



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Farmaceutische zorg, eigen risico, preferentiebeleid, begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel (terhandstellingsgesprek)
Zaaknummer : 201600658
Zittingsdatum : 23 november 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5, Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen



N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna 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 Modelovereenkomst Zorgzaam (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 Zorgzaam Ster 5 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. De ziektekostenverzekeraar heeft diverse bedragen van verzoeker gevorderd ter zake van het verplicht eigen risico 2015.



3.2. De incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar heeft op 9 november 2015 aan verzoeker een overzicht gezonden (dossier 5242183) waaruit blijkt dat de openstaande vordering € 802,38 bedraagt, exclusief rente en kosten.



3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de onder 3.1 genoemde beslissing gevraagd. Bij brief van 3 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.



3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.



3.5. Verzoeker heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) op 24 respectievelijk 27 april 2016 verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is af te zien van het in rekening brengen van het eigen risico 2015 ter zake van geneesmiddelen en het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel (hierna: het verzoek).



3.6. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 10 mei 2016 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt alsook aanvullende informatie toegezonden.

- 3.7. 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 september 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 september 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.10. Bij brief van 5 september 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 6 oktober 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016112450) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de ziektekostenverzekeraar de declaraties correct heeft beoordeeld met inachtneming van de regels omtrent de eigen bijdrage voor medisch noodzakelijke geneesmiddelen, de regels omtrent het begeleidingsgesprek en de terhandstelling, en de regels rond het eigen risico. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 november 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.12. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 december 2016 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan verzoeker gezonden.
- 3.13. Bij brief van 7 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 14 december 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Voorts heeft het Zorginstituut desgevraagd toegelicht dat pyridoxine een andere naam is voor vitamine B6. Dit middel is niet opgenomen in het GVS, zodat geen sprake is van verzekerde zorg.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is in juli 2015 besmet geraakt met tbc. De medicamenteuze behandeling hiervan was gericht op genezing en het voorkomen van resistentie. Volgens de GGD-arts was het medisch noodzakelijk dat verzoeker enkele maanden het middel Rifinah® (werkzame stoffen: rifampicine 300mg en isoniazide 150 mg) zou gebruiken. Uit navraag bij de ziektekostenverzekeraar bleek dat enkel het middel met de werkzame stof rifampicine 300mg werd vergoed. De GGD-arts heeft hierop aan de ziektekostenverzekeraar toegelicht waarom de toevoeging van de werkzame stof isoniazide medisch noodzakelijk was voor verzoeker. De reactie van de ziektekostenverzekeraar was dat slechts de goedkoopste variant van dit middel werd vergoed. De GGD-arts was tegen het gebruik van deze goedkope variant van het middel. De apotheek heeft de middelen Rifinah® 300/150 en Pyridoxine aan verzoeker verstrekt. De kosten hiervan bedroegen € 68,75. Omdat de kuur drie maanden duurde, heeft verzoeker totaal € 206,25 (drie maal € 68,75) betaald. Verzoekert voert in dit kader aan dat andere zorgverzekeraars de middelen Rifinah® en Pyridoxine wel vergoeden. Bovendien heeft verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten, welke verzekering dekking biedt voor de kosten van medicijnen tot € 500,--.

Omdat verzoeker hartpatiënt is, gebruikt hij dagelijks het middel atorvastatine 40 mg. De combinatie van dit middel met Rifinah® was voor de huisarts aanleiding om het middel atorvastatine te wijzigen in rosuvastatine 10 mg. Ook voor deze medicamenteuze behandeling bestond een medische noodzaak. Met voormelde wijziging van geneesmiddel was een bedrag gemoeid van € 72,47. Dit terwijl atorvastatine een preferent middel is dat wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Het is onredelijk dat verzoeker de kosten van rosuvastatine op zich heeft moeten nemen.

De medicamenteuze behandeling van de tbc heeft verzoeker totaal € 278,72 gekost (verrekening met het verplicht eigen risico). Hij kan zich hierin niet vinden. De behandelend artsen hebben de medicatie als "medisch noodzakelijk" bestempeld. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) heeft verklaard dat als een arts een behandeling met een preferent middel niet verantwoord acht, en deze een niet-preferent middel (met dezelfde werkzame stof) voorschrijft onder vermelding van 'medische noodzaak', de zorgverzekeraar dat geneesmiddel volledig dient te vergoeden.

De ziektekostenverzekeraar heeft de taak om goede en verantwoorde zorg in te kopen voor een zo laag mogelijke prijs.

- 4.2. Met betrekking tot de uitkeringsspecificatie met kenmerk CN0019/20155 merkt verzoeker het volgende op. Ter zake van het middel rosuvastatine is een eerste begeleidingsgesprek gedeclareerd, omdat dit een nieuw medicijn was voor verzoeker. Dit gesprek heeft echter niet plaatsgevonden. Bovendien is het middel rosuvastatine voorgeschreven onder vermelding van "medische noodzaak", zodat de kosten ervan niet ten laste van het verplicht eigen risico mogen worden gebracht. Op 25 augustus 2015 is géén atorvastatine aan verzoeker verstrekt. Volgens de apotheek is op 4 september 2015 aan verzoeker rosuvastatine afgeleverd. Dit is onjuist. Op genoemde datum heeft aflevering van enkele geneesmiddelen plaatsgevonden die op 24 juli 2015 niet leverbaar waren. Het is verbazingwekkend dat de apotheek een factuur declareert die reeds was ingediend, en dat wederom de terhandstellingskosten ad € 6,33 in rekening zijn gebracht. Bovendien werd het middel rosuvastatine niet in de originele verpakking geleverd, waardoor verzoeker teveel tabletten ontving. Nadat geneesmiddelen zijn afgeleverd, neemt de apotheek deze niet meer terug. De teveel geleverde tabletten zijn echter wel gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar en bij verzoeker is dientengevolge het eigen risico in rekening gebracht. Verzoeker wenst niet te betalen voor de nalatigheid van de apotheek.
- 4.3. De kosten van het middel desloratatine zijn verrekend met het verplicht eigen risico 2015 van verzoeker, terwijl hetzelfde preferente middel van een andere fabrikant deel uitmaakt van het basispakket. Verzoeker gebruikt voornoemd middel al jaren en voegt bij elke kwartaalbestelling een overzicht om omissies te voorkomen.
- 4.4. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een klacht ingediend over de apotheek (Zevenhuizen). De achtergrond van deze klacht is dat aan verzoeker regelmatig medicijnen werden afgeleverd die door hem niet waren besteld. Bovendien werden kosten gedeclareerd van middelen die niet waren verstrekt of van diensten die niet hadden plaatsgevonden. Dit is naar de mening van verzoeker fraude. Eenieder heeft de plicht om de kosten van zorg zo laag mogelijk te houden. De ziektekostenverzekeraar zou controles moeten uitvoeren. De klacht over de apotheek heeft niet geleid tot een oplossing en verzoeker heeft evenmin antwoorden gekregen op zijn vragen.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt samengevat herhaald. Voorts is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de declaratieoverzichten die de ziektekostenverzekeraar heeft overgelegd, niet synchroon lopen met zijn administratie. Als door hem werd verzocht om een gespecificeerd overzicht, werd dit geweigerd omwille van de privacy, hetgeen onbegrijpelijk is. Aan de commissie werd daarentegen wel een duidelijk declaratieoverzicht verstrekt. Verzoeker heeft verder verklaard dat hij de nota van Rifinah® van 24 juli 2015 heeft voldaan aan de apotheek. Deze nota is niet opgenomen in het declaratieoverzicht van de ziektekostenverzekeraar.
- 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. De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) heeft besloten dat een apotheek vanaf 1 januari 2014 voor een terhandstellingsgesprek of de terhandstelling kosten in rekening mag brengen naast de kosten van het geneesmiddel. Bij de verstrekking van een nieuw geneesmiddel, of wanneer het gebruik van dit middel langer dan een jaar geleden is, geeft de apotheek informatie; een terhandstellingsgesprek. Dit gesprek kan uitgebreid zijn, maar ook summier als de patiënt geen vragen heeft over het gebruik van het geneesmiddel. Zowel de ziektekostenverzekeraar als de apotheek weet waar een terhandstellingsgesprek aan moet voldoen. De werkelijke ervaring van een patiënt/verzekerde kan echter afwijken van dit vaste format. Over het tarief van een terhandstellingsgesprek zal de apotheek een patiënt/verzekerde niet informeren, tenzij daar om wordt gevraagd. In de apotheek zijn folders aanwezig (geweest) over het tarief van een terhandstellingsgesprek.
- De terhandstellingskosten vallen onder het eigen risico. Een verzekerde is voor ieder geneesmiddel dat op recept wordt geleverd, terhandstellingskosten verschuldigd. Deze kosten zijn opgenomen in de prijs van het geneesmiddel.
- De apotheek levert een geneesmiddel af volgens een recept van de huisarts. Dit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid.
- Het preferentiebeleid is een krachtig middel om de kosten van geneesmiddelen in de hand te houden en daarmee de hoogte van de premie te handhaven. Soms is het niet medisch verantwoord om een preferent middel te gebruiken. In artikel 2.8 Bzv is vastgelegd dat in een dergelijke situatie een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel dient te worden vergoed. De voorschrijver (de arts) kan dit aangeven door 'medische noodzaak' (MN) op het recept te vermelden. Vervolgens kan de apotheek het geneesmiddel dan direct declareren. In sommige gevallen kan om aanvullende informatie worden gevraagd.
- Preferente geneesmiddelen zijn uitgesloten van het eigen risico. Alle geneesmiddelen die niet onder het preferentiebeleid vallen, en door een arts worden voorgeschreven in verband met een medische noodzaak, worden verrekend met het eigen risico. Een verrekening met het eigen risico is een vergoeding, maar geen daadwerkelijke uitbetaling. Het eigen risico dient eerst te worden betaald als dit nog niet is 'opgemaakt'.
- 5.2. Van verzoeker is voor het jaar 2015 totaal € 375,-- aan eigen risico gevorderd. De geneesmiddelen die eind 2015 zijn gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar, zijn niet verrekend met het eigen risico, omdat het verplicht eigen risico op dat moment volledig was 'opgemaakt'.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar gaat ervan uit dat hetgeen de apotheek declareert ook daadwerkelijk is afgeleverd. De verpakkingen van de geneesmiddelen zijn het bewijs van hetgeen is afgeleverd, aangezien daarop het aantal en de datum zijn vermeld.
- De apotheek (Zevenhuizen) heeft de aan verzoeker afgeleverde geneesmiddelen rechtstreeks gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
- Bij verzoeker is, zoals hij zelf ook heeft verklaard, sprake van een medische noodzaak voor een niet-preferent middel. In een dergelijke situatie krijgt een verzekerde dit niet-preferente middel vergoed, maar de kosten van het geneesmiddel vallen onder het eigen risico. Er geldt dus wel een vergoeding voor het niet-preferente middel, in tegenstelling tot hetgeen verzoeker stelt.
- Als verzoeker een ander, maar wel gelijkwaardig geneesmiddel wil gebruiken zonder dat daarvoor een medische noodzaak is, dient hij de kosten hiervan volledig zelf te betalen. Een dergelijke nota zal ook nooit door de apotheek worden gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
- Bij de declaraties die hierna worden besproken, is dus geen sprake geweest van een medische noodzaak.
- 5.4. Zowel op 24 juli 2015 als op 4 september 2015 heeft de apotheek het middel rosuvastatine aan verzoeker afgeleverd (het originele aantal per verpakking). Het middel rosuvastatine was op 24 juli 2015 geen aangewezen preferent geneesmiddel en is daarom verrekend met het eigen risico van verzoeker.

Verzoeker stelt dat bij de verstrekking van het middel rosuvastatine geen begeleidingsgesprek heeft plaatsgevonden. Het 'begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel' is voor verzoeker op 24 juli 2015 gedeclareerd door de apotheek. Daarnaast is een bedrag gedeclareerd voor 'gewone eerste uitgifte, geen bereiding, werkdag'. Op 4 september 2015, toen verzoeker het middel rosuvastatine opnieuw heeft ontvangen, is geen bedrag gedeclareerd voor een 'begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel'. Wel is een bedrag gedeclareerd voor 'gewone vervolgutgifte, geen bereiding, werkdag'. Als gezegd, kan ieder persoon een gesprek bij de apotheek anders ervaren. Indien verzoeker van mening is dat de gedeclareerde zorg niet is geleverd, kan hij een klacht indienen bij de apotheek. Het is namelijk de wettelijke taak van de apotheker om de betreffende zorg aan patiënten te verlenen.

De ziektekostenverzekeraar stelt dat de terhandstellingskosten terecht in rekening zijn gebracht. Enkel op het moment van aflevering kan melding worden gemaakt van een teveel verstrekt aantal tabletten. Als dit op een later moment gebeurt, kan de apotheek de tabletten niet meer retour nemen.

- 5.5. De apotheek heeft bij de ziektekostenverzekeraar een nota ingediend van 21 augustus 2015 voor Rifinah® dragee 300/150 mg voor een bedrag van € 96,79 met declaratiekenmerk 44862046. Het middel Rifinah® was geen preferent geneesmiddel in 2015. Daarom zijn de kosten van dit geneesmiddel en de bijbehorende terhandstellingskosten terecht verrekend met het eigen risico van verzoeker.

De ziektekostenverzekeraar maakt uit de door verzoeker overgelegde nota's niet op dat het middel Rifinah® bij hem in rekening is gebracht. Aangenomen wordt dan ook dat de apotheek de kosten van dit middel direct bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd. Als verzoeker toch een nota van het middel Rifinah® heeft die niet bij de ziektekostenverzekeraar terecht is gekomen, kan hij de apotheek verzoeken deze alsnog bij de ziektekostenverzekeraar te declareren. Deze nota zal dan in behandeling worden genomen.

- 5.6. Volgens de gegevens van de ziektekostenverzekeraar heeft de apotheek op 25 augustus 2015 de middelen atorvastatine, acetylzuur en tamsulosine aan verzoeker afgeleverd. Als blijkt dat deze kosten niet in rekening hadden mogen worden gebracht, zal de ziektekostenverzekeraar overgaan tot creditering.

De kosten van het middel atorvastatine en de bijbehorende terhandstellingskosten bedragen totaal € 10,85 (€ 4,52 + € 6,33). Het bedrag van € 4,52 is niet verrekend met het eigen risico van verzoeker, omdat het een preferent geneesmiddel betreft. Het bedrag van € 18,99 heeft betrekking op drie maal € 6,33 ter zake van afleveringskosten. Deze kosten zijn volgens informatie van de ziektekostenverzekeraar terecht in rekening gebracht.

Volgens de gegevens van de ziektekostenverzekeraar heeft de apotheek op 27 augustus 2015 enkel het middel desloratadine afgeleverd.

- 5.7. Artikel 5.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft de vergoeding voor geneesmiddelen. Hierin is bepaald dat maximaal € 500,-- per kalenderjaar wordt vergoed voor de *eigen bijdrage* voor geneesmiddelen overeenkomstig het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (hierna: GVS). Een eigen bijdrage geldt slechts voor enkele geneesmiddelen.

Verzoeker heeft in 2015 over de gedeclareerde en vergoede geneesmiddelen geen eigen bijdrage betaald. Wel is het verplicht eigen risico voor deze geneesmiddelen berekend. Verzoeker komt derhalve niet in aanmerking voor een (aanvullende) vergoeding van de betreffende geneesmiddelen vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 5.8. Verzoeker heeft vanaf 2014 meerdere malen aandacht gevraagd voor de geneesmiddelenverstrekking door zijn apotheek (Zevenhuizen). De ziektekostenverzekeraar heeft hiertoe de afdeling Zorginkoop ingeschakeld.

Uit de diverse contacten concludeert de ziektekostenverzekeraar dat de verstandhouding tussen verzoeker en de toenmalige apotheker niet goed was. De bemiddeling door de ziektekostenverzekeraar heeft helaas geen positieve uitwerking gehad. Daarom is verzoeker geadviseerd zich te oriënteren op een andere apotheek. Het is de ziektekostenverzekeraar gebleken dat verzoeker vanaf 15 oktober 2015 niet meer is ingeschreven bij de betreffende apotheek.

- 5.9. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 juni 2015 een vordering overgedragen aan de incassogemachtigde. Dit betreft een hoofdsom van € 866,67. De bijkomende rente bedroeg op dat moment € 0,45 en de incassokosten € 89,37. Verzoeker heeft een betalingsregeling getroffen met de incassogemachtigde, inhoudende betaling van € 75,-- per maand, ingaande 1 november 2015. Naar de stand van 10 augustus 2016 heeft verzoeker totaal € 750,-- aan de incassogemachtigde betaald, en € 64,29 aan de ziektekostenverzekeraar. Laatstgenoemde betaling is doorgegeven aan de incassogemachtigde, en het betreffende bedrag is in mindering gebracht op de hoofdsom. Naar de stand van 10 augustus 2016 resteert een openstaand bedrag van € 127,38.
- 5.10. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt samengevat herhaald. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar artikel 4.16. Er worden preferente middelen aangewezen. Niet-preferente middelen worden niet vergoed, tenzij hiervoor een medische noodzaak is. Het eigen risico is geregeld in artikel 3.4. Een preferent geneesmiddel wordt volledig vergoed, maar de terhandstellingskosten vallen onder het eigen risico. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat verzoeker de door hem ontvangen nota van Rifinah® van 24 juli 2015 kan insturen. Beoordeeld zal worden of aanspraak bestaat op vergoeding hiervan.
- 5.11. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de nota voor Rifinah® van 24 juli 2015 voor vergoeding in aanmerking komt. Het is onduidelijk waarom de apotheek deze nota niet rechtstreeks heeft ingediend, aangezien in 2015 een contract bestond tussen de betreffende apotheek en de ziektekostenverzekeraar. De kosten ten bedrage van € 65,47 worden aan verzoeker vergoed. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat bij navraag is gebleken dat de vordering bij de incassogemachtigde inmiddels geheel is voldaan.
- 5.12. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 5.2 van de zorgverzekering en artikel 4.3 van 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 terecht de kosten van de geneesmiddelen, van het begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel, en van de terhandstelling heeft verrekend met het verplicht eigen risico 2015.
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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 4.1 tot en met 4.25 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 4.16 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“4.16.1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:

- a. De door de zorgverzekeraar op basis van de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;*
- b. Een ander bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerd geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover: behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet is verantwoord;*
- c. Andere geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet, op voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft, zoals omschreven in artikel 2.8., eerste lid, onder b van het Besluit zorgverzekering;*
- d. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.*

Farmaceutische zorg omvat ook:

- De terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel;*
- Begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;*
- Instructie over een hulpmiddel, dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel;*
- Medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik.*

4.16.2. De genoemde aanspraak bestaat op het ter hand stellen van die geneesmiddelen, die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en die als zodanig tevens zijn aangewezen door de zorgverzekeraar.

De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig, dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen ten minste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Deze aangewezen geneesmiddelen (preferente geneesmiddelen) zijn terug te vinden in het Reglement farmaceutische zorg. Als de zorgverzekeraar voor bepaalde werkzame stoffen met specifieke toedieningsweg bepaalde geneesmiddelen heeft aangewezen en andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en specifieke toedieningsweg niet, heeft de verzekerde aanspraak op de door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddelen. Maakt de verzekerde toch gebruik van niet-preferente geneesmiddelen, dan worden deze in principe niet vergoed. Alleen indien de arts aangeeft dat behandeling met het aangewezen middel medisch niet verantwoord is voor de verzekerde, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel.

Voor de aanspraak op de vergoeding van een aantal geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

De geneesmiddelen moeten worden geleverd door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen is een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd. Een eigen bijdrage is verschuldigd voor een geneesmiddel in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen indien de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Een eigen bijdrage is verschuldigd voor zover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel, waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd. Bij Regeling zorgverzekering is geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend. De zorgverzekeraar brengt dit bedrag in mindering.

Voorschrift/toestemming

Er is een voorschrift noodzakelijk van een huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch-specialist of kaakchirurg. Daar waar het in het Reglement farmaceutische zorg is aangegeven, is voor bepaalde geneesmiddelen voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar vereist.

(...)”

- 8.4. Artikel 3.4 van de zorgverzekering betreft het verplicht eigen risico. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"3.4.1. Op deze modelovereenkomst is per kalenderjaar een verplicht eigen risico van € 375 van toepassing. Het eigen risico geldt voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Dit eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoedingen, waarop volgens deze modelovereenkomst aanspraak kan worden gemaakt. Eventuele eigen bijdragen tellen niet mee voor het vol maken van het eigen risico.

(...)

3.4.4. Het verplichte eigen risico is niet van toepassing op:

(...)

c. De door de zorgverzekeraar aangewezen preferente geneesmiddelen, zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. De dienstverlening van de apotheek, zoals de terhandstellingskosten zijn niet vrijgesteld van het eigen risico;

(...)"

- 8.5. Artikel 3 van het Reglement farmaceutische zorg 2015 van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Dit artikel vormt de nadere uitwerking van het aanwijzingsbeleid van geneesmiddelen van Univé. Dit aanwijzingsbeleid is omschreven in artikel 4.16.2 van de verzekeringsvoorwaarden van Zorgzaam.

3.1. Univé kan besluiten dat u, met uitsluiting van andere geneesmiddelen, per werkzame stof met dezelfde toedieningsweg en een vergelijkbare sterkte, recht hebt op één of meer door Univé aangewezen geneesmiddelen.

3.2. De geneesmiddelen die Univé heeft aangewezen zijn gelijk aan de aangewezen geregistreerde geneesmiddelen, genoemd in bijlage C van dit reglement.

3.3. U hebt wel recht op een niet-aangewezen geneesmiddel als de voorschrijver behandeling met een aangewezen geneesmiddel medisch niet verantwoord vindt.

3.4. Voor niet-aangewezen geneesmiddelen is voorafgaande toestemming van Univé vereist. Een verzoek om toestemming dat behandeling met een niet-aangewezen geneesmiddel voor u medisch noodzakelijk is, dient vergezeld te gaan van een verklaring van de voorschrijver daarover. Als u zich voor een niet-aangewezen geneesmiddel wendt tot een gecontracteerde voorschrijver en een gecontracteerde afleveraar is geen voorafgaande toestemming van Univé noodzakelijk. In die situatie dient de voorschrijver op het recept kenbaar te maken dat behandeling met het niet-aangewezen geneesmiddel medisch noodzakelijk is. Hij kan dit doen door op het recept de letters "MN" of "medische noodzaak" te vermelden.

(...)"

- 8.6. De artikelen 3.4 en 4.16 van de zorgverzekering en het Reglement farmaceutische zorg 2015 van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2 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.

- 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.

- 8.9. Artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van farmaceutische zorg en luidt, voor zover hier van belang:

"9.1. Eigen bijdrage geneesmiddelen

Vergoeding van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen overeenkomstig het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

Vergoeding:

(...)

Zorgzaam ster 5 maximaal € 500 per kalenderjaar

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. In de eerste plaats is van belang te beoordelen of de ziektekostenverzekeraar een preferentiebeleid mag voeren waarbij hij bepaalde geneesmiddelen uitsluit van vergoeding ten laste van de zorgverzekering indien een goedkoper alternatief met dezelfde werkzame stof beschikbaar is. Uit de voorwaarden van de zorgverzekering en de hieraan ten grondslag liggende regelgeving blijkt dat de ziektekostenverzekeraar tot een dergelijk beleid gerechtigd is, zolang voor de verzekerde van elke werkzame stof steeds een geneesmiddel beschikbaar is, en de verzekerde recht heeft op een vervangend geneesmiddel indien het preferente geneesmiddel medisch gezien niet verantwoord is. In het laatste geval dient, zo blijkt uit artikel 4.16 van de zorgverzekering in relatie met het Reglement farmaceutische zorg 2015 van de ziektekostenverzekeraar, de voorschrijvende zorgverlener op het recept te vermelden dat een medische noodzaak bestaat voor het voorgeschreven - niet preferente - geneesmiddel en moet hij deze noodzaak tevens kunnen onderbouwen.
- 9.2. Verzoeker heeft gesteld dat volgens de GGD-arts het gebruik van het middel Rifinah® medisch noodzakelijk was. De apotheek heeft dit middel aan hem verstrekt, en verzoeker heeft de kosten hiervan zelf voldaan (drie maal € 68,75). Verzoeker komt op tegen het feit dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van het middel Rifinah® niet vergoedt. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit kader gesteld dat de apotheek bij hem een nota heeft ingediend van 21 augustus 2015 voor het middel Rifinah® voor een bedrag van € 96,79. Het middel Rifinah® was geen preferent geneesmiddel in 2015, zodat de kosten van het geneesmiddel en de bijbehorende terhandstellingskosten zijn verrekend met het eigen risico van verzoeker. De commissie overweegt dienaangaande als volgt. Partijen verschillen niet van mening over het feit dat Rifinah® een niet-preferent geneesmiddel is. Ingevolge artikel 4.16 van de zorgverzekering bestaat in beginsel geen aanspraak op vergoeding van een niet-preferent geneesmiddel. In het dossier is noch een recept voor Rifinah® aanwezig noch een verklaring van de voorschrijvend arts over de medische noodzaak voor dit - niet-preferente - geneesmiddel. Deze medische noodzaak is derhalve onvoldoende onderbouwd. Dit wordt onderschreven door het Zorginstituut in zijn advies aan de commissie van 6 oktober 2016. De commissie merkt op dat in het dossier een nota en een informatieblad van de apotheek Zevenhuizen van 24 juli 2015 aanwezig zijn. Hierop is het middel Rifinah® vermeld. Kennelijk heeft de apotheek de kosten van het middel Rifinah® dat op of omstreeks 24 juli 2015 aan verzoeker is afgeleverd, niet gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar, maar direct bij verzoeker in rekening gebracht. Na de zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de nota van 24 juli 2015 voor vergoeding in aanmerking komt. De betreffende kosten van € 65,47 zijn alsnog aan verzoeker

vergoed. Zodoende zijn partijen niet langer verdeeld over de vergoeding van - de aflevering van - het middel Rifinah® op 24 juli 2015.

Wat betreft de stelling van verzoeker dat de kosten van het middel Rifinah® drie maal door hem zijn voldaan aan de apotheek, geldt dat enkel van de aflevering op 24 juli 2015 stukken in het dossier aanwezig zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat op 21 augustus 2015 door de apotheek kosten van het middel Rifinah® bij hem zijn gedeclareerd. Kennelijk zijn deze kosten vergoed, aangezien verrekening met het eigen risico van verzoeker heeft plaatsgevonden. De commissie is, gelet op het voorgaande, van oordeel dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van het middel Rifinah® en van de terhandstellingskosten, ten laste van de zorgverzekering. Aangezien het een niet-preferent middel betreft, is verrekening met het eigen risico toegestaan en dit heeft ook plaatsgevonden. Een tweede nota werd vergoed. Hoewel verzoeker heeft verklaard dat het middel driemaal is afgeleverd, is de commissie van een derde aflevering van het middel Rifinah® niet gebleken.

- 9.3. Verzoeker heeft verder gesteld dat bij de aflevering van het middel Rifinah®, ook het middel Pyridoxine is verstrekt. Volgens hem is dit middel ten onrechte niet vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Het is de commissie gebleken dat de kosten van het middel Pyridoxine niet door de apotheek zijn gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Blijkens het definitief advies van het Zorginstituut van 14 december 2016 is de werkzame stof in het middel Pyridoxine vitamine B6. Hierop bestaat geen aanspraak ten laste van de zorgverzekering, zodat de kosten van het middel en de terhandstellingskosten terecht voor rekening van verzoeker zijn gebleven.
- 9.4. Voorts is verzoeker opgekomen tegen de kosten die hij heeft moeten voldoen voor het middel rosuvastatine (€ 72,47). De ziektekostenverzekeraar heeft in dit kader verklaard dat op 24 juli en 4 september 2015 de apotheek het middel rosuvastatine heeft afgeleverd aan verzoeker en de kosten heeft gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Aangezien het middel rosuvastatine geen preferent geneesmiddel is, heeft verrekening met het eigen risico van verzoeker plaatsgevonden. Verzoeker heeft enkel gesteld dat het middel atorvastatine - dat is gewijzigd in rosuvastatine - een preferent middel is. Ter zake van het middel rosuvastatine is door hem niet gemotiveerd gesteld dat dit eveneens een preferent geneesmiddel is. Ook is door hem de verrekening met het eigen risico niet gemotiveerd bestreden. Zodoende heeft te gelden dat de ziektekostenverzekeraar het middel rosuvastatine en de terhandstellingskosten heeft vergoed ten laste van de zorgverzekering, en dat terecht verrekening met het eigen risico 2015 van verzoeker heeft plaatsgevonden.
- 9.5. Ter zake van het middel rosuvastatine is een eerste begeleidingsgesprek door de apotheek gedeclareerd. Verzoeker komt hier tegenop, omdat volgens hem geen gesprek heeft plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit kader gesteld dat zowel hij als de apotheek weet waar een eerste begeleidingsgesprek aan moet voldoen. Een eerste begeleidingsgesprek kan door eenieder anders worden ervaren, en een eventuele klacht hierover dient te worden neergelegd bij de apotheek. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.
De terhandstelling en voorlichting door de apotheek maken deel uit van de verzekerde prestatie farmaceutische zorg, zo volgt uit artikel 4.16 van de zorgverzekering. De betreffende zorg is niet uitgesloten van het verplicht eigen risico, zoals omschreven in artikel 3.4 van de zorgverzekering. Gelet op de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) met nummer BR/CU-5102 omvat de prestatie 'eerste terhandstellingsgesprek' het volgende: "*Het houden van een geprotocolleerd eerste terhandstellingsgesprek vóór de start van de betreffende farmacotherapie met de patiënt dan wel diens verzorger, waarbij de verwachtingen van de patiënt worden besproken. Aanvullende mondelinge en/of schriftelijke informatie wordt aan de patiënt aangeboden en zo nodig verstrekt. (...)*". Verzoeker heeft bestreden dat een gesprek heeft plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar - op wie in dezen de bewijslast rust - heeft niet aannemelijk gemaakt dat aan de minimumeisen van de beleidsregel van de NZa is voldaan. Er is in het geheel geen onderzoek of navraag gedaan bij de apotheek. De commissie realiseert zich evenwel dat de bewijsvoering in kwesties als de onderhavige voor een zorgverzekeraar problematisch kan zijn. Dit kan echter worden ondervangen door bijvoorbeeld van de apotheek te verlangen dat de patiënt moet tekenen voor het feit dat in overeenstemming met de beleidsregel van de NZa is gehandeld.

De commissie is gezien het voorgaande van oordeel dat verzoeker niet gehouden is de kosten van het 'begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel' op 24 juli 2015, ten bedrage van € 6,20, in het kader van het verplicht eigen risico 2015 aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

- 9.6. Verzoeker heeft voorts gesteld dat op 25 augustus 2015 het middel atorvastatine niet aan hem is afgeleverd. De ziektekostenverzekeraar heeft een overzicht van gedeclareerde zorgkosten overgelegd. Hieruit blijkt dat op 25 augustus 2015 een bedrag van € 4,52 door de apotheek (Zevenhuizen) bij de ziektekostenverzekeraar is gedeclareerd ter zake van het middel atorvastatine.
- Verder heeft verzoeker gesteld dat op 4 september 2015 verschillende medicijnen zijn afgeleverd door de apotheek, die op 24 juli 2015 niet leverbaar waren. Volgens hem is het niet correct dat op zowel 24 juli als 4 september 2015 terhandstellingskosten zijn gedeclareerd door de apotheek. Daarnaast heeft verzoeker gesteld dat het middel rosuvastatine niet in de originele verpakking is afgeleverd door de apotheek, waardoor aan hem teveel tabletten zijn verstrekt. Voor dit te hoge aantal tabletten wenst verzoeker niet te betalen (via het eigen risico).
- De commissie is van oordeel dat ter zake van de beide eerste punten door de ziektekostenverzekeraar onderzoek dan wel navraag had moeten worden gedaan bij de apotheek. Immers, de apotheek (Zevenhuizen) is een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Het enkele verwijzen naar de apotheek voor het indienen van een klacht volstaat niet.
- Ten aanzien van het derde punt geldt dat geneesmiddelen als regel voor een bepaalde periode worden afgeleverd. Indien een verzekerde voorziet dat het geneesmiddel voor kortere tijd wordt gebruikt, en dit niet op het recept is vermeld, is het aan hem dit bij de apotheek onder de aandacht te brengen. Of in dit geval inderdaad teveel tabletten zijn afgeleverd, zal daarom in het midden moeten blijven.

- 9.7. De commissie wenst voor de volledigheid nog op te merken dat verrekening met het eigen risico wel degelijk een vergoeding ten laste van de zorgverzekering inhoudt. Er volgt enkel geen daadwerkelijke uitbetaling, voor zover het eigen risico nog niet is vol gemaakt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen overeenkomstig het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. Van een eigen bijdrage die verzoeker verschuldigd is voor de diverse geneesmiddelen is geen sprake, zodat een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering niet aan de orde is.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen in die zin (i) dat verzoeker niet is gehouden € 6,20 aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen, (ii) dat de ziektekostenverzekeraar onderzoek dient te doen naar de nota van 25 augustus 2015, en (iii) dat de ziektekostenverzekeraar onderzoek dient te doen naar de gedeclareerde terhandstellingskosten op 24 juli en 4 september 2015.
- 9.10. Aangezien het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe met inachtneming van hetgeen onder 9.9 is overwogen. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.



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

Zeist, 21 december 2016,



J.A.M. Strens-Meulemeester

