



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Zwolle  
Zaak : Farmaceutische zorg, terhandstellingskosten, eigen risico  
Zaaknummer : 201500774  
Zittingsdatum : 2 december 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (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)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

N.V. Univé Zorg te Zwolle, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Gewoon ZEKUR Zorg (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 zorgverzekeraar heeft - vanwege het toepasselijke eigen risico - van verzoeker driemaal € 7,42 gevorderd in verband met terhandstellingskosten.

3.2. Verzoeker is het niet eens met de vordering, en heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Daarbij heeft hij verzocht de vordering te laten vervallen. Bij brieven van 24 december 2014 en 23 januari 2015 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.


3.4. Bij e-mailbericht van 19 augustus 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat het de zorgverzekeraar gehouden is de vordering alsnog 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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 oktober 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 oktober 2015 aan verzoeker gezonden.


3.7. Verzoeker heeft op 4 november 2015 gereageerd op de onder 3.6 bedoelde reactie van de zorgverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is op 6 november 2015 ter kennisname aan de wederpartij gezonden.


 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op respectievelijk 1 en 27 november 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

 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. Op 2 december 2015 heeft de commissie driemaal getracht verzoeker telefonisch te bereiken, maar kreeg een gehoor. Daarop is op de voicemail ingesproken dat de mogelijkheid tot het geven van een mondelinge toelichting vervalt. De zorgverzekeraar is op 2 december 2015 telefonisch gehoord.


 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker


 4.1. Verzoeker heeft in 2014 verschillende geneesmiddelen afgeleverd gekregen door de apotheek. De zorgverzekeraar heeft, vanwege het toepasselijke eigen risico, nadien voor drie geneesmiddelen een extra bedrag van € 7,42 in rekening gebracht ter zake van terhandstellingskosten. Tot op heden is het voor verzoeker niet helder met welke reden deze bedragen worden berekend. Wel is het verzoeker intussen duidelijk geworden dat deze kosten ook bij herhaalrecepten in rekening worden gebracht. De bestaande onduidelijkheid is voor verzoeker onbegrijpelijk en onacceptabel.


 4.2. Verzoeker heeft verschillende bindende adviezen van de commissie gelezen en hieruit is hem gebleken dat een apotheker een eerste uitgiftegesprek mag declareren. Een dergelijk gesprek heeft verzoeker echter nooit gehad. Indien een dergelijk gesprek niet heeft plaatsgevonden, en door de zorgverzekeraar geen heldere uitleg is gegeven, mogen volgens jurisprudentie van de commissie, waaronder het advies met nummer GcZ 201401750 van 11 maart 2015, de kosten niet worden verrekend met het verplicht eigen risico.

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

 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

 5.1. Sinds 1 januari 2014 declareren apotheken naast de geneesmiddelen een apart bedrag voor de terhandstellingskosten of een begeleidingsgesprek. De terhandstellingskosten zijn de kosten voor de dienstverlening van de apotheek. Dit bedrag komt bovenop de eventuele kosten van het geneesmiddel. De dienstverlening bestaat bijvoorbeeld uit het bewaken van het gebruik van meerdere geneesmiddelen, het samenstellen van het medicijn, het controleren van het recept, en de aflevering van het geneesmiddel aan de patiënt. Daarnaast kan de apotheek een extra bedrag in rekening brengen voor een begeleidingsgesprek. Dit gesprek vindt plaats bij de eerste aflevering van het geneesmiddel. In dit gesprek worden de verwachtingen besproken die men van het geneesmiddel mag hebben.

 5.2. In het kalenderjaar 2014 heeft de apotheek verschillende keren ten behoeve van verzoeker het middel Desloratadine® afgeleverd. De apotheek heeft nadien bij de zorgverzekeraar dit middel plus een bedrag van € 7,42 gedeclareerd. Omdat in 2014 de terhandstellingskosten en het begeleidingsgesprek nog niet werden gespecificeerd, heeft de zorgverzekeraar navraag gedaan waarop het bedrag van € 7,42 betrekking heeft. In antwoord hierop heeft de apotheek verklaard dat het bedrag van € 7,42 betrekking heeft op de terhandstellingskosten.

 5.3. Aangezien verzoeker het verplicht eigen risico 2014 nog niet had 'vol' gemaakt, heeft de zorgverzekeraar de bedragen van € 7,42 verrekend met dit eigen risico en bij verzoeker in rekening gebracht.

 5.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn eerdere standpunten herhaald.

5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering 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 zorgverzekeraar gehouden is de vordering van driemaal € 7,42 ter zake van het eigen risico vanwege terhandstellingskosten 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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 31 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneesmiddelen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**"Omschrijving**

*Uw recht op farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.*

*Deze zorg omvat ook:*

- *terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel;*
  - *eerste terhandstellingsgesprek;*
  - *instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel;*
  - *medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik.*
- (...)"*

8.4. Artikel 7 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

**"7.1. Hoogte verplicht eigen risico**

*Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 360 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.*

**7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico**

*Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:*

*(...)*

- *de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg ZEKUR. Houdt u er rekening mee dat de terhandstellingskosten niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico;*

*(...)"*

- 8.5. De artikelen 7 en 31 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 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 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.
- 8.7. 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 zorgverzekeraar 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 in beginsel niet bevoegd is te oordelen over het handelen van de apotheek. Het betreft hier evenwel een naturopolis waarbij de apotheek drie keer een bedrag van € 7,42 ter zake van terhandstellingskosten rechtstreeks heeft gedeclareerd bij de zorgverzekeraar, 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 eigen risico ligt in artikel 7 van de zorgverzekering, en met betrekking hiertoe is de commissie bevoegd te oordelen.  
De vraag die ter beantwoording voor ligt, is of de zorgverzekeraar over mocht gaan 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. Mede gelet op het door verzoeker ingenomen standpunt dient allereerst een onderscheid te worden gemaakt tussen de in rekening gebrachte 'terhandstellingskosten' en de kosten van het eerste terhandstellingsgesprek of eerste uitgiftegesprek. Gelet op de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) met nummer BR/CU-5089 omvat de prestatie 'Terhandstelling' onder meer het beoordelen van het recept, het bewaken van de medicatie, het verstrekken van informatie aan de patiënt (de bijsluiter), en overhandigen van het geneesmiddel aan de patiënt. De kosten van deze werkzaamheden dienen bij elk geleverd geneesmiddel in rekening te worden gebracht.  
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. (...)".  
Samenvattend kan men stellen dat de terhandstellingskosten betrekking hebben op de werkzaamheden van de apotheek, en het eerste terhandstellingsgesprek op het gesprek dat de apotheek voert met de patiënt over de verwachtingen die men mag hebben van het geneesmiddel. De door verzoeker aangehaalde jurisprudentie van de commissie betreft alleen het eerste terhandstellingsgesprek.

- 9.3. In de onderhavige kwestie heeft de apotheek bij de zorgverzekeraar drie keer een bedrag van € 7,42 gedeclareerd ter zake van terhandstellingskosten. Aangezien vast staat dat verzoeker de betreffende geneesmiddelen afgeleverd heeft gekregen, en gesteld noch gebleken is dat de apotheek de in artikel 5 van BR/CU-5089 genoemde activiteiten niet heeft uitgevoerd, is commissie van oordeel dat de zorgverzekeraar heeft mogen besluiten de door de apotheek gedeclareerde bedragen ter zake te vergoeden respectievelijk af te zien van het vragen om een gecorrigeerde nota. Dat verzoeker geen gesprek heeft gehad met de apotheker is niet relevant. Verzoeker gebruikte het geneesmiddel immers al en had dit al eerder afgeleverd gekregen, zodat een eerste terhandstellingsgesprek niet aan de orde was.
- 9.4. De terhandstelling door de apotheek maakt deel uit van de verzekerde prestatie farmaceutische zorg, zo volgt uit artikel 31 van de zorgverzekering. De betreffende zorg is niet uitgesloten van het verplicht eigen risico, zoals omschreven in de artikel 7.2 van de zorgverzekering. Aangezien voorts gesteld noch gebleken is dat het eigen risico voor 2014 al werd 'vol' gemaakt, is verzoeker gehouden de bij hem in rekening gebrachte bedragen ter zake van de terhandstelling aan de zorgverzekeraar te voldoen.

### **Conclusie**

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 december 2015,

H.A.J. Kroon