



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Farmaceutische zorg, eerste uitgiftegesprek, eigen risico, specificatie zorgnota's
Zaaknummer : 201502573
Zittingsdatum : 31 augustus 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014 en 2015, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.8, 2.17 en 2.19 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
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 grond van de verzekering Basis Zeker (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 Aanvullend UWV twee sterren 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. Bij uitkeringspecificaties van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar - vanwege het toepasselijke eigen risico - van verzoeker bedragen van € 6,02 gevorderd in verband met diverse eerste uitgiftegesprekken bij de apotheek.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven het niet eens te zijn met de in rekening gebrachte bedragen en dienaangaande om heroverweging gevraagd. Onder meer bij brief van 4 juli 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld de gevorderde bedragen 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 maart 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is (i) af te zien van het incasseren van het eigen risico vanwege de eerste uitgiftegesprekken, en (ii) te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door deze ontvangen zorgkostennota's nader te specificeren (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 14 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 juni 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 30 juni 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.9. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.10. Verzoeker is op 31 augustus 2016 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker meent dat bij hem ten onrechte bedragen ter zake van het eigen risico in rekening worden gebracht door de ziektekostenverzekeraar. Zo heeft de apotheek van verzoeker in 2014 verschillende keren een bedrag van € 6,02 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar zouden onder meer op 6 augustus en 19 september 2014 eerste uitgiftegesprekken hebben plaatsgevonden. Verzoeker bestrijdt dit ten zeerste. De betrokken apotheek heeft enkel de medicatie afgeleverd, zonder een mondelinge toelichting te verstrekken. Aan verzoeker is weliswaar een formulier meegegeven, maar de informatie op dit formulier kan een mondelinge toelichting nooit vervangen.
- 4.2. Nadat verzoeker wist dat bij de aflevering van geneesmiddelen € 6,02 extra in rekening wordt gebracht, heeft hij alle gesprekken die de apotheker over de verstrekking van geneesmiddelen met hem wilde voeren, geweigerd. Echter, ondanks deze weigering heeft de apotheek bij de ziektekostenverzekeraar opnieuw bedragen van € 6,02 berekend. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou de apotheek bij een weigering van het gesprek de geneesmiddelen niet mogen meegeven, maar dit is natuurlijk absurd. Omdat verzoeker weigert de betreffende kosten te voldoen, heeft de ziektekostenverzekeraar € 10,-- incassokosten bij hem in rekening gebracht.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker in de zomer van 2014 door de apotheek is geïnformeerd dat apart bedragen in rekening worden gebracht voor de eerste uitgifte van geneesmiddelen. In reactie op deze stelling stelt verzoeker dat, nog daargelaten dat deze kosten inherent zijn aan het beroep van apotheker, hij de betreffende folder pas in juni 2014 heeft ontvangen, terwijl de eerste geneesmiddelen al in mei 2014 door hem zijn opgehaald.
- 4.4. Verder verklaart verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar hem begin 2016 een declaratieoverzicht heeft gestuurd. Uit dit overzicht blijkt dat Stichting Treant bij de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 436,99 heeft gedeclareerd. Na ontvangst van de declaratie heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 252,59 verrekend met het verplicht eigen risico 2015 van verzoeker. Aangezien de ziektekostenverzekeraar geen nadere informatie geeft over de gedeclareerde kosten, kan verzoeker niet controleren of de declaratie al dan niet terecht is verrekend met het verplicht eigen risico 2015.

4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar sindsdien weliswaar de kosten van de eerste uitgiftegesprekken heeft laten vervallen, maar niet de eveneens gevorderde incassokosten van € 10,--. Verzoeker vindt dit vreemd. Verder brengt verzoeker in dat de ziektekostenverzekeraar sinds enkele jaren extra kosten bij hem in rekening brengt voor het gebruik van acceptgirokaarten.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Zowel in 2014 als in 2015 zijn ten behoeve van verzoeker geneesmiddelen door de apotheek afgeleverd. Sinds 1 januari 2014 declareren apotheken een apart bedrag voor een eerste terhandstelling. Dit houdt in dat de apotheek enige aanvullende informatie geeft over bijvoorbeeld mogelijke bijwerkingen en het gebruik van het middel. Vóór 1 januari 2014 waren deze kosten verwerkt in het totaal tarief van het geneesmiddel. Verzoeker is hierover in de zomer van 2014 door de apotheek geïnformeerd.

5.2. Onder verwijzing naar de prestatiebeschrijvingsbeschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de wetgever niet heeft bepaald welke informatie precies moet worden verstrekt bij de terhandstelling. Wel is duidelijk dat het minimaal moet gaan om een aanbod van mondelinge en/of schriftelijke informatie. Voor een eerste terhandstelling geldt een vast gecontracteerd tarief van € 6,02. Dit is ongeacht de duur van het eerste uitgiftegesprek. Verzoeker betwist de wijze waarop de eerste terhandstellingsgesprekken hebben plaatsgevonden. Gelet op de bij de ziektekostenverzekeraar bekende gegevens meent deze dat de betreffende kosten ten onrechte bij verzoeker in rekening zijn gebracht. Om die reden zal de ziektekostenverzekeraar deze kosten laten vervallen.

5.3. Met betrekking tot het verzoek de zorgkostennota's nader te specificeren, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij niet beschikt over gedetailleerde informatie over de zorg die wordt genoten door zijn verzekerden. Op de zorgkostennota's die zorgverleners aan de ziektekostenverzekeraar sturen, staat nooit informatie over de aard, de omvang en de frequentie van de behandeling. Vanwege het medisch beroepsgeheim mogen zorgverleners alleen de informatie die nodig is voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst doorgeven aan de ziektekostenverzekeraar.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, welk artikel volgens de inleiding van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op deze verzekering, 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 (i) de vorderingen van telkens € 6,02 ter zake van het eigen risico vanwege een eerste uitgiftegesprek en de daarmee samenhangende incassokosten te laten vervallen, (ii) zijn zorgkostennota's nader te specificeren, en (iii) af te zien van het in rekening brengen van extra kosten voor het gebruik van acceptgirokaarten.

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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 5 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

a de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;

b advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

U heeft aanspraak op terhandstelling, advies en begeleiding van:

a alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheekhoudende die met ons een IDEAcontract heeft gesloten;

b de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheekhoudende die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheekhoudende zonder contract;

(...)"

8.4. Artikel 6 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering betreft het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"6.1 Als u 18 jaar of ouder bent en premie verschuldigd bent, heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog dit eigen risico bedrag is. In 2014 is het verplicht eigen risico € 360,- per verzekerde per kalenderjaar.

*6.2 Eerste € 360,- van uw zorgkosten betaalt u zelf. Wij brengen het verplicht eigen risico in mindering op uw aanspraak op zorg en/of op de vergoeding van de kosten van zorg. Het gaat hierbij om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u wordt behandeld in een ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Dan vergoeden wij deze kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U (verzekeringnemer) ontvangt vervolgens een nota van ons van € 360,-
(...)"*

8.5. Artikel 8.3 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering (2015) luidt, voor zover hier van belang:

*"8.3 Hoe u (verzekeringnemer) de premie en andere kosten betaalt
Wij hebben het liefst dat u (verzekeringnemer) de volgende bedragen via een automatische incasso betaalt:*

- a premie;*
- b verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico;*
- c wettelijke eigen bijdragen;*
- d eigen betalingen;*
- e eventuele overige vorderingen.*

Kiest u (verzekeringnemer) ervoor om op een andere manier te betalen dan via een automatische incasso? Dan kan het zijn dat u (verzekeringnemer) daarvoor administratiekosten moet betalen"

8.6. De artikelen 6 en 8.3 van de 'algemene voorwaarden' en 5 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1 van de 'algemene voorwaarden' 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 geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17, 2.18 en 2.19 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

Kosten eerste uitgiftegesprekken

9.1. Verzoeker heeft de commissie aanvankelijk verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar, in het kader van het eigen risico, ten onrechte verschillende keren een bedrag van € 6,02 ter zake van het eerste uitgiftegesprek bij hem heeft gevorderd. Bij brief van 14 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de betreffende kosten ten onrechte bij verzoeker in rekening zijn gebracht en om die reden niet meer van hem zullen worden gevorderd. Ter zitting is door verzoeker onbetwist gesteld dat de ziektekostenverzekeraar weliswaar de kosten van de eerste uitgiftegesprekken heeft kwijtgescholden, maar niet de eveneens berekende incassokosten ten bedrage van € 10,-. Met betrekking hiertoe is de commissie van oordeel dat, aangezien de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie is gekomen dat de kosten van de uitgiftegesprekken ten onrechte in rekening zijn gebracht, hij tevens gehouden is de incassokosten ten bedrage van € 10,- te laten vervallen.

Specificatie zorgkosten

- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft door middel van declaratieoverzicht 1/2016 bij verzoeker een bedrag in rekening gebracht van € 252,59 ter zake van het verplicht eigen risico 2015. Verzoeker heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar, ondanks herhaalde verzoeken daartoe van zijn kant, de door de zorgaanbieder gedeclareerde nota niet heeft gespecificeerd. De commissie deelt deze mening niet. De ziektekostenverzekeraar heeft immers op het betreffende declaratieoverzicht vermeld door wie de kosten zijn gedeclareerd, op welke datum de kosten zijn gemaakt, en het door de zorgverlener gedeclareerde bedrag. Niet valt in te zien waarom deze informatie niet toereikend zou zijn. Indien verzoeker nadere vragen heeft met betrekking tot één of meer declaraties, kan hij aan de hand van bedoelde informatie de betrokken zorgaanbieder, met wie hij een behandelovereenkomst is aangegaan, daarover benaderen. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar, binnen de kaders van de Wet bescherming persoonsgegevens, de door hem afgewikkelde zorgkostennota's voldoende heeft gespecificeerd.

Kosten acceptgirokaarten

- 9.3. Voorts is door verzoeker ter zitting gesteld dat de ziektekostenverzekeraar sinds enkele jaren bij hem maandelijks een bedrag van € 1,-- extra in rekening brengt voor het toezenden van acceptgirokaarten. Daarnaast gevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij voor de betaling gebruik maakt van deze acceptgirokaarten. De commissie is, gelet op artikel 8.3 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering, van oordeel dat het de ziektekostenverzekeraar vrij staat hiervoor extra kosten in rekening te brengen. Dit zou anders kunnen zijn indien verzoeker op een andere wijze betaalt en uitsluitend vanwege de facturatie is aangewezen op de - door hem voor de betaling niet gewenste - acceptgirokaarten, doch dit is, als gezegd, in zijn geval niet aan de orde.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het de incassokosten van € 10,-- betreft. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 9.5. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als hierboven in 9.4 is vermeld.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 14 september 2016,

P.J.J. Vonk