

## De derde betaler en het persoonlijke aandeel van de patiënt

14/10/2010

### Context – huidige situatie

Het honorarium betreffende de geneeskundige verstrekkingen, bepaald door de wet van 14 juli 1994, bestaat uit 2 bedragen:

- o het bedrag ten laste van de ziekteverzekering dat terugbetaald wordt door het ziekenfonds
- o het persoonlijke aandeel dat ten laste blijft van de patiënt.

De prijs wordt bepaald op een manier die garandeert dat de gezondheidszorg toegankelijk is voor iedereen.

De zorgverlener kan en mag in bepaalde gevallen een supplement innen, dat eveneens ten laste is van de patiënt.

**Het persoonlijke aandeel** is noodzakelijk om de patiënt te betrekken en te verzekeren dat het noodzakelijk is om de kostprijs van ons systeem van gezondheidszorg binnen de perken te houden. Doordat de patiënt een deel van het honorarium betaalt, weet hij ook wat de verzorging kost en welke waarde de handeling van de zorgverlener juist heeft.

Als de verstrekking aangerekend wordt in het kader van de derde betaler, kan de patiënt, wanneer hij een remgeld betaalt, nagaan of de aangerekende verstrekkingen wel degelijk toegediend werden.

Ondanks die essentiële rol die hem toegekend werd, is de zorgverlener momenteel helemaal niet verplicht om het persoonlijke aandeel van de patiënt ook echt te innen.

Het bedrag van dat aandeel moet overigens redelijk zijn. Voor bepaalde verstrekkingen wordt zelfs geen persoonlijk aandeel aangerekend. Het gaat hier hoofdzakelijk om dure technische verstrekkingen die toegediend worden tijdens een ziekenhuisopname. Als men daarvoor een remgeld zou aanrekenen, zou de factuur van de patiënt nodeloos oplopen.

**Het supplement:** De zorgverlener mag, bovenop het honorarium, een supplement aanrekenen aan de patiënt. Het is mogelijk dat de begroting die toegekend wordt aan een sector niet volstaat om een redelijke terugbetaling van de verstrekkingen mogelijk te maken. In dat geval aanvaardt men dat de zorgverlener een honorariumtoeslag int.

De verzekeringsinstellingen en vertegenwoordigers van zorgverleners kunnen, via akkoorden en overeenkomsten, de bescherming van de patiënten tegen dergelijke supplementen organiseren: de geconventioneerde verstrekkers verbinden er zich toe om geen honorariumsupplementen aan te rekenen aan hun patiënten of om deze te beperken.

De strikte interpretatie van de akkoorden en overeenkomsten verbiedt de ondertekenende zorgverleners om supplementen te innen.

Sommigen zijn zelfs van oordeel dat de honoraria voor verstrekkingen die niet vermeld staan in de nomenclatuur of voor verstrekkingen waarvan de situatie niet beantwoordt aan de terugbetalingscriteria, eveneens als supplementen moeten worden beschouwd.

**De derde betaler:** Het is de bedoeling van de derde betaler om de patiënt te beschermen tegen dure verstrekkingen door aan de zorgverlener de toestemming te geven om het bedrag van de tegemoetkoming ZIV rechtstreeks aan te rekenen aan de verzekeringsinstellingen.

- o de derde betaler is verplicht in de ziekenhuissector en in die van de klinische biologie (laboratoria)
- o hij is verboden voor courante verstrekkingen, zoals bezoeken en raadplegingen bij artsen en tandartsen. Het Koninklijk Besluit van 10 oktober 1986 voorziet in uitzonderingen op dit principe en bepaalt dat men de derde betaler ook mag toepassen voor sociale verzekerden die zich in een beschermde sociale toestand bevinden (verhoogde verzekeringstegemoetkoming, handicap, financiële noodtoestand, ...).
- o in de overige sectoren is de derde betaler facultatief. Hij kan dan gereguleerd worden door overeenkomsten.

## Standpunt MLOZ

### Een verantwoordelijke solidariteit

De patiënt speelt, net zoals zorgverlener, een belangrijke rol in het kader van de bewustwording van de kostprijs en de beheersing van de begroting geneeskundige verzorging. Om deze rol ten volle te kunnen spelen, moet hij de reële kostprijs van zijn consumptie kennen.

Het volstaat niet om hem te informeren. Hij moet ook financieel bijdragen tot het systeem door een klein deel van de kosten zelf te betalen.

Als men de toepassing van de derde betaler combineert met de niet-inning van het persoonlijke aandeel, dreigt de patiënt te vervreemden van die rol.

De niet-inning van het aandeel door bepaalde zorgverleners heeft daarenboven tot gevolg dat er concurrentie ontstaat tussen de zorgverleners. Deze concurrentie kunnen wij niet aanvaarden omdat zij een aanfluiting is van de principes voor de vaststelling en de naleving van de honoraria voor verstrekkingen.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen stellen zich nog steeds zeer voorzichtig op t.a.v. elk voorstel voor een uitbreiding van de derde betaler. Als er geen garantie geboden wordt over de inning van het remgeld, zullen zij zich kanten tegen een uitbreiding die niet gebaseerd zou zijn op overwegingen die te maken hebben met de benarde sociale situatie van de patiënten.

**Alle initiatieven ter bescherming van de armste bevolkingsgroepen zullen echter worden gesteund door de MLOZ. We zullen ons dus niet verzetten tegen de verlaging, tot zelfs de niet-inning van het remgeld voor deze sociale categorieën.**

Zij raden aan om op zoek te gaan naar alternatieve en innoverende oplossingen om alle actoren te 'responsabiliseren', met behoud van de toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging voor iedereen. De technologische evolutie (**MyCarenet**) die de elektronische uitwisseling van gegevens mogelijk maakt, biedt een mooie gelegenheid om een aanpassing van de reglementering van de huidige processen te overwegen.

*Vervolg volgende pagina*

## Een solidaire toegankelijkheid

De toegang tot de derde betaler moet bij voorrang afhankelijk zijn van de sociale en economische situatie van de patiënt.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen maken zich ook zorgen over de bescherming van de chronische zieken. Een van de voordelen die hen toegekend moet worden, is het systeem van de derde betaler. Die patiënten moeten immers tal van geneeskundige verstrekkingen betalen. Als men hen het genot van de derde betaler toekent, wordt hun toegang dus versterkt in een geest van solidariteit met de ziekte.

Die toegang mag echter ook worden uitgebreid tot patiënten die zelf meewerken aan het behoud van hun gezondheid. Zo zou men kunnen overwegen om de derde betaler toe te kennen aan patiënten die actief aan preventie doen. Dit kan georganiseerd worden samen met de invoering van het disease management.

Wij pleiten dus voor een openstelling van het recht op de derde betaler voor medische situaties die hoge gezondheidskosten genereren: chronische ziektes (mucoviscidose, ...), zeldzame zware aandoeningen (stofwisselingsziektes, ...), zware ziektes (kanker, ...), ...

## Een verantwoordelijke toegankelijkheid

De zorgverlener moet zelf kunnen kiezen of hij de derde betaler wil toepassen.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen wensen dat de zorgverlener de vrijheid behoudt om de derde betaler al dan niet toe te passen. Zij geven aan de zorgverleners de raad om de derde betaler aan te bieden aan patiënten die beantwoorden aan de sociale of medische voorwaarden voor de opening van dat recht. Zij zijn van oordeel dat de zorgverlener zich kan verbinden tot de toepassing van de derde betaler bij de ondertekening van het akkoord. Op die manier zal hij deelnemen aan het beheer van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

De creatie van het verplichte systeem dreigt uit te monden in een zoektocht naar alternatieve mogelijkheden om te ontsnappen aan die verplichting. Als men de zorgverlener verplicht om de derde betaler toe te passen op de rechthebbenden van de sociale derde betaler, is het niet ondenkbaar dat hij patiënten zal weigeren. Alleen een vrijwillige toepassing van het systeem, via de ondertekening van het akkoord, garandeert de eerlijke toepassing van het systeem. Wij menen tevens dat de verplichte toepassing van het systeem een bijkomende dwingende eis zal zijn aan het adres van de zorgverleners. Die dwingende eis is volgens ons noch nuttig, noch noodzakelijk.

De toepassing van de derde betaler moet worden beveiligd.

MLOZ heeft oog voor het gevaar waartoe de toepassing van de derde betaler aanleiding kan geven:

- o het is mogelijk dat verstrekkingen verkeerd (of zelfs fictief) aangerekend worden als de patiënt er geen zicht op heeft

*Vervolg volgende pagina*

- o de automatische betaling van forfaits, meerbepaald in het kader van de revalidatieovereenkomsten, garandeert niet dat de verstrekkingen ook daadwerkelijk toegediend werden tijdens de volledige periode van het akkoord. Men stelt dan vast dat er geen verband meer is tussen de werkelijk geleverde verstrekking en de tegemoetkoming van de verzekering. Noch de patiënt, noch de zorgverlener hebben er daarenboven belang bij om de stopzetting van de behandeling mee te delen. Het ziekenfonds heeft geen idee van de werkelijkheid in het veld.

We moeten dus vermijden dat er maatregelen voorgesteld worden die uitmonden in een automatische betaling, **zonder dat men weet of de behandeling echt toegediend werd.**

#### De evolutie mag niet worden bedreigd door de limieten van de begroting.

We moeten erkennen dat er grenzen zijn aan de begroting van de ziekteverzekering. Niet alle verstrekkingen kunnen worden gedekt door de begroting van de ziekteverzekering. Bij de onderhandelingen over de begroting moeten dan ook keuzes worden gemaakt. Verstrekkingen die niet terugbetaald worden, moeten toch toegediend kunnen worden aan de patiënt. De zorgverlener moet de patiënt echter klaar en duidelijk inlichten over de kostprijs van de verstrekking en over het feit dat deze niet terugbetaald zal worden.

De zorgverleners die ervoor kiezen om de overeenkomst niet te ondertekenen, mogen een supplement aanrekenen aan de patiënt. Ze moeten zich dan wel houden aan de deontologische regels en ze moeten de eerlijke prijs aanrekenen aan de patiënt, ongeacht of het gaat om al dan niet terugbetaalbare verstrekkingen.

De zorgverleners die toetreden tot een overeenkomst beloven dat ze niet zullen afwijken van de tarieven van de overeenkomst en mogen dan ook geen supplementen aanrekenen. Ze mogen aan de patiënt enkel supplementen aanrekenen voor verstrekkingen die niet beoogd worden door de nomenclatuur of die toegediend worden, los van die criteria, op voorwaarde dat de patiënt weet wat hem aangerekend wordt en dat hij weet waarom hij geen aanspraak kan maken op een terugbetaling (vb. geen medische bewijskracht). De niet-aanvaarding van dit principe kan het succes van de overeenkomsten bedreigen, want het gevaar is niet denkbeeldig dat de zorgverleners dan zullen weigeren om nog toe te treden.

#### De zorgverlener moet kunnen kiezen of hij de derde betaler toepast.

Als men een verplicht systeem invoert, is het gevaar niet denkbeeldig dat men op zoek zal gaan naar alternatieve oplossingen om aan die verplichting te ontsnappen. Als men de zorgverlener verplicht tot de toepassing van de derde betaler op de rechthebbenden van de sociale derde betaler, zal hij die patiënten misschien weigeren. Alleen een vrijwillige toepassing van het systeem, via de ondertekening van de overeenkomst, garandeert de eerlijke toepassing van het systeem.

---

*Vervolg volgende pagina*

## Conclusies

De zorgverlener moet zelf kunnen kiezen of hij de derde betaler toepast. Hij kan zich daartoe verbinden door de overeenkomst te ondertekenen. Hij moet dan tegelijk de tarieven van de overeenkomst toepassen én het persoonlijke aandeel aanrekenen. Door de patiënt bewust te maken van de waarde van de verstrekking, maakt hij deze aldus mee verantwoordelijk.

**De armste patiënten, met inbegrip van de chronische zieken, moeten een bijzondere bescherming genieten (toegang tot alle veiligheidsnetten zoals de MAF, Omnio, een verlaging, tot zelfs de niet-inning van het remgeld).**

De zorgverlener moet een supplement kunnen aanrekenen aan de patiënt wanneer de verstrekking niet vermeld staat in de nomenclatuur of als ze toegediend wordt, los van de criteria. Zelfs als de zorgverlener geconventioneerd is. In dat geval moet hij de patiënt altijd vooraf op de hoogte brengen van de kostprijs van die supplementen. Hij moet er uitleg bij geven.

De technologische evolutie (**MyCarenet**) biedt kansen om het systeem voor de terugbetaling van geneeskundige verzorging te herzien. Bij het overwegen van oplossingen zullen we er moeten op toezien dat het principe van de verantwoordelijke solidariteit behouden blijft. Het is belangrijk dat alle actoren deelnemen aan het goede beheer van ons systeem van geneeskundige verzorging.