



ANONIEM BINDEND ADVIES



Partijen : A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Farmaceutische zorg, terhandstellingskosten
Zaaknummer : 201800925
Zittingsdatum : 28 november 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.8, 2.17 en 2.18 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018)

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 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij verzoeker - vanwege het verplicht eigen risico - een bedrag van € 12,83 gevorderd in verband met de terhandstellingskosten van een geneesmiddel.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing van laatstgenoemde gevraagd. Bij brief van 23 mei 2018 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 12 augustus 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 12,83 niet van hem mag vorderen (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 8 oktober 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 oktober 2018 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 oktober 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 november 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 november 2018 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 april 2018 door middel van een zorgkostenfactuur een bedrag van € 12,83 bij verzoeker in rekening gebracht voor een geneesmiddel dat hij meer dan één jaar daarvoor voor het laatst afgeleverd had gekregen. Het betreffende geneesmiddel heeft de cardioloog aan verzoeker voorgeschreven en dit neemt hij dagelijks in. Het gaat hierbij niet om een eerste terhandstelling, en om die reden heeft verzoeker zowel de apotheek als de ziektekostenverzekeraar gevraagd waarom het bedrag van € 12,83 bij hem in rekening is gebracht. Beide partijen hebben hierop geen goed antwoord gegeven.
- 4.2. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is het verzoeker duidelijk geworden dat de apotheek het bedrag opnieuw in rekening mag brengen als een geneesmiddel langer dan een jaar niet wordt afgenomen. Deze regel komt echter uit een beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De ziektekostenverzekeraar heeft deze beleidsregel tot wet gemaakt voor de apotheek en patiënten. De klacht van verzoeker is onder andere veroorzaakt door onbekendheid met de betreffende beleidsregel. Noch de apotheek noch de ziektekostenverzekeraar heeft hem hierover geïnformeerd. Vervolgens meent de Ombudsman Zorgverzekeringen te kunnen bepalen dat verzoeker het geneesmiddel dan maar per zes maanden moet afnemen. Dit valt buiten de bevoegdheid van de Ombudsman. Bovendien is verzoeker met zijn zorgverlener de periode van terhandstelling overeengekomen, waarbij door beide partijen op alle mogelijke invloeden is gelet, zoals onder andere de houdbaarheid van het geneesmiddel en de periode waarin al is bepaald of er bijwerkingen zijn.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat het niet gaat om de eerste terhandstellingskosten, maar om de terhandstellingskosten die na een jaar opnieuw in rekening werden gebracht. Hij gebruikt de geneesmiddelen al langere tijd. Al vanaf 2015 worden de geneesmiddelen jaarlijks afgeleverd. Steeds bij de oproepen voor de cardioloog kreeg hij een nieuw recept. Op enig moment werd het middel nog maar voor drie maanden afgegeven, maar daartegen heeft hij met succes bezwaar gemaakt. Als hij de helft van het bedrag van € 12,83 van de ziektekostenverzekeraar terugkrijgt, én hij de geneesmiddelen jaarlijks mag afnemen, is het geschil opgelost.

5. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Terhandstellingskosten zijn kosten voor het werk dat wordt verricht in de apotheek. Hieronder valt de controle of het geneesmiddel in de juiste sterkte en dosering is voorgeschreven, en ook de controle of de patiënt andere geneesmiddelen gebruikt die een wisselwerking hebben met

het nieuwe medicijn. Hierbij hoort ook een uitleg over het gebruik van het nieuwe medicijn. De terhandstellingskosten worden gemaakt per afgeleverd geneesmiddel, dus niet per recept, doosje of afhaalmoment. De terhandstellingskosten zijn opgenomen in de prijs van het geneesmiddel. Het is de wettelijke taak van de apotheker om deze zorg aan patiënten te verlenen.

5.2. De hoogte van de terhandstellingskosten verschilt per apotheek. Meestal liggen deze kosten rond de € 6,-, maar dit kan ook hoger zijn. Dit is het geval als iemand het geneesmiddel 's avonds of in het weekend haalt, de apotheker het geneesmiddel zelf moet maken of de apotheker een extra uitleg moet geven over het geneesmiddel. Als een geneesmiddel voor de eerste keer wordt afgeleverd of als het middel langer dan een jaar geleden is afgeleverd, geeft de apotheek extra voorlichting over het medicijn. De kosten van de terhandstelling vallen onder het verplicht eigen risico. De regels met betrekking tot de terhandstelling en het in rekening brengen van kosten hiervoor zijn vastgelegd in een beleidsregel van de NZa.

5.3. Verzoeker heeft in 2016 180 tabletten afgeleverd gekregen. Dit betekent dat hij, bij dagelijkse inname, gedurende een half jaar gebruik kan maken van de medicatie. Het is langer dan twaalf maanden geleden dat verzoeker de medicatie heeft ontvangen. Daarom heeft de apotheek terecht opnieuw eerste terhandstellingskosten in rekening gebracht. Als verzoeker de medicatie elk half jaar afneemt, brengt de apotheek geen eerste terhandstellingskosten meer in rekening. Daarmee is er een structurele oplossing voor de toekomst.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt verzoeker tegemoet te komen door hem de helft van het bedrag van € 12,83 te vergoeden. In eerste instantie zal worden getracht het bedrag door de apotheek te laten crediteren, maar als dit niet lukt, betaalt de ziektekostenverzekeraar het bedrag aan verzoeker. Verzoeker mag de geneesmiddelen jaarlijks blijven afnemen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 5.2 van de zorgverzekering en 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 - in het kader van het eigen risico - het bedrag van € 12,83 ter zake van eerste terhandstellingskosten bij verzoeker in rekening mocht brengen.

8. Beoordeling van het geschil

8.1. Partijen hebben ter zitting overeenstemming bereikt over het onderhavige geschil. Afsproken is dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker de helft van het bedrag van € 12,83 vergoedt. Verzoeker mag de geneesmiddelen jaarlijks blijven afnemen. Verzoeker heeft ter zitting verklaard dat het geschil hiermee is opgelost.



9. Het bindend advies



- 9.1. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker de helft van het bedrag van € 12,83 vergoedt. Verzoeker mag de geneesmiddelen jaarlijks blijven afnemen. Verzoeker heeft ter zitting verklaard dat het geschil hiermee is opgelost.



Zeist, 12 december 2018,



H.A.J. Kroon

