



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen  
Zaak : Farmaceutische zorg, eerste uitgiftegesprek, eigen risico, hoger tarief  
buiten kantooruren  
Zaaknummer : 201700162  
Zittingsdatum : 7 maart 2018

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. 10, 11 en 19 Zvw, 2.1, 2.8 en 2.17 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen


Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, 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 Menzis Basis Voordelig (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. De zorgverzekeraar heeft, vanwege het verplicht eigen risico, van verzoeker een bedrag gevorderd van € 22,78 in verband met een 'uitgifte met begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel buiten kantooruren' op 25 december 2016.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 17 maart 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar heeft besloten de vordering van € 22,78 eenmalig uit coulance te laten vervallen.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 2 oktober 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht voor recht te verklaren dat de zorgverzekeraar de kosten van het eerste uitgiftegesprek met de verhoging voor afname buiten kantooruren ten bedrage van totaal € 22,78 niet vanwege het verplicht eigen risico bij hem in rekening mocht brengen (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 5 januari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 januari 2018 aan verzoeker gezonden.


 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 februari 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 13 februari 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.


 3.8. 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.

 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 7 maart 2018 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker


 4.1. Verzoeker heeft een arts bezocht die bij hem oogzalf heeft aangebracht. De arts adviseerde verzoeker zelf een tube van deze zalf af te halen bij de apotheek en dit de volgende dag aan te brengen indien de klacht niet verdwenen zou zijn. Verzoeker heeft hierop de zalf bij de apotheek gehaald. Van de zorgverzekeraar ontving hij een declaratieoverzicht waarop is vermeld dat de apotheek kosten van een begeleidingsgesprek in rekening heeft gebracht. Ook zijn de verwerkingskosten tweemaal zo hoog dan tijdens kantooruren. Een begeleidingsgesprek heeft echter niet plaatsgevonden. Ook was verzoeker niet ervan op de hoogte dat zowel hiervoor als voor het afnemen van het middel buiten kantooruren extra kosten werden berekend. Indien hij dit had geweten, had hij de zalf pas de volgende dag opgehaald. Verzoeker heeft nooit de mogelijkheid gehad de kosten te accepteren of te weigeren.

 4.2. De zorgverzekeraar heeft de kosten van € 22,78 - die van verzoeker werden gevorderd vanwege het verplicht eigen risico - na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen uit coulance laten vervallen. Dit lost echter het onderliggende probleem niet op, namelijk dat kosten in rekening worden gebracht voor iets dat niet is geleverd dan wel is gecommuniceerd, voor een medicijn dat reeds was toegediend en enkel nodig was indien de klacht de volgende dag niet was verdwenen.

 4.3. Ter zitting is door verzoeker toegelicht dat hij naar de huisartsenpost is gegaan omdat er iets in zijn oog zat na het zagen. De huisarts heeft zalf voorgeschreven. De huisarts vertelde verzoeker naar welke apotheek hij kon gaan, en bij de apotheek heeft hij gevraagd wat het zou kosten. Hij zou € 3,- moeten betalen, en er is niet gezegd dat extra kosten in rekening werden gebracht. Even later werd er via de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 22,78 in rekening gebracht.

 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

 5.1. Voor medicatie die een verzekerde voor het eerst mee krijgt of langer dan twaalf maanden niet heeft gebruikt, berekent de apotheek een apart tarief. Dit heet het 'eerste uitgifte gesprek' en staat vanaf 1 januari 2014 apart vermeld op het declaratieoverzicht. Tot 1 januari 2014 vormde dit gesprekstarief onderdeel van de toeslag die apothekers mochten berekenen voor de afgifte van medicatie. De apotheek gaat voor dit tarief na of de verzekerde andere medicijnen gebruikt, of de medicatie geschikt is voor de betreffende verzekerde en of deze kan worden gebruikt in combinatie met andere medicijnen. Zo nodig wordt contact opgenomen met de behandelend arts. De gegevens, het gebruik en de eventuele waarschuwingen worden door de apotheker op het etiket gezet. Het gebruik, de werking en eventuele bijwerkingen worden aan de verzekerde uitgelegd. Er wordt een schriftelijke uitleg van het medicijn meegegeven. Meestal is dit de bijsluiter.

- 5.2. De zorgverzekeraar heeft contact opgenomen met de apotheek, die - na een gesprek hierover met verzoeker - heeft medegedeeld dat de kosten van de terhandstelling en het begeleidingsgesprek terecht in rekening zijn gebracht. De apotheek zal de kosten daarom niet bij de zorgverzekeraar crediteren.
- 5.3. Naar aanleiding van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de zorgverzekeraar opnieuw getracht contact op te nemen met de apotheek. Omdat deze echter niet kon worden bereikt en de zorgverzekeraar verzoeker niet de dupe wilde laten worden van de vertraging in de communicatie, is besloten de vordering van € 22,78 coulancehalve te laten vervallen.
- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar opgemerkt dat het bedrag ziet op het buiten kantooruren verstrekken van diensten door de apotheek. Bij de apotheek staat als het goed is een bord met tarieven. Omdat dit niet goed is gecontroleerd door de ziektekostenverzekeraar, is besloten het bedrag van € 22,78 coulancehalve kwijt te schelden. De apotheek is verplicht te vertellen wat de eigen bijdrage is. De kosten die via de zorgverzekering worden vergoed, worden hierbij niet vermeld. Daarbij is bij de apotheek niet bekend of het eigen risico nog openstaat.
- 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 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, vanwege het verplicht eigen risico, de kosten van het eerste uitgiftegesprek met de verhoging voor afname buiten kantooruren bij verzoeker in rekening mocht brengen.

## 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 8.3. In de voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op geneesmiddelen geregeld. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

*“Welke zorg*

*Geregistreerde geneesmiddelen*

*Met uitzondering van de uitgesloten middelen bedoeld onder het kopje ‘Preferentiebeleid’, heeft u recht op alle geneesmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke geneesmiddelen dat zijn, is te vinden in Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op [www.overheid.nl](http://www.overheid.nl). Als u wilt weten of een bepaald geneesmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. (...)*

*Advies en begeleiding*

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

- 8.4. In de voorwaarden van de zorgverzekering is het eigen risico geregeld. De betreffende passage 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 een bedrag van € 20.*

*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 punt van de opsomming onder 'Welke zorg',*
- nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij het 7e punt van de opsomming onder 'Welke zorg', is verstreken. (...)"*

- 8.5. De zorgverzekering is volgens de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

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 artikel 19 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 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 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

9.1. Aan de orde is of de zorgverzekeraar - vanwege het verplicht eigen risico - het bedrag van € 22,78 bij verzoeker in rekening mocht brengen. Dit bedrag betreft de kosten van een zogenoemd 'eerste uitgiftegesprek', dat is verhoogd in verband met een bezoek aan de apotheek buiten kantooruren. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

9.2. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over het handelen van de apotheek. Het betreft hier evenwel een naturapolis waarbij de kosten van het 'eerste uitgiftegesprek' door de apotheek rechtstreeks zijn gedeclareerd bij de zorgverzekeraar, zonder dat verzoeker de nota heeft gezien en hij de mogelijkheid heeft gehad betaling te weigeren. Omdat de in het geding zijnde kosten zijn verrekend met zijn verplicht eigen risico, heeft verzoeker wel een financieel belang. De basis voor het in rekening brengen van het verplicht eigen risico ligt in de voorwaarden van de zorgverzekering, en met betrekking hiertoe is de commissie wél bevoegd te oordelen. De vraag die ter beantwoording voor ligt is of de zorgverzekeraar mocht besluiten tot betaling van de nota onderscheidenlijk of hij de apotheek had moeten vragen tot correctie over te gaan. In dat verband overweegt de commissie als volgt.

9.3. De terhandstelling en voorlichting door de apotheek maken deel uit van de verzekerde prestatie farmaceutische zorg, zo volgt uit de voorwaarden van de zorgverzekering. De betreffende zorg is niet uitgesloten van het verplicht eigen risico, zoals omschreven in de voorwaarden van de zorgverzekering. Ten tijde van het ontstaan van het geschil was het verplicht eigen risico nog niet 'vol gemaakt'.

9.4. De zorgverzekeraar heeft, naar aanleiding van de klacht van verzoeker, contact opgenomen met de apotheek, teneinde na te gaan of het 'eerste uitgiftegesprek' daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. De zorgverzekeraar is op basis van dit gesprek tot de conclusie gekomen dat aan de eisen is voldaan voor een 'eerste uitgiftegesprek'. De betreffende kosten werden door de zorgverzekeraar vergoed en de apotheek heeft verklaard niet te zullen overgaan tot het crediteren van deze post.

9.5. Gelet op de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) met nummer BR/CU-7133 omvat de prestatie 'eerste terhandstellingsgesprek' het volgende: *"Het houden van een geprotocolleerd eerste terhandstellingsgesprek vóór de start van de betreffende farmacotherapie met de patiënt dan wel diens verzorger, waarbij de verwachtingen van de patiënt worden besproken. Aanvullende mondelinge en/of schriftelijke informatie wordt aan de patiënt aangeboden en zo nodig verstrekt. (...)"*.  
Op grond van genoemde beleidsregel mag bij aflevering buiten kantooruren de deelprestatie voor ANZ-dienstverlening worden berekend.

9.6. Door verzoeker is bestreden dat met hem een gesprek is gevoerd waarbij zijn verwachtingen zijn besproken. Ook is hem geen aanvullende mondelinge en/of schriftelijke informatie gegeven. De ziektekostenverzekeraar - op wie in dezen de bewijslast rust - heeft niet aannemelijk gemaakt dat aan de minimeisen van de in 9.5 weergegeven beleidsregel is voldaan. De enkele mededeling van de apotheek is niet voldoende om dit aan te nemen. Genoemde handelingen dienen te zijn vastgelegd in het digitale patiëntendossier. Dat dit laatste is gebeurd, is gesteld noch gebleken.

De commissie realiseert zich dat de bewijsvoering in kwesties als deze voor een verzekeraar problematisch kan zijn. Dit kan echter worden ondervangen door bijvoorbeeld van de apotheek te verlangen dat de patiënt moet tekenen voor het feit dat in overeenstemming met de beleidsregel van de NZa is gehandeld.

Aangezien niet aannemelijk is gemaakt dat een 'eerste uitgiftegesprek' conform de beleidsregel van de NZa heeft plaatsgevonden, mochten de hiermee gemoeide kosten niet worden verrekend met het verplicht eigen risico. Het zelfde geldt voor de kosten van de deelprestatie ANZ-dienstverlening.

- 9.7. De commissie is - gelet op het voorgaande - van oordeel dat verzoeker niet was gehouden de kosten van het 'eerste uitgiftegesprek' in het kader van het verplicht eigen risico aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

### **Conclusie**

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.9. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie verklaart voor recht dat verzoeker niet was gehouden het bedrag van € 22,78 in het kader van het verplicht eigen risico aan de zorgverzekeraar te voldoen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 21 maart 2018,

H.A.J. Kroon