



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Farmaceutische zorg. Tretinoïne®, eigen risico, hoogte toeslag magistrale bereiding
Zaaknummer : 201401460
Zittingsdatum : 29 april 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010-2011, artt. 19, 21 en 22 Zvw, 2.8, 2.17 en 2.18 Bzv)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen











- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V., en
- 2) Menzis N.V., beide te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Tand afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om restitutie van (een deel) van het door hem betaalde eigen risico 2010 en 2011 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 juni 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 19 november 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 21 augustus 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 februari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 februari 2015 aan verzoeker gezonden.

-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 maart 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 april 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Verzoeker is op 29 april 2015 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.
-  3.9. Na afloop van de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar door de commissie in de gelegenheid gesteld te reageren op hetgeen door verzoeker ter zitting is aangevoerd. Bij brieven van 29 juni en 3 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Afschriften van deze reacties zijn aan verzoeker gezonden waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij e-mailberichten van 2 juli en 16 augustus 2015 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. Verzoeker gebruikt al enige jaren het geneesmiddel Tretinoïne. Eind 2013 is verzoeker gebleken dat zijn apotheker in de jaren 2010 en 2011 voor dit middel bijna € 100,-- te veel heeft gedeclareerd. Zo heeft de apotheker op 21 juli 2010 € 108,57, op 23 december 2010 € 102,22, op 29 juni 2011 € 98,09 en op 28 november 2011 eveneens € 98,09 gedeclareerd. Voor hetzelfde middel heeft de apotheker op 12 april 2012 echter maar € 20,35 berekend.
-  4.2. De apotheker stelt zich op het standpunt dat hij in 2010 en 2011 gerechtigd was een hoger bedrag in rekening te brengen omdat hij in die jaren het middel zelf magistraal heeft bereid. Vanaf 2012 bereidde hij het middel niet meer zelf, maar kreeg hij het geleverd van een derde. Verzoeker voert thans aan dat de apotheker ook vóór 1 januari 2012 het middel van een derde geleverd kreeg en daarom niet gerechtigd was hiervoor een hoger bedrag in rekening te brengen.
-  4.3. De nota's uit 2010 en 2011 zijn door de apotheker gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar, waarna laatstgenoemde de bedragen heeft verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico voor die jaren van verzoeker. Aangezien de apotheker in 2010 en 2011 te hoge nota's heeft ingediend, meent verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het te veel betaalde eigen risico te restitueren.
-  4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij naar de apotheek is geweest en daar heeft gesproken met de eigenaresse. Zij bevestigde dat het middel al vóór 1 januari 2012 bij een derde werd ingekocht, maar wilde dit niet op papier zetten. Om die reden heeft verzoeker de apotheek gebeld en gevraagd om een bevestiging, waarbij hij het gesprek heeft opgenomen. Uit de opname komt naar voren dat het middel Tretinoïne voor het eerst op 23 juli 2010 is afgeleverd. Op de vraag van verzoeker of het hierbij om een eigen bereiding ging, is geantwoord dat het middel destijds al van de groothandel kwam.
-  4.5. In reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 3 augustus 2015 stelt verzoeker dat hij akkoord gaat met het voorstel bedragen van € 158,18 en € 37,-- aan hem te vergoeden. Daarbij verzoekt hij de commissie de ziektekostenverzekeraar te verplichten aan hem een onkostenvergoeding te betalen voor de gemaakte (extra) kosten in de afgelopen twee jaar.
-  4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek, voor zover hieraan door de ziektekostenverzekeraar nog niet is tegemoet gekomen, dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoeker meent dat de apotheker in 2010 en 2011 voor het middel Tretinoïne® te veel in rekening heeft gebracht. Naar aanleiding van de klacht van verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar zowel op 19 november 2013 als op 6 augustus 2014 contact opgenomen met de betreffende apotheker. In beide gesprekken heeft de apotheker verklaard dat hij het middel in 2010 en 2011 zelf heeft bereid. Met ingang van 1 januari 2012 heeft de apotheker het middel doorgeleverd gekregen van een derde.
- 5.2. Aangezien de apotheker het middel in 2010 en 2011 magistraal heeft bereid, staat het hem, gelet op de regels van de Nederlandse Zorgautoriteit, vrij voor de dienstverlening extra kosten in rekening te brengen. De ziektekostenverzekeraar meent dan ook dat de in 2010 en 2011 gedeclareerde nota's juist zijn en dat deze mochten worden verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico van verzoeker.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat hij twee keer contact heeft gehad met de betreffende apotheek. In deze gesprekken heeft de apotheker verklaard het middel Tretinoïne tot 1 januari 2012 zelf te hebben bereid.
- 5.4. Naar aanleiding van hetgeen door verzoeker ter zitting is gesteld, heeft de ziektekostenverzekeraar informatie opgevraagd bij de apotheek. Uit de ontvangen informatie blijkt dat telkens sprake is geweest van een doorgeleverde bereiding waardoor bij verzoeker vóór 1 januari 2012 een te hoog tarief in rekening gebracht. Zo is in 2010 door de apotheker één keer € 108,57 en één keer € 102,22 in rekening gebracht. Dit had twee keer € 19,74 moeten zijn. In 2011 is door de apotheker twee keer € 98,06 in rekening gebracht terwijl dit twee keer € 18,97 had moeten zijn.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens uitgezocht of een en ander moet leiden tot terugbetaling van (een deel van) het eigen risico. Hierbij is van belang dat verzoeker zowel in 2010 als in 2011 heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-. Zodoende had verzoeker in 2010 een totaal eigen risico van € 665,- en in 2011 van € 670,-. Na aanpassing van de hiervoor genoemde tarieven naar € 19,74 heeft verzoeker in 2010 totaal € 707,17 zorgkosten gemaakt die ten laste komen van het eigen risico. Dit betekent dat verzoeker voor 2010 géén recht heeft op teruggave van het eigen risico. Voor 2011 is na correctie minder dan € 670,- aan zorgkosten gemaakt die onder het eigen risico vallen. Dit leidt er toe dat de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 158,18 (2 x € 79,09) zal terugbetalen aan verzoeker. Voorts zal de ziektekostenverzekeraar het aan de commissie betaalde entreegeld vergoeden.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek, voor zover hieraan door hem nog niet is tegemoet gekomen, dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is (een deel van) het door verzoeker betaalde verplicht en vrijwillig eigen risico voor 2010 en 2011 te restitueren.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B17 van de zorgverzekering (2010) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B17 Geneesmiddelen

Een geneesmiddel (of medicijn) is een stof die een bepaalde, gewenste werking op het lichaam uitoefent. Geneesmiddelen zijn er in allerlei vormen, zoals tablet, injectievloeistof, zetpil, pleister. Er zijn duizenden geneesmiddelen op de markt. Om een geneesmiddel op de markt te mogen brengen, heeft de producent een handelsvergunning nodig. Die vergunning wordt alleen verleend als het (merk- of merkloze) geneesmiddel voldoet aan strenge kwaliteitseisen.

Welke zorg

Geregistreerde geneesmiddelen

Met uitzondering van de uitgesloten middelen bedoeld onder het kopje 'Preferentiebeleid', heeft u recht op alle geneesmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke geneesmiddelen dat zijn, is te vinden in Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen via www.overheid.nl. Als u wilt weten of een bepaald geneesmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice, T 088 222 40 40.

(...)"

8.4. Artikel B8 van de zorgverzekering (2010) regelt het verplicht en vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"B8 Eigen risico

U heeft een verplicht eigen risico van € 165 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. (...)"

8.5. Voor het kalenderjaar 2011 zijn in de verzekeringsvoorwaarden betreffende farmaceutische zorg en het verplicht en vrijwillig eigen risico vergelijkbare bepalingen opgenomen, zij het dat het verplicht eigen risico toen op € 170,- per kalenderjaar was bepaald.

8.6. De artikelen B8 en B17 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv.

Het verplicht en vrijwillig eigen risico is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 19, 21 en 22 Zvw, en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 Bzv.

8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Bij de beoordeling van het onderhavige verzoek dient te worden vooropgesteld dat de commissie niet bevoegd is te oordelen over de rechtsverhouding tussen verzoeker en de afleverende apotheker. Dit geldt eveneens voor een oordeel over de rechtsverhouding tussen de apotheker en de ziektekostenverzekeraar. Anders gezegd: de apotheker is in de onderhavige procedure geen partij. Gelet op het (financiële) belang van verzoeker, dat bestaat in het verplicht en vrijwillig eigen risico, is relevant of voor de ziektekostenverzekeraar aanleiding bestond de gedeclareerde nota's te weigeren, dan wel de apotheker te vragen deze aan te passen. Ten aanzien hiervan geldt het volgende.

9.2. De commissie stelt allereerst vast dat partijen niet (meer) van mening verschillen over het gegeven dat de apotheek het middel Tretinoïne al vóór 1 januari 2012 door een derde liet bereiden. Dit brengt met zich dat de apotheek in 2010 en 2011 een te hoog tarief heeft gedeclareerd. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 3 augustus 2015 blijkt dat de apotheker in 2010 één keer € 108,57 en één keer € 102,22, en in 2011 twee keer € 98,06 bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd. Dit had in 2010 twee keer € 19,74 en in 2011 twee keer € 18,97 moeten zijn. Aangezien verzoeker de juistheid van genoemde bedragen niet heeft bestreden, neemt de commissie deze als vaststaand aan.

Rest de vraag of de door de ziektekostenverzekeraar toegepaste correctie er tevens toe dient te leiden dat verzoeker voor 2010 en 2011 aanspraak heeft op terugbetaling van (een deel van) het eigen risico. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.

9.3. Verzoeker was ingevolge de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden voor het jaar 2010 een bedrag van maximaal € 165,- en voor het jaar 2011 een bedrag van maximaal € 170,- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg die ten laste van de zorgverzekering komt. Daarnaast had verzoeker in voornoemde jaren gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-. Dit betekent dat hij in 2010 een eigen risico had van totaal € 665,- en in 2011 van € 670,-.


Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoeker niet gemotiveerd bestreden, dat voor verzoeker na aanpassing van de door de apotheker berekende tarieven in 2010 een bedrag van totaal € 707,17 aan zorgkosten is gedeclareerd. Nu dit bedrag nog steeds hoger is dan het eigen risico voor dat jaar (€ 665,-) heeft verzoeker geen recht op teruggave.

Aangezien verzoeker het eigen risico 2011 niet had volgemaakt, heeft hij recht op terugbetaling van een bedrag van twee keer € 79,09 (€ 98,06 - € 18,97) = € 158,18. Bij brief van 3 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd dit bedrag aan verzoeker te vergoeden.

Voor toewijzing van de door verzoeker gevorderde schadevergoeding ziet de commissie geen aanleiding, aangezien deze vordering niet nader is gespecificeerd en gesubstantieerd nog daargelaten dat de vordering naar het oordeel van de commissie in een dermate laat stadium van de procedure door verzoeker aan de orde is gesteld dat zij reeds om die reden door de commissie niet meer in behandeling kan worden genomen.

Conclusie


9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzoeker te vergoeden een bedrag van € 158,18. Het meer of anders verzochte dient te worden afgewezen.




9.5. Aangezien het verzoek deels dient te worden toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker vergoedt.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze zoals hiervoor in 9.4 is vermeld en wijst af het meer of anders verzochte.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 9 september 2015,



A.I.M. van Mierlo

