

Le tiers payant et la quote-part personnelle du patient

14/10/2010

Contexte – situation actuelle

L'honoraire relatif aux prestations de santé, défini par la loi du 14 juillet 1994, est composé de deux montants :

- o le montant à charge de l'assurance maladie, qui est remboursé par la mutualité;
- o la quote-part personnelle qui reste à charge du patient.

Le prix est fixé de manière à garantir l'accessibilité de chacun aux soins de santé.

Le prestataire peut dans certains cas percevoir un supplément qui, lui aussi, est à charge du patient.

La quote-part personnelle est nécessaire pour assurer la participation du patient et engager sa responsabilisation dans la maîtrise des coûts de notre système des soins de santé : le patient, en payant une partie de l'honoraire, est conscient du coût des soins et de la valeur de l'acte du prestataire.

Si la prestation est facturée en tiers payant, le fait de payer une quote-part permet au patient de vérifier la réalité des prestations qui lui sont délivrées.

Malgré ce rôle essentiel qui lui est attribué, il n'existe aujourd'hui aucune obligation pour le prestataire de percevoir la quote-part personnelle du patient.

Le montant de la quote-part doit cependant être supportable : certaines prestations ne comportent pas de quote-part personnelle. Ce sont principalement des prestations techniques coûteuses délivrées en hospitalisation. Leur attribuer une quote-part alourdirait inutilement la facture du patient.

Le supplément : En plus de l'honoraire, le prestataire peut réclamer un supplément au patient. Il se peut que le budget accordé à un secteur ne soit pas suffisant pour couvrir le remboursement raisonnable des prestations. Dans ce cas, il est admis que le prestataire perçoive le supplément d'honoraire.

Via les accords et conventions, les organismes assureurs et les représentants des prestataires peuvent organiser la protection des patients contre ces suppléments : les signataires des accords et conventions s'engagent à ne pas percevoir ou à limiter les suppléments d'honoraire à charge de leurs patients.

L'interprétation stricte des accords et conventions interdit aux prestataires signataires de percevoir tout supplément.

Certains estiment même que les honoraires pour des prestations qui ne sont pas reprises dans la nomenclature, ou des prestations dont la situation ne répond pas aux critères pour remboursement, doivent aussi être considérés comme des suppléments.

Le tiers payant : Le tiers payant a pour objectif de protéger le patient face aux prestations coûteuses en autorisant le prestataire à facturer directement aux organismes assureurs le montant de l'intervention AMI.

- o Il est obligatoire dans le secteur hospitalier et de la biologie clinique (laboratoires).

Suite page suivante

- Il est interdit pour les prestations courantes telles que les visites et consultations chez les médecins et les dentistes. L'arrêté royal du 10 octobre 198, prévoit des exceptions à ce principe et permet l'application du tiers payant pour les assurés sociaux en situation sociale protégée (intervention majorée, handicap, situation financière de détresse,...).
- Dans les autres secteurs, le tiers payant est facultatif. Il est alors réglementé par les conventions.

Position MLOZ

Une solidarité responsable

A côté du prestataire, le patient joue un rôle important dans la prise de conscience des coûts et dans la maîtrise budgétaire des soins de santé. Pour jouer pleinement ce rôle, il doit être informé sur le coût réel de sa consommation.

Mais cette information n'est pas suffisante ; il doit aussi participer financièrement au système en assumant une petite partie des coûts.

La combinaison de l'application du tiers payant et de non perception de la quote-part personnelle risque d'éloigner le patient de ce rôle.

En outre, la non perception de la quote-part par certains prestataires crée un système de concurrence entre prestataires, concurrence que nous ne pouvons accepter et qui enfreint les principes de la fixation et du respect des honoraires des prestations.

Les Mutualités Libres restent très prudentes face à toute proposition d'extension du tiers payant. Sans garantie de perception de la quote-part, elles s'opposent à une extension non justifiée par des considérations liées à la situation sociale défavorisée des patients.

Par contre, toute initiative garantissant la protection des plus défavorisés sera soutenue par MLOZ. Ainsi il n'y aura pas d'opposition à la diminution voire à la non perception du ticket modérateur pour ces catégories sociales.

Nous recommandons de rechercher des solutions alternatives et innovantes permettant de garantir la responsabilisation de tous les acteurs tout en maintenant l'accessibilité des soins de santé pour tous. Les évolutions technologiques (**MyCarenet**) permettant l'échange électronique de données offrent une belle opportunité pour envisager une adaptation réglementaire des processus actuels.

Une accessibilité solidaire

L'accès au tiers payant doit être lié en priorité à la situation socio-économique du patient.

En outre, les Mutualités Libres se préoccupent aussi de la protection des malades chroniques. Un des avantages que ceux-ci doivent se voir accorder est de bénéficier du tiers payant. Ces patients sont en effet confrontés à de nombreuses prestations de santé et leur accorder le bénéfice du tiers payant leur offre une accessibilité renforcée dans un esprit solidaire, autour de la maladie.

Mais cet accès peut aussi être étendu aux patients qui participent à la bonne gestion de leur santé ; on peut envisager ainsi d'accorder le tiers payant aux patients qui ont un comportement actif de prévention. Ceci peut être organisé en cohérence avec la mise en place du disease management.

Nous plaçons donc pour une ouverture du droit au tiers payant sur la base de situations médicales qui génèrent des coûts élevés en soins de santé : maladies chroniques (mucoviscidose), maladies rares avec affection grave (affection métabolique), maladies graves (cancer),...

Une accessibilité responsable

Le prestataire doit rester libre d'appliquer le tiers payant

Les Mutualités Libres souhaitent garantir au prestataire la liberté d'application du tiers payant. Elles recommandent aux prestataires d'offrir le tiers payant aux patients qui répondent aux conditions sociales ou médicales ouvrant ce droit. Elles estiment que le prestataire peut s'engager à appliquer le tiers payant en signant l'accord, et participe ainsi à la maîtrise de l'accessibilité aux soins de santé.

Créer un système obligatoire risque de conduire à la recherche d'alternatives permettant d'échapper à l'obligation. Obliger le prestataire à appliquer le tiers payant aux bénéficiaires du tiers payant social peut l'inciter à refuser des patients. Seule une application volontaire du système, via la signature de l'accord, est une garantie de l'application honnête du système. Nous estimons également qu'exiger l'application obligatoire du système est une contrainte complémentaire pour les prestataires, contrainte qui n'est ni utile, ni nécessaire.

L'application du tiers payant doit être sécurisée

Les Mutualités Libres sont attentives au risque que l'application du tiers payant peut engendrer :

- o sans contrôle du patient, des prestations peuvent être facturées erronément (voire fictivement);
- o le paiement automatique de forfaits, notamment dans le cadre des conventions de rééducation, ne garantit pas que les prestations aient effectivement été délivrées pendant toute la période de l'accord. On constate alors qu'il n'y a plus de lien entre la réalité de la prestation et l'intervention de l'assurance. En outre, le patient, comme le prestataire, n'a pas intérêt à communiquer l'arrêt du traitement. La mutualité de son côté n'a pas connaissance de la réalité du terrain.

Il faut donc éviter de proposer des mesures qui aboutissent à des paiements automatiques sans maîtrise de la réalité des soins.

Les évolutions ne doivent pas être menacées par les limites budgétaires

Nous devons reconnaître les limites du budget de l'assurance maladie : toutes les prestations ne peuvent pas être couvertes par le budget de l'assurance obligatoire. Des choix doivent dès lors être faits lors des négociations budgétaires. Les prestations qui ne sont pas remboursées doivent pouvoir être délivrées au patient. Mais celui-ci doit être clairement informé, par le prestataire, du coût de la prestation et du fait qu'elle n'est pas remboursée.

Les prestataires qui choisissent de ne pas signer la convention peuvent facturer un supplément au patient. Ils doivent dans ce cas respecter les règles de la déontologie et réclamer un juste prix au patient, qu'il s'agisse de prestations remboursables ou non.

Les prestataires conventionnés s'engagent à ne pas s'écarter des tarifs de la convention et ne peuvent réclamer de suppléments. Ils doivent cependant pouvoir facturer au patient des prestations non visées par la nomenclature ou effectuées hors critères via des suppléments, à condition que le patient soit bien informé du prix et de la motivation du non remboursement (p.ex. pas d'évidence médicale). Ne pas accepter ce principe peut menacer le succès des conventions, incitant les prestataires à se déconventionner.

Le prestataire doit pouvoir choisir d'appliquer le tiers payant

Créer un système obligatoire risque de conduire à la recherche d'alternatives permettant d'échapper à l'obligation. Obliger le prestataire à appliquer le tiers payant aux bénéficiaires du tiers payant social peut l'inciter à refuser des patients. Seule une application volontaire du système, via la signature de la convention, est une garantie de l'application honnête du système.

Conclusions

Le prestataire doit pouvoir choisir d'appliquer le tiers payant. Il peut s'y engager en signant la convention. Il doit en parallèle appliquer les tarifs de la convention et percevoir la quote-part personnelle. Il responsabilise ainsi le patient en le conscientisant sur la valeur de la prestation.

Les patients les plus défavorisés, y compris les malades chroniques, doivent pouvoir bénéficier d'une protection spécifique (accès à tous les filets de sécurité tels que le MAF, l'Omnia, la diminution voire même la non perception du ticket modérateur).

Le prestataire doit pouvoir réclamer un supplément au patient lorsque la prestation n'est pas reprise dans la nomenclature ou est effectuée hors critères, même s'il s'est engagé, en signant la convention, à ne pas réclamer de supplément à ses patients. Dans ce cas, il doit toujours informer au préalable le patient du coût de ces suppléments et les justifier.

Les évolutions technologiques (**MyCarenet**) nous ouvrent des opportunités pour repenser le système de remboursement des soins de santé. Les solutions envisagées devront veiller à maintenir le principe de solidarité responsable, engageant chacun des acteurs dans la bonne gestion de notre système des soins de santé.