



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en
OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A.,
beide te Tilburg

Zaak : Farmaceutische zorg, eerste uitgiftegesprek, eigen risico

Zaaknummer : 201401750

Zittingsdatum : 11 februari 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10, 11, 19-22 Zvw, 2.8 en 2.17 Bzv, 2.5, bijlagen 1 en 2 Rzv)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
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 CZ 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).

De door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekeringen 50+ en Tandarts Collectief zijn niet in geschil en blijven om die reden onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Bij brief van 28 mei 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar - vanwege het toepasselijke eigen risico - 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. Daarbij heeft hij verzocht de vordering te laten vervallen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 juni 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 e-mailbericht van 18 september 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat het de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (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. Verzoeker heeft de commissie op 20 november 2014 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 december 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 december 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 16 december 2014 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 december 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 februari 2015 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft op 19 maart 2014 bij de apotheek een geneesmiddel opgehaald. De ziektekostenverzekeraar heeft, vanwege het toepasselijke eigen risico, nadien € 6,- ter zake van een eerste uitgiftegesprek bij hem in rekening gebracht. Dit is onbegrijpelijk en onacceptabel. De apotheker heeft verzoeker er niet op gewezen dat aan een eerste uitgiftegesprek kosten zijn verbonden. Was dit wel gebeurd, dan had hij hiervoor bedankt. Verzoeker wenst niet te betalen voor iets waar hij niet om heeft gevraagd. De apotheker is een dienstverlener en dient een klant zo goed mogelijk informeren over geneesmiddelen(gebruik). Dit valt onder de noemer 'service' of bedrijfskosten. Een advies apart in rekening brengen - over de rug van de verzekerde als klant - past niet. Bovendien is door de behandelend arts reeds informatie verschaft over het (gebruik van het) geneesmiddel en wordt een bijsluiters verstrek, zodat het advies van de apotheker overbodig is.
- 4.2. Het is verzoeker duidelijk dat een apotheker een eerste uitgiftegesprek *mag* declareren, maar het stoort hem dat apothekers, zorgverzekeraars en de overheid dit hebben bepaald zonder verzekerden hierover in te lichten.
- 4.3. Onderhavige kwestie is een principekwestie voor verzoeker. In het magazine van de ziektekostenverzekeraar (02 2014, pagina 8) is opgesomd welke zorg meetelt voor het eigen risico. Het eerste uitgiftegesprek wordt niet genoemd. 'Medicijnen' wordt wel genoemd, maar daar hoor het eerste uitgiftegesprek niet bij.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het eerste uitgiftegesprek geen zorg is, maar slechts een advies. Dit valt onder de service van de apotheker. Voor een advies mag geld worden gevraagd, maar dan moet dit vooraf kenbaar worden gemaakt. Het eerste uitgiftegesprek is een dienst te veel. Verzoeker is op dat moment immers al bij de arts geweest die het geneesmiddel heeft voorgeschreven en weet welke andere geneesmiddelen worden gebruikt. Bovendien kan verzoeker informatie opzoeken op internet en zit er een bijsluiters bij het geneesmiddel, zodat hij van voldoende informatie is voorzien. Het is standaard dat de apotheker het tarief in rekening brengt, omdat deze een uittreksel van de bijsluiters overhandigt. Feitelijk is sprake van het spekken van de kas van de apotheker en het oneigenlijk gebruik maken van de voorzieningen. Als de apotheker een dergelijk tarief in rekening wil brengen moet hij dit rechtstreeks met de patiënt regelen. De ziektekostenverzekeraar verwijst enkel naar de polisvoorwaarden en de wet. Tot 1 januari 2014 heeft verzoeker teveel betaald voor zijn geneesmiddelen, omdat het onderhavige tarief toen bij de prijs van het geneesmiddel was inbegrepen. Door dit vanaf 1 januari 2014 te splitsen, schiet de zorgaanbieder in zijn eigen voet.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Iedere verzekerde van 18 jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico. Het verplicht eigen risico voor 2014 is € 360,--. Dit betekent dat de eerste € 360,-- aan zorgkosten die in 2014 ten laste van de zorgverzekering worden vergoed, voor rekening van de verzekerde komen. Voor bijna alle zorg die ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed, geldt het eigen risico. Uitzonderingen hierop zijn bijvoorbeeld huisartsenzorg en hulpmiddelen in bruikleen (artikel A.12. van de zorgverzekering).

5.2. De apotheek doet bij de uitgifte van een geneesmiddel het volgende:

- nagaan of andere geneesmiddelen worden gebruikt;
 - bekijken of het geneesmiddel geschikt is;
 - beoordelen of het geneesmiddel kan worden gebruikt in combinatie met eventuele andere geneesmiddelen;
 - zo nodig contact opnemen met de voorschrijvend arts;
 - gegevens van een verzekerde, het gebruik, en eventuele waarschuwingen op het etiket zetten.
- Enkel het laatste punt is merkbaar voor een verzekerde. De overige punten voert de apotheek uit tijdens het klaarmaken van het recept.

Een eerste uitgiftegesprek geldt voor een geneesmiddel dat voor het eerst worden meegegeven of langer dan twaalf maanden niet is gebruikt. De apotheek is volgens de richtlijnen van de beroepsvereniging KNMP verplicht dit te doen. Zonder eerste uitgiftegesprek zal de apotheek het geneesmiddel niet meegeven. Het is een kort gesprek waarin het gebruik, de werking en eventuele bijwerkingen worden uitgelegd. Ook wordt schriftelijke uitleg gegeven over het geneesmiddel; meestal is dat een bijsluiter. Een eerste uitgiftegesprek vindt plaats aan de balie of in de spreekkamer. Voor het ene geneesmiddel is meer uitleg nodig dan voor het andere. Er is daarom geen minimale tijd voor een dergelijk gesprek.

De overheid heeft bepaald dat vanaf 1 januari 2014 een eerste uitgiftegesprek apart in rekening wordt gebracht door apotheken. Het tarief hiervoor bestaat sinds 2000. Apotheken kregen al extra betaald voor een eerste terhandstelling, maar de vergoeding hiervan was toen in het totaal tarief van het geneesmiddel verwerkt. Een verzekerde betaalt derhalve niet meer dan voorheen. Vanaf 2014 wordt slechts het bedrag apart op de rekening vermeld.

Voor een eerste uitgiftegesprek wordt door de apotheek € 6,-- in rekening gebracht.

Verzekerden van de ziektekostenverzekeraar zijn op verschillende manieren op de hoogte gebracht van de 'wijziging' per 1 januari 2014. Zo is dit vermeld op de website en in de bijlage van het Bericht van incasso. Daarnaast is naar alle apothekers een flyer met informatie gestuurd. Hiermee heeft de ziektekostenverzekeraar aan zijn informatieplicht voldaan.

5.3. Uit de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (BR/CU-5102) volgt dat er verschillende prestaties bestaan, te weten de standaard terhandstelling (aflevertarief) en het eerste terhandstellingsgesprek (eerste uitgiftegesprek). Een eerste terhandstellingsgesprek kan alleen worden gedeclareerd in combinatie met een standaard terhandstelling.

Er zijn geen expliciete afspraken gemaakt op basis waarvan apothekers verplicht zijn de patiënten vooraf op de kosten van het eerste terhandstellingsgesprek te wijzen. Uiteraard is wel sprake van een zekere informatieplicht en zullen apothekers patiënten desgevraagd moeten informeren over de kosten van de verleende zorg.

5.4. Verzoeker heeft zich bij de ziektekostenverzekeraar beklaagd over de vordering en tevens contact opgenomen met de apotheek. Ook de ziektekostenverzekeraar heeft contact opgenomen met de apotheek. De apotheek heeft bevestigd dat een eerste terhandstellingsgesprek heeft plaatsgevonden. Verzoeker heeft dit overigens niet ontkend. Er is een mondelinge toelichting gegeven voor een geneesmiddel. Hierbij is niet medegedeeld dat aan het gesprek kosten waren verbonden. Dit wordt alleen gedaan als daar om wordt gevraagd. Verzoeker stelt dat hij niet heeft gevraagd om het gesprek en dat hij dit anders zou hebben geweigerd. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat bij afgifte van een nieuw geneesmiddel een eerste uitgiftegesprek hoort. Als een

verzekerde een dergelijk gesprek weigert, mag de apotheek besluiten het geneesmiddel niet mee te geven.

Overigens is uit het gesprek met de apotheek naar voren gekomen dat de flyer over de kosten van het eerste terhandstellingsgesprek aldaar aanwezig was. Het is echter niet duidelijk of deze flyer ook aan verzoeker is overhandigd tijdens het gesprek.

De ziektekostenverzekeraar stelt het op prijs dat verzoeker de zorgkosten goed controleert. Onder andere zijn oplettendheid leidt ertoe dat de zorgkosten betaalbaar kunnen worden gehouden.

5.5. Verzoeker verwijst naar een uitleg over welke zorg meetelt voor het eigen risico in het magazine van de ziektekostenverzekeraar. Dit betreft echter geen limitatieve opsomming, zoals ook blijkt uit de woorden 'onder andere' die boven de opsomming staan. Niet alle zorgsoorten zijn benoemd.

5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het begrijpelijk is dat het een principekwestie is voor verzoeker. Dit wordt gerespecteerd, maar de ziektekostenverzekeraar ziet de zaak anders. Het eerste uitgiftegesprek maakt deel uit van de farmaceutische zorg. De kosten hiervan mogen in rekening worden gebracht wanneer minimaal een aanbod is gedaan om mondeling of schriftelijk informatie te verstrekken als een geneesmiddel voor het eerst of voor het eerst sinds lange tijd wordt verstrekt. In onderhavig geschil staat niet ter discussie dat het eerste uitgiftegesprek heeft plaatsgevonden. De apotheker heeft informatie verstrekt aan verzoeker. Als gezegd, heeft de apotheker bevestigd dat een eerste uitgiftegesprek heeft plaatsgevonden. De kosten hiervan zijn derhalve terecht in rekening gebracht. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de bindende adviezen van de commissie van 5 november en 3 december 2014 ter zake van dit onderwerp.

5.7. 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 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 het de ziektekostenverzekeraar is toegestaan (de kosten van) het eerste uitgiftegesprek te verrekenen met het (verplichte) eigen risico.

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 de artikelen B.1. tot en met B.23. 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. Geneesmiddelen algemeen

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat (het verstrekken van en adviseren over) geneesmiddelen die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). (…)

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.
(...)

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 de zorgverzekering betreft het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"A.12.1. Hoogte eigen risico

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

Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste € 360,- aan kosten die u als vergoeding van uw zorgverzekering zou hebben ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed. (...)

A.12.2. Verrekening eigen risico

De kosten van zorg worden verrekend met het verplicht eigen risico van het jaar waarin de zorg is genoten.
(...)

A.12.3. Geen eigen risico

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. (...)
- De kosten van verloskundige zorg en kraamzorg (artikelen B.5., B.6. en B.7.). (...)
- 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. (...)
- 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. (...)
- De kosten van ketenzorg (zie voor "ketenzorg" ook artikel B.1.2.);
- Hulpmiddelen die wij u in bruikleen geven. (...)"

- 8.5. De artikelen A.12. en B.15. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2. 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.

De artikelen 19 tot en met 22 Zvw, en 2.17 Bzv betreffen het eigen risico.

- 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 onderscheiden dienen te worden enerzijds de verzekeringsovereenkomst die geldt tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar en anderzijds de behandelingsovereenkomst die geldt tussen verzoeker en de apotheker.

- 9.2. Wat betreft de (zorg)verzekeringsovereenkomst geldt dat op grond van artikel B.15. van de zorgverzekering aanspraak bestaat op geneesmiddelen, meer specifiek het verstrekken van en het adviseren over geneesmiddelen die zijn opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (terhandstelling en voorlichting). Hiermee maakt het eerste terhandstellingsgesprek deel uit van de verzekerde prestatie farmaceutische zorg.

Voor de zorgverzekering geldt voorts dat verzoeker, op grond van artikel A.12, voor het jaar 2014 een verplicht eigen risico heeft van € 360,--.

Farmaceutische zorg is niet uitgesloten van het verplicht eigen risico, zoals omschreven in artikel A.12.3. van de zorgverzekering.

- 9.3. Wat betreft de behandelingsovereenkomst geldt dat de apotheker, als zorgaanbieder, de kosten van een eerste terhandstellingsgesprek bij verzoeker, als consument, in rekening kan - de zorgaanbieder is daartoe niet verplicht - brengen als tussen zorgaanbieder en consument dienaangaande wilsovereenstemming is bereikt. In de regeling "administratie- en declaratievoorschrift prestatiebekostiging farmaceutische zorg, nadere regel NR/CU-509", van 12 juli 2011 (Staatscourant 2011, nr. 13574; hierna: de Regeling farmaceutische zorg) wordt dienaangaande - voor zover van belang - het volgende bepaald:

"Artikel 2. Doel

Deze regeling heeft tot doel het stellen van de navolgende voorschriften met betrekking tot de verlening van farmaceutische zorg:

- *Declaratievoorschriften ten einde inzichtelijke, rechtmatige declaraties mogelijk te maken;*
- *Transparantievoorschriften ten einde te bewerkstelligen dat consumenten tijdig en zorgvuldig worden geïnformeerd over de tarieven die de zorgaanbieders voor prestaties en deelprestaties in rekening brengen.*

Artikel 5. Transparantievoorschriften

Zorgaanbieders dienen consument tijdig en zorgvuldig te informeren over de tarieven die zij voor de prestaties en deelprestaties in rekening brengen. Zorgaanbieders dienen aan onderstaande voorschriften en voorwaarden te voldoen ten aanzien van de in artikel 5.1 specifiek benoemde consumenten.

5.1 Standaardprijslijst

Een zorgaanbieder, welke zorg levert zoals onder artikel 1 van deze regeling is beschreven, die één of meer prestaties levert aan niet-verzekerde consumenten of aan verzekerde consumenten waarvan de ziektekostenverzekeraar geen contract heeft afgesloten met de betreffende zorgaanbieder, maakt een standaardprijslijst bekend. De standaardprijslijst vermeldt alle prestaties en deelprestaties waarvoor de betreffende zorgaanbieder een tarief in rekening kan brengen.

5.2 Voorwaarden standaardprijslijst

De standaardprijslijst farmaceutische zorg voldoet aan de volgende voorwaarden.

- 1. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de juistheid van de inhoud van de standaardprijslijst.*
- 2. Per prestatie en per deelprestatie wordt vermeld welk tarief of welke tarieven in rekening wordt of worden gebracht.*
- 3. (...)*
- 4. De standaardprijslijst bevat per prestatie en per deelprestatie de meest recente tarieven en vermeldt een ingangsdatum waarop deze in werking treedt. De ingangsdatum geldt voor alle tarieven op de standaardprijslijst.*
- 5. Indien een zorgaanbieder voor één prestatie of deelprestatie meerdere tarieven hanteert dient het verschil gemotiveerd te worden.*
- 6. De standaardprijslijst vermeldt voor welke consumenten de standaardprijslijst van toepassing is door het weergeven van de volgende zin: Deze prijzen zijn van toepassing op consumenten waarvan de ziektekostenverzekeraar geen contract heeft afgesloten met de betreffende zorgaanbieder en op niet verzekerde consumenten. Indien wel een contract is afgesloten met uw ziektekostenverzekeraar dan kunnen andere prijzen gelden.*

5.3 Informeren van consumenten

- 1. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het tijdig en juist informeren van de consument.*
- 2. Het is voor consumenten mogelijk om voor aanvang van de behandelingsovereenkomst op eenvoudige wijze kennis te nemen van de standaardprijslijst.*
- 3. De standaardprijslijst hangt op een voor consumenten duidelijk zichtbare plaats in de praktijk van de zorgaanbieder.*
- 4. Desgevraagd stelt de zorgaanbieder consumenten via de telefoon op de hoogte van de tarieven, zoals genoemd op de standaardprijslijst.*
- 5. Desgevraagd doet de zorgaanbieder consumenten binnen achtenveertig uur per post dan wel digitaal de standaardprijslijst toekomen."*

- 9.4. In de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit met nummer BR/CU-5102 is vastgelegd welke handelingen een zorgvuldig handelend zorgaanbieder dient te verrichten in het kader van de aflevering van farmaceutische zorg. In de beleidsregel worden diverse (deel)prestaties beschreven, waaronder het zogeheten "Eerste terhandstellingsgesprek". Een eerste terhandstellingsgesprek dient te voldoen aan de volgende voorwaarden:
- (i) in een gesprek wordt door de apotheker aan de patiënt gevraagd of het middel voor het eerst wordt gebruikt dan wel het gebruik langer dan twaalf maanden geleden is, en worden de verwachtingen van de patiënt bij het geneesmiddel besproken;
 - (ii) de apotheker verschaft aan de patiënt informatie over de werking van het geneesmiddel, de wijze van gebruik, de bijwerkingen en de samenhang met andere geneesmiddelen;
 - (iii) door de apotheker wordt aan de patiënt gevraagd of alles duidelijk is en of het geneesmiddel kan worden gebruikt zoals besproken, wordt aangegeven dat contact kan worden opgenomen bij onduidelijkheden en wordt schriftelijke informatie meegegeven.
- Heeft een eerste terhandstellingsgesprek plaatsgevonden waarin alle voornoemde elementen zijn benoemd, dan is de apotheker, mits ook aan de voorwaarden van de Regeling farmaceutische zorg is voldaan, gerechtigd hiervoor kosten bij de patiënt in rekening te brengen.
- 9.5. De Regeling farmaceutische zorg beoogt te bewerkstelligen dat consumenten tijdig en zorgvuldig worden geïnformeerd over de tarieven die zorgaanbieders voor (deel)prestaties in rekening brengen. Bij een consument kan immers de wil zich te binden aan een prijsafpraak met de apotheker zich slechts vormen nadat hij weet waartoe hij zich verbindt. Daarvoor is nodig dat de consument tijdig en zorgvuldig wordt geïnformeerd.
- 9.6. In het onderhavige geval is verzoeker, als consument, niet tijdig - dat wil zeggen: voorafgaand aan het eerste terhandstellingsgesprek - ingelicht over de kosten van dat gesprek.
- 9.7. De consument dient ook zorgvuldig te worden geïnformeerd. Het verweer van de ziektekostenverzekeraar dat zijn verzekerden op verschillende manieren op de hoogte zijn

gebracht van de 'wijziging' per 1 januari 2014, door dit te vermelden op de website en in de bijlage van het Bericht van incasso, en naar alle apothekers een flyer met informatie te sturen, wordt verworpen. Een zorgvuldige wijze van informeren dient ertoe te leiden dat de consument voorafgaand aan het eerste terhandstellingsgesprek weet waartoe hij zich verplicht. Bovendien is het primair de taak van de zorgaanbieder - in casu de apotheker - om ervoor zorg te dragen dat de consument - als contractpartij van de apotheker - op de hoogte wordt gebracht van het tarief voor het eerste terhandstellingsgesprek. Door dit niet te doen is in het onderhavige geval tussen de apotheker en verzoeker geen overeenstemming bereikt ten aanzien van de (deel)prestatie betreffende het eerste terhandstellingsgesprek.

- 9.8. Onder de gegeven omstandigheden stond het de ziektekostenverzekeraar niet vrij de betreffende, door de apotheker rechtstreeks bij hem gedeclareerde, kosten zonder meer te vergoeden en deze te verrekenen met het verplicht eigen risico van verzoeker.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.10. 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 aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 11 maart 2015,

mr. drs. P.J.J. Vonk