



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Eigen risico, farmaceutische zorg, eerste uitgiftegesprek
Zaaknummer : 201402038
Zittingsdatum : 3 december 2014



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2014, 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, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen



1) C te E, en

2) D te E,

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 Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen 50+ en Tandarts afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding



3.1. Bij ongedateerd uitkeringsbericht heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoeker een bedrag van € 6,-- gevorderd in verband met een eerste uitgiftegesprek bij de apotheek.



3.2. Verzoeker is het niet eens met de vordering, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 juli 2014 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 20 augustus 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de vordering van € 6,-- te laten vervallen (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 10 oktober 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 oktober 2014 aan verzoeker gezonden.



3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 november 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.



3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 december 2014 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker



4.1. Verzoeker heeft op 10 maart 2014 bij de apotheek een door de huisarts voorgeschreven medicijn opgehaald. Bij die gelegenheid heeft geen gesprek plaatsgevonden. Een gesprek vindt namelijk plaats door minstens twee personen. Ook is verzoeker niet erop gewezen dat hem extra kosten in rekening werden gebracht voor het eerste uitgiftegesprek. Deze kosten zag hij pas op het uitkeringsbericht van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker is van mening dat de apotheek de betreffende kosten niet in rekening mag brengen, en dat de ziektekostenverzekeraar deze niet bij hem mag vorderen.



4.2. Verzoeker heeft inmiddels een aanmaning ontvangen van de ziektekostenverzekeraar voor het openstaande bedrag. Hij vindt het heel erg dat de ziektekostenverzekeraar hem zonder enige controle bestempelt als wanbetaler en dreigt met het stopzetten van zijn verzekering alsmede met een bezoek van de deurwaarder.



4.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat het niet gaat om een geschil tussen hem en de apotheker, maar om een probleem tussen de apotheker en de ziektekostenverzekeraar. De nota van de apotheker is zonder meer door de ziektekostenverzekeraar voldaan, en nu worden de kosten bij verzoeker in rekening gebracht. Het eerste uitgiftegesprek heeft niet plaatsgevonden. Na twintig minuten te hebben gewacht, kreeg verzoeker zijn medicijnen mee. Alleen in het doosje zat een bijsluiter. Hij heeft geen los vel meegekregen met informatie over het medicijn.



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



5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar



5.1. Verzoeker heeft op 10 maart 2014 antibiotica opgehaald bij de apotheek. Het betreft medicatie die verzoeker in ieder geval in de twaalf voorafgaande maanden niet heeft gebruikt. De apotheek declareerde de antibiotica, de standaard terhandstelling en het eerste uitgiftegesprek. Voor de uitgifte van dit geneesmiddel heeft de ziektekostenverzekeraar twee afzonderlijke posten op het uitkeringsbericht vermeld. Het bedrag van € 7,70 ziet op de kosten van de antibiotica en de standaard terhandstelling. Het bedrag van € 6,- heeft betrekking op het eerste uitgiftegesprek.



5.2. De apotheek heeft aan de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat een eerste uitgiftegesprek heeft plaatsgevonden. Aan verzoeker is een korte mondelinge uitleg gegeven over het gebruik, en er is een geprinte bijsluiter aan hem meegegeven. Voor een eerste uitgiftegesprek vergoedt de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 6,-, ongeacht de duur van het gesprek. Het bedrag wordt dus ook betaald indien een gesprek twintig minuten duurt omdat een verzekerde veel vragen heeft. Niet gebleken is dat geen eerste uitgiftegesprek heeft plaatsgevonden, zodat de apotheek aanspraak heeft op de vergoeding van € 6,-. Dit bedrag is gebracht ten laste van het verplicht eigen risico van verzoeker.



5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het rechtstreeks declareren door de apotheek in het belang van de verzekerde is. Hij hoeft de kosten dan niet voor te schieten. Er wordt wel achteraf onderzoek verricht of juist is gedeclareerd. Als verzoeker stelt dat het gesprek



niet heeft plaatsgevonden, moet hij dit aantonen. Alleen een mondelinge toelichting geldt ook als eerste uitgiftegesprek.

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 A.22. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de vordering van € 6,-- ter zake van het eerste uitgiftegesprek te laten vervallen.

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 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.15.1.b. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering omvat regels omtrent het leveren van geneesmiddelen en advisering en luidt, voor zover hier van belang:

"De zorg omvat het ter handstellen (de verstrekking) van geneesmiddelen en de advisering die hoort bij het ter handstellen, zoals apothekers die plegen te bieden.

Voor de levering van geneesmiddelen gelden de volgende regels:

- *Levering mag uitsluitend aan de verzekerde voor wie het geneesmiddel is bestemd, zijn verzorger, of de zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor de toediening;*
- *Als na afgifte van het recept het geneesmiddel niet wordt opgehaald, kan de apotheek afleveringskosten in rekening brengen;*
- *Als een geneesmiddel voor een langere periode is voorgeschreven, zijn deelleveringen per week mogelijk. Dit geldt alleen als daarvoor een medische noodzaak is en niemand het geneesmiddelenbeheer van u kan overnemen.*

De bijbehorende advisering omvat ten minste:

- *extra begeleiding bij een 1e en een 2e uitgifte van een geneesmiddel of als u een geneesmiddel langer dan 12 maanden niet gebruikt hebt;*
- *uitleg als u een geneesmiddel gebruikt waarvoor ook een hulpmiddel nodig is;*
- *farmaceutische begeleiding bij poliklinisch bezoek, ziekenhuisopname of -ontslag;*
- *schriftelijke vastlegging van uw huidige geneesmiddelengebruik en uw geneesmiddelengebruik bij ontslag na opname. (...)"*

8.4. Artikel A.12. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 360,- voor een heel jaar. (...)"

Sommige kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Die kosten krijgt u dus al wel van ons vergoed, ook al hebt u uw verplicht eigen risico van € 360,- nog niet vol gemaakt. De volgende kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico:

- *De kosten van huisartsenzorg. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor de kosten van onderzoek dat met de zorg van de huisarts te maken heeft, maar dat ergens anders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht. Deze zorg moet dan wel uitgevoerd worden door een persoon of instelling die een tarief mag vragen dat door de NZa is vastgesteld. (...)*

- *De kosten van verloskundige zorg en kraamzorg (artikelen B.5., B.6. en B.7.). Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor kosten die hiermee te maken kunnen hebben, maar die in een ander artikel zijn opgenomen, zoals IVF, ambulancevervoer, geneesmiddelen, hulpmiddelen en (laboratorium)onderzoek dat niet door de huisarts is gedaan en ook niet door hem in rekening is gebracht.*

- *De kosten van nacontroles van u als donor nadat de periode zoals bedoeld in artikel B.4.7.2.a. is verstreken.*

- *De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving vallen:*

- o een bedrag voor de inschrijving als patiënt.*

- Wij vergoeden maximaal het tarief dat hiervoor op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (rekening houdend met fiscale wetgeving) is vastgesteld;*

- o kosten die te maken hebben met:*

- de manier waarop de geneeskundige zorg in de huisartsenpraktijk of de instelling wordt verleend;*

- de kenmerken van het patiëntenbestand;*

- de plaats van de praktijk of instelling.*

- Wij moeten hierover met de huisarts of instelling wel een zorgovereenkomst hebben afgesloten. In deze zorgovereenkomst moeten wij ook hebben afgesproken dat zij deze kosten bij uw inschrijving in rekening mogen brengen;*

- *De kosten van zorg en overige diensten kunnen geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, als:*

- o u voor die zorg of diensten naar een zorgaanbieder bent geweest, die wij daarvoor hebben aangewezen, of*

- o u een programma voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekten of overgewicht hebt gevolgd, dat wij hebben aangewezen.*

- Wij hebben geen zorgaanbieders of gezondheidsprogramma's hiervoor aangewezen. Als hier verandering in komt, plaatsen wij een bericht op onze internetsite;*

- *De kosten van ketenzorg (zie voor "ketenzorg" ook artikel B.1.2.);*

- *Hulpmiddelen die wij u in bruikleen geven.*

- Hiervoor zijn geen kosten verschuldigd. Daarom geldt hiervoor het verplicht eigen risico niet. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor de kosten van de verbruiksartikelen en gebruikskosten die samenhangen met het hulpmiddel dat wij u in bruikleen geven. (...)"*

8.5. De artikelen B.15.1.b. van 'Hoofdstuk B' en A.12. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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 eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.19 Bzv.

-  8.7. 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. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over het handelen van de apotheek. Het betreft hier evenwel een naturapolis waarbij de kosten van het eerste uitgiftegesprek door de apotheek rechtstreeks zijn gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar, zonder dat verzoeker de nota heeft gezien en hij de mogelijkheid heeft gehad betaling te weigeren. Omdat de in het geding zijnde kosten zijn verrekend met zijn verplicht eigen risico, heeft verzoeker wel een financieel belang. De basis voor het in rekening brengen van het verplicht eigen risico ligt in artikel A.12. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering, en met betrekking hiertoe is de commissie wel bevoegd te oordelen.
De vraag die ter beantwoording voor ligt is of de ziektekostenverzekeraar mocht besluiten tot betaling van de nota onderscheidenlijk of hij de apotheek had moeten vragen tot correctie over te gaan. In dat verband overweegt de commissie als volgt.
-  9.2. De terhandstelling en voorlichting door de apotheek maken deel uit van de verzekerde prestatie farmaceutische zorg, zo volgt uit artikel B.15.1.b. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering. De betreffende zorg is niet uitgesloten van het verplicht eigen risico, zoals omschreven in artikel A.12. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering.
-  9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft contact opgenomen met de apotheker, teneinde na te gaan of het eerste uitgiftegesprek daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. De apotheker heeft geantwoord dat aan verzoeker een geprinte bijsluiter is meegegeven en dat hem een korte mondelinge uitleg is gegeven. De ziektekostenverzekeraar is tot de conclusie gekomen dat hiermee aan de eisen is voldaan voor een eerste uitgiftegesprek.
-  9.4. 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. (...)".*
-  9.5. Door verzoeker is bestreden dat met hem een gesprek is gevoerd waarbij zijn verwachtingen zijn besproken. Ook is hem geen aanvullende mondelinge en/of schriftelijke informatie gegeven. Verzoeker heeft verklaard enkel de originele bijsluiter bij het geneesmiddel te hebben ontvangen; deze zat in het doosje. De ziektekostenverzekeraar - op wie in dezen de bewijslast rust - heeft niet aannemelijk gemaakt dat aan de minimumeisen van de in 9.4 weergegeven beleidsregel is voldaan. De enkele mededeling van de apotheker is niet voldoende om zulks aan te nemen. Genoemde handelingen dienen te zijn vastgelegd in het digitale patiëntendossier. Dat dit laatste is gebeurd is gesteld noch gebleken.
De commissie realiseert zich dat de bewijsvoering in kwesties als deze voor een verzekeraar 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.

- 9.6. De commissie is - gelet op het voorgaande - van oordeel dat verzoeker niet is gehouden de kosten van het eerste uitgiftegesprek van € 6,-- in het kader van het verplicht eigen risico aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.

- 9.8. Aangezien het verzoek 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.

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

Zeist, 28 januari 2015,

Voorzitter