

ZORG&DAS

Juridisch inzicht uit de praktijk

Civil recht, bestuursrecht en tuchtrecht



Preferentiebeleid: beperkt
zorgverleners en patiënten

Medische noodzaak moet
worden onderbouwd

Deel
met ons uw
vragen en
opmerkingen
over de
cases

Case

Medische noodzaak?

Je zou denken dat preferentiebeleid al diverse keren in een tuchtzaak aan de orde is gekomen. Dat was in mijn praktijk niet het geval, totdat een apotheker mij benaderde voor bijstand in een tuchtklacht van een zeer boze patiënt.

De huisarts van deze patiënt had een recept voor het medicijn Lipitor afgegeven, een spécialité van fabrikant Pfizer. Het patent van Lipitor was al verlopen. De apotheker legde de patiënt uit dat volgens het preferentiebeleid van zijn zorgverzekeraar het goedkoopste preferente middel, Atorvastatine van Ranbaxy, vergoed kon worden. De patiënt kon wel Lipitor meekrijgen, maar dan voor eigen rekening. Om hem ter wille te zijn en na overleg met zijn huisarts bood de apotheker aan de iets duurdere, generieke variant van Pfizer mee te geven. De patiënt ging hier niet mee akkoord.

Overleg met huisarts

Een week later verscheen de patiënt opnieuw in de apotheek. Hij had nu een recept voor Lipitor bij zich met daarop de vermelding 'M.N.': medische noodzaak. Merkwaardig, want de voorschrijvend huisarts was eerder akkoord gegaan met het generieke middel Atorvastatine Pfizer. De apotheker nam contact op met de voorschrijver. Deze bevestigde opnieuw zijn akkoord met Atorvastatine Pfizer. De patiënt weigerde andermaal.

Die diende vervolgens een tuchtklacht in tegen de apotheker. Hij beweerde onder meer dat hij in een andere apotheek zonder problemen Lipitor mee- en vergoed kreeg. Eerder had hij al eens een generieke variant van Lipitor geprobeerd, maar was daar erg ziek van geworden.

Oordeel tuchtcollege

Ten tijde van de uitspraak was er nog geen tuchtrechtelijke jurisprudentie over het preferentiebeleid bekend.



'Hij beweerde dat hij in een andere apotheek zonder problemen Lipitor mee- en vergoed kreeg'

Het tuchtcollege stelde allereerst vast dat de generieke variant Atorvastatine Pfizer zowel qua werkzame stof als gebruikte hulpstof identiek is aan Lipitor. Omdat de huisarts bovendien geen onderbouwing van de medische noodzaak voor het spécialité had gegeven, kon de apotheker volstaan met het afgeven van het generieke middel.

De klacht werd daarom ongegrond verklaard. Dat was voor de apotheker een bevestiging dat zijn werkwijze juist was. En voor de huisarts een les: zonder deugdelijke onderbouwing van de aanwezigheid van een medische noodzaak kun je die maar beter achterwege laten.

mr. Rien Leemans

De kern

- Huisarts schrijft spécialité Lipitor voor, apotheker schrijft het goedkoopste preferente middel voor
- Tuchtklacht voor apotheker van een boze patiënt over preferentiebeleid
- Klacht wordt ongegrond verklaard, apotheker kan volstaan met het generieke middel

Wat vindt u?

Wij zijn nieuwsgierig naar uw vragen of opmerkingen over dit artikel.
Mail ze naar:

Rien Leemans
jcc.leemans@das.nl



Achtergrond

Preferentiebeleid beperkt zorgverleners en patiënten

De politieke roep om op zorgkosten te besparen is begrijpelijk. Bij het maken van keuzes is het altijd lastig om het iedereen naar de zin te maken. Dat geldt ook voor het preferentiebeleid, waarbinnen de zorgverzekeraar bepaalt dat van geneesmiddelen met dezelfde werking alleen de goedkoopste versie (de voorkeursvariant) vergoed wordt. Een geneesmiddel waarvan het patent nog loopt en dat geen concurrentie ondervindt van andere fabrikanten, valt hier niet onder.

Het wordt anders wanneer het patent is verlopen en andere fabrikanten een middel met dezelfde werkzame stof op de markt brengen. Die fabrikanten hebben niet de investeringen gedaan die de eerste fabrikant wel moest doen. De zogenoemde generieke variant is dan ook veel goedkoper dan het spécialité, het merkmedicijn, van de eerste fabrikant. Aanvankelijk verzetten vooral apothekers zich hiertegen. Het was een inbreuk op hun professionele autonomie en had een negatieve invloed op hun inkomsten. De apothekers verloren dit gevecht bij de Hoge Raad.

Medische reden

Daarna richtte de aandacht zich op de uitwerking van het beleid zelf. Zorgverzekeraars sporen voorschrijvende (huis)artsen aan om zich bewust te zijn van hun maatschappelijke rol en om kostenbesparingen te realiseren. Bij recepten kunnen zij volstaan met een goedkoop generiek middel, als dat voorhanden is. Is een patiënt door een medische reden aangewezen op het spécialité en de arts schrijft dit voor, dan zal de zorgverzekeraar het vergoeden. De arts bepaalt of er een medische reden is, zoals bij een patiënt die allergisch is voor een hulpstof die zich wel in het generiek middel maar niet in het spécialité bevindt.

Maar artsen blijken nogal eens geneigd om patiënten jarenlang te laten vasthouden aan hun gebruik van het spécialité, ook zonder goede medische redenen. Hoe boos een patiënt kan worden als hij zijn zin niet krijgt, blijkt uit de casus hiernaast in deze brochure. De zorgverzekeraars hebben daarna de duimschroeven nog strakker aangedraaid en gaan niet meer af op de enkele vermelding 'medische noodzaak'. En terecht, omdat patiënten met een grote mond en artsen met slappe knieën dan zomaar worden bevoordeeld.

Succesvolle besparing

Het preferentiebeleid is succesvol, met een jaarlijkse besparing van meer dan 600 miljoen euro. Een enquête van patiëntenfederatie NPCF (bron: Medisch Contact, 29 augustus 2013) toont aan dat het overgrote deel van de patiënten het beleid in hoofdlijn steunt. Dit ondanks problemen in de praktijk, zoals preferente middelen die niet altijd op voorraad zijn, waardoor zorgverzekeraars jaarlijks een ander preferent middel kunnen aanwijzen als dat goedkoper is.

Toch is er juni 2013 een opmerkelijke motie in ons parlement aangenomen: een recept met de vermelding 'M(edische) N(oodzaak)' is voldoende om dat medicijn afgeleverd te krijgen. Onderbouwing van de noodzaak hoeft dan niet meer. Sommige verzekeraars (Menzis per 1 augustus 2013, volgens de website van de KNMP) hebben hun preferentiebeleid hierop aangepast. Kennelijk is daar het vertrouwen in de voorschrijvers voldoende groot. Maar of hiermee het succes van het beleid niet wordt ondergraven, zullen we moeten afwachten.

mr. Rien Leemans

De kern

- Aandacht verschoven van aanvechten preferentiebeleid naar uitwerking
- Huisarts bepaalt primair of patiënt is aangewezen op een spécialité
- Zorgverzekeraar verlangt dat apotheker toetst of huisarts dat serieus heeft beoordeeld

Wat vindt u?

Wij zijn nieuwsgierig naar uw vragen of opmerkingen over dit artikel.
Mail ze naar:

Rien Leemans
jcc.leemans@das.nl



Het Team Zorgsector

Ons Team Zorgsector bestaat uit juristen met een ruime ervaring in het geven van juridisch advies en het voeren van procedures. Met hun eigen specialismen bestrijken zij het brede terrein van het gezondheidsrecht, dat uit drie juridische gebieden bestaat: civiel recht, bestuursrecht en tuchtrecht.

Uw zorg, onze zorg

Onze dienstverlening is er voor alle beoefenaren, praktijken en instellingen in de zorgsector. Iedereen kan een beroep op ónze zorg doen: artsen, tandartsen, apothekers, paramedici, psychologen, verloskundigen, verpleegkundigen, alternatieve geneeskundigen, diergeneeskundigen. En dat geldt ook voor instellingen: ziekenhuizen, revalidatie- en verpleeginstellingen, particuliere zorginstellingen of zelfstandige behandelcentra etc.

Verzekering of uurtarief

U kunt kiezen uit twee soorten dienstverlening: op basis van een DAS rechtsbijstandverzekering voor zorgverleners of tegen een vast uurtarief. Als u een verzekering bij DAS heeft, gelden de polisvoorwaarden.



V.l.n.r.: Shirin Slabbers, Hans Pels, Martin Bos, Sascha Dik, Irene Apperloo, Peter de Zeeuw, Jacqueline Brouwer, Lisette Neuschäfer-Greebe, Anne Hiddinga en Rien Leemans.

Bij onze dienstverlening tegen een vast uurtarief gelden de afspraken die wij met u overeenkomen.

Doelgroepen: maatwerk

Voor sommige doelgroepen is maatwerk ontwikkeld. Zo kunnen zorginstellingen collectief voor hun personeel een Wet BIG-dekking afsluiten. Ook zijn speciale diensten en verzekeringen ontwikkeld voor maatschappen, zelfstandige behandelcentra en huisartsen onder één dak. Een vast team juristen richt zich op het verlenen van advies en rechtsbijstand. Ook de incasso van nota's kunnen zorgverleners aan DAS overlaten.

Meer informatie

Team Zorgsector,
mr. drs. P.A. de Zeeuw, zorg@das.nl

Civiel recht

Ziekenhuizen fuseren, vakgroepen van zelfstandig gevestigde medisch specialisten moeten worden samengevoegd tot één nieuwe maatschap. Bestaande maatschappen moeten worden ontbonden en verevend, zoals dat heet. Soms door middel van een vordering tot ontbinding in een arbitrageprocedure. Met het oprichten van een nieuwe maatschap wordt vervolgens een nieuwe maatschapovereenkomst opgesteld. Verder behandelen de specialisten van DAS arbeidsrechtelijke problemen van zorgverleners die in dienstverband werken en van werkgevers in de zorg.

Bestuursrecht

Zorginstellingen en de meeste zorgverleners hebben voor hun beroepsuitoefening een registratie nodig. Bijvoorbeeld voor de erkenning van (buitenlandse) zorgverleners, opleiders en bijzondere specialismen in

voor hen geldende wettelijke registers. Die registraties, de wijzigingen en verlengingen, vallen onder het bestuursrecht. Wordt een registratie niet verleend of ingetrokken, dan begeleiden wij de zorgverlener daarbij op het juridische vlak.

Tuchtrecht

Een zorgverlener kan binnen zijn zorginstelling, bij zijn beroepsorganisatie of bij een van de medische tuchtcolleges worden aangeklaagd. Uit een breed scala van klachtverwijten keert vaak de vraag terug of een medische fout tuchtrechtelijk verwijtbaar is. Zoals de ervaren chirurg die een lijn invoert in of een biopt moet nemen uit een kwetsbaar en moeilijk toegankelijk gebied. Gaat dat fout met soms fatale afloop, dan staat in de klachtprocedure, en dus ook in onze persoonlijke begeleiding van de zorgverlener, de beoordeling van de medische zorgvuldigheid centraal.