

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202400965

### Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg
  - 2) OWM CZ groep U.A te Tilburg
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 15 augustus 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 30 augustus 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 8 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet en meegedeeld dat hij bereid is de kosten van de Premium Health Card voor 2024 alsnog uit coulance te vergoeden. Een kopie van deze brief is op 9 oktober 2024 aan verzoeker gezonden waarbij hem is gevraagd of het geschil hiermee is opgelost.
- 1.3. Verzoeker heeft op 21 oktober 2024 gereageerd. Een kopie van deze reactie is dezelfde dag aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.4. Bij brief van 19 november 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024041915) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 november 2024 aan partijen gestuurd. Verzoeker heeft op 25 november 2024 op het advies gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 28 november 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 december 2024 gereageerd. Een kopie van deze reactie is op dezelfde datum aan verzoeker gestuurd. Verzoeker heeft op 3 december 2024 een nadere reactie gestuurd. Een kopie hiervan is dezelfde datum aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.5. Kopieën van de nagekomen stukken zijn op 18 december 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 19 november 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 19 december 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
- 1.6. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 6 november en 21 november 2024 verklaard niet te willen worden gehoord.

## 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Zorg Vrij (Combinatie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Compleet, Tandenaaf 100% tot EUR 1500 en Fit (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoeker en zijn partner wonen 9 maanden per jaar in Spanje. Tijdens het verblijf aldaar ontvangt hij zorg van QuironSalud in Torreveja. Deze instelling biedt de mogelijkheid jaarlijks de zogenoemde Premium Health Card af te nemen. Verzoeker heeft hiervoor gekozen en hij heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om vergoeding van de kosten van de Premium Health Card voor hem en zijn partner.
- 2.3. Bij brief van 21 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de desbetreffende kosten niet worden vergoed.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 24 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 19 november 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 19 december 2024 heeft het Zorginstituut de commissie geïnformeerd dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

## 3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is voor nu en in de toekomst de kosten van de Premium Health Card voor hem en zijn partner te vergoeden vanuit de basisverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.2. Hij heeft hiertoe aangevoerd, zoals verwoord in zijn brief van 15 augustus 2024, dat met de Premium Health Card de ziektekostenverzekeraar (directe) kosten worden bespaard. Daarnaast kunnen ziekten vroegtijdig worden gesignaleerd door de jaarlijkse eenmalige medische controle, waardoor grotere kosten worden voorkomen. In 2024 hebben verzoeker en zijn partner vier keer een medisch specialist geraadpleegd, een tandreiniging gehad, een medische controle laten uitvoeren, en heeft de partner van verzoeker twee keer een gratis controle gehad bij een medisch specialist. Het zou verstandig zijn als de ziektekostenverzekeraar in zijn voorwaarden regelt dat de kosten van de kaart worden vergoed. Als de ziekenkostenverzekeraar niet overgaat tot vergoeding van de Premium Health Card mag hij ook niet profiteren van de 10% korting op de zorg die verzoeker en zijn partner met de kaart wordt geboden.
- 3.3. In de brief van 21 oktober 2024 heeft verzoeker verklaard dat het geschil met het voorstel van de ziektekostenverzekeraar tot een coulancevergoeding voor 2024 niet is opgelost. Hij heeft daarbij aangevoerd dat het aantal mensen dat voor langere tijd in Spanje verblijft groeit, en dat zij vanwege de voordelen van dat land -als het onder andere gaat om hogere temperaturen en minder stress- per saldo minder gebruik maken van medische zorg. Daarnaast zijn de medische kosten in Spanje lager dan in Nederland. De jaarlijkse controle geeft rust en problemen worden vroegtijdig gesignaleerd. De drempel voor een bezoek aan een medische instelling wordt lager en er ontstaan nagenoeg geen wachttijden. Dit alles maakt dat de kaart voor Nederlandse zorgverzekeraars kostenbesparend is. Verzoeker stelt dat de Premium Health Card daarom dient te worden opgenomen in de polis, door de kosten hiervan te vergoeden, of een lager premiebedrag te berekenen bij het tonen van de kaart. Mocht hiertoe niet worden overgegaan,

dan stelt verzoeker dat hij recht heeft op de besparing ter grootte van de 10% korting die de Premium Health Card geeft op behandelingen die door de ziektekostenverzekeraar worden betaald.

- 3.4. In de brief van 25 november 2024 heeft verzoeker verklaard te onderschrijven dat de Premium Health Card geen onderdeel is van de dekking van de basisverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker geeft aan dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de Premium Health Card voor 2024 en de kosten van de procedure bij de SKGZ inmiddels heeft voldaan. Hij vraagt of de kostenverlaging door onder andere de Premium Health Card in de toekomst in een nieuwe polis moet worden opgenomen en of heden al een tijdelijke oplossing kan worden toegepast. Voorts vraagt verzoeker aan wie de kostenverlaging, veroorzaakt door gebruik van de Premium Health Card, toekomt.

#### 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat vergoeding van de kosten van de Premium Health Card terecht is afgewezen. Hij heeft hiertoe, in zijn brief van 8 oktober 2024 aangevoerd, dat vanwege een beoordelingsfout de kosten in 2023 wel zijn vergoed. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat dit bij verzoeker de verwachting heeft gewekt dat ook in 2024 vergoeding zou volgen. Daarom is hij uit coulance bereid de kosten alsnog te vergoeden voor verzoeker en zijn partner. De verzekeringsvoorwaarden bieden geen dekking voor een dergelijke verstrekking.
- 4.2. In de brief van 2 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aangevuld en gesteld dat de wetgever de inhoud van het basispakket heeft vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit Zorgverzekering en de Regeling Zorgverzekering. In de artikelen 10 en 11 van de Zorgverzekeringswet wordt vermeld wat het te verzekeren risico en de te verzekeren prestaties zijn. Hieruit volgt dat de Zorgverzekeringswet alleen betrekking heeft op geleverde zorg en niet op vergoeding van premies voor andere verzekeringen. De Premium Health Card is uitgesloten van het basispakket. Dit wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut.
- 4.3. De aanvullende ziektekostenverzekering is een vrijwillige particuliere verzekering die wordt beheerst door het principe van contractsvrijheid en aanbod en aanvaarding. Zolang deze overeenkomst niet in strijd is met de wet, goede zeden of openbare orde, komt de inhoud ervan vrij tot stand. Het is niet mogelijk om de ziektekostenverzekeraar eenzijdig te verplichten dekking op te nemen voor een bepaald product of dienst. De uitkomst van de door verzoeker gestelde vragen, als deze vragen al worden beantwoord, heeft dan ook feitelijk geen invloed op het voorgelegde geschil, aangezien er geen wettelijke basis is voor het verplichten van verzekeraars om bepaalde risico's of prestaties op te nemen in hun aanvullende verzekeringsproducten.
- 4.4. Het is verder niet mogelijk om het verschil tussen de zorgkosten die zouden zijn berekend en de kosten die verzoeker daadwerkelijk moet betalen vanwege het gebruik van de Premium Health Card aan hem uit te betalen. In artikel A.19 van de verzekeringsvoorwaarden staat namelijk dat niet meer wordt vergoed dan de werkelijk gemaakte kosten.

#### 5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 19 november 2024 (door het Zorginstituut als definitief bestempeld bij brief van 19 december 2024) heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

##### **"Beoordeling**

*De informatie in het dossier is juridisch beoordeeld.*

*Het geschil betreft de vraag of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van de Premium Health Card.*

*Uit het dossier blijkt dat de Premium Health Card een verzekeringskaart is. Met deze verzekeringskaart heeft een verzekerde onder andere gratis toegang tot (eerste) consulten,*

gratis ambulancezorg, 10% korting op genoten zorg en toegang tot preventieve zorg. De verzekeringskaart kan worden aangeschaft voor mogelijke kostenbesparing.

De artikelen 10 en 11 van de Zvw geven aan wat 'het te verzekeren risico' is en 'de te verzekeren prestaties' zijn. Met andere woorden: welke zorg verzekerd is en welke prestaties of middelen daartoe worden ingezet. De Premium Health Card is een verzekeringskaart en is geen vorm van zorg in de zin van art. 10 van de Zvw, of een verzekerde prestatie in de zin van art. 11 van de Zvw. De kosten van de Premium Health Card komen derhalve niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

### **Conclusie**

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan worden geconcludeerd dat de Premium Health Card geen verzekerde zorg is. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten van de Premium Health Card ten laste van de basisverzekering.

### **Het advies**

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een Premium Health Card maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

## **6. Bevoegdheid van de commissie**

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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 de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

### *Zorgverzekering*

- 7.2. Gelet op de artikelen 10 en 11 Zvw heeft de wetgever niet beoogd dat de zorgverzekering dekking biedt voor arrangementen zoals de Premium Health Card. Dit wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut van 19 november 2024 en wordt, gelet op zijn brief van 25 november 2024, door verzoeker onderschreven. Vergoeding van de kosten ten laste van de zorgverzekering is daarmee niet aan de orde.

### *Aanvullende ziektekostenverzekering*

- 7.3. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten en hierin is voor 2024 geen dekking opgenomen voor de Premium Health Card, zoals door verzoeker ook is bevestigd in zijn brief van 25 november 2024. De commissie merkt hierbij op dat het een privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst betreft. De ziektekostenverzekeraar is vrij bij de invulling van de voorwaarden van deze verzekering. Het is aan verzoeker hier al dan niet mee akkoord te gaan. Indien verzoeker intussen niet meer tevreden is met de geboden dekking, kan hij besluiten de verzekeringsovereenkomst te beëindigen per ultimo van het kalenderjaar dan wel tussentijds in geval van een premie- of voorwaardenwijziging anders dan met ingang van 1 januari van het jaar. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd over de voordelen van de kaart moet de commissie voor kennisgeving aannemen. Voor verzoeker zijn deze blijkbaar evident, en het is uiteindelijk zijn beslissing geweest de kaart aan te schaffen. Niet valt in te zien waarom

de ziektekostenverzekeraar onder deze omstandigheden gehouden is de volgens verzoeker opgetreden besparing aan hem te vergoeden.

- 7.4. Lopende de procedure heeft verzoeker meegedeeld dat hij de kosten van de Premium Health Card voor 2024 van hem en zijn partner en het entreegeld van € 37,- reeds vergoed heeft gekregen van de ziektekostenverzekeraar. Hiermee is het belang dat verzoeker had bij zijn verzoek aan de commissie vervallen. Voor zover verzoeker met zijn verzoek beoogt dat de Premium Health Card ook in de toekomst wordt vergoed, geldt dat de commissie hierover geen uitspraak kan doen, nu nog geen verzekeringsovereenkomst voor 2025 aan de orde is, de verzekeringsvoorwaarden voor 2025 en volgende jaren niet bekend zijn, verzoeker de kosten ter zake nog niet heeft gedeclareerd, en op de ingediende declaratie nog geen afwijzende beslissing en heroverweging zijn gevolgd.
- 7.5. Voor zover verzoeker met zijn stellingen beoogt dat de korting op mogelijke rekeningen in de toekomst niet de ziektekostenverzekeraar maar verzoeker zelf toekomt, overweegt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar terecht heeft gesteld dat uit artikel A.19 van de voorwaarden van zowel de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering volgt dat de ziektekostenverzekeraar niet meer vergoed dan de werkelijk gemaakte zorgkosten.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 december 2024,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

## 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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

## BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.