

UITSPRAAK

inzake

de heer [naam]
Wonende te [plaats]
klager

tegen

mevrouw [naam]
de beherend apotheker van apotheek [naam]
gevestigd te [plaats]
verweester

DE PROCEDURE

Middels een klachtenformulier, gedateerd 13 oktober 2020, heeft klager een klacht ingediend tegen verweerster.

Klager heeft op 5 januari 2021 de Geschilleninstantie Openbare Apotheken (hierna te noemen: de commissie) schriftelijk gemachtigd alle relevante gegevens betreffende de klacht op te vragen.

De geschillencommissie heeft kennisgenomen van de volgende door partijen ingediende stukken:

- het genoemde klachtenformulier;
- de aanvullingen op de klacht van 13 oktober en 14 september 2020;
- het verweerschrift van 20 januari 2021;
- de repliek van klager van 17 februari 2021;
- de dupliek van verweerster van 11 maart 2021.

De commissie zal beslissen op basis van deze stukken, met uitzondering van de bijlagen bij de conclusie van dupliek omdat de commissie klager niet meer in de gelegenheid heeft gesteld om daarop te reageren.

In haar vergadering van 16 maart 2021 is de commissie tot de navolgende beslissing gekomen. De uitspraak hiervan is vastgesteld op 29 maart 2021.

SAMENVATTING VAN HET GESCHIL

Klager verwijt verweerster:

1. dat hij zijn medicatie (Adalat Oros, Aprovel en Selokeen Zoc) zelf moet betalen terwijl zijn huisarts heeft aangegeven dat er sprake is van medische noodzaak om juist deze middelen te gebruiken en zijn zorgverzekeraar deze ook vergoedt.
2. dat zij en haar medewerkers hem niet correct hebben behandeld.

Daarnaast verzoekt klager om verweerster te veroordelen een schadevergoeding van € 265,00 te betalen voor de medicijnen die hij naar zijn mening ten onrechte aan de apotheker heeft betaald en voor het door hem betaalde griffierecht.

1. DE FEITEN

De geschillencommissie neemt het volgende als vaststaand aan. Bij de hierna *cursief* opgenomen citaten zijn taal- en spelfouten overgenomen.

1.1 Klager is voor zorgkosten verzekerd bij [naam zorgverzekeraar].

1.2 Op 4 december 2018 vermeldt het journaal van de huisarts van klager:

S leverings problemen adalart oros, komt hopelooijk morgen, ook weer discussie over medische noodzaak, in velreden met dr. [naam] en [naam apotheek] andere middlen geprobeerd waarna medische noodzaak officieel werd vast gelgd.

O RR 130/60

E hypertensie

P geadviseerd om apotheker deze vaststelling van [naam apotheek] op te vragen

en op 29 mei 2015:

S Is ingeschreven bij dr [naam], maar maak t zich zorgen dat medicatie voor hypertensie dan ge wijzigt wordt. Heeft lang geduurdvoor er goede med icatie is gevonden om bloeddruk onder controle tek rijgen, met specialitÂ© Adalat 60 mg, Selokeen Zoc 100mg en Aprovel300mg is uiteindelijk gelukt, gene riek ging niet goed. Graag dit continueren

1.3 In een brief van 29 mei 2019 van de huisarts van klager aan de apotheker staat:

Dhr [naam] slikt al ruim 20 jaar Adalat zonder enige bijwerkigne, sinds afgelopen jaar door u overgezet op nifedipine waarna hoofdpijn klachten. dhr heeft echt zijn best gedaan om verschillende merken te proberen en volt te houden of klachten zouden verdwijenen. graag bespreken oplossing ivm het niet verdragen van generieke medicatie.

mogelijk toch terug op Adalat?

en in een brief van 27 augustus 2019:

Geachte apotheker hierbij informatie rond Nifedipine gebruik, recent nog TEVA geprobeerd ook hier hoofdpijn op.

Gaarne uw beoordeleign ter verdere vergoeding van Nifedipine, toch gterug op merk Adalat?

1.4 Bij e-mail van 21 juni 2019 schrijft klager (deels door invulling van een formulier) aan de zorgverzekeraar:

Graag zou ik de volgende twee klachten willen mededelen:

Mijn declaratie (declaratienummer 24714349) is afgewezen. Het gaat om de vergoedingen van Aprovel Tablet Filmomhuld 300mg – 84 Stuks t.w.v. € 29,45 en Selokeen Zoc 100 Tablet Mga 95mg – 90 Stuks t.w.v. € 30,50. In het verleden heeft [naam zorgverzekeraar] dit altijd voor de helft betaald aan de apotheek en heb ik de andere helft aan naam zorgverzekeraar] betaald van mijn eigen risico.

Al ruim 20 jaar slik ik Adalat Oros MGA 60mg. Afgelopen 4 maanden gebruik ik Nifedipine Sandoz retard 60 mg omdat Adalat niet meer leverbaar zou zijn. Bij Adalat ervaarde ik geen bijwerkingen maar sinds het gebruik van Nifedipine heb ik last van hoofdpijn en misselijkheid klachten. Ik heb mij best gedaan verschillende merken te proberen om te

kijken of de klachten zouden verdwijnen, maar helaas zonder succes. Mijn huisarts heeft ook al een brief gestuurd naar de apotheek (zie bijlage). U ziet graag als oplossing:

-Graag zou ik zien dat net als voorheen [naam zorgverzekeraar] de helft van de medicijnen vergoed en ik de overige helft aan [naam zorgverzekeraar] betaal van mijn eigen risico.

Graag zou ik weer terug willen op mijn oude medicijn Adalar Oros MGA 60mg. Graag zou ik zien dat [naam zorgverzekeraar] contact opneemt met de apotheek om de klacht door te geven en een manier te zoeken om Adalat Oros weer beschikbaar te stellen.

- 1.5 Op 3 juli 2019 ontvangt klager als antwoord van de zorgverzekeraar:

De apotheek kan op grond van de afgesloten zorgovereenkomst met [naam zorgverzekeraar] de kosten voor de op 10 april 2019 afgeleverde geneesmiddelen Selokeen Zoc 100 Tablet Mga 95 mg en Aprovel Tablet Filmomhuld 300 mg rechtstreeks bij [naam zorgverzekeraar] in rekening brengen. De kosten die klager zelf zou hebben betaald kan hij terugvorderen bij de apotheek. Voor wat betreft de brief van de huisarts gericht aan de apotheek over de medische noodzaak voor het geneesmiddel Adalat Oros verwijst [naam zorgverzekeraar] naar de apotheek en de huisarts. Inhoudelijk kunnen zij hier niet over oordelen.

- 1.6 Bij brief van 2 februari 2021 schrijft de huisarts van klager aan de apotheker:

*hierbij medisch overzicht, omtrend hypertensie behandeling
wij hebben meerdere generieke merken antihypertensiva geprobeerd waarbij dhr steeds bijwerkighe ervaarde, er was reeds door vorige huisarts dr [naam] al medische noodzaak gegeven*

alhier op verzoek opatheek opnieuw generieke medicatie geprobeerd maar steeds gestsaakt ivm bijwerkighe

gezien hypertensei is het wel noodzakelijk dat dhr medicatie hiervoor blijft slikken.

[waarna het overzicht volgt waaruit hiervoor onder 1.2 is geciteerd]

2 .DE KLACHT

De klacht houdt zakelijk en samengevat, met verduidelijkingen door de commissie tussen [], het volgende in:

- 2.1 Klager gebruikt al meer dan 25 jaar bloeddrukmedicatie, te weten Adalat Oros [werkzame stof: nifedipine], Selokeen Zoc [werkzame stof: metoprolol] en Aprovel [werkzame stof: irbesartan]. Zijn eerste huisarts had deze [specifieke merk]medicatie voorgeschreven nadat klager een generiek [merkloos] alternatief [met dezelfde werkzame stof] had uitgeprobeerd. De opvolgend huisartsen hebben dit advies gevolgd en onderbouwd dat er sprake was van een medische noodzaak tot gebruik van de merkmedicatie [ook genoemd: spécialité]. Tot juni 2019 betaalde klager hier niets voor in de apotheek, maar vanaf dat moment moest hij zelf voor zijn medicatie gaan betalen.

- 2.2 Klager heeft telkens in de apotheek vragen gesteld over de vergoedingen van zijn medicatie, maar kreeg geen afdoende antwoord. Op de momenten dat klager de apotheek bezocht was de apotheker niet aanwezig. Er is nooit telefonisch contact met hem opgenomen door de apotheker.
- 2.3 Klager heeft vervolgens aan zijn zorgverzekeraar gevraagd waarom zijn medicatie niet meer werd vergoed. [naam zorgverzekeraar] antwoordde dat de kosten door de apotheker direct bij de zorgverzekeraar konden worden gedeclareerd en dat klager reeds gedane betalingen van haar kon terugvorderen.
- 2.4 Op 24 september 2019 heeft klager de apotheek bezocht. Hij wilde de reactie van [naam zorgverzekeraar] met de apotheker in persoon bespreken. Dit was de eerste keer dat klager haar sprak. De apotheker gedroeg zij zich zeer onprofessioneel en schreeuwde. Zij heeft gezegd dat zij contact zou opnemen met zijn contactpersoon – [naam] - bij [naam zorgverzekeraar], maar heeft dit nooit gedaan. Klager moest opnieuw de medicatie tegen betaling meenemen.
- 2.5 Op 6 november 2019 heeft klager samen met zijn Sociaal Raadsvrouw een klachtbrief gestuurd naar de apotheek met als bijlagen de reactie van de zorgverzekeraar [zie 1.5 hierboven] en de brief van de huisarts [zie 1.3 hierboven]. Vanuit de apotheek is hier telefonisch en schriftelijk op gereageerd. De uitkomst bleef hetzelfde: klager moest volgens de apotheker zelf zijn medicatie betalen.
- 2.6 Op 7 mei 2020 heeft de apotheek een rekening voor een herhaalrecept van dezelfde geneesmiddelen wél naar de zorgverzekeraar gestuurd en deze werd gewoon vergoed.
- 2.7 Klager is aldus verkeerd behandeld door verweester; zij heeft niet geluisterd naar zijn huisarts en ook niet naar zijn zorgverzekeraar. Hij vordert een bedrag van [afgerond] € 265,00 op verweester: € 189,90 voor de medicatie die hij ten onrechte zelf heeft moeten betalen en € 75,00 voor het griffierecht.

3. HET VERWEER

Het verweer houdt zakelijk en samengevat, met verduidelijkingen door de commissie tussen [], het volgende in:

- 3.1 De klacht bestaat uit twee onderdelen: ten eerste dat klager de merkmedicatie zelf moet betalen en ten tweede dat verweester en/of haar medewerkers klager niet correct hebben bejegend. Het tweede verwijt vloeit voort uit het eerste.
- 3.2 De eerste klacht heeft betrekking op drie [hiervoor onder 4.1 met vermelding van de werkzame stof reeds genoemde] geneesmiddelen [spécialités]: Adalat Oros, Selokeen en Aprovel. Klager stelt dat er voor alle drie deze middelen een voorschrift van de

huisarts met vermelding van de medische noodzaak is afgegeven, maar verweerster heeft alleen voor Adalat Oros zo'n voorschrift.

- 3.3 Juist voor dit middel, Adalat Oros, is op 1 maart 2019 de handelsvergunning ingetrokken waardoor het al enige tijd voor deze datum niet meer verkrijgbaar was. Dit heeft niets te maken met het preferentiebeleid van of contractafspraken met de zorgverzekeraar, of met bereidwilligheid van de apotheker om klager vanaf het moment dat hij zich bij haar inschreef (10 december 2018) Adalat Oros ter hand te stellen. Het middel was niet meer beschikbaar. Verweerster heeft dit meerdere malen aan klager uitgelegd.
- 3.4 De middelen Selokeen en Aprovel heeft de huisarts niet met "medische noodzaak" voorgeschreven. Daardoor stond het de apotheker vrij en was zij zelfs verplicht een ander, generiek middel met dezelfde werkzame stof te aan klager te leveren. Toen klager aanspraak bleef maken op Selokeen en Aprovel, stond het de apotheker vrij de kosten daarvan aan hem in rekening te brengen. De apotheker heeft contact opgenomen met de huisarts maar deze kon geen onderbouwing geven van de medische noodzaak van het gebruik van Aprovel en Selokeen in de plaats van de generieke equivalenten. Daarvan bleek ook niet uit het medisch dossier. De huisarts liet de definitieve besluitvorming over aan verweerster. Het verzoek van de huisarts van 2 februari 2021 en het medisch dossier dat klager bij zijn repliek heeft gevoegd, heeft verweerster nooit eerder gezien. Reeds daarom kan haar niet worden verweten dat zij op basis van die gegevens geen ander besluit heeft genomen.
- 3.5 Verweerster verwijst naar de website van de zorgverzekeraar over het gebruik van preferente middelen:
U [verzekerde] moet dus altijd eerst het preferente geneesmiddel gebruiken én indien van toepassing een ander merkloos geneesmiddel met dezelfde werkzame stof en sterkte. Vindt de arts daarna nog steeds dat u met die twee geneesmiddelen niet medisch verantwoord behandeld kunt worden? Dan kunt u samen met uw arts overleggen over een alternatief.
Volgens verweerster is klager nooit bereid geweest om een preferente of generieke variant van zijn medicatie uit te proberen. In zijn klachtbrief schrijft klager wel dat hij vanwege de bijwerkingen van de generieke medicatie is overgestapt op merkmedicatie, maar dit blijkt niet uit de medicatiehistorie en is ook niet door zijn huisarts bevestigd. Klager heeft slechts eenmaal een generiek medicijn met nifedipine als werkzame stof uitgeprobeerd. Daarbij vermeldt het medisch dossier dat klager last had van bijwerkingen maar dat is geen reden om van merk te wisselen, aldus verweerster.
- 3.6 Verweerster erkent dat de apotheek op 22 april 2020 eenmalig de geneesmiddelen bij [naam zorgverzekeraar] heeft gedeclareerd. Door de hectiek van de eerste coronagolf is dit per abuis gebeurd, niet omdat de apotheker van mening was veranderd over de vergoeding van spécialités.

- 3.7 Wat betreft de tweede klacht, de bejegening, stelt verweerster dat zij het ziet als haar plicht om goede farmaceutische zorg te leveren en haar patiënten intensief te begeleiden bij het gebruik van geneesmiddelen. Daarom zijn zij en haar medewerkers met klager - bij ieder bezoek aan de apotheek - het gesprek aangegaan en hebben zij telkens het preferentie- en vergoedingsbeleid van [naam zorgverzekeraar] uitgelegd, wat als gevolg heeft dat klager de gewenste merkmiddelen zelf moet betalen. Verweerster heeft in november 2019 zelf telefonisch contact opgenomen met klager en hem uitgebreid gesproken over de vergoeding van zijn geneesmiddelen in verband met het preferentie- en vergoedingsbeleid van zijn zorgverzekeraar. Zij heeft hem niet kunnen overtuigen. Daarnaast heeft zij schriftelijk gereageerd op zijn klacht.
- 3.8 Verweerster vraagt de commissie tevens te kijken naar de rol van de zorgverzekeraar. Klager heeft bij de stukken alleen de mail van 3 juli 2019 gevoegd, waarin [naam zorgverzekeraar] stelt dat Aprovel en Selokeen op basis het contract tussen beiden door de apotheker rechtstreeks aan de zorgverzekeraar in rekening kunnen worden gebracht en dan vergoed worden. De mail van klager van 21 juni 2019 aan de zorgverzekeraar waarop de mail van 3 juli 2019 het antwoord is, ontbreekt [en is bij repliek op verzoek van de commissie overgelegd maar werpt geen ander licht op de zaak]. Op basis hiervan heeft [naam zorgverzekeraar] kennelijk, zonder overleg met de apotheker en de voorschrijvend huisarts, de conclusie getrokken dat de apotheker het fout heeft gedaan. Nadat verweerster de mail van de zorgverzekeraar aan klager van 3 juli op 2019 op 23 september 2019 had ontvangen van klager, heeft zij contact opgenomen met [naam zorgverzekeraar]. Dit gesprek verliep volgens verweerster zeer onaangenaam.
- 3.9 Verweerster voert in dit verband aan dat een apotheker de publieke en professionele taak en verantwoordelijkheid heeft om te beslissen om al dan niet dure merkgeneesmiddelen te verstrekken waarvoor een goedkoper alternatief bestaat. In het licht van de contractafspraken tussen apotheker en zorgverzekeraar zou het de zorgverzekeraar passen de apotheker in deze beslissingen te faciliteren in de plaats van haar, zoals in dit geval, onderuit te halen.
- 3.10 Verweerster voert in verband met de rol van de zorgverzekeraar tot slot aan dat het verlenen van goede farmaceutische zorg in het gedrang komt door het dagelijks aan patiënten moeten uitleggen van het vergoedingssysteem. Apothekers worden daarbij niet gesteund door zorgverzekeraars. Dit raakt ook de patiënten die recht hebben op eerlijke, duidelijke en transparante informatie van zorgverzekeraars waardoor de relatie die zij hebben met hun zorgverlener niet onder druk komt te staan.

4. BEOORDELING DOOR DE GESCHILLENCOMMISSIE

- 4.1 Op de relatie tussen de hulpverlener zoals de apotheker en de patiënt is de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO, artikelen 7:446-468 BW) van toepassing. Artikel 7:453 BW legt op de hulpverlener de verplichting om bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen en daarbij te

handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiend uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard, waaronder de kwaliteitsstandaard. Voor apothekers betreft dit met name de standaard Farmaceutische Zorg voor de Openbare Apotheker van de beroepsorganisatie KNMP, waarin opgenomen het Handvest van de Apotheker, de Richtlijn ter hand stellen, de Handleiding Geneesmiddelensubstitutie, en de Nederlandse Apothekers Norm (NAN 2006).

- 4.2 Krachtens art. 10 Zorgverzekeringswet en zoals nader geregeld in 2.8 Besluit zorgverzekering ('Bzv') omvat farmaceutische zorg terhandstelling van en advies over bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen, voor zover aangewezen door de zorgverzekeraar. Die aanwijzing door de zorgverzekeraar dient zodanig te zijn dat van alle werkzame stoffen in de door de minister aangewezen geneesmiddelen ten minste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is (en vergoed wordt). Aldus kan de zorgverzekeraar - op straffe van weigering van of (achteraf) korting op de vergoeding - de apotheker bewegen om van de beschikbare geneesmiddelen met een bepaalde werkzame stof slechts een met name genoemd product aan patiënten te verstrekken. Doelstelling van dit zogenoemde preferentiebeleid is beperking en beheersing van de kosten van farmaceutische zorg.
- 4.3 Bij aanwijzing door de zorgverzekeraar van een bepaald geneesmiddel als preferent heeft de patiënt in beginsel geen recht op vergoeding van een andere (in de regel duurdere) variant met dezelfde werkzame stof. Dit beginsel lijdt uitzondering in het geval dat sprake is van zogenoemde medische noodzaak tot gebruik van een andere variant. In de woorden van art. 2.8 lid 4 Bzv:
Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is. [onderstreping geschillencommissie]
- 4.4 In de relatie tussen de arts en de patiënt heeft de arts de bevoegdheid om een specialité (merkmedicijn) voor te schrijven op basis van zijn analyse van een juiste medische behandeling. (De motivering door de huisarts van) het bestaan van een medische noodzaak voor dat voorschrift in de plaats van het voorschrift van een aangewezen of generiek (goedkoper) middel moet duidelijk zijn, gelet op de definitie van "medisch niet verantwoord" in art 2.8 lid 4 Bzv. Het oordeel of van een medische noodzaak sprake is, ligt uiteindelijk krachtens de doelstellingen van Wet en Besluit, zoals die mede in het contract tussen apotheker en zorgverzekeraar zijn uitgewerkt, bij de apotheker. In dat contract kunnen dan ook financiële incentives voor de apotheker op het verstrekken van preferente/generieke middelen (en het weigeren van spécialités) zijn opgenomen.
- 4.5 Uit het één en ander vloeit voort dat de apotheker in haar contractuele relatie met de patiënt de bevoegdheid - en krachtens de wet en de overeenkomst met de zorgverzekeraar de verplichting - heeft om een voorgeschreven en gewenst spécialité

te vervangen (substitueren) door een als preferent aangewezen of goedkoper middel. Maakt de patiënt niettemin aanspraak op verstrekking van het niet-preferente middel, dan heeft de apotheker de bevoegdheid dat slechts te verstrekken onder de voorwaarde dat de patiënt ervoor betaalt.

- 4.6 De genoemde bevoegdheden van de apotheker gaan hand in hand met verplichtingen.
- 4.7 In de praktijk bestaat de medische noodzaak bijvoorbeeld uit het optreden van bijwerkingen van het preferente/generieke middel, die de spécialité niet geeft. Dat is ook hier volgens klager het geval. Bij twijfel aan de juistheid van zo'n door de voorschrijvend arts geformuleerde medische noodzaak van een bepaald, niet-preferent (merk)medicijn, brengt de zorg van een goed hulpverlener mee dat de apotheker het overleg met de voorschrijvend arts zoekt en de patiënt inlicht:
Indien de patiënt problemen ervaart na de overstap op een ander geneesmiddel zoekt de apotheker naar een oplossing met de patiënt en/of voorschrijver. Bij bijwerkingen bespreken apotheker, voorschrijver en patiënt de te nemen stappen.
[KNMP Handleiding geneesmiddelensubstitutie, 3.1]
- 4.8 De apotheker moet de patiënt uitleggen wat de consequentie kan zijn van de keuze van hem en zijn huisarts voor een niet-preferent, duurder geneesmiddel, namelijk dat de patiënt dit zelf moet betalen:
[De apotheker] behoort de patiënt voorafgaand aan de terhandstelling wel te informeren over de vergoeding van de voorgeschreven farmaceutische producten binnen de Basisverzekering, ook al is dit geen primaire taak van de apotheker en is hij niet verantwoordelijk voor de vergoedingssystematiek (...). Wanneer een voorgeschreven farmaceutisch product op grond van overheidsbeleid niet door de basisverzekering wordt vergoed, kan dit een obstakel vormen (...). Een oplossing kan zijn dat de patiënt zelf betaalt (...).
[KNMP Richtlijn ter hand stellen, noot 7]
- 4.9 Deze algemene uiteenzetting betekent voor dit concrete geschil het volgende.

Klachtonderdeel 1

- 4.10 Vast staat dat het geneesmiddel Adalat Oros vanaf een datum vóór 1 maart 2019 voor apothekers niet meer verkrijgbaar was. Het was voor verweerster dus – zelfs wanneer zij daartoe in theorie jegens klager verplicht was door de aanwezigheid van een medische noodzaak – onmogelijk om te voldoen aan de wens van klager en het voorschrift van de huisarts van 23 mei 2019 om terug te gaan naar Adalat. Uiteraard kan van de apotheker niet worden gevergd het onmogelijke te doen. Van klachtwaardig handelen is ten aanzien de niet-verstrekking van Adalat Oros geen sprake.
- 4.11 Ten aanzien van de verstrekking van Selokeen Zoc en Aprovel onder de voorwaarde van betaling door klager, oordeelt de commissie dat de apotheker bevoegd was deze

voorwaarde te stellen. Anders dan ten aanzien van Adalat Oros - in het midden latend of de mededeling van de huisarts, dat klager na gebruik van een generiek middel met nifedipine als werkzame stof hoofdpijnlachten kreeg, een medische noodzaak opleverde - heeft klager ten aanzien van Selokeen Zoc en Aprovel slechts gesteld dat een medische noodzaak tot gebruik van specifiek die middelen bestond, die door de opeenvolgende huisartsen zou zijn bevestigd. Hij heeft dit - ook na het beroep door de apotheker op onbekendheid met een motivering door de huisarts van die medische noodzaak - echter niet met stukken aannemelijk gemaakt en ook niet aangeboden om dat alsnog te doen. Uit het journaal van de huidige huisarts volgt geen medische noodzaak, zeker niet onder de eis die aan het bestaan daarvan krachtens art. 2.8 lid 4 Bzv moet worden gesteld. De brieven van de huisarts van 29 mei en 27 augustus 2019 gaan alleen over Adalat (nifedipine). Ook uit de brief van de huisarts van 2 februari 2021 - die volgens verweerster niet naar haar is gestuurd en die zij dan niet had kunnen opvolgen - blijkt niet dat er sprake is van medische noodzaak tot gebruik, en dientengevolge een verplichting tot kosteloos verstrekken, van Selokeen Zoc en Aprovel. Bij die brief bevindt zich het journaal van de vorige huisarts van 29 mei 2015. Voor zover daarin al wordt gesproken van medische noodzaak, is onduidelijk of die slechts betrekking had op Adalat Oros dan wel tevens op Selokeen en Aprovel. Bovendien kan uit een medische noodzaak in 2015 niet zonder meer datzelfde voor 2019 worden afgeleid. Gelet op dit alles mocht verweerster de kosten van deze spécialités aan klager in rekening brengen. Zij mocht ten minste klager vragen een ander generiek middel uit te proberen. Klager heeft desondanks gekozen voor de merkmedicijnen Selokeen en Aprovel en de financiële gevolgen van die keuze dienen voor zijn rekening te blijven, althans komen die kosten niet voor rekening van de apotheker. Ook op dit onderdeel is de klacht ongegrond.

- 4.12 Aan haar verdere zorgverplichtingen heeft de apotheker kennelijk voldaan. Zij heeft overlegd met de huisarts vanwege haar twijfel over de medische noodzaak van spécialités, waarbij de huisarts de medische noodzaak niet kon onderbouwen. Zij heeft klager behoorlijk geïnformeerd over de kosten van zijn keuze en meerdere malen getracht hem uit te (doen) leggen waardoor die kosten verschuldigd waren.
- 4.13 Overigens heeft de commissie begrip voor de onduidelijkheid bij klager over zijn betalingsverplichting en zijn gevoel onrechtvaardig behandeld te zijn. Dat is naar de indruk van de commissie veroorzaakt door de voor een leek moeilijk te doorgronden wet- en regelgeving, en mogelijk versterkt door het standpunt van de zorgverzekeraar dat daarmee (zonder nadere toelichting, die in deze procedure niet kan worden gegeven) in strijd lijkt te zijn. De onduidelijkheid voor de patiënt wordt mogelijk in stand gehouden door het feit dat een zorgverzekeraar verschillende contracten met apothekers afsluit, waarin de vergoeding aan de apotheker (voor een aan de patiënt verstrekt en aan de zorgverzekeraar gedeclareerd geneesmiddel) verschilt, terwijl de apotheker de patiënt over de inhoud van haar contract niet kan inlichten. Dit is niet de eerste zaak waarin de commissie ziet dat de zorgverzekeraar zich vierkant achter de patiënt opstelt met een standpunt dat voor discussie vatbaar lijkt, zonder zich met de

apotheker te hebben verstaan. Het komt de commissie wenselijk voor dat in gevallen als deze eerder contact tussen apotheker en zorgverzekeraar plaatsvindt. Uiteraard niet om samen te werken tégen de patiënt maar juist om goede zorg te kunnen verlenen. Daar horen het zo snel mogelijk scheppen van duidelijkheid en eenduidige voorlichting bij. Ook over het hoe en waarom van het al dan niet vergoeden van een bepaald geneesmiddel. Verder dan met deze opmerking kan de commissie niet tegemoetkomen aan de wens van de apotheker om te kijken naar de rol van de zorgverzekeraar. De commissie oordeelt over het geschil tussen partijen en kan daarbij het handelen van een betrokken derde zoals arts of zorgverzekeraar betrekken voor zover een van de partijen daarop een beroep heeft gedaan. Het past de commissie echter niet om over dat handelen op zich te oordelen zonder die derde te hebben gehoord.

Klachtonderdeel 2

- 4.14 De apotheker merkt terecht op de het tweede klachtonderdeel uit het eerste voortvloeit. Wanneer - zoals hiervoor is geoordeeld - de apotheker juist heeft gehandeld door klager te laten betalen voor de gewenste merkmedicijnen en daarover uitleg heeft gegeven dan blijft er weinig over dat als "niet correct" kan worden beschouwd behalve "onprofessioneel gedrag". De commissie heeft wat dit betreft geen grond om aan het woord van de een meer waarde te hechten dan aan dat van de ander en de kwestie leent zich niet voor bewijslevering. De commissie moet daarom ook dit onderdeel van de klacht ongegrond verklaren.

5. DE VORDERING TOT SCHADEVERGOEDING

- 5.1 Uit de hiervoor onder 4.10 en 4.11 gegeven oordelen vloeit voort dat de apotheker het recht had de kosten aan klager in rekening te brengen. Die uitgave van klager vormt dan geen schade die de apotheker moet vergoeden. De vordering wordt afgewezen.

DE UITSPRAAK

De commissie verklaart:

klachtonderdeel 1: ongegrond

klachtonderdeel 2: ongegrond

De vordering wordt afgewezen

Deze beslissing is genomen door:

De heer mr. E.P. van Unen, voorzitter

Mevrouw drs. M.M.M. Ten Brinke-van Hoof, openbaar apotheker, lid op voordracht van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie

Mevrouw drs. S. Keizers, openbaar apotheker, lid op voordracht van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie

De heer drs. P.J.A.M. Kuhlmann, lid op voordracht van de Patiëntenfederatie Nederland

Mevrouw drs. M. Oudshoorn, lid op voordracht van de Patiëntenfederatie Nederland

bijgestaan door mevrouw mr. C. Blom, ambtelijk secretaris.

Eindhoven, 29 maart 2021

namens de commissie:

De heer mr. E.P. van Unen, voorzitter.