



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Farmaceutische zorg, niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hoogte vergoeding, kenbaarheid, verzekeraar
Zaaknummer : 201601688
Zittingsdatum : 22 maart 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 3, 10, 11, 13, 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

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, 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 grond van de verzekering Bewuzt Basis 2016 (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 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op de middelen doxycycline Aurobindo disper en thyrax duotab (verder: de aanspraak). Op enig moment heeft de zorgverzekeraar via een uitkeringsbesluit aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is afgewezen en dat een bedrag van € 24,92 voor zijn rekening blijft.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 19 mei 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven. Echter, uit coudance komt de zorgverzekeraar verzoeker eenmalig tegemoet. Hij hoeft het bedrag van € 24,92 daarom niet te betalen.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar. Ten aanzien van een ander punt - het inloggen in de Mijn Omgeving - is de zorgverzekeraar verzoeker in deze fase wel tegemoet gekomen.

3.4. Bij brief van 13 oktober 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de door hem bij zijn (niet-gecontracteerde) apotheek afgenomen geneesmiddelen volledig te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering (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 26 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 januari 2017 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 februari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Hij heeft hierbij gereageerd op de brief van de zorgverzekeraar van 26 januari 2017. Een afschrift van deze reactie is op 21 februari 2017 aan de zorgverzekeraar gezonden. De zorgverzekeraar heeft op 24 februari 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Op grond van artikel 114 lid 3 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, 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.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 22 maart 2017 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt dat Bewuzt niet is ingeschreven bij de Autoriteit Financiële Markten (hierna: de AFM). Hierdoor zijn de voorwaarden van Bewuzt wettelijk gezien niet toegestaan. Risicodragers VGZ is wél ingeschreven bij de AFM, daarom gelden voor de verzekerden van Bewuzt de voorwaarden van VGZ. Bovendien staat VGZ als risicodragers vermeld op het polisblad. Bewuzt is niet aangesloten bij het Verbond van Verzekeraars en staat niet ingeschreven bij de Kamer van Koophandel (hierna: KvK).
- 4.2. Bij VGZ is de verzekerde vrij in de keuze van apotheek. Daarom kan Bewuzt - dat dus eigenlijk VGZ is - niet eisen dat verzoeker zijn geneesmiddelen bij een andere apotheek moet afnemen. Bovendien is de apotheek van verzoeker door VGZ wél gecontracteerd. Verzoeker merkt op dat hij al 28 jaar klant is bij de betreffende apotheek. Bovendien is deze apotheek gelegen op slechts 140 meter afstand van zijn woonadres, terwijl de door Bewuzt gecontracteerde apotheek 3.843 meter van zijn woonadres is gelegen. Omdat de kosten van geneesmiddelen die zijn afgeleverd door een niet-gecontracteerde apotheek niet volledig worden vergoed, wordt het wettelijk eigen risico feitelijk door Bewuzt verhoogd. Voorts heeft de minister bepaald dat alle geneesmiddelen bij alle apotheken dezelfde kostprijs hebben. Als Bewuzt als juridische entiteit al zelfstandig zou bestaan, dan is geen sprake van een rechtsgeldig argument om op de vergoeding te mogen korten.
- 4.3. Verzoeker kon tot en met 31 december 2015 zijn zorgverzekering beëindigen. Op 31 december 2015 was echter nog niet bekend dat de betreffende apotheek niet (meer) gecontracteerd zou zijn in 2016. Dit soort zaken speelt bij verzoeker een leidende rol in zijn overweging om zijn zorgverzekering al dan niet voort te zetten. Als hij tijdig had geweten dat de kosten van geneesmiddelen, afgenomen bij de apotheek van zijn voorkeur, niet meer volledig zouden worden vergoed, zou hij zijn overstapt naar een andere verzekeraar. Verzoeker vindt het vreemd dat hij uiterlijk 31 december moet beslissen of hij overstapt, terwijl de contractafspraken met zorgaanbieders nog tot en met 31 januari van het daaropvolgende jaar mogen worden gemaakt. Verzoeker is pas in februari 2016 door de zorgverzekeraar geïnformeerd over het feit dat de betreffende apotheek niet meer gecontracteerd was. Volgens de zorgverzekeraar was deze in voorgaande jaren soepel geweest met het toepassen van de 'strafkorting'. Deze opmerking kan verzoeker niet plaatsen, omdat hiermee wordt gesuggereerd dat de apotheek al meerdere jaren niet gecontracteerd zou zijn, terwijl dit niet het geval is. Ter onderbouwing van zijn standpunt merkt verzoeker nog op dat op het polisblad van 2017 staat vermeld dat als een geneesmiddel wordt afgenomen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder 70 percent van de kosten wordt vergoed.

- 4.4. Volgens de zorgverzekeraar had verzoeker zich via de optie 'Vergelijk en Kies' op zijn website kunnen informeren over het al dan niet gecontracteerd zijn van de apotheek. Verzoeker kon hiervan echter geen gebruik meer maken, doordat de zorgverzekeraar begin 2015 de inlogmethode op de website had aangepast. Dit was ook bekend bij deze. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar zijn zorgplicht heeft verzaakt, omdat de zorgverzekeraar hem onvoldoende heeft geïnformeerd. Eind 2015 kon verzoeker via de website van de zorgverzekeraar wèl nakijken welke zorgaanbieders waren gecontracteerd. Op 27 december 2015 stond de betreffende apotheek als gecontracteerde zorgaanbieder vermeld op voornoemde website.
- 4.5. De zorgverzekeraar voert verder aan dat voor Bewuzt een gunstige premiestelling geldt. Verzoeker vindt die opmerking - zo deze al correct zou zijn - niet ter zake doende.
- 4.6. Verzoeker heeft op 9 februari 2016 telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar. Tijdens dit gesprek werd erkend dat de betreffende apotheek eind 2015 niet als zijnde niet-gecontracteerd op de website stond vermeld, maar dit zou een omissie zijn geweest. Nadat verzoeker de zorgverzekeraar had geconfronteerd met de "contractanten van VGZ" werd het contact abrupt verbroken. Verzoeker heeft op 10 februari 2016 bij de apotheek nagevraagd of VGZ dan wel Bewuzt het contract had beëindigd, en of er wel een contract was aangeboden. De betreffende medewerker heeft hem toen verteld dat de apotheek wel degelijk door VGZ was gecontracteerd.
- 4.7. Verzoeker merkt op dat de door hem afgenomen middelen preferente geneesmiddelen zijn. Op grond van de polisvoorwaarden is het eigen risico niet van toepassing op preferente geneesmiddelen.
- 4.8. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat Bewuzt bij zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder een korting toepast van 35 percent. Bij VGZ bedraagt deze korting 25 percent. Verzoeker merkt op dat de lijst met preferente geneesmiddelen - zoals deze voor Bewuzt geldt - van VGZ is, en dat deze ook op de website van VGZ staat. Bovendien was de betreffende apotheek door VGZ wèl gecontracteerd. Verzoeker benadrukt dat Bewuzt niet bekend is bij de AFM of de KvK, en dat om die reden de polisvoorwaarden van VGZ gelden. Verzoeker heeft de premie steeds voldaan, maar het openstaande eigen risico heeft hij niet betaald. Hierdoor kon hij niet overstappen naar een andere verzekeraar. Verzoeker voelt zich daarom gegijzeld door de zorgverzekeraar. Verzoeker stelt dat het niet-gecontracteerd zijn van de betreffende apotheek niet was vermeld op het openbare gedeelte van de website.
- 4.9. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Bewuzt is geen rechtspersoon, maar een merk van de Coöperatie VGZ, dat wordt gebruikt binnen VGZ Zorgverzekeraar N.V.. Bewuzt is niet ingeschreven als handelsnaam; alleen het woord en beeldmerk zijn gedeponeerd. Bewuzt wordt binnen VGZ Zorgverzekeraar N.V. gebruikt en de verzekeringen worden aangeboden en uitgevoerd met gebruik van de AFM-registratie van VGZ Zorgverzekeraar N.V.. De Bewuzt-verzekeringsovereenkomst komt dus tot stand tussen de risicodrager VGZ Zorgverzekeraar N.V. en de verzekeringnemer, onder het label van Bewuzt. VGZ Zorgverzekeraar N.V. hanteert meerdere modelovereenkomsten die een verschil in premie kennen, omdat er enerzijds verschil is tussen natura en restitutie en anderzijds het gecontracteerde zorgaanbod (artikel 17 Zvw) kan verschillen. Dit is conform de wet. Hierbij wordt voor één modelovereenkomst een ander label gehanteerd, namelijk Bewuzt. Kern is dat het voeren van de verschillende modelovereenkomsten onder één zorgverzekeraar (VGZ Zorgverzekeraar N.V.) voldoet aan de vereisten zoals opgenomen in artikel 17 Zvw, ongeacht het label.

- 5.2. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op bepaalde geneesmiddelen. Indien deze worden afgenomen bij een niet-gecontracteerde apotheek, wordt maximaal 70 percent van de kosten vergoed. Dit geldt voor alle geneesmiddelen die bij de betreffende apotheek worden afgenomen. Het preferentiebeleid staat hier los van.
Niet alle geneesmiddelen die verzoeker in 2016 heeft gebruikt, vielen onder het preferentiebeleid. De zorgverzekeraar heeft de kosten van de preferente geneesmiddelen niet verrekend met het verplicht eigen risico 2016 van verzoeker.
- 5.3. De betreffende apotheek was in 2015 door de zorgverzekeraar gecontracteerd. Deze overeenkomst is evenwel in 2016 niet voortgezet. Verzekerden zijn per brief of e-mail van 5 februari 2016 over deze 'beleidsverandering' geïnformeerd. Vanaf 1 januari 2016 had verzoeker dit kunnen nakijken in de 'Vergelijk en Kies' omgeving van Bewuzt. VGZ had in 2016 wèl een contract met deze apotheek, doch specifiek voor de VGZ polissen. Voor Bewuzt zijn andere afspraken gemaakt met de apotheek.
- 5.4. Door middel van de informatie uit de brief dan wel het e-mailbericht van 5 februari 2016 en de 'Vergelijk en Kies' toepassing op de website is verzoeker voldoende geïnformeerd over de gewijzigde situatie in de vergoeding van geneesmiddelen die worden afgenomen bij een niet-gecontracteerde apotheek.
Echter, omdat de zorgverzekeraar vermoedde dat niet iedere verzekerde op de hoogte was van voornoemde 'beleidsverandering' is hij in 2016 coulant geweest met de vergoeding van de geneesmiddelen van de betreffende verzekerden. Voor verzoeker is daarom in mei 2016 de eerder berekende korting van € 24,92 komen te vervallen. Omdat verzoeker hierna volledig op de hoogte was van de 'beleidsverandering', is de zorgverzekeraar hem niet verder tegemoet gekomen.
- 5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar herhaald dat de betreffende apotheek in 2016 niet door hem was gecontracteerd voor het label Bewuzt. Ter aanvulling heeft de zorgverzekeraar aangevoerd dat dit eind 2015 al bekend was, en dat dit ook eind 2015 op de website was vermeld via de optie 'Vergelijk en Kies'. Deze optie bevindt zich op het openbare gedeelte van de website.
In februari 2016 is hierover nog een brief/e-mailbericht gezonden aan de verzekerden. Uit coulance is de in rekening gebrachte restitutiekorting van € 24,92 alsnog aan verzoeker vergoed. De zorgverzekeraar verwijst naar een bindend advies van de commissie (201503470), en concludeert dat hij voldoende heeft gedaan aan de informatievoorziening.
- 5.6. 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 door verzoeker bij zijn (niet-gecontracteerde) apotheek afgenomen geneesmiddelen volledig te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving
- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 8.2. In artikel 1.1 van de zorgverzekering is bepaald dat de verzekering Bewuzt Basis een naturaverzekering is van de 'zorgverzekeraar'. Het begrip 'zorgverzekeraar' is in hoofdstuk III van de zorgverzekering als volgt omschreven: "Zorgverzekeraar, de/VGZ: VGZ Zorgverzekeraar N.V., statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 09156723. De zorgverzekeraar is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000666. De zorgverzekeraar is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt de zorgverzekeraar aangeduid met 'wij' en 'ons'."
- 8.3. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.
- 8.4. Artikel 32 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.

(...)

Let op

Wij sluiten voor geneesmiddelen met een select aantal zorgaanbieders contracten. U vindt de voor uw zorgverzekering gecontracteerde zorgaanbieders op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij specifiek voor uw zorgverzekering geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

(...)"

- 8.5. Artikel 1.4. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, en luidt:

"Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 70% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerde tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 70% van de Wmg-tarieven. Het kan dan zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

Uitzondering:

Gaat u voor huisartsenzorg zoals vermeld in artikel 11, Huisartsenzorg, onder omschrijving, punt 1 naar een huisarts waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met uw eigen risico of een eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren."

8.6. In artikel 7 van de zorgverzekering is het verplicht eigen risico geregeld. Dit artikel 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 € 385 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.

Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico;

(...)"

8.7. De artikelen 1.1, 1.4, 7.1 en 32 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.8. 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.

Uit artikel 3 Zvw volgt dat een zorgverzekeraar verschillende varianten van de zorgverzekering kan aanbieden.

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.

Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.19 Bzv.

8.9. 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

Ten aanzien van de verzekeraar en de van toepassing zijnde polisvoorwaarden

9.1. Verzoeker heeft de verzekering Bewuzt Basis afgesloten bij de zorgverzekeraar. Dat de risicodragers in dit geval VGZ Zorgverzekeraar N.V. is, blijkt zowel uit de polisvoorwaarden als uit het polisblad. Een zorgverzekeraar kan verschillende verzekeringsproducten aanbieden. Ieder product heeft een

eigen naam en eigen (polis)voorwaarden. In de onderhavige situatie wordt onder de naam Bewuzt met verzekerden gecommuniceerd. Gezien het voorgaande zijn in de situatie van verzoeker de voorwaarden van de verzekering Bewuzt Basis van toepassing. Dat de zorgverzekeraar voor deze polis andere afspraken maakt dan voor de verzekeringsproducten die hij als VGZ aanbiedt, doet niet af aan de voor dit specifieke product gemaakte afspraken. Dat Bewuzt niet is ingeschreven bij de AFM, het Verbond van Verzekeraars, of de Kamer van Koophandel maakt het voorgaande niet anders.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.2. Verzoeker heeft op grond van artikel 32 van de zorgverzekering aanspraak op farmaceutische zorg. Tussen partijen is niet in geschil dat aanspraak bestond op de betreffende geneesmiddelen, daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan. In voornoemd artikel is vermeld dat de zorgverzekeraar voor geneesmiddelen met een select aantal zorgaanbieders contracten sluit. Tevens is vermeld dat als de geneesmiddelen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder worden afgenomen, een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde blijft. In artikel 1.4 van de zorgverzekering is bepaald dat maximaal 70 percent van de gemiddelde tarieven wordt vergoed indien de zorg is verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

De zorgverzekeraar heeft voor Bewuzt vanaf 1 januari 2016 geen contract meer met de betreffende apotheek. Dat de zorgverzekeraar voor andere verzekeringsproducten - met name die welke hij als VGZ aanbiedt - voor 2016 wél een overeenkomst heeft gesloten met deze zorgaanbieder, maakt dit niet anders. Aangezien de betreffende zorgaanbieder vanaf 1 januari 2016 voor Bewuzt niet meer is gecontracteerd door de zorgverzekeraar, heeft verzoeker vanaf 1 januari 2016 op grond van de polisvoorwaarden aanspraak op vergoeding van maximaal 70 percent van de kosten van de door deze apotheek geleverde geneesmiddelen. Dat voor de andere producten van VGZ een lager kortingspercentage wordt gehanteerd is niet relevant.

De commissie begrijpt dat verzoeker de geneesmiddelen het liefst afneemt bij de dichtstbijzijnde apotheek, waar hij al jaren klant is, maar dit neemt niet weg dat voornoemde korting van toepassing is.

- 9.3. Verzoeker heeft er op gewezen dat de middelen doxycycline Aurobindo disper tablet en thyrax duotab tablet als preferente geneesmiddelen zijn aangewezen en dat daarom het eigen risico hierop niet van toepassing is.

Op grond van artikel 7.2 van de zorgverzekering is het eigen risico niet verschuldigd indien sprake is van een preferent geneesmiddel. Deze uitsluiting geldt overigens niet voor de hiermee verbandhoudende kosten van de dienstverlening door de apotheek. Thyrax is geen aangewezen geneesmiddel. Het middel doxycycline is wel aangewezen, maar alleen als het is gemaakt door fabrikant Pharmachemie B.V.. Het door verzoeker afgenomen middel is evenwel van fabrikant Aurobindo, en is derhalve geen aangewezen preferent geneesmiddel. Gezien het voorgaande mocht de zorgverzekeraar het eigen risico berekenen over de vergoeding van voornoemde geneesmiddelen en de dienstverlening door de apotheek.

- 9.4. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat de zorgverzekeraar - door een korting van 30 percent toe te passen op de vergoeding van de geneesmiddelen wegens de aflevering door een niet-gecontracteerde apotheek - ten onrechte het eigen risico heeft verhoogd. Deze stelling treft, gelet op het voren overwogene, geen doel. Het bedrag van het eigen risico is ongewijzigd. Dat de onderhavige kosten voor rekening van verzoeker blijven, is uitsluitend een gevolg van zijn keuze de geneesmiddelen af te nemen bij een niet-gecontracteerde apotheek.

Kenbaarheid contractering van de zorgaanbieder

- 9.5. Tussen partijen is niet in geschil dat de onderhavige apotheek in 2015 was gecontracteerd voor de zorgverzekering van Bewuzt.

Verzoeker heeft aangevoerd dat hij, op het moment dat hij moest beslissen of hij de onderhavige zorgverzekering zou voortzetten of beëindigen, niet ervan op de hoogte was of kon zijn dat de betreffende apotheek vanaf 1 januari 2016 niet meer gecontracteerd zou zijn voor deze

zorgverzekering. Eind 2015 stond de apotheek volgens verzoeker nog op de website vermeld als zijnde gecontracteerd. Voorts is door verzoeker aangevoerd dat hij ultimo 2015 niet kon inloggen en dus geen kennis kon nemen van de optie 'Vergelijk en Kies'.

De zorgverzekeraar heeft tijdens de hoorzitting verklaard dat reeds vóór 31 december 2016 op de website van Bewuzt stond dat de betreffende apotheek niet was gecontracteerd. Bij brief dan wel e-mailbericht van 5 februari 2016 zijn de verzekerden hierover eveneens geïnformeerd. Voorts heeft de zorgverzekeraar verklaard dat de optie 'Vergelijk en Kies' op het openbare gedeelte van de website staat en dus voor verzoeker toegankelijk was, ondanks de inlogproblemen.

De commissie is bij raadpleging van de website van Bewuzt gebleken dat genoemde optie 'Vergelijk en Kies' is opgenomen op het openbare gedeelte van de website via de optie 'Zorgaanbieder zoeken'.

Ook dan blijft de vraag echter welke informatie verzoeker eind 2015 had althans had kunnen hebben met betrekking tot het niet langer gecontracteerd zijn van de apotheek. De commissie overweegt dat in de brief van de zorgverzekeraar van 26 januari 2017 wordt bevestigd dat eerst ná 31 december 2015 naar de verzekerden is gecommuniceerd dat de betreffende apotheek niet (meer) was gecontracteerd. Ter zitting is weliswaar gesteld dat dit al vóór genoemde datum bekend was gemaakt, doch hiervan is geen bewijs geleverd, zodat deze stelling wordt gepasseerd.

- 9.6. Rest de vraag welk belang eventueel moet worden toegekend aan de brief dan wel het e-mailbericht van 5 februari 2016. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft in de Regeling TH/NR-004 regels vastgesteld ten aanzien van de informatieverstrekking van ziektekostenverzekeraars aan consumenten. In de toelichting op artikel 14 van deze regeling is bepaald dat consumenten moeten worden geïnformeerd over welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd, voor zover dit mogelijke consequenties kan hebben voor de verzekerde. Bij de keuze voor een polis moet het voor (potentiële) verzekerden inzichtelijk zijn welke gecontracteerde zorgaanbieders deel uitmaken van de modelovereenkomst zodat de consumenten kunnen nagaan uit welke zorgaanbieders zij kunnen kiezen en hun voorkeur voor een polis kunnen bepalen. Op het moment dat de verzekerde zijn keuze maakt, dient derhalve duidelijk te zijn welke zorgaanbieders al dan niet zijn gecontracteerd.
- 9.7. Verzoeker kon de lopende verzekering opzeggen tot en met 31 december 2015. De schriftelijke of elektronische informatie ter zake van het niet-gecontracteerd zijn van de betreffende apotheek in 2016 dateert van ná deze datum. Dit geldt zowel voor de vermelding op de website van Bewuzt als voor de brief en het e-mailbericht van 5 februari 2016. Gezien het bovenstaande had het verzoeker niet tijdig duidelijk kunnen zijn dat deze apotheek in 2016 niet meer was gecontracteerd. Onder deze omstandigheden kan de zorgverzekeraar zich niet erop beroepen dat zijn wilsuitingen ten tijde van de voortzetting van de verzekeringsovereenkomst niet overeenstemden met zijn wil, zoals bedoeld in artikel 3:35 BW.
- Dat de zorgverzekeraar heeft besloten een bedrag van € 24,92 kwijt te schelden, maakt de geconstateerde omissie maar ten dele goed. Daarom dient de zorgverzekeraar de kosten van de zorg, verleend in 2016 door deze apotheek, aan verzoeker te vergoeden als ware de apotheek in dat jaar wél gecontracteerd.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het de korting op de vergoeding voor geneesmiddelen en de kosten van dienstverlening vanwege het niet-gecontracteerd zijn van de apotheek betreft. Hetgeen meer of anders is gevorderd dient te worden afgewezen.
- 9.9. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, zoals bepaald in 9.6. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.



10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 19 april 2017,



A.I.M. van Mierlo

