voorkomend beding

- **a.**dat de gebruiker een, gelet op de omstandigheden van het geval, ongebruikelijk lange of onvoldoende bepaalde termijn geeft om op een aanbod of een andere verklaring van de wederpartij te reageren;
- **b.**dat de inhoud van de verplichtingen van de gebruiker wezenlijk beperkt ten opzichte van hetgeen de wederpartij, mede gelet op de wettelijke regels die op de overeenkomst betrekking hebben, zonder dat beding redelijkerwijs mocht verwachten;
- **c.**dat de gebruiker de bevoegdheid verleent een prestatie te verschaffen die wezenlijk van de toegezegde prestatie afwijkt, tenzij de wederpartij bevoegd is in dat geval de overeenkomst te ontbinden;

- **d.** dat de gebruiker van zijn gebondenheid aan de overeenkomst bevrijdt of hem de bevoegdheid daartoe geeft anders dan op in de overeenkomst vermelde gronden welke van dien aard zijn dat deze gebondenheid niet meer van hem kan worden gevergd;
- **e.** dat de gebruiker een ongebruikelijk lange of onvoldoende bepaalde termijn voor de nakoming geeft;
- **f.** dat de gebruiker of een derde geheel of ten dele bevrijdt van een wettelijke verplichting tot schadevergoeding;
- **g.** dat een de wederpartij volgens de wet toekomende bevoegdheid tot verrekening uitsluit of beperkt of de gebruiker een verdergaande bevoegdheid tot verrekening verleent dan hem volgens de wet toekomt;
- **h.** dat als sanctie op bepaalde gedragingen van de wederpartij, nalaten daaronder begrepen, verval stelt van haar toekomende rechten of van de bevoegdheid bepaalde verweren te voeren, behoudens voor zover deze gedragingen het verval van die rechten of verweren rechtvaardigen;
- **i.** dat voor het geval de overeenkomst wordt beëindigd anders dan op grond van het feit dat de wederpartij in de nakoming van haar verbintenis is tekort geschoten, de wederpartij verplicht een geldsom te betalen, behoudens voor zover het betreft een redelijke vergoeding voor door de gebruiker geleden verlies of gederfde winst;
- **j.** dat de wederpartij verplicht tot het sluiten van een overeenkomst met de gebruiker of met een derde, tenzij dit, mede gelet op het verband van die overeenkomst met de in dit artikel bedoelde overeenkomst, redelijkerwijze van de wederpartij kan worden gevergd;
- **k.** dat voor een overeenkomst als bedoeld in [artikel 236 onder j of p respectievelijk q](#) een duur bepaalt van meer dan een jaar, tenzij de wederpartij na een jaar de bevoegdheid heeft de overeenkomst te allen tijde op te zeggen met een opzegtermijn van ten hoogste een maand;
- **l.** dat de wederpartij aan een opzegtermijn bindt die langer is dan de termijn waarop de gebruiker de overeenkomst kan opzeggen;
- **m.** dat voor de geldigheid van een door de wederpartij te verrichten verklaring een strengere vorm dan het vereiste van een onderhandse akte stelt;
- **n.** dat bepaalt dat een door de wederpartij verleende volmacht onherroepelijk is of niet eindigt door haar dood of ondercuratelestelling, tenzij de volmacht strekt tot levering van een registergoed;

- **o.** dat de wederpartij bij overeenkomsten, niet zijnde verlengde, vernieuwde of voortgezette overeenkomsten als bedoeld in [artikel 236, onder j of p respectievelijk q](#), aan een opzegtermijn bindt die langer is dan een maand.

Wij gebruiken uw gegevens. Zorgvuldig

55. **Als u bij ons een verzekering heeft of aanvraagt, nemen wij uw gegevens op in onze administratie.** Als u ons belt kunnen wij het telefoongesprek opnemen en omzetten in geschreven tekst. Hierbij gelden de privacyregels. Die regels staan in de wet, onze gedragscode en ons privacystatement. In ons privacystatement vindt u hierover meer informatie.
56. **Wij moeten uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie opnemen.** Wij moeten het ook gebruiken in de contacten met zorgverleners.
57. Wij gebruiken uw gegevens en opgenomen telefoongesprekken:
- om uw verzekeringen en onze dienstverlening uit te voeren en te verbeteren
 - om te voldoen aan wettelijke verplichtingen
 - voor controle, analyse en (wetenschappelijk of statistisch) onderzoek
 - voor marketing
 - voor het voorkomen en bestrijden van fraude en andere criminaliteit.
- Soms gebruiken wij ook medische gegevens. Dat doen wij alleen als dat nodig is voor deze doelen, behalve marketing. Meer informatie hierover staat in ons privacystatement. Daar staat ook in wat uw rechten zijn.
58. De stichting CIS houdt bij wie heeft gefraudeerd. Wij mogen daar nagaan of u er bekend bent. Ook mogen wij uw gegevens via het CIS uitwisselen met andere verzekeraars, als daar reden voor is. Wij gebruiken deze informatie bij het afsluiten van verzekeringen en het behandelen van declaraties. Het CIS heeft een eigen privacyreglement. U vindt het via www.stichtingcis.nl.
59. Om uw verzekeringen uit te voeren vragen en geven wij uw adres- en polisgegevens aan anderen, zoals zorgverleners en hulpmiddelenleveranciers. Wij doen dat digitaal, via Vecozo, het netwerk voor veilige communicatie in de zorg, of via een beveiligde e-mailverbinding. Zo kan de zorg die u krijgt op een makkelijke en veilige manier bij ons worden gedeclareerd. Neemt u deel aan een collectieve verzekering via uw werkgever? Dan wisselen wij voor de uitvoering van de verzekeringen gegevens uit met uw werkgever. Zo kijken wij of u (nog) recht op premiekorting heeft.
- Is er een dringende reden om uw adres niet uit te wisselen? Dan kunt u dat bij ons melden.
60. Wilt u geen post, e-mail of andere uitingen ontvangen met marketing als doel? Geef het aan ons door. Dan sturen wij u deze informatie niet meer.

Ik wil mijn aanvullende verzekering wijzigen

61. Stapt u over naar een andere aanvullende verzekering van ONVZ? Dan tellen zorgkosten die de oude aanvullende verzekering heeft vergoed mee voor de maximale vergoeding van de nieuwe aanvullende verzekering.

Wij kunnen de verzekering wijzigen

62. **Wij kunnen de algemene regels en de premie van de verzekeringen wijzigen.** De hoofdverzekerde krijgt van ons bericht over deze wijzigingen. Daarin staat ook wanneer de wijzigingen ingaan. Meestal is dat op 1 januari. Als wij de basispremie wijzigen gaat de nieuwe premie na zeven weken in. Later kan ook. Soms kunt u dan opzeggen. Dit staat in nummer 63.

4. Ik verlaat ONVZ, of ONVZ beëindigt de verzekering

We hopen natuurlijk dat u bij ons blijft. Wilt u de verzekering toch beëindigen? Hier leest u hoe en wanneer u dat kunt doen.

Opzeggen

63. **De hoofdverzekerde kan de verzekering elk jaar opzeggen.** Dit kan met een brief, een e-mail of via de website. Als de opzegging op 31 december bij ons binnen is, eindigt de verzekering op 1 januari van het volgende jaar.

In 4 gevallen kan de hoofdverzekerde ook tijdens het jaar opzeggen.

- a. Als u nog in de bedenktijd van nummer 18 zit.
 - b. Als u van werkgever verandert, en u bij uw oude én nieuwe werkgever aan een collectieve verzekering deelneemt. De opzegging moet dan wel binnen een maand na het einde van uw oude dienstverband bij ons binnen zijn. De opzegging gaat in op de eerste dag van de volgende maand. Anders loopt de oude verzekering nog door tot 1 januari van het volgende jaar. De korting voor de collectiviteit geldt dan niet meer.
 - c. Als de hoofdverzekerde iemand anders verzekerd heeft, en deze verzekerde een nieuwe verzekering krijgt. Dit kan bijvoorbeeld bij scheiding. De oude verzekering eindigt op het moment dat de nieuwe verzekering ingaat. De opzegging moet wel op dat moment bij ons binnen zijn. Anders loopt de oude verzekering nog door in de maand waarin wij de opzegging ontvangen en de maand daarna.
 - d. Als wij de verzekering of de premie tussentijds wijzigen volgens nummer 62. De verzekering eindigt op de datum waarop de wijziging zou ingaan. U moet dan wel opzeggen voordat de wijziging ingaat, of binnen 1 maand nadat de hoofdverzekerde bericht over de wijziging heeft gekregen. Opzeggen kan niet als de wijziging het gevolg is van het veranderen van een wettelijke bepaling, of als de wijziging voordelig voor u is.
64. **Als het CAK u bij ons heeft verzekerd, kunt u de eerste 12 maanden niet opzeggen. Daarna wel, ook tijdens het jaar.** Het CAK is een organisatie van de overheid. Die kijkt wie geen basisverzekering heeft, maar er wel een moet hebben. Zo nodig sluit het CAK dan een basisverzekering af en kiest zelf de verzekeraar.

U kunt die verzekering wel binnen 14 dagen opzeggen als u aantoont dat u wél een basisverzekering had.

Soms eindigt de Vrije Keuze Basisverzekering zonder opzegging

65. Blijkt na het afsluiten van een Vrije Keuze Basisverzekering dat u hierop geen recht heeft? Dan eindigt de Vrije Keuze Basisverzekering vanaf de ingangsdatum of de datum waarop u er geen recht op had. Heeft u al premie betaald? Dan betalen wij die terug. Zorgkosten die wij hebben vergoed, halen wij hier van af. Zijn de door ons betaalde zorgkosten hoger dan de door u betaalde premie? Dan moet u ons het verschil terugbetalen.
66. De verzekeringen eindigen op de dag na de dag waarop de verzekerde overlijdt. Teveel betaalde premie betalen wij terug.
67. De Vrije Keuze Basisverzekering eindigt ook als onze vergunning als schadeverzekeraar zou worden ingetrokken. U krijgt daarvan minimaal 2 maanden vooraf bericht.

U heeft bijvoorbeeld in de volgende gevallen geen recht op een Vrije Keuze Basisverzekering:

- U bent militair in werkelijke dienst. Dan bent u via SZVK verzekerd.
- U werkt in een ander EU-land. Dan moet u in dat land een zorgverzekering afsluiten.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 940

1. Bij opzegging tegen het einde van een verzekeringsperiode teneinde verlenging van de overeenkomst te verhinderen, wordt een termijn van twee maanden in acht genomen.
2. De verzekeringnemer en, tenzij het een persoonsverzekering betreft, de verzekeraar kunnen een overeenkomst die is aangegaan voor een periode van meer dan vijf jaar, of die voor zulk een periode is verlengd, opzeggen tegen het einde van elk vijfde jaar binnen die periode. Daarbij geldt de in lid 1 genoemde termijn.
3. Indien de verzekeraar de bevoegdheid heeft bedongen de overeenkomst tussentijds op te zeggen, komt de verzekeringnemer een gelijke bevoegdheid toe. Tenzij jegens hem is gehandeld met het opzet tot misleiding neemt de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer daarbij een termijn van twee maanden in acht. Indien een verzekering dekking biedt tegen schade veroorzaakt door risico's als bedoeld in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, kan, bij de verwezenlijking van een dergelijk risico of bij een dreiging van het ophanden zijn daarvan, de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer in afwijking van deze termijn van twee maanden, de overeenkomst met inachtneming van een termijn van zeven dagen opzeggen. De verzekeraar kan slechts tussentijds opzeggen op in de overeenkomst vermelde gronden welke van dien aard zijn dat gebondenheid aan de overeenkomst niet meer van de verzekeraar kan worden gevergd.
4. Indien de verzekeraar de voorwaarden van de overeenkomst ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
5. De verzekeraar kan een persoonsverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voor zover dat is gelegen in de persoon van degeen, die de verzekering betreft.
6. De verzekeringnemer kan de overeenkomst steeds langs elektronische weg opzeggen. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van de verzending van opzeggingen langs elektronische weg.
7. De voordracht voor een krachtens het zesde lid vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan de beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.