

VRYSTAATSE HOË HOF, BLOEMFONTEIN
REPUBLIEK VAN SUID-AFRIKA

Aansoek Nr. : 485/2010

In die aansoek van:-

VOORTREKKER APTEEK BK

Applikant

en

FEDHEALTH MEDICAL SCHEME

Eerste Respondent

JOHAN HENNING (EDMS) BPK h/a

MEDI-RITE

Tweede Respondent

DIE RAAD VAN MEDIESE SKEMAS

Derde Respondent

AANGEHOOR OP: 27 MEI 2010

CORAM: KRUGER, R

GELEWER OP: 17 JUNIE 2010

- [1] Applikant voer aan dat die skema wat deur die eerste respondent en die tweede respondent, Johan Henning (Edms) Bpk h/a Medi-Rite, bedryf word, 'n oortreding is van artikel 18A van die Wet op Medisyne en Verwante Stowwe 101 van 1965 ("die Medisyne Wet") omdat dit 'n bonusstelsel, kortingstelsel of ander aansporingskema is wat

deur artikel 18A verbied word. Eerste en tweede respondente se saak is dat hulle beheer word deur die Wet op Mediese Skemas 131 van 1998 en dat regulasie 8(2)(b) afgekondig onder die Wet op Mediese Skemas uitdruklik 'n skema toelaat soos wat eerste en tweede respondente bedryf. Hierop sê applikant dat regulasie 8(2)(b) toegepas moet word sodat dit medisyne goedkoper maak, en soos wat die eerste en tweede respondent die skema bedryf, word medisyne vir lede van eerste en tweede repondent duurder gemaak. Die eerste respondent se “skema” waaroor applikant gegrief voel, en welke skema die onderwerp van hierdie geding is, word soos volg uiteengesit in eerste respondent se reëls:

“7.4 Designations of service providers

The scheme designates the following service provider(s) for the delivery of prescribed minimum benefits to its beneficiaries:

7.4.1 all public (provincial) hospitals for the provision to its members of diagnosis, treatment and care in respect of one or more prescribed minimum benefit conditions;

7.4.2 Designated service providers for chronic medicine:

7.4.2.1 Maxima Plus, Ultimax and Ultima 300

No designated service provider, subject to Scheme's medicine formulary;

7.4.2.2 Maxima Standard and Ultima 200

7.4.2.2.1 Within benefit limits, as per Annexure B:

Medi-Rite pharmacy group as preferred provider; subject to Scheme's medicine formulary;

7.4.2.2.2 Exceeded benefit limit, as per Annexure B:

Medi-Rite pharmacy group as designated service provider, subject to Scheme's medicine formulary;

7.4.2.3 Maxima Basis and Maxima Core

Medi-Rite pharmacy group, subject to Scheme's medicine formulary;

Blue Door

All contracted practitioners and/or specified practitioner networks'."

en

"7.5 Prescribed minimum benefits obtained from designated service providers

100% of costs in respect of diagnosis, treatment and care of prescribed minimum benefit conditions if those services are obtained from a designated service provider.

7.6 Prescribed minimum benefits voluntarily obtained from other service providers

If a beneficiary voluntarily obtains diagnosis, treatment and care in respect of a prescribed minimum benefit condition during the applicable waiting period or when benefits are exceeded from a provider other than a designated service provider, the member shall be required to pay a maximum of 40% of the cost for Maxima Standard, Maxima Basis, Maxima Core, Ultima 200, Blue Door of such service.”

en

“7.8 Medicine

7.8.1 Where a prescribed minimum benefit includes medicine, the Scheme shall pay 100% of the cost of that medicine if that medicine is:

7.8.1.1 obtained from a designated service provider or is involuntarily obtained from a provider other than a designated service provider;

7.8.1.2 included on the applicable formulary in use by the Scheme; or

7.8.1.3 the formulary does not include a drug that is clinically appropriate and effective for the treatment of that prescribed minimum benefit condition.

7.8.2 Where a prescribed minimum benefit includes medicine, a co-payment of 40% of the cost will apply during the applicable waiting period if:

7.8.2.1 the medicine is voluntarily obtained from a provider other than a designated service provider; or

7.8.2.2 the formulary includes a drug that is clinically appropriate and effective for the treatment of a prescribed minimum benefit condition suffered by a beneficiary, and that beneficiary knowingly declines the formulary drug and opts to use another drug instead.

7.9 Prescribed minimum benefits obtained from a public hospital

Notwithstanding anything to the contrary contained in these rules, the Scheme shall pay 100% of the costs of prescribed minimum benefits obtained in a public hospital, without limitation.”

Die applikant beskryf die skema soos uiteengesit in ‘n brief aan een van eerste respondent se lede gedateer April 2009 (Aanhangsel JM1 by die Funderende Eedsverklaring) bladsy 21.

Die brief meld:

“Up till now, you have been required to obtain your Prescribed Minimum Benefit (PMB) chronic medication from any state facility once your chronic benefit limits have been reached. This arrangement has been inconvenient for our members as the

required medication has not always been available at these facilities.

After long negotiations, Fedhealth has concluded an arrangement with the MEDI-Rite pharmacy group to provide members with **convenient, easy access** to their chronic medication.

- **WHO IS THE MEDI-RITE GROUP?**

The MEDI-Rite pharmacy group is the in-store pharmacy chain for the Shoprite group. There are currently 74 in-store pharmacies throughout the country, which ensures convenient access for our members.

- **DO I HAVE TO OBTAIN MY CHRONIC MEDICATION FROM THE MEDI-RITE GROUP?**

With effect from 1 May 2009, once you have exhausted your chronic benefit, you will be required to obtain your chronic medication for PMB chronic conditions from a MEDI-Rite pharmacy. If you obtain your medication from any other pharmacy, you will have to pay a 40% co-payment. However, if you currently make use of a state facility and this is convenient for you, you may continue to do so and no co-payment will apply.”

Hierdie skrywe verwys uitdruklik na tweede respondent se apteke in die gewysigde Reël 7.4.2.3.

- [2] Twee stukke wetgewing is sentraal by hierdie aansoek, artikel 18A van die Medisyne Wet 101 van 1965, en

regulasies 7 en 8 van die Wet op Mediese Skemas 131 van 1998:

Artikel 18A

“Bonusgewing.—

Niemand mag 'n medisyne verskaf ooreenkomstig 'n bonusstelsel, kortingstelsel of enige ander aansporingskema nie.”

Regulasie 8

- “(1) Behoudens die bepalings van hierdie regulasie moet enige voordeelopsie wat deur 'n mediese skema aangebied word, die diagnose-, behandelings- en sorgkoste van die voorgeskrewe minimumvoordeeltostande sonder medebetaling of die gebruik van aftrekbare bedrae, ten volle betaal.
- (2) Behoudens artikel 29 (1) (p) van die Wet kan die reëls van 'n mediese skema ten opsigte van enige voordeelopsie bepaal dat—
 - (a) die diagnose-, behandelings- en sorgkoste van 'n voorgeskrewe minimumvoordeeltostand slegs ten volle deur die mediese skema betaal word indien daardie dienste verkry is van 'n aangewese diensverskaffer ten opsigte van daardie toestand; en
 - (b) 'n medebetaling of aftrekbare bedrag, met die hoeveelheid daarvan in die reëls van die mediese skema genoem, aan 'n lid opgelê kan word indien daardie lid of sy of haar afhanklike sodanige dienste van 'n ander verskaffer as 'n aangewese diensverskaffer verkry, mits geen medebetaling of aftrekbare bedrag deur 'n lid betaalbaar is nie indien

die diens onvrywillig van 'n ander verskaffer as 'n aangewese diensverskaffer verkry is.

- (3) Vir doeleindes van subregulasie (2) (b) word 'n begunstigde geag 'n diens van 'n ander verskaffer as 'n aangewese diensverskaffer te gekry het indien—
 - (a) die diens nie by die aangewese diensverskaffer beskikbaar was nie of nie sonder onredelike vertraging verskaf sou word nie;
 - (b) onmiddellike mediese of chirurgiese behandeling vir 'n voorgeskrewe minimumvoordeeltoestand vereis is in omstandighede of op plekke wat die begunstigde redelik uitgesluit het daarvan om sulke behandeling by 'n aangewese diensverskaffer te kry; of
 - (c) daar geen aangewese diensverskaffer binne redelike nabyheid aan die begunstigde se gewone plek van besigheid of persoonlike huisvesting was nie.
- (4) Behoudens subregulasie (5) en (6) en artikel 29 (1) (p) van die Wet mag hierdie regulasies nie uitgelê word om mediese skemas te verhinder om toepaslike intervensies te gebruik wat gerig is op die verbetering van die doeltreffendheid en doelmatigheid van gesondheidsorgverskaffing nie, met inbegrip van die nakoming van vereistes vir vooraf magtiging, die toepassing van behandelingsprotokolle en die gebruik van formulelyste.
- (5) Wanneer 'n formulelys 'n geneesmiddel insluit wat klinies toepaslik en doeltreffend is vir die behandeling van 'n voorgeskrewe minimumvoordeeltoestand waaraan 'n begunstigde ly, en daardie begunstigde weier die

formulelysgeneesmiddel willens en wetens en kies om 'n ander geneesmiddel in die plek daarvan te gebruik, kan die skema aan die tersaaklike lid 'n medebetaling oplê.

- (6) 'n Mediese skema mag nie die inisiëring van 'n toepaslike intervensie deur 'n gesondheidsorgverskaffer voor ontvangs van magtiging van die mediese skema of enige ander party ten opsigte van 'n mediese noodtoestand verbied of 'n reëling tref of kontrak sluit wat dit verbied nie."

Die volgende definisies, wat belangrik is vir hierdie saak, verskyn in regulasie 7:

'aangewese diensverskaffer' 'n gesondheidsorgverskaffer of groep verskaffers wat deur die betrokke mediese skema gekies is as die voorkeurverskaffer of -verskaffers om sy lede te voorsien van diagnose, behandeling en sorg ten opsigte van een of meer voorgeskrewe minimumvoordeeltoestande;

'voorgeskrewe minimum voordele' die voordele bedoel in artikel 29 (1) (o) van die Wet, en bestaan uit voorsiening vir die diagnose, behandeling en sorgkoste van—

- (a) die Diagnose-en-Behandelingspare gelys in Aanhangsel A, onderworpe aan beperkings genoem in Aanhangsel A; en
- (b) enige mediese noodtoestand;

'voorgeskrewe minimumvoordeeltoestand' 'n toestand bedoel in die Diagnose-en-Behandelingspare gelys in Aanhangsel A of enige mediese noodtoestand."

Aanhangsel A by die regulasies, waarna in die definisie van “Prescribed Minimum Benefit” verwys word, bevat ‘n lys van 25 kroniese toestande.

Artikel 29(1)(o) lees soos volg:

“(o) Die omvang en vlak van minimum voordele wat beskikbaar gestel word aan bevoordeeldes wat voorgeskryf word.”

[3] Applikant is ‘n kleinhandelaar apteek te Bloemfontein. Die eerste respondent is ‘n mediese skema geregistreer onder die Wet op Mediese Skemas 131 van 1998. Die tweede respondent is die eienaar van 74 kleinhandelaar apteke – “Medi-Rite” apteke waarvan vyf in die Vrystaat is. Die derde respondent is die Raad op Mediese Skemas, teen wie geen regshulp versoek word, en wat nie tot hierdie verrigtinge toegetree het nie.

[4] Die applikant vra ‘n verklarende bevel dat die aansporingskema of kortingsstel (“die skema”) tussen die eerste en tweede respondent, waarvolgens eerste respondent se lede 40% toeslag op hul bo-perk kroniese medisyne moet betaal as hulle dit van ‘n ander apteek as ‘n Medi-Rite apteek koop, ‘n oortreding van artikel 18A van die

Medisyne Wet daarstel, en die applikant versoek dat die eerste en tweede respondente gelas word om die skema onmiddelik te staak.

- [5] Namens applikant betoog Mnr Van Rooyen dat die skema op die oog af 'n oortreding van artikel 18A daarstel. Dan moet mens soek vir 'n regverdedigingsgrond. Die eerste respondent se beroep op die regulasies onder die Wet op Mediese Skemas help hom nie, want regulasies word deur die uitvoerende gesag uitgevaardig, nie deur die parlement nie. Die regulasies kan nie strydig met 'n wet wees nie. Maar Mnr Van Rooyen val nie die geldigheid van regulasies 7 en 8, waarop die respondente steun, aan nie. Hy sê regulasies 7 en 8 is nie in stryd met artikel 18A as regulasies 7 en 8 reg toegepas word nie. Die doel en die hart van artikel 18A is om te verhoed dat medisyne duurder gemaak word. As regulasies 7 en 8 so toegepas word dat medisyne goedkoper gemaak word, kan nie gesê word dat sulke optrede in stryd met artikel 18A is nie. Mnr Van Rooyen wys daarop dat beide respondente sê dat hierdie skema se gedagte of doel is om kroniese medikasie vir lede van eerste respondent goedkoper te maak. Mnr Van Rooyen sê dat die

verbod op bonusgewing kragtens artikel 18A die oogmerk het dat pryse van medisyne verlaag moet word, met verwysing na **MINISTER OF HEALTH AND ANOTHER NO v NEW CLICKS SA (PTY) LTD AND OTHERS (TREATMENT ACTION CAMPAIGN AND ANOTHER AS AMICI CURIAE)** 2006 (2) SA 311 (KH) par [206].

- [6] In antwoord op respondente se standpunt dat almal altyd die medikasie goedkoper by die staat kon kry, en dat hierdie skema net 'n uitbreiding van daardie voordeel is, sê Mnr Van Rooyen (i) die Wet het die staat aangestel (nie 'n Skema nie) en (ii) die Staat is nie aan wette gebonde nie, tensy die wet dit uitdruklik vermeld, en hierdie wetgewing bind nie die staat nie. Soos Mnr Van Rooyen regulasies 7 en 8 lees, is die eerste opdrag, soos vervat in regulasie 8(1), dat 'n mediese skema die volle koste van voorgeskrewe minimum voordele toestande moet betaal, sonder bybetaling of aftrekkings. Hierdie bepaling plaas 'n swaar las op mediese fondse en daarom gee regulasie 8(2)(b) mediese fondse die reg om iemand aan te stel by wie die lid moet koop as hy die volle voordeel van sy lidmaatskap wil hê. Daardie voordeel is ingeskryf in regulasie 8(2)(b).

- [7] Die kern van Mnr Van Rooyen se argument is dat soos die respondente regulasie 8(2)(b) toepas, het dit nie die gevolg dat medisyne of dienste goedkoper word nie. Alle partye is dit eens dat medisyne uit apteke verkoop 'n "single exit price" het, almal moet dieselfde daarvoor betaal. (Regulasie 8(2)(b) bepaal dat 'n bybetaling of aftrekking ingestel kan word, wat die gevolg het dat daar nie meer 'n "single exit price" is nie.) Die applikant se saak is dat eerste respondent met sy skema medisyne nie goedkoper maak nie, en daardeur word die rasionaal - die bestaansrede - van regulasie 8(2)(b) nie nagekom nie en is respondente se skema in stryd met artikel 18A. Al voordeel vir eerste respondent se lede is dat die voorskrif-fooi verminder word, maar daardie vermindering maak nie op vir die 40% bybetaling wat eerste respondent se lede wat hulle kroniese medikasie by 'n ander apteek as Medi-Rite koop moet maak nie. Die eerste respondent gebruik sy lede se geld om die voordeel te befonds wat sy lede kry wanneer hulle kroniese medisyne by 'n Medi-Rite apteek koop. Omdat daar nie 'n besparing vir al applikant se lede uit die skema kom nie, is daar 'n spanning tussen regulasie 8 en artikel 18A. Dan moet 'n mens kyk na wat die

eerste en tweede respondent werklik doen. Regulasie 8 kan net voorkeur bo artikel 18A geniet as die skema 'n besparing gaan bewerkstellig. As die skema nie 'n besparing teweegbring nie, oortree die skema artikel 18A.

[8] Namens eerste respondent opper Mnr Watt-Pringle twee hoof argumente:

- (i) Die skema is nie *per se* 'n oortreding van artikel 18A nie;
- (ii) Selfs as die skema binne die letterlike bewoording van artikel 18A val, bestaan daar uitdruklike magtiging vir die skema onder regulasie 8 van die Wet op Mediese Skemas wat ander wette troef uit hoofde van artikel 2(1) van Wet 131 van 1998:

“(1) Indien enige teenstrydigheid met betrekking tot die aangeleenthede wat in hierdie Wet behandel word, ontstaan tussen hierdie Wet en die bepalings van enige ander wet, behalwe die Grondwet of enige ander wet wat hierdie Wet uitdruklik wysig, geld die bepalings van hierdie Wet.”

[9] Mnr Watt-Pringle se eerste betoog is dat die applikant 'n denkfout maak en die koste van medikasie verwar met die koste van 'n mediese fonds. Artikel 18A is gemik op die

voorsiening van medisyne. Medi-Rite apteke verkoop medikasie ooreenkomstig 'n "single exit price", maar eerste respondent gee 'n selektiewe gedeeltelike vrystelling aan sy lede wat hul medikasie by 'n Medi-Rite apteek koop. Applikant se aanval is teen hierdie selektiewe gedeeltelike vrystelling gerig, maar artikel 18A handel nie met selektiewe gedeeltelike vrystellings soos deur die respondente se skema bewerkstellig nie. Die toegewing wat regulasie 8(2) (b) bied is dat as sy lede by 'n "designated service provider" (hier 'n Medi-Rite Apteek) koop, kry daardie lede die medikasie sonder bybetaling. Sy lede wat die medikasie by 'n ander apteek koop, moet 'n 40% bybetaling betaling maak. Hierdie skema is nie 'n 40% bonus, korting of aanspooring nie.

Mens moet onderskei tussen die prys waarteen die medikasie verkoop word en die skadeloosstelling ten opsigte van wie op die ou einde vir die medikasie betaal.

Artikel 18A moet doelgerig ("purposive") uitgelê word. Volgens die gewone betekenis van sy bewoording is die omvang van artikel 18A baie wyd, dit moet beperk word by wyse van uitleg wat kyk wat die doel van die wetgewing is ("purposive interpretation"). In die lig van die bewoording van

artikel 18A en die uitleg daarvan gegee deur die Grondwethof in **MINISTER OF HEALTH AND ANOTHER NO v NEW CLICKS SA (PTY) LTD AND OTHERS (TREATMENT ACTION CAMPAIGN AND ANOTHER AS AMICI CURIAE)** 2006 (2) SA 311 (KH) para [199], [202 - 203], is dit duidelik dat artikel 18A deel vorm van 'n reguleringstelsel wat daarop gerig is om te verseker dat die mark waar medisyne verkoop word nie deur afslag en beloningskemas geaffekteer word nie, die gevolg waarvan 'n skynbaar kunsmatige verhoging in die prys van medisyne sou wees.

Artikel 18A is gerig op aansporingskemas. Dit blyk uit die bewoording daarvan, want artikel 18A verbied “‘n bonsusstelsel, kortingstelsel of enige ander aansporingstelsel”. (Klem bygevoeg).

Volgens hierdie skema word ten volle betaal vir die medikasie. Die klagte is teen die eerste respondent se reëls. Die reëls van eerste respondent het niks te doen met die skaal waarvolgens vir die medikasie betaal word nie; die reëls van eerste respondent maak voorsiening vir 'n gedeeltelike selektiewe kwytskelding aan sy lede.

[10] Mnr Watt-Pringle se tweede betoog is minder vindingryk en meer eenvoudig en op die punt af: Elke aspek van die skema word uitdruklik deur die regulasie toegelaat. Ten opsigte van elke voordeel, kan die mediese fonds 'n "designated service provider" aanstel (regulasie 8(2)(a)) en die reëls van die mediese fonds mag bepaal dat 'n bybetaling of aftrekking geld in gevalle waar daardie lid die dienste van 'n ander diensverskaffer kry. Die respondente se skema word gedek deur die bepalinge van die regulasie: 'n aangewese diensverskaffer (DSP) kan deur die mediese fonds aangestel word, en 'n bybetaling of aftrekking kan geld. Hier is geen aanval op die geldigheid van die regulasies nie, daar is nie 'n bewering dat die regulasies *ultra vires* is nie. Daarom geld regulasie 8 en moet dit toegepas word. Die rede waarom 'n diensverskaffer toegelaat word om 'n DSP aan te stel is omdat die mediese fonds weet dat hy kan staatmaak op die dienste soos gelever deur die betrokke apteek. 'n Laer voorskrif-fooi kan onderhandel word tot voordeel van lede van die mediese fonds.

[11] Mnr Watt-Pringle verwys ook na die totstandkomings geskiedenis van die aanwysing van DSPs vir kroniese medisyne. Die konsep-reëls wat eerste respondent aanvanklik vir goedkeuring aan die registrateur van mediese fondse voorgelê het, het die staat as DSP aangestel. Die registrateur het in 'n brief gedateer 26 November 2008 gereageer dat dit onredelik is om van lede van die mediese fonds te vereis om hulle kroniese medisyne by staatsinstellings te kry, want die verkryging van sulke dienste by die staatsinstellings is

“difficult if not impossible. As a result, the public sector is not reasonably available and services are not reasonably accessible for dispensing of chronic medicine to medical scheme members. It is also not reasonable to expect a medical scheme beneficiary to forfeit a day's income or take annual leave to spend a day at an outpatient unit to obtain his/her medication, when alternative suppliers are available to dispense the chronic medication in accordance with the scheme's formulary.

The insistence of the scheme to designate the public sector for such services is inconsistent with the provisions of regulation 8(3)(a) of the MSA. The scheme is required to align its benefits with the legislative requirements by designating the provision of chronic medication to service providers other than the public sector.”

Hier sê die Registrateur van Mediese Skemas vir die eerste respondent dat dit onaanvaarbaar is dat staatsinstellings as DSPs aangestel word, en die Registrateur sê dat die eerste respondent 'n ander DSP moet aanstel as die staatsinstellings. Dit is wat die eerste respondent gedoen het. Die eerste respondent het die tweede respondent as DSP aangestel.

- [12] Namens tweede respondent, die Medi-Rite Apteke, sê Mnr De Bruin die skema is vervat in eerste respondent se reëls, nie in die omsendbrief waarop applikant steun nie. Die rede waarom applikant op die omsendbrief steun, is omdat dit die enigste manier is vir applikant om te poog om die geldige reëling wat eerste en tweede respondente getref het, soos uiteengesit in die “Service Level Agreement” wat op 13 Augustus 2009 tussen hulle gesluit is (Bl 166 e.v) aan te veg. Mnr De Bruin wys daarop dat in klousule 7.3 van die “Service Level Agreement” word toebereidingsfooie wat deur die eerste respondent aan tweede respondent betaalbaar is uiteengesit. Die tarief word gebaseer op die omvang van die “single exit price”, wat die prys is wat ingevolge die regulasies tot die Medisyne Wet bepaal word. Die tweede

respondent verskaf nie medisyne in oortreding van enige wetsbepaling nie, maar verskaf medisyne in terme van 'n ooreenkoms wat uitdruklik deur die Wet op Mediese Skemas en die regulasies daarkragtens uitgevaardig gemagtig word.

- [13] Mnr De Bruin wys daarop dat artikel 18A 'n straf-bepaling is, wat net geld teen die verskaffer van medisyne. Hy sê die eerste respondent word by die ore in hierdie litigasie ingesleep as medepligtige. Omdat artikel 18A 'n straf-bepaling is, moet dit eng uitgelê word. Die eerste vraag is, wat beteken artikel 18A, en die tweede vraag is, wat het die tweede respondent gedoen wat die Direkteur van Openbare Vervolgings sal noop om 'n vervolging teen tweede respondent onder artikel 18A in te stel? Nêrens in die ooreenkoms tussen eerste en tweede respondente is daar sprake van dat tweede respondent medisyne aan lede van eerste respondent verskaf in stryd met die "single exit price" nie. Daar is geen 10% (of ander) korting nie. Die tweede respondent het sig verbind om medisyne te verskaf teen statutêre vasgestelde pryse, wettiglik.

[14] Mnr De Bruin sê dat regulasie 8 die eerste respondent, synde 'n mediese fonds, magtig om 'n aangewese diensverskaffer aan te stel. Regulasie 8 bepaal dat eerste respondent sy lede se voordele teen volle moet betaal, en dat eerste respondent 'n aangewese diensverskaffer mag aanstel. Regulasie 8 bepaal dat, waar 'n aangewese diensverskaffer deur eerste respondent aangestel word, eerste respondent van sy lede mag vereis dat hulle by die aangewese diensverskaffer moet koop as hulle 100% voordeel wil hê. Die tweede respondent verskaf die medikasie, en die eerste respondent betaal. Regulasie 8 skryf aan die lid voor dat, as hy die medisyne elders as van 'n aangewese diensverskaffer koop, betaal die lid 40%. Dis nie 'n korting, bonus of aansporing nie. Dis 'n kontraktuele reëling.

[15] Selfs as die 40% reëling beskou word as 'n aansporing, val die reëling tussen eerste en tweede respondente nie onder artikel 18A van die Medisyne Wet nie. Artikel 18A is 'n strafbepaling, met 'n straf-sanksie, gerig teen onregmatige optrede.

[16] Mnr De Bruin wys ook daarop dat, selfs al val die reëling onder artikel 18A, snoeker artikel 2 van die Wet op Mediese Skemas die toepasing wat applikant beoog, want artikel 2 bepaal dat as daar enige teenstrydigheid is tussen aangeleenthede wat deur die Wet op Mediese Skemas (en sy regulasies) gereël word, en enige ander wet (insluitende die Mediese Wet), geld die bepalings van die Wet op Mediese Skemas en sy regulasies. As die heffing van die eerste respondent op kroniese medikasie voorsien aan sy lede 'n oortreding van artikel 18A is, bly die bron van die heffing regulasie 8, wat 'n teenstrydigheid daarstel tussen regulasie 8 onder die Wet op Mediese Skemas en artikel 18A van die Medisyne Wet, en by sodanige teenstrydigheid geld die bepalings van die Wet op Mediese Fondse volgens artikel 2 daarvan. Mnr De Bruin vra dus dat die aansoek met koste afgewys word.

[17] In die repliek maak Mnr Van Rooyen die volgende punte:

(1) Mnr Van Rooyen beklemtoon dat artikel 18A die enigste manier is om die prys van medisyne af te hou. Daar is nie 'n duidelike onderskeid tussen die koste van medisyne en die koste van 'n mediese skema, soos deur

Watt-Pringle betoog, nie. As die koste van medisyne nie laag gehou word nie, sal lede van eerste respondent se premies styg. Die skema wat eerste en tweede respondent bedryf is 'n aansporing-skema. Artikel 18A moet nie eng geïnterpreteer word nie. Lidmaatskap van 'n mediese skema is een manier om medisyne te koop.

- (2) Wat regulasie 8 betref, voer Mnr Van Rooyen aan dat die respondent nie regulasie 8 nakom, as na die hart van regulasie 8 gekyk word nie. Regulasie 8(2)(a) is nie *ultra vires* nie. Aplikant se saak is dat die hart, die kern, die doel van regulasie 8 is om mediese sorg goedkoper te maak, maar soos wat eerste en tweede respondent regulasie 8 toepas, maak dit nie medisyne goedkoper nie, en daarom kan eerste en tweede respondente nie die beskerming van regulasie 8(2)(a) inroep nie. Soos wat die respondente regulasie 8(2)(a) toepas, maak hulle medisyne duurder.

- (3) Mnr Van Rooyen hou vol dat die omsendbrief van eerste respondent aan sy lede 'n oortreding van artikel 18A daarstel.

BEREDENERING

- [18] Die kernvraag in hierdie saak is of regulasie 8 onder die Wet op Mediese Skemas die eerste en tweede respondente se skema magtig waarvolgens kroniese medisyne by aangewese diensverskaffers (tweede respondent) verkry kan word sonder dat eerste respondent se lede 'n 40% bybetaling moet maak. Mnr Van Rooyen sê regulasie 8 moet so toegepas word dat medisyne goedkoper word, nie duurder soos wat tans die geval by toepassing van die skema is nie. Die bestaansrede vir regulasie 8 val weg soos wat die respondente dit toepas, want dit maak nie medisyne goedkoper nie. Die applikant se benadering beklemtoon dat dit om die koste van medikasie gaan, en daarom is artikel 18A van die Medisyne Wet van groot belang en relevansie. Die respondente, daarenteen, wys daarop dat dit hier oor mediese fonds voordele gaan, nie primêr oor die koste van medisyne nie. Regulasie 8(2)(a) magtig die eerste respondent om 'n aangewese diensverskaffer ("Designated Service Provider", "DSP") aan te stel vir voorsiening van "a prescribed minimum benefit condition", wat soos volg in die regulasies omskryf word: "a condition contemplated in the

Diagnosis, and Treatment Pains listed in annexure A or any emergency medical condition". Onder die kategorië ten opsigte waarvan voorgeskrewe minimum voordele ("prescribed minimum benefits", "PMBs") van toepassing is, is kroniese toestande, waarvan nagenoeg 27 in aanhangsel "A" tot die regulasies genoem word. Die voorsiening van kroniese medisyne ingevolge die skema tussen eerste en tweede respondent val binne die bewoording van regulasie 8.

- [19] Mnr Van Rooyen maak nie kopsie teen regulasie 8 nie, sy beswaar is teen die wyse waarop die respondente regulasie 8 toepas, wat volgens sy betoog die gevolg het dat medisyne nie goedkoper word (wat die ratio van regulasie 8 is) maar duurder (wat 'n oortreding van artikel 18A daarstel). Mnr Van Rooyen verduidelik nie hoe regulasie 8 toegepas kan word sonder om artikel 18A te oortree nie. Dit sou geen sin hê om 'n aangewese diensverskaffer aan te stel as lede dieselfde diens by enige ander diensverskaffer kon kry nie. Die respondente verbied nie lede om ander diensverskaffers te gebruik nie.

[20] 'n Ander aspek van respondente se saak wat nie uit die oog verloor moet word nie, is die ontstaansgeskiedenis van die skema. Dis nie 'n geskil dat eerste respondent se aanvanklike voorneme was om te bepaal dat sy lede slegs, indien hulle hul volle lidmaatskapvoordeel wou behou, die kroniese medikasie by staatsinstellings moes kry. Na aanleiding van die Raad op Mediese Fondse (Derde Respondent) se weiering om die beoogde wysiging van die reëls te registreer, is eerste en tweede respondente se skema in die gewysigde reëls van eerste respondent ingeskryf.

[21] Die antwoord op applikant se beswaar teen respondente se skema is dat die skema toegelaat word onder regulasie 8 onder die Wet op Mediese Skemas. Hierdie gevolgtrekking maak dit onnodig om te handel met die ander punte deur respondente geopper. Sonder om diepgaande daarop in te gaan, lyk eerste respondent se punt dat nie gesê kan word dat Medi-Rite medisyne ingevolge 'n aansporingskema voorsien nie, want Medi-Rite bied geen bonus, korting of aansporing (soos wat artikel 18A verbied) aan nie, korrek. Wat eerste respondent, die mediese fonds, betref, as gesê

kan word dat dit 'n aansporingskema aanbied, voorsien dit nie medisyne nie. Aanvaar mens Mnr Van Rooyen se betoog dat die skema deur die tweede respondente sou bedryf word, dan val jy weer terug op artikel 2 van die Wet op Mediese Skemas: die voorsiening van medisyne deur 'n aangewese diensverskaffer is iets wat gedek word deur die Wet op Mediese Skemas, en dus nie deur artikel 18A nie.

[22] **BEVEL**

Die aansoek word met koste afgewys. Vir die eerste respondent sluit dit die koste van twee advokate in.

A. KRUGER, R

Namens die applikant:

Adv. P.C.F. van Rooyen SC
In opdrag van:
Hill Mchardy & Herbst (W.J. Herbst)
BLOEMFONTEIN

Namens die 1^{ste} respondent:

Adv. C.E. Watt-Pringle SC &
Adv N.J. Nele
In opdrag van:
McIntyre & Van Der Post (M.C.V. Gerdener)
BLOEMFONTEIN

Namens die 2^{de} respondent: Adv. J.P. De Bruin SC
In opdracht van:
Symington & De Kok (L. Strating)
BLOEMFONTEIN

/wm