

GOEDKOOP GENEZEN

Zorgverzekeraar probeert invloed uit te oefenen op voorschrijfgedrag

Door het preferentiebeleid van zorgverzekeraars voor bepaalde geneesmiddelen kunnen de arts, de apotheker én de patiënt er financieel bij inschieten.

Terwijl de arts toch wettelijk verplicht is het beste - en niet het goedkoopste - geneesmiddel voor te schrijven.

N.U.N. KIEN
P.J.M. KONING

De vijf grote zorgverzekeraars, Agis, CZ, Menzis, Univé en VGZ, hanteren sinds 1 juli 2005 een preferentiebeleid voor twee soorten geneesmiddelen: cholesterolverlagers met de werkzame stof simvastatine of pravastatine, en maagzuurremmers met de werkzame stof omeprazol. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) heeft het preferentiebeleid voorwaardelijk toegestaan tot voorjaar 2006. In het licht van de huidige fusie- en overnamegolf bij de zorgverzekeraars is het maar zeer de vraag of het preferentiebeleid van de zorgverzekeraars kan blijven bestaan. Vooralsnog rijzen naar aanleiding van de invoering van het preferentiebeleid de nodige vragen in de dagelijkse praktijk van (huis)artsen en apothekers. Kan/mag een (huis)arts iets anders voorschrijven dan het geprefereerde geneesmiddel?

Welke rol speelt het begrip 'medische noodzaak'? Kan/mag een apotheker weigeren om een voorgeschreven niet-geprefereerd geneesmiddel af te leveren en/of vervangen door een geprefereerd geneesmiddel?

Wij gaan in op de (mogelijke) gevolgen die het preferentiebeleid heeft voor de positie van de (huis)arts, de apotheker en de patiënt. Zowel ten opzichte

van elkaar als ten opzichte van de zorgverzekeraar.

PREFERENTIEBELEID

De overheid heeft destijds voor ziekenfondsverzekerden in het Verstrekingenbesluit ziekenfondsverzekerden (en voor particulier verzekerden in het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden) een bepaling opgenomen >>



BEELD: ELDON DOTY, MC

<< die zorgverzekeraars de mogelijkheid biedt om zelf vast te stellen welke geneesmiddelen nog worden vergoed. De enige twee voorwaarden die voor deze aanwijzing gelden, zijn dat de aanwijzing schriftelijk moet gebeuren en dat het om een geneesmiddel gaat dat in een 1A-cluster van werkzame stoffen zit. Het aangewezen middel heet dan 'preferent geneesmiddel'.

Als de zorgverzekeraar van de aanwijsmogelijkheid gebruikmaakt, ontnemt hij verzekerden de keuze op alle in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) opgenomen geneesmiddelen met een bepaalde werkzame stof. Immers, andere dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel worden door de zorgverzekeraar in principe niet meer vergoed. Alleen als de behan-

keraar wel degelijk, met name financiële gevolgen hebben voor de voorschrijver of de apotheker.

De arts is wettelijk verplicht die zorg aan zijn patiënt aan te bieden die de redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot in dezelfde omstandigheden zou hebben aangeboden. Vanuit de overheid is het toezicht op de naleving van deze regel in handen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Een arts die een geneesmiddel voorschrijft en zich daarbij (uitsluitend) laat leiden door het feit dat de patiënt dit middel krijgt vergoed, heeft later weinig verhaal tegenover de inspectie als die constateert dat deze keuze medisch-inhoudelijk een onjuiste blijkt te zijn geweest. Een arts die redelijkerwijs op medisch-inhoudelijke gronden meent dat een patiënt het beste uit is met een niet-geprefereerd

zich dat wel bewust zijn (informed consent).

Vooralsnog lijkt nog niet grootschalig in de contracten tussen zorgverzekeraars en artsen te worden opgenomen dat er géén tarief meer wordt vergoed voor het (in de ogen van de zorgverzekeraar) onnodig voorschrijven van een niet-geprefereerd middel. De arts loopt derhalve nog geen risico dat zijn handelingen in dat opzicht niet worden vergoed worden en kan gewoon voorschrijven conform WGBO-verplichtingen, zonder nadelige financiële consequenties.

SPAGAAT

Uit de praktijk blijkt dat diverse zorgverzekeraars apothekers reeds beknotten in de vergoeding van rechtmatig afgeleverde niet-geprefereerde geneesmiddelen. Deze apothekers doen er dus goed aan daarover nadere afspraken met de zorgverzekeraar te maken en de patiënt zo nodig contant te laten betalen voor deze categorie geneesmiddelen.

De patiënt die in een dergelijke spagaat terechtkomt, lijkt er bekaaid van af te komen. Het ziet er namelijk naar uit dat de zorgverzekeraar op dit moment de wettelijke beslissingsbevoegdheid heeft gekregen om een niet-geprefereerd geneesmiddel niet te vergoeden als naar de mening van de zorgverzekeraar medisch kan worden volstaan met een geprefereerd middel. De patiënt die het hier niet mee eens is, zal een procedure moeten aanspannen tegen de zorgverzekeraar om de verstrekking van het niet-geprefereerde middel alsnog vergoed te krijgen. Daarin moet de patiënt het opnemen tegen het van zijn voorschrijver afwijkende oordeel van de verzekeringsgeneeskundige en zal dus altijd terug moeten naar de voorschrijver voor ondersteuning.⁴ Niet alleen is dit een extra belasting voor de voorschrijver, maar met de KNMG zijn wij van mening dat niet de zorgverzekeraar (zelfs niet de verzekeringsgeneeskundige) maar de voorschrijvend arts degene is die daarin de beslissingsbevoegdheid moet hebben.

SCHENDING CONTRACT

In de overeenkomsten tussen apothekers en zorgverzekeraars of artsen en zorgverzekeraars kan in toenemende mate worden teruggelezen dat de zorgverzekeraar invloed probeert uit te oefenen op het voorschrijf- en aflevergedrag van de arts c.q. apotheker. Soms zelfs met con-



Een omgedraaide structuur: geen vergoeding, tenzij aangewezen

deling met een geprefereerd geneesmiddel voor een verzekerde medisch niet verantwoord is, moet de zorgverzekeraar een ander dan het geprefereerde middel gewoon volledig vergoeden. De overheid licht deze 'medisch-inhoudelijke' uitzonderingsbepaling toe met de overweging dat het niet de bedoeling is dat het preferentiebeleid ten koste gaat van de gezondheid van een patiënt. Verder geeft de overheid aan dat het naar haar oordeel zelden voorkomt dat de behandeling met een door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel medisch onverantwoord is.

Met ingang van 1 januari 2006 - onder het nieuwe zorgstelsel - moet de zorgverzekeraar alle geneesmiddelen aanwijzen waarvan er meerdere met dezelfde werkzame stof zijn, voordat patiënten recht hebben op vergoeding. De structuur van vergoeding is daardoor zelfs omgedraaid: geen vergoeding, tenzij aangewezen.

DUUR ALS HET MOET

De invoering van preferentiebeleid door zorgverzekeraars heeft in beginsel geen betekenis voor de voorschrijver of de apotheker, tenzij de contracten met voorschrijvers/apothekers daarover bepalingen bevatten. In dat geval kan het preferentiebeleid van een zorgverze-

kerer wel een merkgeneesmiddel, is in beginsel verplicht dit voor te schrijven.¹ Dit onder het motto: goedkoop waar het kan, duur waar het moet.

De apotheker is aan de voorschrijver en aan de patiënt in wiens belang de arts het geneesmiddel heeft voorgeschreven, verplicht om het geneesmiddel af te leveren dat op het recept staat.^{2,3} Dit is alleen anders als er toestemming is van én de voorschrijver én de patiënt (informed consent). Dit geldt dus zowel bij het voorschrijven van een niet-geprefereerd middel als bij het voorschrijven van een merkgeneesmiddel.

DISCUTABEL

Discutabel is nog of en, zo ja, in hoeverre, afspraken die in FTO (Farmaco Therapie Overleg)-verband zijn gemaakt, kunnen worden opgevat als een algemene toestemming bij voorbaat van de voorschrijver om voorgeschreven niet-geprefereerde geneesmiddelen of merkgeneesmiddelen te vervangen door een ander geneesmiddel. Dit is door de rechter een enkele keer aangenomen. Dit zou als dan betekenen dat één van de twee benodigde toestemmingen voor substitutie al bij voorbaat zou zijn gegeven. De andere toestemming moet echter nog steeds van de daarover geïnformeerde patiënt zelf komen, maar dan moet die patiënt

tractuele sancties. Zoals hiervoor aangegeven, is een arts verplicht om voor te schrijven conform de verplichtingen op grond van de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en is de apotheker verplicht af te leveren conform het recept op grond van het Besluit Uitoefening Artsenijberoepsrecht. Dit kan, hoe vervelend dat in individuele gevallen ook is, dwingen tot schending van met de zorgverzekeraar overeengekomen contractbepalingen. De wettelijke plicht gaat immers altijd boven de contractuele plicht.

Doordachte contracten zullen een uitzonderingsbepaling bevatten voor die gevallen waarin de wet de arts of apotheker tot afwijking van het door de

zorgverzekeraar gewenste voorschrijf- of aflevergedrag dwingt. ■

mw. mr. drs. N.U.N. Kien,
advocaat te Rotterdam

mw. mr. P.J.M. Koning,
advocaat te Amsterdam

Correspondentieadres: info@kienlegal.nl

MC-artikelen over het preferentie-
beleid vindt u via onze website:
www.medischcontact.nl/dezeweek.



SAMENVATTING

- Het preferentiebeleid krijgt uitbreiding. Vanaf 1 januari 2006 wijzen zorgverzekeraars in iedere groep van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof één geneesmiddel aan dat voor vergoeding in aanmerking komt.
- Deze contractuele verplichting tegenover een zorgverzekeraar kan echter in strijd zijn met de voor arts en apotheker geldende wettelijke plicht om de zorg te verlenen die medisch-inhoudelijk het meest verantwoord is.
- Doordacht handelen bij het aangaan van medewerkersovereenkomsten is daarom het devies.

Referenties

1. Zie de bepalingen uit de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst zoals deze zijn neergelegd in hoofdstuk 7 van het Burgerlijk Wetboek. Zie tevens het Inspectiestandpunt in dezen. 2. Dit blijkt uit art. 26a en 29 Besluit Uitoefening Artsenijberoepsrecht. 3. Zie ook BenGH 9 juli 1984, NJ 1985, 101, Hof Leeuwarden 20 februari 1991, inz. Timoptol, TvGr 1992, nr. 21, p. 168 ev. alsmede Voorzieningenrechter Rechtbank Rotterdam, 7 november 2003, JGR 2003/42 en Voorzieningenrechter Rechtbank Amsterdam 29 januari 2004, JGR 2004, 12. Bevestigd door de Inspectie in het standpunt van 10 november 2003. 4. Patiënten kunnen in dat kader ondersteuning krijgen vanuit diverse patiëntenverenigingen, maar inmiddels ook van de Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening die patiënten zo nodig kosteloos ondersteunt bij het voeren van dergelijke procedures, zie www.stichtingegn.nl.

PRAKTIJKPERIKEL

Met stille trom



Let op, want dit zou ook ú kunnen gebeuren:

Om gezondheidsredenen moest ik hals-overkop mijn huisartsenpraktijk aan de kant doen. Er meldde zich spontaan een collega, die overliep van enthousiasme voor ons lieve dorpje, de praktijk en alles wat ik in jaren heb opgebouwd. Ik voelde me gevlend door haar enthousiasme en haar bereidwillige instelling. Tussen neus en lippen door zei ze wel dat ze 't liefst twee jaar mijn 'toko' zou huren met inbegrip van werkmateriaal, om daarna op een andere plaats volledig nieuw en slijk te beginnen. Mijn uitleg dat het huis verkocht moest worden en ze maar zes maanden zou kunnen huren, vormde geen enkel beletsel voor haar niet-aflatend enthousiasme. Ergens gunde ik haar mijn zaak wel. De hagro leek even de hakken in het zand te zetten, maar uiteindelijk werd mijn kandidaat ook mijn opvolgster.

En toen kwam de aap uit de mouw! De opvolgster stuurde

eind december een e-mail met alle punten van overeenstemming, en schreef dat ze hoopte de contracten snel te kunnen tekenen.

Op 1 januari startte zij, maar...

- zij weigerde het huurcontract te ondertekenen;
- het overdrachtscontract ondertekende zij ook niet;
- de afgesproken computerovername werd aangevochten;
- de patiëntenoverdracht werd niet nodig bevonden;
- mij werd gesommeerd niet zonder telefonische aankondiging vooraf binnen te lopen.

En toen zei de uitverkoren opvolgster plotseling de huur op; zo maar... geen opzegtermijn... geen huur tot juli (wat schriftelijk was toegezegd)... nee, want dáárom wilde ze geen contracten ondertekenen!

Met stille trom verdween ze: sleutel in de brievenbus, praktijk vol stofvlokken... ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signaleringen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.