



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen D te E
Zaak : Farmaceutische zorg, eerste uitgiftegesprek, eigen risico
Zaaknummer : 201401269
Zittingsdatum : 5 november 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk 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)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,
tegen

D te E, hierna te noemen: de zorgverzekeraar

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar 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). 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. Bij brief van 28 maart 2014 heeft de zorgverzekeraar - vanwege het toepasselijke eigen risico - van verzoekster een bedrag van € 6,- gevorderd in verband met een eerste uitgiftegesprek bij de apotheek.

3.2. Verzoekster is het niet eens met de vordering, en heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Daarbij heeft zij verzocht de vordering te laten vervallen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 1 mei 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster 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 brief van 4 juli 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 september 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 september 2014 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 september 2014 medegedeeld niet te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 9 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. De echtgenoot van verzoekster heeft op 21 februari 2014 bij de apotheek een door de huisarts aan verzoekster voorgeschreven geneesmiddel opgehaald. Bij deze gelegenheid is geen uitleg gegeven over dit geneesmiddel. Er is alleen verteld dat elke capsule voor eenmalig gebruik is, maar dit staat ook op de verpakking vermeld. Verzoekster kan zich dan ook niet voorstellen dat een verdere uitleg zelfs maar mogelijk is, en helemaal niet dat dit een vergoeding van € 6,-- zou rechtvaardigen.

4.2. Daarnaast is verzoekster van oordeel dat door de apotheek geen verdere handelingen kunnen zijn verricht die de onderhavige vordering kunnen rechtvaardigen. Een onderzoek naar allergieën kan niet hebben plaatsgevonden, omdat noch de apotheek noch de behandelend arts hierover informatie heeft. Een wisselwerking met andere geneesmiddelen is niet mogelijk, omdat verzoekster geen andere geneesmiddelen gebruikt. Een onderzoek naar de juiste dosering is evenmin aan de orde, omdat het betreffende middel onbeperkt mag worden gebruikt. De apotheker heeft dus geen enkele inspanning geleverd voor de gedeclareerde kosten.

4.3. Verzoekster is onder behandeling bij een oogarts. Voor de behandeling van haar tranende ogen heeft de oogarts (nog) geen goede oplossing. Er zijn talloze verschillende middelen hiervoor, en het wordt simpelweg uitproberen welk middel bij verzoekster een goed resultaat geeft. Verzoekster leidt hieruit af dat deze middelen geen bijzondere risico's met zich brengen, dus is er voor de apotheker geen aanleiding tot extra onderzoek. Het onderhavige middel heeft bij verzoekster overigens niet het gewenste resultaat gehad, en daarom zal zij een volgend middel moeten gaan proberen.

4.4. Verzoekster verwijst naar Beleidsregel BR/CU-5102 van de NZa, waarin is bepaald dat aan minstens tien gespecificeerde punten moet zijn voldaan om het terhandstellingstarief te mogen declareren. Het verstrekken van relevante informatie is hier één van. Verzoekster benadrukt dat geen gesprek heeft plaatsgevonden. Er is wel een folder VI-181 verstrekt door de apotheker, doch zonder hierbij een verdere toelichting is gegeven.

4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Op 21 februari 2014 is ten behoeve van verzoekster het middel Artelac EDO® oogdruppels door de apotheek afgeleverd. Sinds 1 januari 2014 declareren apotheken een apart bedrag voor een eerste terhandstelling. Dit houdt in dat de apotheek enige aanvullende informatie geeft over bijvoorbeeld mogelijke bijwerkingen en het gebruik van het middel. Vóór 1 januari 2014 waren deze kosten verwerkt in het totaaltarief van het geneesmiddel.

5.2. Onder verwijzing naar de prestatiebeschrijvingsbeschikking van de NZa merkt de zorgverzekeraar op dat de wetgever niet heeft bepaald welke informatie precies moet worden verstrekt bij de terhandstelling. Wel is duidelijk dat het minimaal moet gaan om een aanbod van mondelinge en/of schriftelijke informatie.

5.3. Voor een eerste terhandstelling geldt een vast gecontracteerd tarief van € 6,--. Dit is ongeacht de duur van het eerste uitgiftegesprek. Volledigheidshalve heeft de zorgverzekeraar contact opgenomen met de apotheek. Aan de hand van het patiëntendossier kan de apotheek teruzien dat een eerste terhandstellingsgesprek heeft plaatsgevonden. Hoewel de apotheek

de zorgverzekeraar niet kan vertellen wat precies is besproken, is medegedeeld dat het zonder meer ging om minimaal het verstrekken van een zogenoemde VI-folder en een korte mondelinge toelichting hierop. De zorgverzekeraar kan op grond van alle voorhanden zijnde informatie niet concluderen dat inhoudelijk geen eerste terhandstelling zodat bedoeld in de NZa prestatiebeschrijving heeft plaatsgevonden.

5.4. De zorgverzekeraar begrijpt de argumenten van verzoekster, dat het geen ingewikkeld geneesmiddel betreft, dat het gebruik helder was, en dat in haar situatie geen sprake was van bijzonderheden in verband met allergieën of andere geneesmiddelen. De apotheek moet dit echter wel kort controleren.

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 A.22 van de algemene voorwaarden 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 € 6,- ter zake van het eigen risico vanwege een 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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.3 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneesmiddelen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

B.15.1.b. Leveren van geneesmiddelen en advisering

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.

"(...)"

8.4. Artikel A.12. 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. (...)"

8.5. Artikel A.13 van de zorgverzekering regelt het vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"A.13.1. Voorwaarden vrijwillig eigen risico

De artikelen A.12.2. tot en met A.12.8. over het verplicht eigen risico gelden ook voor het vrijwillig eigen risico van uw zorgverzekering. Daarnaast gelden voor het vrijwillig eigen risico de hierna genoemde verzekeringsvoorwaarden.

A.13.2. Lagere premie

*Naast het verplichte eigen risico, kunt u als u 18 jaar of ouder bent bij uw zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Hoe hoger dit vrijwillig eigen risico, hoe lager de premie die u (verzekeringnemer) voor uw zorgverzekering betaalt. U kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,-, of € 500,- per jaar.
(...)"*

- 8.6. De artikelen A.12, A.13 en B.15 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv.
Het verplicht en vrijwillig eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv.
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereuleerde 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 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 zorgverzekeraar, zonder dat verzoekster de nota heeft gezien en zij de mogelijkheid heeft gehad betaling te weigeren. Omdat de in het geding zijnde kosten zijn verrekend met haar eigen risico, heeft verzoekster wel een financieel belang. De basis voor het in rekening brengen van het eigen risico ligt in artikel A.12 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. Gelet op de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) met nummer BR/CU-5102 dient tijdens een eerste uitgiftegesprek mondelinge en/of schriftelijke informatie te worden aangeboden en zo nodig verstrekt. Het gaat derhalve niet zozeer om een gesprek tussen twee personen, zoals verzoekster stelt en de terminologie doet vermoeden.
De zorgverzekeraar heeft contact opgenomen met de apotheek, teneinde na te gaan of het eerste uitgiftegesprek daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. De apotheek heeft geantwoord dat aan - dan wel ten behoeve van - verzoekster de VI-folder is meegegeven en dat een korte mondelinge uitleg is gegeven. De zorgverzekeraar is tot de conclusie gekomen dat hiermee aan de eisen is voldaan voor een eerste uitgiftegesprek.
Door verzoekster is erkend dat zij schriftelijke informatie heeft ontvangen en dat een korte uitleg is gegeven, namelijk dat de capsules voor eenmalig gebruik zijn.

- 9.3. Ten aanzien van de overige voorwaarden van artikel 5 van BR/CU-5102, betreffende de prestatie 'terhandstelling van een UR-geneesmiddel', overweegt de commissie dat de apotheek de controles - waar verzoekster naar heeft verwezen - moet uitvoeren. Dat verzoekster geen allergieën heeft, of dat zij geen andere geneesmiddelen gebruikt, vormt geen onveranderbaar gegeven. De apotheek kan dit dan ook pas vaststellen nadat de controles hierop hebben plaatsgevonden.
- 9.4. Gezien het voorgaande is commissie van oordeel dat de zorgverzekeraar heeft mogen besluiten het door de apotheek gedeclareerde tarief van € 6,- te vergoeden respectievelijk af te zien van het vragen om een gecorrigeerde nota.
- 9.5. 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 de zorgverzekering. De betreffende zorg is niet uitgesloten van het verplicht en vrijwillig eigen risico, zoals omschreven in de artikelen A.12 en A.13 van de zorgverzekering. Aangezien voorts gesteld noch gebleken is dat het eigen risico voor 2014 al werd vol gemaakt, is verzoekster gehouden het bij haar in rekening gebrachte bedrag voor het eerste uitgiftegesprek aan de zorgverzekeraar te voldoen.

Conclusie

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

Zeist, 5 november 2014,

Voorzitter