



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Farmaceutische zorg, terhandstellingskosten, medicijnkosten, eigen risico
Zaaknummer : 201602408
Zittingsdatum : 16 augustus 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.8, 2.17 en 2.19 Bzv, Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V., en
- 2) Menzis N.V., beide te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is met ingang van 1 augustus 2016 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de HEMA Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering HEMA Aanvullend 1 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is bij de ziektekostenverzekeraar opgekomen tegen (i) het in rekening brengen van acceptgirokosten, (ii) het - vanwege het toepasselijke eigen risico 2016 - vorderen van vier maal € 6,33 in verband met diverse eerste uitgiftegesprekken bij de apotheek, en (iii) het vergoeden van een door de huisarts gedeclareerd telefonisch consult van € 13,00.
- 3.2. Verzoeker heeft meerdere keren aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij diverse e-mailberichten van september en oktober 2016 en bij brief van 20 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten geen acceptgirokosten meer in rekening te brengen en de reeds in rekening gebrachte acceptgirokosten te laten vervallen. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de door hem vergoede kosten voor het telefonisch consult met de huisarts niet bij verzoeker in rekening worden gebracht.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 1 december 2016 heeft verzoeker de Ombudsman Zorgverzekeringen geïnformeerd dat zijn klacht ten aanzien van de - onder 3.1. genoemde - punten (i) en (iii) is opgelost. Wat betreft punt (ii) heeft hij verklaard dat hij, naast het vier keer met het eigen risico 2016 verrekenen van de terhandstellingskosten van € 6,33, opkomt tegen de hoogte van de berekende kosten van de aan hem op 26 en 30 augustus 2016 afgeleverde medicijnen. Een afschrift van het e-mailbericht is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de Ombudsman Zorgverzekering bij brief van 22 december 2016 geïnformeerd zijn standpunt te handhaven.
- 3.6. Bij brief van 10 maart 2017, ontvangen bij e-mailbericht van 17 mei 2017, heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht, althans naar de commissie begriipt, te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de vordering ter zake van het eigen risico 2016 te corrigeren, in die zin dat de terhandstellingskosten van € 6,33 niet vier, maar twee maal in rekening worden gebracht. Voorts heeft verzoeker de commissie verzocht te bepalen dat de berekende medicijnkosten worden verminderd tot een bedrag van € 51,26, zodat verzoeker vanwege het eigen risico 2016 een bedrag van totaal € 63,92 (€ 51,26 + 2 x € 6,33) is verschuldigd aan de ziektekostenverzekeraar (hierna: het verzoek).
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,00 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 juli 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 juli 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 31 juli 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. 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.
- 3.11. 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, 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.
- 3.12. Bij e-mailbericht van 14 augustus 2017 heeft verzoeker de commissie geïnformeerd dat hij lopende de onderhavige procedure ter zake van dezelfde vordering is gedagvaard door de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.13. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 augustus 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
- 3.14. Bij brief van 22 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld de procedure bij de kantonrechter niet in te trekken. Een afschrift van deze brief is op 24 augustus 2017 ter kennisneming aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft hierop bij e-mailbericht van 26 augustus 2017 gereageerd. Een afschrift hiervan werd ter kennisneming aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker verblijft in verband met zijn werk veel in het buitenland. Omdat hij is aangewezen op de middelen Kaliumlosartan en Nifedipine (hierna: de medicijnen), heeft hij zijn huisarts op 24 augustus

2016 per e-mailbericht verzocht een herhaalrecept uit te schrijven voor beide medicijnen voor een periode van tien maanden.

Op 26 augustus 2016 heeft verzoeker de apotheek bezocht om de medicijnen af te halen. Daar bleek het herhaalrecept echter nog niet te zijn ontvangen. De apotheek heeft toen toegezegd de medicijnen, bij wijze van uitzondering, zonder recept voor tien maanden af te leveren, dit omdat de medicijnen in november 2015 ook voor een periode van tien maanden waren afgeleverd.

Op 29 augustus 2016, toen verzoeker de medicijnen kwam ophalen, was het herhaalrecept nog altijd niet ontvangen, en is door de apotheek het noodnummer van de huisarts gebeld om dit alsnog te regelen. Daarbij bleek dat slechts voor zes maanden medicijnen konden worden afgeleverd.

Verzoeker werd verteld dat de apotheek hem vanwege afspraken met de ziektekostenverzekeraar geen grotere hoeveelheid mocht afleveren. Verzoeker weigerde in eerste instantie de medicijnen af te nemen omdat hij hierover niet tijdens zijn eerste bezoek was geïnformeerd. Hij heeft de medicijnen uiteindelijk toch afgenomen. Nadat door de huisarts vervolgens alsnog het herhaalrecept werd afgegeven, werd op 30 augustus 2016 een tweede hoeveelheid medicijnen, ditmaal voor een periode van negen maanden, bij verzoeker afgeleverd. Verzoeker heeft dus een hoeveelheid medicijnen ontvangen voor totaal vijftien maanden.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft een bedrag van € 102,22 van verzoeker gevorderd ter zake van het verplicht eigen risico 2016, in verband met de door de apotheek aan verzoeker afgeleverde medicijnen.

Verzoeker is het niet eens met het door de apotheek in rekening brengen van vier maal terhandstellingskosten van € 6,33 per medicijn. Hij meent dat slechts twee maal de terhandstellingskosten in rekening mogen worden gebracht (één keer per medicijn), omdat hij de medicijnen als gevolg van het niet uitschrijven van het herhaalrecept door de huisarts niet in één keer kon afnemen. Bovendien stelt hij dat hem door een medewerker van de apotheek op 29 augustus 2016 is toegezegd dat maar twee keer terhandstellingskosten in rekening zouden worden gebracht. Ook is verzoeker het niet eens met de hoogte van de berekende medicijnkosten. Hij heeft immers een grotere hoeveelheid ontvangen dan waar hij om heeft verzocht (voor een periode van vijftien in plaats van tien maanden).

Onder verwijzing naar het zorgkostenoverzicht van 1 december 2016 stelt verzoeker dat hij bereid is een totaalbedrag van € 63,82 (€ 51,26 voor de medicijnen en € 12,66 terhandstellingskosten) te betalen. Hij merkt in dit verband op dat hij de teveel verstrekte medicijnen (voor een periode van vijf maanden) zal inleveren bij de apotheek.

- 4.3. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 14 augustus 2017 medegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar de vordering heeft overgedragen aan zijn incassogemachtigde en dat hij door deze op 17 april 2017 is gedagvaard voor een procedure bij de kantonrechter.

- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat in alle jaren dat hij de medicijnen gebruikt, nog nooit terhandstellingskosten dan wel medicijnkosten zijn doorberekend door de zorgverzekeraar(s) waarbij hij voorheen was verzekerd. Verzoeker heeft voorts opgemerkt niet door de ziektekostenverzekeraar op de hoogte te zijn gebracht van het feit dat de medicijnen niet meer vanuit de zorgverzekering worden vergoed. Hij heeft verder aangevoerd dat volgens de Nederlandse Zorgautoriteit het eerste uitgiftegesprek met ingang van 1 januari 2016 niet langer op de nota staat, en dat ter controle wordt vermeld of het een standaard terhandstelling of een terhandstelling met begeleidingsgesprek betreft. Beide situaties zijn in onderhavige kwestie echter niet aan de orde, omdat het om een vervolgiftige gaat.

Verzoeker heeft daarnaast, onder verwijzing naar de verzekeringsvoorwaarden, gesteld dat als hem de eerste keer voor zes maanden en de tweede keer voor vier maanden medicijnen waren afgeleverd, beide keren géén terhandstellingskosten in rekening hadden mogen worden gebracht. Dit is wel gebeurd. Dat hij de tweede keer voor negen maanden medicijnen kreeg afgeleverd, kan hem niet worden aangerekend. Voorts is hij nooit gewezen op het 'vakantief formulier' en kan hem niet worden verweten dat zowel de apotheek als de huisarts heeft nagelaten bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag in te dienen voor het mogen afleveren van de medicijnen voor een langere periode dan zes maanden. Verzoeker heeft zich gewend tot de apotheker en heeft aangevoerd dat deze hem heeft toegezegd dat geen terhandstellingskosten

of medicijnkosten in rekening zouden worden gebracht. De apotheker zou dit doorgeven aan de ziektekostenverzekeraar. Ten aanzien van de te veel afgeleverde medicijnen heeft verzoeker aangeboden deze te retourneren maar dit werd geweigerd door de apotheek. Verzoeker is van mening dat de kosten van de te veel afgeleverde medicijnen niet voor zijn rekening mogen komen en dat hij dus slechts 10/15e deel dient te betalen, hetgeen neerkomt op een bedrag van € 51,26. Onder protest heeft hij het bedrag van € 38,30 inmiddels voldaan.

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. Op medicijnen die worden vergoed vanuit de zorgverzekering, is het eigen risico van toepassing. Voor 2016 geldt voor personen ouder dan achttien jaar een verplicht eigen risico van € 385,00. Verzoeker is per 1 augustus 2016 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd, zodat voor hem in 2016 een verplicht eigen risico van € 161,00 geldt.

5.2. In artikel 2.8, eerste lid, Bzv is de bevoegdheid van de apotheek om terhandstellingskosten in rekening te brengen neergelegd. Genoemd artikel bepaalt het volgende: "*Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van (...).*" Terhandstellingskosten zien op kosten die de apotheek maakt om uitleg te geven over het betreffende medicijn. Om te kunnen bepalen hoe vaak de apotheker terhandstellingskosten in rekening mag brengen, is het van belang om te weten voor welke periode medicijnen mogen worden afgeleverd. Op pagina 28 van de voorwaarden van de zorgverzekering is de maximale periode geregeld waarvoor medicijnen mogen worden afgeleverd.

5.3. Met betrekking tot de aan verzoeker afgeleverde medicijnen geldt dat deze voor ten minste drie en ten hoogste zes maanden mogen worden afgeleverd. Dit betekent dat de apotheker per drie maanden dat de medicijnen worden verstrekt, terhandstellingskosten mag berekenen. Indien de medicijnen voor méér dan zes maanden worden verstrekt, mag de apotheker dus per recept meerdere keren terhandstellingskosten in rekening brengen. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat verzekerden een 'vakantief formulier' kunnen invullen waarmee zij voor maximaal zes maanden medicijnen kunnen afnemen. Indien een verzekerde voor langer dan zes maanden medicijnen wil afnemen, dan geldt dat apothekers en huisartsen hiervoor een aanvraag moeten indienen bij de ziektekostenverzekeraar. Vervolgens wordt beoordeeld of het mogelijk is dat de medicijnen voor langere tijd worden verstrekt. Aan verzoeker zijn medicijnen afgeleverd voor een periode van vijftien maanden. Hiervoor is geen toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar.

5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft contact opgenomen met de apotheker, een door hem gecontracteerde leverancier. Uit dit gesprek is gebleken dat verzoeker via de herhaallijn van de apotheek de medicijnen heeft besteld. Omdat verzoeker had verzocht om verstrekking van de medicijnen voor een periode van tien maanden is contact opgenomen met de huisarts, waarna door deze een herhaalrecept voor een periode van drie maanden is uitgeschreven. De medicijnen zijn zodoende elk twee maal afgegeven voor verschillende periodes. De apotheker heeft terecht vier maal (twee keer twee maal per medicijn) een bedrag van € 6,33 aan terhandstellingskosten gedeclareerd.

5.5. De ziektekostenverzekeraar is voorts van mening dat verzoeker de kosten van de aan hem afgeleverde medicijnen volledig dient te voldoen. Verzoeker heeft de, naar zijn mening teveel verstrekte medicijnen, immers afgenomen.

5.6. Wat betreft de toezegging van de apotheek over de terhandstellingskosten, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat uit het contact met de apotheek niet van een zodanige toezegging is gebleken. Verzoeker dient dit zelf op te nemen met de apotheek. Dit geldt ook ten aanzien van

de teveel afgeleverde medicijnen en het terugnemen hiervan. De apotheek kan eventueel een creditnota bij de ziektekostenverzekeraar indienen.

5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat niet duidelijk is waarom de procedure bij de kantonrechter aanhangig is gemaakt, aangezien reeds vóór die tijd aan de incassogemachtigde opdracht was gegeven de vordering 'on hold' te zetten in afwachting van de uitkomst van onderhavige procedure. Hij zal dit nagaan. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat terhandstellingskosten en medicijnkosten vanuit de zorgverzekering worden vergoed, maar dat hierop het eigen risico van toepassing is. De apotheker heeft de terhandstellingskosten terecht in rekening gebracht en had, gezien de verzekeringsvoorwaarden, zelfs meer kosten in rekening mogen brengen, hetgeen echter niet is gebeurd. Ook voor vervolgitgiftes mogen kosten worden berekend. De ziektekostenverzekeraar heeft tot op heden geen creditnota van de apotheker mogen ontvangen.

5.8. Bij brief van 22 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie geïnformeerd de procedure bij de kantonrechter niet in te trekken. Voorts merkt de ziektekostenverzekeraar op dat verzoeker het bedrag van € 38,30 weliswaar in april 2017 heeft betaald, maar dat hij tot op heden heeft nagelaten de incassokosten te voldoen.

5.9. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A16 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 ziektekostenverzekeraar terecht vier maal terhandstellingskosten van € 6,33 én de volledige kosten van de aan verzoeker afgeleverde medicijnen heeft verrekend met het verplicht eigen risico 2016.

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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld op pagina 14 en verder van de zorgverzekering.

8.3. Op de pagina's 27 tot en met 29 van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneesmiddelen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Geneesmiddelen

Een geneesmiddel (of medicijn) is een stof die een bepaalde, gewenste werking op het lichaam uitoefent. Geneesmiddelen zijn er in allerlei vormen, zoals tablet, injectievloeistof, zetpil, pleister. Er zijn duizenden geneesmiddelen op de markt. Om een geneesmiddel op de markt te mogen brengen, heeft de producent een handelsvergunning nodig. Die vergunning wordt alleen verleend als het (merk- of merkloze) geneesmiddel voldoet aan strenge kwaliteitseisen.

(...)

Advies en begeleiding

In deze zorg is het advies van en de begeleiding door degene die u het geneesmiddel ter hand stelt, inbegrepen.

(...)

Maximale periode

Per recept heeft u recht op de geneesmiddelen voor een bepaalde periode. Deze periode is:

- 15 dagen als u het geneesmiddel voor de eerste keer gebruikt.
- 15 dagen als een acute aandoening met antibiotica of chemotherapeutica moet worden bestreden.
- 3 maanden voor geneesmiddelen die een chronische ziekte behandelen en tenminste 3 maanden als het gaat om een merkloos geleverd geneesmiddel en tenminste 3 maanden tot maximaal 6 maanden als het daarbij gaat om een geneesmiddel dat door de zorgverzekeraar als preferent is aangewezen, tenzij u om aantoonbare medische reden niet zo lang over een geneesmiddel mag beschikken,
- 1 maand voor slaapmiddelen en kalmeringsmiddelen.
- 1 jaar voor orale anticonceptiva (de pil). Als u voor het eerst orale anticonceptiva voorgeschreven krijgt, is de maximale termijn 3 maanden.
- 1 maand voor geneesmiddelen die meer kosten dan € 1.000 per maand.
- 1 maand in alle andere gevallen.

Als u voor de eerste keer vloeibare geneesmiddelen bij uw apotheker of apothekhoudend huisarts haalt, dan worden deze in de kleinste handelsverpakking geleverd.

(...)

Recept

U heeft een recept nodig van een huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts.”

- 8.4. Op pagina 16 van de zorgverzekering is het verplicht eigen risico geregeld, en deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"Eigen risico

U heeft een verplicht eigen risico van € 385.- per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 500.- per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per maand € 24.-.

Let op!

Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:

- verloskundige zorg en kraamzorg (voor de kosten van laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen en (ambulance)vervoer geldt het eigen risico wel),
- hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt (voor verbruiksartikelen van het hulpmiddel geldt het eigen risico wel),
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent,
- huisartsenzorg met inbegrip van zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg). Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht,
- medicatiebeoordeling chronisch Uitsluitend Recept-geneesmiddelengebruik, als u naar een apotheker of huisarts gaat,
- verpleging en verzorging,
- vervoer van de donor bij transplantatie dat wordt genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij het 8e en 9e streepje onder 'Welke zorg',
- nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij het 7e streepje onder 'Welke zorg', is verstreken.

Als u een eigen bijdrage heeft of een eigen betaling doet, telt dat niet mee voor het eigen risico. Als de verzekering niet op 1 januari begint of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast.

*Eerst wordt het verplicht eigen risico toegepast, daarna het vrijwillig eigen risico. Als de zorgverzekeraar uw nota rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaalt u of verzekeringnemer (ter keuze van de zorgverzekeraar) het eigen risico en de eventueel betaalde eigen bijdrage aan HEMA Zorgverzekering. U of verzekeringnemer ontvangt dan een nota van HEMA Zorgverzekering. Het eigen risico of een eigen bijdrage is ook van toepassing als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat.
(...)*

Volgorde van de eigen betalingen

Op de vergoeding van een nota kunnen verschillende soorten eigen betalingen van toepassing zijn. De volgorde waarin deze worden toegepast is als volgt:

- 1. van een ingediende nota wordt eerst het eventuele niet verzekerde deel afgetrokken, daarna*
- 2. het eventuele deel dat niet vergoed wordt omdat de zorgaanbieder met de zorgverzekeraar geen contract heeft, daarna*
- 3. de eventuele eigen bijdrage, daarna*
- 4. het nog openstaande deel van het verplichte eigen risico, daarna*
- 5. het nog openstaande deel van het eventuele vrijwillig gekozen eigen risico."*

- 8.5. De voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens het bepaalde op pagina 15 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, eerste lid, 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 eigen risico is geregeld in de artikel 19 en 21 Zvw en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv.
- 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 tussen partijen geen discussie bestaat over de ontvankelijkheid van het verzoek. Verder merkt zij op dat zij niet bevoegd is te oordelen over het handelen van de apotheker. In de onderhavige kwestie heeft de apotheek, naast de medicijnkosten, bij de zorgverzekeraar vier keer, twee keer per verstrekt medicijn, € 6,33 gedeclareerd ter zake van terhandstellingskosten. De betreffende declaratie is door de ziektekostenverzekeraar vergoed, die hierna de kosten - vanwege het toepasselijke verplicht eigen risico 2016 - bij verzoeker in rekening heeft gebracht. Verzoeker komt hiertegen op, in die zin dat hij meent dat slechts twee keer terhandstellingskosten, één keer per medicijn, met het verplicht eigen risico 2016 mag worden verrekend. Ook komt hij op tegen de hoogte van de berekende medicijnkosten omdat hem voor een periode van vijftien maanden is afgeleverd, terwijl hij een recept voor een periode van tien maanden had gevraagd. Niet in geschil is dat de betreffende zorg niet is uitgesloten van het verplicht eigen risico 2016, en dat dit ten tijde van de aflevering nog niet (volledig) was 'vol gemaakt'.

- 9.2. Als uitgangspunt bij de beoordeling geldt dat sprake is van doorlopend gebruik door verzoeker van de middelen Kaliumlosartan en Nifedipine, en dat deze medicijnen overeenkomstig de polisvoorwaarden in beginsel worden afgeleverd voor maximaal drie maanden. Dit laatste is in overeenstemming met het 'Akkoord Afspraken Prescriptieregeling' van 2016. De situatie is thans dat de apotheker, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, de medicijnen heeft afgeleverd voor een periode van vijftien maanden in twee leveringen van zes respectievelijk negen maanden. Gelet op de polisvoorwaarden hadden dit normaal gesproken vijf leveringen voor een periode van drie maanden moeten zijn (waarbij tienmaal terhandstellingskosten waren berekend). De polisvoorwaarden kennen hierop echter een uitzondering, namelijk dat als het gaat om een medicijn dat door de ziektekostenverzekeraar als preferent is aangewezen, het medicijn voor maximaal zes maanden mag worden afgeleverd. Indien de apotheker de medicijnen overeenkomstig de polisvoorwaarden had afgeleverd, dan was verzoeker - uitgaande van een termijn van vijftien maanden - dus ten minste zes keer terhandstellingskosten verschuldigd. Immers, in dat geval zou sprake zijn geweest van drie afleveringen, te weten - naar het de commissie meest waarschijnlijk acht - twee afleveringen voor een termijn van zes maanden (waarover vier maal terhandstellingskosten in rekening kunnen worden gebracht), gevolgd door één voor een termijn van drie maanden (waarover tweemaal terhandstellingskosten in rekening kunnen worden gebracht). De commissie stelt vast dat de apotheker vier keer, twee keer per afgeleverd medicijn, terhandstellingskosten in rekening heeft gebracht, zodat verzoeker niet is benadeeld. Aan het voorgaande doet niet af dat verzoeker zelf heeft verzocht om verstrekking van de medicijnen per tien maanden. De polisvoorwaarden voorzien namelijk niet in aflevering voor een zodanige termijn. Volgens de ziektekostenverzekeraar is afwijking echter wel mogelijk, maar alleen op basis van een door de huisarts of apotheker in te dienen aanvraag. Van een zodanige aanvraag is niet gebleken.
- 9.3. Met betrekking tot de hoogte van de berekende medicijnkosten meent verzoeker dat hij niet gehouden is de volledige kosten te voldoen, omdat hij heeft verzocht om verstrekking voor een periode van tien in plaats van vijftien maanden. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker de medicijnen heeft afgenomen en daarom de volledige kosten is verschuldigd. De commissie volgt de ziektekostenverzekeraar in zijn stelling. Verzoeker wist ten tijde van de tweede aflevering, waarbij voor een periode van negen maanden medicijnen werden afgeleverd, dat aan hem voor totaal vijftien maanden medicijnen waren verstrekt. Desondanks heeft hij de tweede levering geaccepteerd, zodat hij de volledige medicijnkosten is verschuldigd. Teruggave van de afgeleverde medicijnen is bovendien niet zinvol, aangezien - als gezegd - sprake is van doorlopend gebruik, zodat bij teruggave van de 'teveel' afgeleverde medicijnen twee nieuwe leveringen voor een periode van drie maanden zullen moeten volgen. Verzoeker zal alsdan de zelfde medicijnkosten plus twee maal twee keer terhandstellingskosten verschuldigd zijn ter zake van de nieuwe leveringen.
- 9.4. Verzoeker is gehouden de bij hem in rekening gebrachte bedragen aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen. Naar de commissie begrijpt bedroeg de vordering van de ziektekostenverzekeraar € 38,30 en werd deze inmiddels voldaan. De incassokosten staan echter nog open. Met betrekking tot de uitgebrachte dagvaarding tekent de commissie aan dat de ziektekostenverzekeraar in overweging is gegeven de procedure bij de kantonrechter in te trekken, nadat door de ziektekostenverzekeraar was verklaard dat hij met de incassogemachtigde had afgesproken de vordering 'on hold' te zetten. Uit de brief van 22 augustus 2017 van de ziektekostenverzekeraar blijkt evenwel dat deze anders heeft beslist, hetgeen hem naar de letter van de polisvoorwaarden vrij staat. Het is vervolgens aan de kantonrechter om te beoordelen of de handelswijze van de ziektekostenverzekeraar onder de omstandigheden van dit geval rechtens juist is.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 13 september 2017,



A.I.M. van Mierlo

