

RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

UITSpraak Nr. 2006/049 Med

in de klacht nr. 2005.5253 (168.05)

ingediend door:

hierna te noemen 'klager',

tegen:

hierna te noemen 'verzekeraar'.

De Raad van Toezicht Verzekeringen heeft kennis genomen van de schriftelijke klacht, alsmede van het daartegen door verzekeraar gevoerde schriftelijke verweer.

Uit de stukken is, voor zover voor de beoordeling van de klacht van belang, het navolgende gebleken.

Inleiding

Verzekeraar heeft met ingang van 1 januari 2004 de ziektekostenverzekeringsportefeuille overgenomen van een tot een concern behorende ziektekostenverzekeraar. Bij deze ziektekostenverzekeraar was door de moedermaatschappij ten behoeve van de werknemers van het concern een collectieve ziektekostenverzekering afgesloten. Klager is krachtens dit collectieve contract tegen het risico van ziektekosten verzekerd. Waar in het hierna volgende over verzekeraar wordt gesproken wordt daaronder ook bedoelde ziektekostenverzekeraar verstaan.

In artikel 10 van de op de collectieve verzekering van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden is bepaald: 'De verzekeraar heeft het recht in overleg met (de moedermaatschappij) de polisvoorwaarden van de verzekering en de premies en-bloc te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt in overleg met (de moedermaatschappij) op een door de verzekeraar vast te stellen datum. (De moedermaatschappij) doet van een herziening mededeling.'

In artikel 2.1.12 van deze voorwaarden is bepaald:

'De eigen bijdrage van huishoudelijke hulp/gezinszorg/wijkverpleging/wijkziekenverzorging

Vergoeding wordt verleend:

- voor de inkomensafhankelijke bijdrage op grond van de AAW/AWBZ in rekening gebracht door een bedrijfsvereniging/Centraal Administratie Kantoor (CAK), tot maximaal éénmaal € 4,60 per uur;
 - voor de kosten van een bureau voor particuliere hulp indien een verklaring van een officiële instantie kan worden overlegd, waaruit blijkt dat deze niet in staat is/was om zorg te verlenen;
 - indien de verzekerde door het Regionaal Indicatie Orgaan is geïndiceerd voor thuiszorg;
 - indien de originele nota kan worden overlegd;
 - na TOESTEMMING VOORAF door de verzekeraar.
- (...)

2006/049 Med

De klacht

In artikel 10 van de verzekeringsvoorwaarden is bepaald hoe herziening van premie en voorwaarden aan de verzekerden bekend gemaakt wordt: de moedermaatschappij doet van een herziening mededeling.

Op 31 december 2003 heeft de moedermaatschappij een mededeling over de voorwaarden-2004 van de collectieve ziektekostenverzekering gedaan. De mededeling hield in essentie in dat de voor 2004 afgekondigde overheidsmaatregelen geen invloed hebben op de polisvoorwaarden.

Eén van de overheidsmaatregelen betrof de verhoging van de eigen bijdrage voor thuiszorg met 60%. De eigen bijdrage valt op grond van artikel 2.1.12 onder de dekking van de collectieve ziektekostenverzekering.

Tot 2004 dekte verzekeraar de kosten van thuiszorg volledig. Het nominale bedrag dat vermeld wordt in artikel 2.1.12 (in 2004 € 4,60, in 2002 € 5,00 en in 2003 € 4,40 per uur) was altijd hoger of tenminste gelijk aan de eigen bijdrage.

In een brief van 15 juni 2004 deelde verzekeraar zelfstandig mee dat wat betreft de vergoeding voor thuiszorg wel sprake is van invloed van overheidsmaatregelen op de verzekeringsvoorwaarden. Deze wijziging uit zich in een (overheids)verhoging naar € 11,80, bij een vergoeding van € 4,60. Dit betekent in plaats van volledige dekking nog maar 40% dekking. Verzekeraar stelt dat deze niet-aanpassing de uitkomst is van een discussie met de moedermaatschappij.

Verzekeraar beroept zich thans dus voor zijn uitkeringsbeleid op het nominale bedrag dat als maximum vergoeding voor thuiszorg staat en weigert dit aan te passen aan de consequenties van het overheidsbeleid.

Dit is om diverse redenen niet juist:

1. De moedermaatschappij heeft per brief van 31 december 2003 aangegeven dat overheidsmaatregelen geen invloed hebben op de polisvoorwaarden. De strekking van deze brief was van materiële aard. Verzekeraar stelt zich op het standpunt dat de polisvoorwaarden niet gewijzigd zijn door het niet (nauwelijks) aangepast zijn van de maximum vergoeding. Daarmee geeft hij een formele invulling aan het begrip 'niet gewijzigd'. Dat is onjuist. Daaraan doet ook de gesuggereerde uitkomst van de discussie tussen verzekeraar en de moedermaatschappij niets af. Verzekeraar had moeten beseffen dat de uitkomst van deze discussie niet terug te vinden was in de wijze waarop de moedermaatschappij de polishouders heeft geïnformeerd en had op grond hiervan zijn interne richtlijn moeten bijstellen.

2. De materiële aspecten van de brief hebben verwachtingen gewekt bij de verzekerden. Deze verwachtingen werden versterkt door het feit dat, zoals de brief van de moedermaatschappij stelt: *geen wijzigingen in de voorwaarden ook betekende geen verstrekking van nieuw gedrukte polisvoorwaarden.*

Achterliggende boodschap hierbij is ook dat er geen andere interpretatie of toepassing van polisartikelen is. Met andere woorden: nu niet ineens een maximum bedrag toepassen, dat voorheen nooit enige andere materiële functie had dan het bevestigen van een 100% uitkering. Of andersom: de moedermaatschappij meldt dat de voorwaarden ongewijzigd zijn, maar vervolgens worden de nominale bedragen niet aanpast naar het actuele niveau. Dat is de boel voor de gek houden.

3. Verzekeraar heeft t/m 2003 het beleid van 100% vergoeding gekend. Het aanwezige nominale bedrag onderstreepte door zijn hoogte ook deze 100%

2006/049 Med

vergoeding. Het nu ineens toepassen van een lager nominaal bedrag dan het factuurbedrag als uitkeringsgrondslag is een wijziging van een voorwaarde die door de moedermaatschappij had moeten worden meegedeeld. Omdat dit niet gebeurd is, mag verzekeraar deze voorwaarde niet eenzijdig opleggen en moet hij zijn voorwaarden brengen in de staat die de moedermaatschappij heeft gecommuniceerd.

4. Verzekeraar doet uitkeringen op grond van een veelheid van medisch handelen. Vele hiervan zijn in prijs per 1 januari 2004 aangepast. Deze verhogingen hebben geen invloed op het uitkeringsbeleid van verzekeraar. Dit beleid moet ook bij thuiszorg gelden. Non-consistentie hier levert wel degelijk aanpassing van voorwaarden op.

Subsidiair beklagt klager zich erover dat verzekeraar met deze aanpassing in strijd met artikel 10 van de verzekeringsvoorwaarden handelt. Verzekeraar past de vergoedingsbedragen in artikel 2.2.12 neerwaarts aan, zonder verdere kenbaarheid. Een voor 2002 vastgesteld uitkeringsmaximum van € 5,00 is zonder verdere toelichting voor 2003 verlaagd naar € 4,40 (voor 2004 aangepast naar € 4,60). Verzekeraar stelt dat het hier om een omrekenfout gaat bij introductie van de euro. Deze vermeende fout is voor de polishouders niet kenbaar geweest, immers:

a. Het beleid van integrale vergoeding stond kenbaarheid in de weg. Dit mede doordat de maximumvergoedingen uit art 2.1.12 altijd hoger waren dan de factuurbedragen.

b. Het voorheen gehanteerde bedrag van f 10,- werd € 5,-. Dit is op het oog geen vreemde afronding en wordt daarnaast gesanctioneerd in de brief van 20 december 2002, waarin staat dat '...maximale vergoedingsbedragen worden afgerond in voordeel van verzekerden op 0 of € 5,-'. Met een genoemd bedrag van € 5,- was dit ook zo.

In de neerwaartse aanpassing van de vergoedingen en in aanpassingen anders dan in afrondingen van € 5,- handelt verzekeraar in strijd met de wijze waarop de polishouders zijn geïnformeerd in de brieven van de moedermaatschappij, hetgeen een formele voorwaarde is op grond van artikel 10 van de polisvoorwaarden.

Het standpunt van verzekeraar

De feitelijke klacht betreft de hoogte van de vergoeding van de eigen bijdrage bij thuiszorg. Deze bedroeg in 2004 en 2005 € 4,60 per uur. Vergoeding vond plaats conform artikel 2.1.12 van de polisvoorwaarden.

Dit artikel geeft duidelijk de maximering weer en is een extra dekking ten opzichte van de primaire uitsluiting in artikel 2.3.6 van de polisvoorwaarden, dat luidt: 'Geen aanspraak op vergoeding van kosten bestaat (...) voor de verschuldigde eigen bijdrage van bevolkingsonderzoeken, bedrijfsonderzoeken en de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), uitgezonderd de eigen bijdrage zoals bepaald in artikel 2.1.12 (...)'.¹

De extra dekking die genoemd wordt in artikel 2.1.12 geeft duidelijk aan dat het een limitatieve vergoeding betreft, die los staat van de hoogte van de eigen bijdrage die de overheid oplegt. Dat in het verleden sprake was van een kostendekkende vergoeding is in dit kader niet relevant.

De moedermaatschappij heeft per brief van 31 december 2003 aangegeven dat de overheidsmaatregelen geen invloed op de voorwaarden hebben. Dit is correct.

2006/049 Med

De hoogte van de vergoeding genoemd onder artikel 2.1.12 wordt namelijk niet beïnvloed door verhoging van de eigen bijdrage AWBZ.

Klager geeft tevens aan dat de genoemde brief van materiële aard is, aangezien geen nieuwe polisvoorwaarden zijn verstrekt per 1 januari 2004. Verzekeraar onderschrijft deze stelling niet. Klager had juist hieruit kunnen concluderen dat de genoemde limitatieve vergoeding niet zou wijzigen. Klager gaat er ten onrechte vanuit dat in de voorwaarden genoemde bedragen gezien moeten worden als bijdrage-afhankelijk. Waar in de verzekeringsvoorwaarden sprake is van bedragen, is immers altijd sprake van een limitatieve vergoeding.

Het commentaar van klager

Klager heeft, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar, zijn klacht gehandhaafd.

Het oordeel van de Raad

1. In het onderhavige geval gaat het om een collectieve ziektekostenverzekering die de moedermaatschappij - volgens artikel 1.1.4 van de verzekeringsvoorwaarden: de verzekeringnemer - bij verzekeraar heeft afgesloten. Slechts verzekeraar, maar niet de moedermaatschappij, is aangesloten bij het Klachteninstituut Verzekeringen en uit dien hoofde aan het toezicht van de Raad onderworpen. Voorzover de klacht het handelen van de moedermaatschappij betreft, moet de Raad zich derhalve van een oordeel onthouden.

2. Verzekeraar kan in redelijkheid het standpunt innemen dat hij indien sprake is van thuiszorg kan volstaan met vergoeding van het in het hierboven onder Inleiding geciteerde artikel 2.1.12 van de verzekeringsvoorwaarden genoemde bedrag per uur. In redelijkheid verdedigbaar is verder dat daaraan niet afdoet dat de eigen bijdrage voor thuiszorg met ingang van 1 januari 2004 van overheidswege aanzienlijk is verhoogd zodat de vergoeding de kosten van de eigen bijdrage niet meer volledig dekt. In redelijkheid verdedigbaar is voorts dat daaraan evenmin afdoet dat in de brief van 31 december 2003 van de moedermaatschappij was vermeld dat de overheidsmaatregelen geen invloed hebben op de polisvoorwaarden. Verdedigbaar is immers het standpunt dat niet de brieven van 20 december 2002 en 31 december 2003 van de moedermaatschappij - de verzekeringnemer, aan wie artikel 10 van de verzekeringsvoorwaarden de mededeling van poliswijzigingen aan de deelnemers heeft overgelaten - aan de deelnemers aan het bij verzekeraar afgesloten collectieve contract, maar de verzekeringsvoorwaarden zelve doorslaggevend zijn. Verdedigbaar is daarom ook het standpunt dat verzekeraar niet gebonden is aan de in de brief van 20 december 2002 genoemde afronding van bedragen. De slotsom moet dan ook zijn dat niet gebleken is dat verzekeraar de goede naam van het verzekeringsbedrijf heeft geschaad.

2006/049 Med

De beslissing

De Raad verklaart de klacht ongegrond.

Aldus is beslist op 4 september 2006 door mr. B. Sluijters, voorzitter, jhr. mr. J.L.R.A. Huydecoper, dr. D.F. Rijkels, arts, mr. R.J. Verschoof en dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van mr. S.N.W. Karreman, secretaris.

De voorzitter:

(mr. B. Sluijters)

De secretaris:

(mr. S.N.W. Karreman)