

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Interpolis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Farmaceutische zorg, declaraties, inzage 'Mijn'-omgeving
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018-2022, art. 150 Rv
Zaaknummer : 202102104
Zittingsdatum : 6 juli 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Interpolis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 23 januari 2022 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 12 februari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brieven van 14 april 2022 en 20 april 2022 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Kopieën van deze brieven zijn op 29 april 2022 aan verzoeker gezonden. Bij e-mailberichten van 29 april 2022 en 6 juni 2022 heeft verzoeker op de desbetreffende brieven gereageerd. Kopieën hiervan zijn ter kennisname aan de zorgverzekeraar gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 6 juli 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.4. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld een actueel overzicht (d.w.z. van ná de door hem toegezegde individuele beoordeling) over te leggen waaruit blijkt welke nota's vanaf 2020 ter zake van farmaceutische zorg zijn vergoed en welke niet. Bij e-mailbericht van 6 juli 2022 heeft de zorgverzekeraar een overzicht aangeleverd. Omdat dit stuk echter niet duidelijk was, heeft de commissie de zorgverzekeraar verzocht een nieuw overzicht over te leggen, hetgeen hij bij brief van 20 juli 2022 heeft gedaan. Kopieën van de beide overzichten zijn op 21 juli 2022 aan verzoeker gestuurd die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij e-mailberichten van 25 juli 2022 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker en zijn gezinsleden zijn tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Interpolis ZorgActief (hierna: de zorgverzekering). Verzoeker treedt in dit verband op als verzekeringnemer.
- 3.2. Verzoeker heeft zich op het standpunt gesteld dat de vanaf 2018 ingediende declaraties ter zake van farmaceutische zorg van hem en zijn gezinsleden niet correct zijn afgehandeld. Hij heeft de zorgverzekeraar verzocht een en ander te corrigeren. Daarnaast heeft verzoeker de zorgverzekeraar gevraagd hem afschriften te sturen van alle ingediende nota's. Bij brief van

15 juli 2021 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat meerdere nota's niet worden vergoed. Tevens heeft hij verzoeker een declaratieoverzicht gezonden.

- 3.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 7 oktober 2021 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. **Het geschil**

- 4.1. Verzoeker heeft, na wijziging van zijn verzoek, de commissie verzocht te beslissen dat:

(i) de zorgverzekeraar diverse vanaf 2020 door hemzelf ingediende declaraties ter zake van farmaceutische zorg niet correct heeft afgehandeld, en dat dit moet worden gecorrigeerd;
(ii) de zorgverzekeraar moet zorgen dat alle declaraties van hem en zijn gezinsleden zichtbaar zijn in de 'Mijn'-omgeving;
(iii) het de zorgverzekeraar niet is toegestaan een apotheek te verbieden medicijnen op rekening aan de klant te verstrekken, in plaats van de kosten hiervan rechtstreeks te declareren;
(iv) het de zorgverzekeraar niet is toegestaan een apotheek te benaderen en hem te verbieden medicijnen te verstrekken op rekening van de verzekerde zonder die verzekerde hierover te informeren;
(v) het de zorgverzekeraar niet is toegestaan contact op te nemen met zorgaanbieders aangaande specifieke verzekerden zonder die verzekerden daarvan in kennis te stellen.

5. **Bevoegdheid van de commissie**

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. **Beoordeling**

Standpunt verzoeker

- 6.1. Verzoeker verklaart dat hij al sinds 2020 de facturen die hij en zijn gezinsleden van de apotheek ontvangen zelf betaalt. Daarna declareert verzoeker deze bij de zorgverzekeraar. Daarnaast declareert de apotheek echter ook nota's rechtstreeks bij de zorgverzekeraar. Omdat de door de apotheek gedeclareerde bedragen meestal niet overeenkomen met het daadwerkelijk uitgekeerde bedrag wil verzoeker ook graag kopieën van de originele nota's. Dit om te controleren of deze declaraties juist zijn verwerkt. In 2021 ontdekte verzoeker dat de zorgverzekeraar de door verzoeker zelf ingediende nota's al anderhalf jaar niet meer vergoedt. Verzoeker heeft gevraagd de desbetreffende nota's alsnog te vergoeden. Dit mede tegen de achtergrond dat er in de afgelopen jaren geen wijzigingen hebben plaatsgevonden in de geldende wet- en regelgeving. Verder heeft verzoeker de zorgverzekeraar verzocht om inzage in de facturen die door de apotheek rechtstreeks bij de zorgverzekeraar zijn ingediend. Ondanks het feit dat de zorgverzekeraar hiertoe, volgens informatie van de website van de Rijksoverheid, verplicht is, kan verzoeker nog steeds op zijn persoonlijke pagina op de website van de zorgverzekeraar niet alle ingediende declaraties terugvinden. Verder merkt verzoeker op dat de zorgverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt stelt dat hij en zijn gezinsleden bij hem zijn verzekerd op basis van een naturapolis. Verzoeker en zijn gezinsleden zijn namelijk verzekerd op grond van de Interpolis ZorgActief polis.
- 6.2. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij graag van de apotheker of van de zorgverzekeraar een factuur ontvangt. De apotheker wil de factuur niet geven omdat hij anders problemen krijgt met de zorgverzekeraar. Zo mag de apotheker bijvoorbeeld de geneesmiddelen niet meer afleveren als toch om een factuur wordt gevraagd. De zorgverzekeraar weigert inzicht te geven in de declaraties die rechtstreeks door de apotheker zijn ingediend. In de 'Mijn'-omgeving staat

slechts een summier omschrijving. Het na afloop van de hoorzitting overgelegde overzicht schept eerder meer onduidelijkheid dan dat het opheldering geeft.

Standpunt zorgverzekeraar

- 6.3. De zorgverzekeraar verklaart dat verzoeker en zijn gezinsleden al jaren bij hem zijn verzekerd op basis van een naturapolis. Inherent aan een naturaverzekering is dat de verzekerde de zorg en andere diensten waarop hij aanspraak heeft in natura geleverd krijgt. De apotheek waar verzoeker en zijn gezinsleden de medicatie afgeleverd krijgen is door de zorgverzekeraar gecontracteerd. Met de gecontracteerde apotheken is de afspraak gemaakt dat zij de kosten van verzekerde zorg rechtstreeks bij de zorgverzekeraar kunnen declareren. Als er geen sprake is van verzekerde zorg, zal de apotheek de nota niet rechtstreeks declareren, maar aan de verzekerde meegeven.
- In de situatie van verzoeker en zijn gezinsleden heeft de gecontracteerde apotheek zowel nota's rechtstreeks gedeclareerd als aan verzoeker en zijn gezinsleden meegegeven. Verzoeker heeft die nota's vervolgens nogmaals bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. In dat geval vindt evenwel geen individuele beoordeling meer plaats, maar wijst het systeem de nota's direct af. Dit omdat al een inhoudelijke beoordeling door de gecontracteerde apotheek heeft plaatsgevonden.
- 6.4. Het is de zorgverzekeraar gebleken dat, in afwijking van het voorgaande, de nota's die door verzoeker in 2019 zijn ingediend toch individueel zijn beoordeeld. Om voor verzoeker duidelijkheid te scheppen heeft de zorgverzekeraar ook de andere, door hem vanaf 1 januari 2020 ontvangen nota's individueel beoordeeld. Na afloop van de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar de commissie een overzicht doen toekomen van de gecorrigeerde declaraties. Over de uitkomst is verzoeker geïnformeerd. Daarnaast is door de zorgverzekeraar een overzicht overgelegd waaruit blijkt welke kosten ter zake van farmaceutische zorg vanaf 2018 ten behoeve van verzoeker en zijn gezinsleden zijn gedeclareerd en vergoed.

Overwegingen commissie

Afhandeling declaraties

- 6.5. Verzoeker stelt dat hij ofwel van de apotheek ofwel van de zorgverzekeraar een nota wil ontvangen van de door de apotheek aan hem en zijn gezinsleden afgeleverde geneesmiddelen. Voor zover verzoeker de commissie vraagt te bepalen dat de apotheek gehouden is een nota te verstrekken, geldt dat de commissie hiertoe niet bevoegd is. Uit het toepasselijke reglement volgt namelijk dat de commissie alleen klachten over ziektekostenverzekeraars behandelt.
- Voor zover verzoeker de zorgverzekeraar vraagt hem een nota te verstrekken van de door de apotheek afgeleverde geneesmiddelen geldt dat de zorgverzekeraar niet de partij is die de geneesmiddelen ter hand stelt, zodat deze daarvoor geen nota kan sturen. Verzending van een nota impliceert dat hier voor verzoeker of zijn gezinsleden een betalingsverplichting uit voortvloeit.
- Tot een algemeen verbod voor de zorgverzekeraar, zoals door verzoeker gevorderd en verwoord in 4.1 onder (iii) en (iv), kan de commissie niet besluiten, en tot een dergelijk verbod bestaat ook geen grond. Verzoeker en zijn gezinsleden zijn bij de zorgverzekeraar verzekerd op basis van de ZorgActief polis. Uit artikel A.4.3.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering blijkt dat de ZorgActief polis een naturapolis is. Kenmerk van een naturapolis is dat de verzekerde recht heeft op zorg en overige diensten in natura. Op grond van artikel B.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op extramurale farmaceutische zorg. Om te zorgen voor voldoende zorgaanbod sluit de zorgverzekeraar contracten met zorgaanbieders en regelt met deze de vergoeding. Indien verzoeker de nota's van de aan hem en zijn gezinsleden geleverde zorg en overige diensten graag eerst zelf voorschiet om deze te controleren en daarna te declareren, had het op zijn weg gelegen een restitutiepolic af te sluiten.
- Dit type verzekering geeft aanspraak op vergoeding van de verzekerde zorg en overige diensten, waarbij voor de verzekerde 'vrije artskeuze' als uitgangspunt geldt, en dus geen gebruik hoeft te worden gemaakt van het gecontracteerde zorgaanbod. Een verbod, zoals

door verzoeker gevorderd, verdraagt zich niet met dit onderscheid in polisvorm, leidt voor de zorgverzekeraar tot extra kosten - die hij door de zorginkoop juist heeft willen beperken -, en opent de mogelijkheid van misbruik indien de apotheek gehouden zou zijn nota's te verstrekken, ook voor geneesmiddelen die rechtstreeks bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd. De onderdelen (iii) en (iv) van het verzoek liggen daarmee voor afwijzing gereed.

- 6.6. De zorgverzekeraar heeft toegelicht dat verzoeker en zijn gezinsleden farmaceutische zorg afnemen bij een daartoe gecontracteerde apotheek. In het kader van dit contract heeft de zorgverzekeraar met de apotheek de afspraak gemaakt dat de kosten van verzekerde zorg door de apotheek rechtstreeks bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd. Als er geen sprake is van verzekerde zorg, wordt de nota aan de verzekerde meegegeven. Vast staat dat verzoeker de nota's die hij van de apotheek heeft meegekregen na ontvangst opnieuw bij de zorgverzekeraar heeft gedeclareerd. Vóór 2020 voerde de zorgverzekeraar ten aanzien van deze declaraties een individuele beoordeling uit, maar met ingang van 1 januari 2020 niet meer. Verzoeker heeft aangevoerd dat de zorgverzekeraar sindsdien niet alle gedeclareerde nota's juist heeft afgehandeld.

De commissie overweegt met betrekking hiertoe dat de zorgverzekeraar bij zijn brief van 14 april 2022 een overzicht heeft overgelegd waaruit blijkt welke nota's vanaf 2018 ter zake van farmaceutische zorg zijn vergoed en welke niet. Tevens heeft de zorgverzekeraar in voornoemde brief verklaard de nota's die rechtstreeks door verzoeker zijn gedeclareerd alsnog individueel te laten beoordelen, zoals dat ook vóór 2020 plaatsvond. Na afloop van de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar een overzicht overgelegd waaruit blijkt dat een groot deel van de declaraties alsnog door de zorgverzekeraar is vergoed. Dat naast de gecorrigeerde declaraties nog meer declaraties niet goed zijn afgehandeld, is door verzoeker weliswaar gesteld, maar door hem niet aannemelijk gemaakt, hoewel dit op zijn weg lag, gelet op artikel 150 Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv). om die reden wordt door de commissie als vaststaand aangenomen dat de vanaf 2020 ingediende nota's ter zake van farmaceutische zorg correct zijn afgehandeld door de zorgverzekeraar. Het verzoek zoals hiervoor in 4.1 onder (i) is weergegeven wordt dan ook afgewezen.

Inzage in ingediende declaraties

- 6.7. Verzoeker stelt dat hij op zijn persoonlijke pagina op de website van de zorgverzekeraar niet alle ingediende declaraties kan inzien. De zorgverzekeraar heeft in reactie hierop verklaard dat verzoeker op zijn persoonlijke pagina alleen de nota's kan inzien die op hemzelf betrekking hebben. Bij de nota's die betrekking hebben op zijn gezinsleden kan verzoeker alleen een beperkte omschrijving zien.

De commissie merkt op dat verzoeker ter zitting een schermprint heeft overgelegd van zijn 'Mijn'-omgeving. Op deze schermprint zijn enkele door de zorgverzekeraar afgehandelde declaraties zichtbaar. Volgens verzoeker is deze informatie niet toereikend. Dit standpunt wordt door de commissie niet gedeeld. De zorgverzekeraar heeft op het desbetreffende declaratieoverzicht vermeld door wie de kosten zijn gedeclareerd, op welke datum de kosten zijn gemaakt, en het door de zorgaanbieder gedeclareerde bedrag. De commissie kan deze werkwijze, gelet op de vigerende privacywetgeving, volgen. Het is de zorgverzekeraar niet toegestaan bijzondere persoonsgegevens van verzekerden - waaronder informatie over hun specifieke medicijngebruik - te delen met derden, waaronder in dit verband verzoeker moet worden verstaan, ook al treedt hij op als verzekeringnemer. Nu de zorgverzekeraar heeft verklaard dat alle ingediende nota's, al dan niet met een beperkte omschrijving, zichtbaar zijn in de 'Mijn'-omgeving, had het - wederom op grond van artikel 150 Rv - op de weg van verzoeker gelegen te stellen en te onderbouwen welke declaraties ontbreken. Dit heeft hij nagelaten, zodat de commissie als vaststaand aanneemt dat in bedoelde 'Mijn'-omgeving alle bij de zorgverzekeraar ingediende nota's ter zake van farmaceutische zorg voor hem zichtbaar zijn. Dit betekent dat het verzoek, zoals hiervoor in 4.1 onder (ii) is weergegeven, wordt afgewezen.

Contact tussen apotheker en zorgverzekeraar over specifieke verzekerden

- 6.8. Verzoeker formuleert dit onderdeel van zijn verzoek als een algemeen verbod. De commissie kan niet tot een dergelijk algemeen verbod besluiten, maar kan wel een uitspraak doen over de specifieke casus van verzoeker.
 Door verzoeker is gesteld dat de zorgverzekeraar, zonder zijn toestemming, (bijzondere) persoonsgegevens heeft verwerkt, in die zin dat de zorgverzekeraar met de apotheek over hem heeft gesproken.
 Ter onderbouwing van zijn stelling heeft verzoeker een e-mailbericht van 27 mei 2022 van een medewerker van de zorgverzekeraar, gericht aan de apotheek, overgelegd. De commissie constateert dat uit het overgelegde e-mailbericht niet blijkt dat specifiek over verzoeker is gesproken. De apotheek heeft in algemene bewoordingen gevraagd hoe om te gaan met een situatie waarin een verzekerde erop staat de kosten van geneesmiddelen zelf te betalen. Op deze vraag heeft de jurist van de zorgverzekeraar - eveneens in algemene bewoordingen - geantwoord. De commissie stelt vast dat noch uit het overgelegde e-mailbericht van 27 mei 2022 noch uit andere door verzoeker overgelegde stukken blijkt dat de zorgverzekeraar en de apotheek over verzoeker hebben gesproken en daarbij zijn (bijzondere) persoonsgegevens hebben gedeeld. De commissie wijst onderdeel (v) van het verzoek dan ook af.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. **Bindend advies**
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 september 2022,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving (bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (geldt in geval van niet-digitaal procederen)

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

3.6 Zorg die voortvloeit uit terrorisme

3.6.1 Is de behoefte aan zorg het gevolg van één of meer terroristische handelingen? Dan kan het zijn dat u recht heeft op een deel van deze zorg. Dit gebeurt als heel veel verzekerden een beroep doen op hun zorgverzekering als gevolg van één of meer terroristische handelingen. Elke verzekerde krijgt dan slechts een percentage vergoed. Dus: is de totale schade (ontstaan door terroristische handelingen) die in een kalenderjaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarvoor de Wet op het financieel toezicht (Wft) geldt, naar verwachting hoger dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar? Dan heeft u alleen recht op zorg tot een percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. Dit percentage is voor alle verzekeringen gelijk en wordt bepaald door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT).

3.6.2 De exacte definities en bepalingen bij de hiervoor genoemde aanspraak staan in het clauseblad terrorismedekking van de NHT. Deze clause en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op **terrorismeverzekerd.nl**. Het clauseblad kunt u vinden op onze website.

3.6.3 Het is mogelijk dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen. Deze mogelijkheid bestaat op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet. U heeft dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

3.7 U heeft geen recht op vormen van zorg of overige diensten die op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 of mogelijke andere wettelijke voorschriften voor vergoeding in aanmerking komen. Als u en wij hierover van mening verschillen, behouden wij ons het recht voor om met alle betrokken partijen (CIZ, gemeente, mantelzorger, u en wij) in gesprek te gaan, om te bepalen uit welke wet of voorziening recht op zorg bestaat. Als uit het overleg volgt dat het recht op zorg aangewezen is op grond van een andere wet of voorziening dan de zorgverzekeringswet, dan heeft u geen recht op deze zorg op basis van uw basisverzekering.

Artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

4.1 Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. Wij vergoeden het deel van deze zorg dat niet onder de eigen bijdragen (inclusief het eigen risico) valt. Hoe hoog uw vergoeding is, hangt onder andere af van de zorgverlener, zorginstelling of leverancier die u kiest. U kunt kiezen uit:

- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers die een contract met ons hebben afgesloten (gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen gecontracteerde zorgverleners);
- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers met wie wij geen contract hebben (niet-gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen niet-gecontracteerde zorgverleners).

4.2 Gecontracteerde zorgverleners

Heeft u zorg nodig die valt onder de basisverzekering? Dan kunt u elke zorgverlener in Nederland kiezen die een contract heeft met ons. Deze zorgverlener declareert de kosten rechtstreeks bij ons.

Als wij een contract hebben gesloten met een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (zbc), dan hoeft dat niet altijd te betekenen, dat wij dat hebben gedaan voor alle zorg en/of alle behandelingen die het ziekenhuis of de zbc verleent. Het kan ook betekenen dat wij een ziekenhuis of een zbc alleen hebben gecontracteerd voor een bepaalde behandeling of een aantal behandelingen.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Of voor welke zorg en/of behandelingen wij ziekenhuizen of zbc's hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgzoeker op **interpolis.nl/zorgzoeker**.