Regeling betalende derde in de huisartsenpraktijk. Hoe wordt dit in de praktijk toegepast? Wat zijn de pro's en de contra's van het systeem volgens huisartsen?

Hanne Everaert, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems, Universiteit Gent

Co-promotoren: Lynn Ryssaert, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT:

Context:

De wetgeving rond de derdebetalersregeling in de huisartsenpraktijk is reeds een aantal keren aangepast. Toch blijkt dat de regeling vaak nog niet wordt toegepast bij mensen die er wel recht op hebben.
Uit onderzoek blijkt dat huisartsen nogal wat barrières aanhalen waarom ze de derdebetalersregeling niet toepassen. Deze resultaten komen van onderzoeken die uitgevoerd zijn voor de laatste aanpassingen in de wetgeving. Momenteel is het dus niet duidelijk wat de barrières zijn van huisartsen om de derdebetalersregeling toe te passen.

Onderzoeksvraag:

Op welke manier passen Vlaamse huisartsen de derdebetalersregeling toe in hun praktijk? Wat definiëren huisartsen als voor- en nadelen van deze regeling? En hoe kunnen de barrières om de derdebetalersregeling toe te passen weggenomen worden?

Methode:

Eerst werd een verkennend literatuuronderzoek uitgevoerd. Daarna opteerden we voor kwalitatief onderzoek waarbij 6 huisartsen bevraagd werden aan de hand van semi-gestructureerde interviews. De resultaten werden door de onderzoeker verwerkt en gecodeerd en nadien geanalyseerd.

Resultaten:

De toepassing van de derdebetalersregeling gebeurt vooral bij mensen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming indien ze er naar vragen. Anderzijds stellen artsen de regeling voor als ze merken dat hun patiënten financiële moeilijkheden hebben.
Als grootste voordeel van de derdebetalersregeling halen alle artsen het drempelverlagend effect van de regeling aan voor patiënten. Het belangrijkste nadeel volgens de ondervraagde artsen is de toename van de administratie. Om de administratieve last te verminderen pleiten de artsen ervoor de administratie van de derdebetalersregeling elektronisch te laten verlopen. Om de toepassing te optimaliseren moeten de mutualiteiten hun leden beter en eenduidiger informeren.

Conclusies:

De administratieve last blijft de grootste barrière voor artsen om de derdebetalersregeling toe te passen. Deze barrière kan weggenomen worden door de facturatie van de derdebetalersregeling elektronisch te laten uitvoeren door de artsen. Als er geen extra administratieve last meer komt kijken bij de toepassing ervan, zijn artsen zelfs ervoor te vinden om de regeling te veralgemenen voor alle verzekerde patiënten.

INHOUDSTAFEL

1 INLEIDING 5
1.1 Persoonlijke motivatie 5
1.2 Huidige situatie in de Belgische gezondheidszorg 6
1.3 Derdebetalersregeling 6
1.3.1 Definitie van derdebetalersregeling 6
1.3.2 Doelgroep 6
1.3.3 Remgeld 8
1.4 MyCareNet 8
2 DOELSTELLING EN ONDERZOEKSVRAAG 10
3 METHODOLOGIE 11
3.1 Literatuurstudie 11
3.2 Kwalitatief onderzoek 12
4 LITERATUUR 13
4.1 Derdebetalersregeling: Toepassing door huisarts 13
4.2 Toegankelijkheid van de gezondheidszorg: Uitstel van zorg 13
4.2.1 Financieel 13
4.2.2 Demografisch 14
4.2.3 Sociaal economisch 14
4.2.3.1 Inkomen 14
4.2.4 Versnippering van de gezondheidszorg 15
4.2.5 Mutualiteiten 15
4.2.6 Kennis 15
4.2.7 Gevoelens 16
4.2.8 Signalering 16
4.2.9 Afrekenen consultatie 17
4.3 Toegankelijkheid bevorderen 17
4.3.1 Informeren 17
4.3.2 Verzekering 17
4.3.3 Verhoogde tegemoetkoming 18
4.3.4 Organisatie gezondheidszorg 18
4.3.5 Infrastructuur en fysieke toegankelijkheid 18
4.3.6 Toekomst 19
4.4 Té laagdrempelige zorg 19
4.5 Administratie 19
4.6 Derdebetalersregeling 20
4.6.1 Algemeen 20
4.6.2 Voordelen 21

4.6.3 Nadelen 21
4.6.4 Verbeteringen 22
4.7 Onderzoek van Leen de Roo 23
4.7.1 Voordelen 23
4.7.1.1 Financieel 23
4.7.1.2 Deontologisch 23
4.7.2 Nadelen 23
4.7.2.1 Financieel 23
4.7.2.2 Deontologisch 24
4.7.2.3 Administratief 25
4.7.3 Verbeteringen 25
4.7.4 Valkuilen 25
5 RESULTATEN 26
5.1 Toepassing van de derdebetalersregeling 26
5.2 Voordelen van de derdebetalersregeling 28
5.2.1 Financieel 28
5.2.2 Deontologisch 29
5.2.3 Administratief 29
5.3 Nadelen van de derdebetalersregeling 30
5.3.1 Financieel 30
5.3.2 Deontologisch 32
5.3.3 Administratief 32
5.4 Verbeteringen op het vlak van de derdebetalersregeling 34
5.4.1 Financieel 34
5.4.2 Deontologisch 35
5.4.3 Administratief 35
5.5 Derdebetalersregeling voor alle verzekerde patiënten? 35
5.6 MyCareNet 36
6 DISCUSSIE 37
6.1 Resultaten 37
6.2 Sterktes en zwaktes 38
6.3 Verbeteringen voor de praktijk 39
7 BESLUIT 41
8 DANKWOORD 42
9 REFERENTIES 43
10 BIJLAGE 45

1 INLEIDING:

1.1 Persoonlijke motivatie:

Tijdens mijn eerste maanden als HAIO in een groepspraktijk merkte ik dat er zowel voor artsen als voor patiënten veel onduidelijkheid bestond in verband met de derdebetalersregeling.
Ik probeerde als HAIO zo goed mogelijk hetzelfde systeem als mijn praktijkopleider te volgen. Na enkele weken bleek al dat er niet echt een vaste manier is waarop mijn praktijkopleider en collega's dit systeem toepassen. Bij sommige patiënten vroegen ze remgeld, bij andere dan weer niet en soms werd er wel op consultatie maar niet op huisbezoek remgeld gevraagd. Het bedrag van het remgeld varieerde van arts tot arts en van patiënt tot patiënt.

Na overleg met mijn collega's bleek dat ze eigenlijk niet goed wisten hoe de derdebetalersregeling correct moet toegepast worden. Het exacte bedrag van het remgeld dat ze mochten vragen bleek ook niet al te goed gekend.

Uiteindelijk werden er in de praktijk onderling afspraken gemaakt om zo een eenduidig systeem te volgen bij het toepassen van de derdebetalersregeling. Alle collega's proberen nu op deze manier te werken, al wordt er voor enkele individuele patiënten soms wel een uitzondering gemaakt.

Ondanks het invoeren van deze vaste afspraken omtrent de derdebetalersregeling heb ik het gevoel dat er toch nog steeds enkele problemen blijven bestaan.

Ik vind het steeds een ongemakkelijk moment wanneer ik tijdens het afrekenen aan het einde van de consultatie niet weet of de patiënt normaal gesproken via de derdebetalersregeling betaalt of niet. Het is ook vervelend wanneer je het volledige bedrag vraagt aan mensen die normaal alleen het remgeld betalen. Sommige patiënten durven wel zeggen dat ze normaal gezien bij mijn collega's 'met een klevertje' betalen, maar ik vrees dat andere patiënten soms volledig betalen, omdat er een zekere schroom bestaat om het te zeggen.

Mijn collega's ergeren zich wel eens aan het té drempelverlagend effect van de maatregel. Wij ondervinden dat patiënten die via de derdebetalersregeling betalen vaker en sneller een huisbezoek aanvragen. Soms is dit positief, maar in veel gevallen is het onnodig en zou een gewone consultatie ook kunnen.
De administratieve procedure wordt door mijn collega's als tijdrovend ervaren en de termijn voor het inleveren van de getuigschriften vinden zij ook te kort.

Ik heb ondervonden dat mijn collega's er geen probleem van maken om mensen met financiële problemen te helpen en bijgevolg de derdebetalersregeling toe te passen. Maar er zijn nog wel een aantal punten ter verbetering van de maatregel betalende derde.

Daaruit is het idee ontstaan om te gaan informeren bij andere dokters hoe zij staan tegenover derdebetalersregeling.
Eerst was het belangrijk na te gaan hoe de artsen de derdebetalersregeling toepassen.
Verder willen we van de bevraagde artsen te weten komen wat ze goed vinden aan de regeling en wat ze er niet goed aan vinden. En wat kan er in Vlaanderen nog gebeuren om de derdebetalersregeling te optimaliseren?

1.2 Huidige situatie in de Belgische gezondheidszorg:

Bij het opstarten van het project betalende derde in de regio Gent werd door Leen De Roo (2001) onderzoek uitgevoerd naar de voor- en nadelen van de regeling. Daaruit kwamen verschillende items naar voor zowel op financieel, administratief en deontologisch vlak.
In tussentijd zijn reeds grote veranderingen gebeurd omtrent de wetgeving op het vlak van derdebetalersregeling. Waardoor de voor-en de nadelen zouden kunnen veranderd zijn.

1.3 Derdebetalersregeling:

1.3.1 Definitie van derdebetalersregeling:

De derdebetalersregeling wordt gedefinieerd als: “De betalingswijze waarbij de zorgverstrekker, dienst of inrichting de betaling van de in het kader van de verplichte ziekteverzekering verschuldigde tegemoetkoming rechtstreeks ontvangt van de verzekeringsinstelling waarbij de rechthebbende, aan wie de geneeskundige verstrekkingen werden verleend, is aangesloten of ingeschreven.“(1)

1.3.2 Doelgroep:

De geconventioneerde huisarts (dit zijn huisartsen die de officiële tarieven moeten aanrekenen en geen supplementen mogen vragen) heeft zich, door tot de overeenkomst tussen de geneesheren en de ziekenfondsen toe te treden, ertoe verbonden de sociale derdebetalersregeling in algemene regel toe te passen voor alle verstrekkingen inzake raadplegingen wanneer de patiënt daarom vraagt. De niet- geconventioneerde huisarts mag dezelfde procedure volgen. De datum van inwerkingtreding van die modaliteiten is 1 juli 2011.(2)

Vanaf 2015 zullen artsen en ziekenhuizen verplicht zijn om de derdebetalersregeling toe te passen bij personen met een chronische aandoening. Dit recht zal toegekend worden aan iedereen met het ‘statuut van chronische aandoening’. (3) Dit statuut wordt automatisch toegekend in bepaalde gevallen: als patiënten uitgaven voor geneeskundige verzorging hebben van minstens 300 euro per kwartaal, gedurende 8 opeenvolgende kwartalen of als patiënten de forfaitaire toelage van chronische ziekte genieten. Of indien patiënten een medisch getuigschrift binnen brengen dat ze lijden aan een weesziekte of zeldzame ziekte krijgen zij ook een 'statuut chronische zieke'.

De verhoogde tegemoetkoming zorgt ervoor dat bepaalde categorieën van rechthebbenden een lagere persoonlijke bijdrage (remgeld) betalen bij een ziekenhuisverblijf, een raadpleging van een arts, geneesmiddelen, etc.

Een verhoogde tegemoetkoming geldt voor de volgende categorieën van rechthebbenden (met inbegrip van hun echtgenoot/levenspartner en hun personen ten laste) voor zover hun inkomen een bepaalde grens niet overschrijdt:

1. De wezen, invaliden, gepensioneerden en weduwen (zogenaamde WIGW)
2. De gedurende minstens 1 jaar volledig werklozen ouder dan 50 jaar.
   De verhoogde tegemoetkoming geldt ook voor de volgende categorieën van rechthebbenden zonder inkomensvoorwaarde (met inbegrip van hun echtgenoot/levenspartner en hun personen ten laste):
3. Gehandicapte kinderen met een lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van ten minste 66
4. Rechthebbenden op het "leefloon" van het OCMW
5. Rechthebbenden op een gelijkaardige hulp van het OCMW
6. Personen die de inkomensgarantie voor bejaarden genieten
7. Rechthebbenden op één van de uitkeringen van gehandicapten volgens de wet van 27 februari 1987. (4)

Tevens kunnen raadplegingen en bezoeken van patiënten met code XX0/XXX (dus zonder verhoogde terugbetaling) ingediend worden via het systeem betalende derde indien betrokkene zich in een occasionele financiële noodsituatie bevindt (5)

Het is echter niet de bedoeling om deze bepaling toe te passen bij patiënten die zich toevallig in de onmogelijkheid bevinden om contant te betalen. (5)

Om te weten welke patiënten recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming kan men kijken naar de gegevens op de SIS kaart via een elektronische lezing of kijken naar het kleefbriefje van de mutualiteit waarop het laatste cijfer van de eerste code gerechtigde 1 is (=XX1/XXX) of naar een specifiek attest dat door de verzekeringsinstelling wordt afgeleverd. (2)

Vanaf 2015 zal ook stapsgewijs een systematische en administratief eenvoudige toepassing van de sociale derdebetalersregeling tot stand worden gebracht. (6)

1.3.3 Remgeld:

Het remgeld voor de rechthebbende op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming is vastgesteld op 1 EUR (met een globaal medisch dossier - GMD) of 1,50 EUR (zonder GMD) en op 4 EUR of 6 EUR voor de andere rechthebbenden (patiënten in financiële noodsituatie of met 'statuut chronisch zieke'). Deze toepassing is echter beperkt tot de eigenlijke raadpleging en dus niet verplicht tijdens een huisbezoek.(2)
Patiënten met verhoogde tegemoetkoming betalen dus minder remgeld dan ene patiënt die hier geen recht op heeft. Het remgeld voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming is ongeveer 10% bij de huisarts en 15% bij de specialist. Het remgeld voor patiënten zonder verhoogde tegemoetkoming bedraagt 25% van het totale bedrag voor raadpleging bij de huisarts, 35% voor een huisbezoek en, 40% voor een consultatie bij een specialist. (7)

1.4 MyCareNet:

MyCareNet is een centraal dienstenplatform dat gebruikt kan worden door individuele zorgverleners en instellingen om op een eenvoudige, betrouwbare en beveiligde manier informatie uit te wisselen met de ziekenfondsen (8)

De doelstellingen van MyCareNet zijn:

- Vereenvoudiging van de administratieve procedures.
- Modernisering van de informatie-uitwisselingen tussen de professionelen van de gezondheidszorg en de ziekenfondsen
- Creatie van nieuwe meerwaarden, zowel voor de zorgverlener/instelling als voor de begunstigde. (8)

De beschikbare MyCareNet-diensten voor de sector van de geneesheren zijn de volgende:

- De raadpleging van de verzekerbaarheid van de patiënt, die de zorgverlener toelaat de informatie te bekomen betreffende het statuut van de patiënt met het oog op een juiste facturatie van de verstrekkingen.
- Het doorsturen van de facturatie;
- De aanvraag van een akkoord in het kader van hoofdstuk 4 voor een patiënt.
- De raadpleging van de akkoorden in het kader van hoofdstuk 4 van een patiënt.
- Het beheer van het GMD recht van een patiënt.
- Het raadplegen van het GMD recht van een patiënt.
- Raadpleging van de tarieven.
- De inschrijving van de arts voor het beheer van het GMD (kennisgeving, afsluiting, verlenging)
- Het raadplegen van de lijst van patiënten waarvan de arts GMD houder is. (9)

De dienst verzekerbaarheid van de verzekeringsinstellingen (mutualiteiten) geeft de toelating aan elke instelling of zorgverstrekker om de informatie (verzekerbaarheid en afgeleide rechten) van de zorgbegunstigde te raadplegen om een correcte facturering in het kader van de derdebetalersregeling te kunnen uitvoeren. (9)

Via de implementatie van MyCareNet zullen zorgverleners en mutualiteiten op een eenvoudige en vertrouwelijke manier informatie kunnen uitwisselen, onder andere over het statuut van een patiënt, waardoor administratieve problemen en overlast weggewerkt worden (10)
Vanaf 2015 zal stapsgewijs een systematische en administratief eenvoudige toepassing van de sociale derdebetalersregeling tot stand worden gebracht. Hierbij zullen mechanismen worden voorzien om misbruiken te vermijden en te beteugelen. (11)

2 DOELSTELLING EN ONDERZOEKSVRAAG:

Het doel van dit onderzoek is om na te gaan hoe Vlaamse huisartsen de derdebetalersregeling ervaren, en meer bepaald:

- Op welke manier zij deze derdebetalersregeling toepassen in hun praktijk.
- Wat zij als voor- en nadelen van deze regeling definiëren.
- Hoe de barrières om de derdebetalersregeling toe te passen weggenomen kunnen worden.

3 METHODE:

3.1 Literatuurstudie:

In het kader van de literatuurstudie van deze Masterproef werd op een systematische manier naar publicaties gezocht via de zoekmachine PubMed.
Er werd gezocht in de Engelstalige literatuur waarbij gebruik werd gemaakt van onderstaande MeSH (Medical Subject Heading) termen.

- Third party payer
- Third party payment
- Cost sharing
- Paying health care
- Defensive medicine AND cost containment AND reform
- Payment system AND Belgium
- Third party payer AND primary care

Na preliminaire screening van de titels en abstracts werden in bovenstaande zoekstrategieën geen relevante artikels gevonden.
Als exclusiecriteria werden de volgende criteria gebruikt: artikels van minder dan 20 jaar geleden, alleen artikels over het Belgische derdebetalerssysteem. Met de focus op financiële toegankelijkheid, administratie en kennis van de huisarts over derdebetalersregeling.
Vervolgens werd in de databank CEBAM gezocht via onderstaande zoektermen.

- RIZIV
- Financiële toegankelijkheid
- Kennis huisarts → leverde 2 relevante resultaten op
- Derdebetalersregeling → leverde 1 relevant resultaat op

Met deze zoektermen werden nog steeds weinig bruikbare artikels gevonden, daarom besloot ik om ook informatie uit ‘grijze literatuur’ te halen via google. Met volgende zoektermen:

- toegankelijkheid gezondheidszorg → 2 relevante resultaten
- eigen bijdrage in de gezondheidszorg → 1 relevant resultaat
- forfaitaire geneeskunde → 2 relevante resultaten

Ook volgende websites werden geraadpleegd:

- Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting: www.armoedebestrijding.be
- RIZIV: www.riziv.be
- MyCareNet: www.carenet.be

Tevens werd via de techniek van “backward-citation” de referenties van de voorgaande scriptie over de derdebetalersregeling (De Roo, 2001) en geselecteerde publicaties gescreend.

3.2 Kwalitatief onderzoek:

Aan de hand van semi-gestructureerde interviews werd een antwoord op bovenstaande onderzoeksvragen (zie punt 2) gezocht. Deze interviews werden afgenomen bij huisartsen in de wachtkring van Mechelen.

Initieel werd vooropgesteld dat 5 tot 15 huisartsen geïnterviewd zouden worden. De onderzoekers hebben getracht een zo gevarieerd mogelijke huisartsenpopulatie te includeren. Het interview werd op een semi-gestructureerde manier afgenomen aan de hand van een topiclijst. Het gesprek werd opgenomen en op een later moment getranscribeerd. Deze teksten werden vervolgens geanalyseerd aan de hand van een protocolanalyse.
Uiteindelijk werden in het kader van dit onderzoek zes huisartsen geïnterviewd.

4 LITERATUUR:

4.1 Derdebetalersregeling: Toepassing door huisarts:

Er werd gekeken hoe frequent artsen de derdebetalersregeling toepassen. Er werden twee extremen gevonden, bijna één derde past de derdebetalersregeling nooit toe, terwijl bijna een kwart van de bevraagde artsen het dagelijks toepast. Ook zien we dat er ongeveer evenveel artsen zijn die de derdebetalersregeling zelden tot matig frequent toepassen als dat er artsen zijn die het zeer frequent toepassen. De artsen die de keuze 'niet van toepassing' aankruisten, zijn werkzaam in een forfaitaire praktijk (12)

4.2 Toegankelijkheid van de gezondheidszorg: Uitstel van zorg:

4.2.1 Financieel:

In 2004 moest 10,1% van de Belgische gezinnen medische hulp uitstellen omwille van financiële redenen.
Het percentage huishoudens dat medische hulpverlening uitstelt wegens financiële redenen, neemt geleidelijk aan toe. Bovendien vinden bepaalde populaties de weg naar de eerstelijnshulpverlening niet altijd en komen ze zo onnodig op de spoedgevallendienst of bij specialisten terecht. (13) Het is vaak de groep van sociaal zwakkeren (zoals o.a. niet-verzekerden, anderstaligen, allochtonen) die zijn toevlucht zoekt tot spoedgevallendiensten, ook wanneer eerstelijnszorg aanwezig is. (13)

Uit de gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid van 2008 blijkt dat 12% van de huishoudens in het Vlaamse gewest medische consumptie heeft moeten uitstellen. Dat percentage zit in stijgende lijn; in 2004 was dit slechts 6,2%. Tegelijkertijd dreigen minderheidsgroepen en sociaal zwakkeren meer en meer uit de boot te vallen, terwijl er bij hen de meeste gezondheidswinst te boeken valt. (13)

In de algemene steekproef van onderzoek uitgevoerd in de provincie Antwerpen werd vastgesteld dat 13,6% de voorbije twaalf maanden medische hulp heeft uitgesteld wegens financiële redenen. In de gezondheidsenquête van 2008 wordt 12% vermeld voor het hele Vlaams gewest. Dit percentage neemt toe, waardoor het Antwerpse resultaat redelijk zal aansluiten bij het Vlaamse. Wanneer we echter naar de leefloners kijken, stellen we vast dat 39,1% medische hulp heeft uitgesteld. In deze populatie vinden we bovendien het hoogste percentage terug van personen die geen vaste huisarts hebben. (13)

4.2.2 Demografisch:

Als we kijken naar demografische achtergrond, zien we dat allochtonen meer dan autochtonen zorg uitstellen omwille van financiële redenen. Alleenstaande ouders stellen ook meer uit. Kinderen die inwonen bij ouders of grootouders, kennen dan weer minder uitstelgedrag. Als we kijken naargelang leeftijd blijken veertigers en vijftigers zorg significant minder uit te stellen in vergelijking met jongeren. (13)

4.2.3 Sociaal economisch:

Volgens de sociaaleconomische achtergrond zijn werkzoekenden eerder geneigd om zorg uit te stellen. Zelfstandigen stellen het minst zorg uit. Ook het opleidingsniveau speelt een rol: wie geen diploma heeft of een diploma buitengewoon onderwijs, stelt zorg meer uit. Bij mensen met psychische problemen, slaapstoornissen en stress is de kans op uitstelgedrag groter. Wie kennis heeft van het derdebetalersysteem stelt zorg eerder uit dan wie geen kennis heeft. Dit verband lijkt op het eerste zicht niet logisch, omdat men zou verwachten dat wie kennis heeft van het stelsel niet geneigd is om zorg uit te stellen. Een logische verklaring zou kunnen zijn dat de kennis in dit geval eerder een indicator is van de financieel precaire situatie waarin men leeft. Wie zelf in financiële moeilijkheden zit, kent het systeem beter. Of men kan het systeem ook hebben leren kennen na een periode van uitstel van zorg. (13)
Uit onderzoek bij de Antwerpse populatie werd vastgesteld dat leefloners frequenter medische hulp uitstellen wegens financiële redenen dan de globale Antwerpse bevolking. Zij hebben ook minder vaak een vaste huisarts. Vooral alleenstaande ouders, huisvrouwen en -mannen, werkzoekenden, mensen die arbeidsongeschikt zijn, laagopgeleiden en allochtonen behoren tot de kwetsbare groepen in de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg. (13)

4.2.3.1 Inkomen:

Het inkomen waar de cliënt over beschikt, kan een belangrijke rol spelen in de beslissing om beroep te doen op gezondheidszorg. Vaak beschikken deze mensen over een inkomen dat niet of onvoldoende toereikend is om in de dagelijkse behoefte te voorzien. (14)

Ondanks het bestaan van een universele ziekteverzekering en het bestaan van veel sociale vangnetten verklaarde 14% van de huishoudens dat zij sommige gezondheidszorgen moesten uitstellen om financiële redenen. Dit percentage is toegenomen sinds het einde van de jaren negentig. Bovendien vertegenwoordigen de persoonlijke uitgaven van de patiënt 19% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg, hetgeen aanzienlijk hoger is dan het EU-15-gemiddelde van 15%. (15)

Bij het bepalen of iemand recht heeft op bepaalde tegemoetkomingen of voordelen bijvoorbeeld voor het bepalen van de drempel van de maximumfactuur, baseert men zich vaak op het inkomen van de betrokkene. Na interviews met patiënten merkt men hierbij op dat dit officiële inkomen sterk kan afwijken van het beschikbare inkomen wanneer kosten zoals onderhoudsgeld, afbetaling van schulden,… in rekening worden gehouden.
“Om van iets te kunnen genieten, wordt er altijd rekening gehouden met uw inkomen zoals het op uw belastingbrief staat, maar in praktijk heb je veel minder...” [De Keeting, Mechelen] (14)

4.2.4 Versnippering van de gezondheidszorg:

De versnippering van de medische hulpverlening in België geeft aanleiding tot een stijging van de kosten; de patiënt gaat bijvoorbeeld eerst naar de huisarts, wordt doorverwezen naar een specialist die op zijn beurt de patiënt doorverwijst naar een universitair ziekenhuis.
“Als er nog iets is, normaal gezien moet je eerst naar de huisdokter gaan voor je naar het ziekenhuis kunt, nog een probleem. Dan moet je eerst de huisdokter gaan betalen en dan kom je in het ziekenhuis en moet je daar nog eens betalen.” [DAK, Antwerpen] (14)

4.2.5 Mutualiteiten:

Voor de uitbetaling van de prestatiebriefjes zijn de ziekenfondsen de voorbije jaren overgeschakeld van uitbetaling aan het loket naar de uitbetaling via de bankrekening van de patiënt. Dit brengt met zich mee dat patiënten langer moeten wachten op de terugbetaling terwijl ze het geld nodig hebben voor bijvoorbeeld de aankoop van medicatie.
“In verband met de ziekenkas en de terugbetaling van de doktersbonnetjes: in de plaats van het in mijn hand uit te betalen, hebben ze het op mijn rekening gezet. Dat duurt drie tot vijf dagen voor ik het kan gebruiken. Dus intussen moest ik voor de rest op mijn kin kloppen, want ik had niets meer.” [DAK, Antwerpen] (14)

4.2.6 Kennis:

Uit een masterproef die peilde naar de kennis van de huisartsen over sociale dienstverlening en financiële tegemoetkomingen voor de patiënt (Broeckaert en Dr Troeyer, 2011) komen volgende resultaten naar boven:

Bij de vragen over de derdebetalersregeling werd er voornamelijk gepeild naar wanneer deze maatregel wettelijk mag worden toegepast. Daarnaast werd er nagegaan of de huisarts weet wanneer hij zijn geld ontvangt als hij de maatregel toepast.

De meerderheid van de huisartsen (78,5%) weet wanneer hij zijn geld ontvangt.

De toepassing van de derdebetalersregeling voor het afsluiten van een GMD is ook gekend door een 80% van de huisartsen. Minder goed gekend is of de patiënt de derdebetalersregeling mag eisen, 37,5% weet dit en maar 18,75% weet wanneer men de regeling mag toepassen bij werklozen. (12)

Gebrek aan kennis blijkt een belangrijk belemmering in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Wanneer mensen diensten of voordelen niet kennen, zullen ze er vanzelfsprekend ook geen beroep op doen. (14)

Het tekort aan informatie wordt door patiënten aanzien als een belangrijk obstakel voor een toegankelijke gezondheidszorg. Vaak is men niet of te laat op de hoogte van specifieke regelgevingen of diensten waar men een beroep kan op doen. Hierdoor bereiken de maatregelen vooral die mensen die over informatie beschikken en blijven de anderen in de kou staan.
Soms is het zo dat er over bepaalde thema's geen informatie beschikbaar is. Indien dit wel het geval is, gebeurt het vaak dat de informatie niet via het juiste kanaal ter beschikking wordt gesteld zodat de patiënten de weg ernaar toe niet vinden. Informatie die wel beschikbaar en bereikbaar is, blijkt dan niet altijd een antwoord te geven op de vragen of noden van de patiënt. (14)

4.2.7 Gevoelens:

Voor patiënten is het niet steeds vanzelfsprekend om om hulp te vragen. Gevoelens van stigmatisering, schaamte en onmacht kunnen hiermee gepaard gaan en een drempel voor de hulpverlening betekenen. (14)

4.2.8 Signalering:

Signalering van problemen rond onder andere financiële toegankelijkheid gebeurt vaak onvoldoende. Dit zou kunnen door prestatiedruk van de hulpverleners waardoor er geen tijd meer overblijft om andere zaken op te nemen buiten het curatieve of omdat huisartsen vaak onvoldoende de mogelijkheden binnen de sociale hulpverlening (sociale kaart) kennen of door de fierheid van de patiënt: de patiënt loopt niet te koop met zijn behoeftigheid. (14)

4.2.9 Afrekenen consultatie:

In de prestatiegeneeskunde ervaren enkele artsen toch een zekere schroom wanneer ze in bepaalde situaties naar geld moesten vragen. Ook merkten artsen dat ze het makkelijker vonden, na hun overschakeling naar het forfaitaire systeem, om soms even te wachten met het voorschrijven van medicatie en liever de patiënten terug te laten komen als de klachten niet verbeterden omdat de patiënt toch niet opnieuw moet betalen. Zo ziet men dat het betalen op het einde van de consultatie niet enkel een drempel kan betekenen voor de patiënt, maar ook voor de arts. (16)

4.3 Toegankelijkheid bevorderen:

4.3.1 Informeren:

Wanneer we de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg willen bevorderen, zullen we vooral de kwetsbare populaties beter moeten informeren over de verzekerbaarheid en hoe deze toegepast wordt. Wanneer hieraan voldaan wordt, zal het voor de huisarts ook gemakkelijker zijn deze kwetsbare groep op te vangen binnen de eerste lijn, zodat het gebruik van specialistische hulpverlening, die vaak niet nodig is, teruggedrongen kan worden. (13)

De aandacht van de overheid dient dan ook te gaan naar het inlichten van deze kwetsbare populatie over de organisatie van de gezondheidszorg met de nadruk op de toegankelijkheid van de eerste lijn. (13)

Wat de attitude van hulpverleners rond informatieverstrekking betreft, wordt de suggestie gedaan dat de hulpverleners meer tijd en moeite moeten nemen om correcte informatie te geven. Verschillende deelnemers benadrukken dat het recht op informatie –zeker in de gezondheidszorg– geen inhoudsloos begrip mag zijn. Om dit te verwezenlijken, zou de hulpverlener zich moeten inleven in de patiënt en zich afvragen hoe en welke informatie de patiënt zelf wenst. (14)

4.3.2 Verzekering:

Om gelijkheid na te streven binnen de medische hulpverlening blijken twee aandachtspunten belangrijk: enerzijds zoveel mogelijk inwoners binnen een verzekeringsstelsel opnemen, wat de toegang tot acute hulp opmerkelijk bevordert, maar ook het uitbouwen en toegankelijk maken van de eerstelijnszorg, wat een onmiddellijk effect blijkt te hebben op de kwaliteit van zorg. (13)

Voor deze mensen zal de aandacht in eerste instantie moeten gaan naar het voorzien van een ziekteverzekering indien deze ontbreekt en het toegankelijker maken van de eerste lijn. Een mogelijke indicator hierbij is het percentage met een vaste huisarts. (13)

4.3.3 Verhoogde tegemoetkoming:

Om de financiële toegankelijkheid te verbeteren zal de verhoogde tegemoetkoming van de ziekteverzekering vereenvoudigd worden om zo beter de doelgroep te kunnen bereiken. De toekenningsprocedure voor het derdebetalerssyteem voor gezinnen met lage inkomens zal sneller en eenvoudiger worden. En voor de kwetsbaarste patiënten, chronische zieken en rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, zal het systeem veralgemeend worden. Voor patiënten die een chronisch ziekte hebben, wordt verder een nieuw, voordeliger statuut gecreëerd dat rekening zal houden met de ernst van de aandoening en de daarmee gepaard gaande kosten. Om de gezondheidskloof te dichten en ter bevordering van de gezondheid, zal Vlaanderen ook de werking van de wijkgezondheidscentra in kansarme buurten versterken. (17)

4.3.4 Organisatie gezondheidszorg:

Regio's met veel huisartsen per inwoners hebben een gezondere populatie en verminderen het negatief effect van de sociale ongelijkheid. (18)

Het is aangewezen om te investeren in een gezondheidszorg die gericht is op eerstelijnshulpverlening en zo te proberen patiënten weg te houden van spoedgevallen. (19)

4.3.5 Infrastructuur en fysieke toegankelijkheid:

Een aspect van de toegankelijkheid van gezondheidszorg is onder andere een voldoende ruim aanbod van diensten en zorgstructuren zodat mensen niet onnodig lang moeten wachten. Dit heeft onder meer te maken met infrastructuur, beschikbaar personeel,… (14)

Een ander belangrijk aspect is de fysieke toegankelijkheid van diensten. Alhoewel de deur van de meeste diensten letterlijk ‘open’ staat, zijn hierop toch een aantal uitzonderingen. “Wij klopten aan de spoed en die deden niet open. ‘Neem uw GSM’, zei mijn man, ‘Ik ga telefoneren naar de spoed’, maar die pakte de telefoon niet op en wij stonden daar voor de gesloten poort!” [Vzw De Willers, Willebroek]. (14)

4.3.6 Toekomst:

Het is aanbevolen de verschillende mechanismen ter bevordering van de financiële toegankelijkheid tot de gezondheidszorgen en hun coherentie globaal te evalueren met de bedoeling zoveel mogelijk te harmoniseren en te vereenvoudigen, waarbij tegelijkertijd de best mogelijke bescherming gegarandeerd blijft; en het recht op het OMNIO-statuut zoveel mogelijk te automatiseren. (20)

4.4 Té laagdrempelige zorg:

Aangezien de patiënt in een forfaitaire praktijk niets moet betalen na de raadpleging, kan men veronderstellen dat de drempel tot consulteren lager zal zijn.
De andere kant van de medaille is dan weer dat een lage drempel overconsumptie in de hand kan werken, de zogenaamde ‘frequent attenders’. Artsen die forfaitair werkten bevestigden dat dit wel eens voorvalt.
Maar er werd ook meteen aan toegevoegd dat dit kan opgelost worden door een goede patiëntenopvoeding.
Citaat: “…vroeger zagen we toch minder kinderen met snotneuzen en zonder koorts, dan wachtten de mensen meer af…”
Citaat: “Het idee toch remgeld te moeten vragen omdat mensen anders misschien te vaak consulteren, vind ik onterecht! Als mensen te vaak komen, dan is dat een probleem dat bij de arts ligt, het is een kwestie van duidelijke afspraken maken en patiëntenopvoeding.”
Ook in dit geval kan het systeem van derde betaler een oplossing bieden in de prestatiegeneeskunde. (16)

De lage drempel tot consulteren, maakt echter wel dat sommige patiënten sneller (en vaker voor minimale klachten) beroep doen op de arts. Een goede patiëntenopvoeding is hier dan ook van cruciaal belang. (16)

4.5 Administratie:

Uit onderzoek waarbij men prestatiegeneeskunde vergelijkt met forfaitaire geneeskunde komen volgende bemerking over administratie naar boven.
Over een aantal onderwerpen zijn de artsen het eens: zo ervaren ze de administratieve rompslomp die gepaard gaat met het afrekenen op het einde van de consultatie, het uitwisselen van contant geld, enzovoort unaniem als belastend en niet meer van deze tijd.
Het comfort van een goede administratieve organisatie met secretaresse en het werken op afspraak werd door alle artsen als zeer positief ervaren. (16)

Door alle artsen (forfaitair werkend of per prestatie) werd het afrekenen op het einde van het consult als een tijdrovende en onnodig belastende handeling beschouwd.
Citaat: “Ik ben blij dat ik van die geldbeugel vanaf ben. Cash geld vragen is een middeleeuws systeem. Dat soort zaken zouden rechtstreeks via het ziekenfonds moeten gaan, zoals een soort derdebetalersregeling.”
Citaat: “Ik vind het niet onze taak als arts om ons met onnozele papiertjes bezig te moeten houden, we hebben wel betere dingen te doen.” (16)

Uit deze bevraging blijkt dat sommige artsen zich veiliger voelen als ze niet met minder geld op zak moeten rondlopen:
Citaat: “ik ben vroeger 2 of 3 keer aangevallen bij het verlaten van de praktijk, omdat ze dachten dat ik veel geld op zak had... nu we forfaitair werken, voelen we ons op dat vlak toch wat veiliger” (16)

Volgens alle artsen valt het administratieve werk in de forfaitaire geneeskunde veel beter mee dan in de prestatiegeneeskunde. (16)

4.6 Derdebetalersregeling:

4.6.1 Algemeen:

In 2011 werden slechts 32 % van de consultaties of huisbezoeken bij een huisarts in sociale derdebetaler afgerekend. (10)

Het aantal begunstigden blijft onder het geschat aantal potentieel rechthebbenden.
Hoewel het aantal rechthebbenden op 850.000 personen werd geschat in april 2008, hadden op dat moment slechts 147.508 personen dit statuut van verhoogde tegemoetkoming aangevraagd en gekregen.
Dat is minder dan 20 % van de potentiële begunstigden. Op 1 januari 2009 genieten 187.987 sociaal verzekerden van een verhoogde tegemoetkoming, maar dat blijft nog minder dan 25 % van de potentiële begunstigden. (20)

Vanaf 1 januari 2015 is de toepassing van de sociale derdebetalersregeling bij de huisarts verplicht voor wie recht heeft op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming of het 'statuut chronisch zieke'.
Er gaan steeds meer stemmen op om de derdebetalersregeling in eerste instantie te veralgemenen voor alle patiënten bij de huisarts en op langere termijn uit te breiden naar alle prestaties van zorgverstrekkers op de eerste (en tweede) lijn.
Dat zal in Frankrijk gebeuren vanaf 2017. (10)

4.6.2 Voordelen:

Uit interviews met kansarmen blijkt dat de regeling betalende derde door de participanten beschouwd wordt als een mogelijke oplossing voor betalingsproblemen bij de huisarts. Het biedt volgens hen heel wat voordelen, zoals het niet moeten voorschieten van het geld, minder administratieve problemen, minder verplaatsing, enz. (14)
“Nu moeten we telkens naar de mutualiteit lopen voor het attest te laten uitwisselen.” [Vzw De Willers, Willebroek]
“De regeling derde betaler is vooral voor mensen die het moeilijk hebben om te betalen en die zeggen ‘die 3 dagen dat wij moeten wachten op ons geld, voor ons is dat lang.’ En met dat systeem moet je niet meer wachten op uw geld.” [Vzw De Willers, Willebroek] (14)

Bij sommige artsen speelt een zekere schroom als het er op aan komt geld te moeten vragen. Zoals bijvoorbeeld bij het vaststellen van een overlijden, of als de arts het gevoel heeft niet tegemoet te zijn gekomen aan de wensen van de patiënt.
Voor vele artsen bleek het derdebetalerssysteem een goede oplossing voor patiënten aan wie ze anders in bepaalde situaties, door omstandigheden (armoede, frequente opvolging, etc…), moeilijker geld zouden durven vragen. (16)

Sommige mutualiteiten stellen een formulier ter beschikking dat de patiënt kan meenemen op consultatie om de arts te vragen een verklaring op te maken dat zijn patiënt het financieel niet breed heeft. (10)

4.6.3 Nadelen:

Toch wordt opgemerkt dat de artsen niet altijd even bereidwillig zijn om dit systeem toe te passen omwille van praktische problemen of omwille van onduidelijkheden over de toepassing. “Artsen in het algemeen zijn niet echt happig op die regel derde betalende. Vroeger met het mutualiteitsboekje konden zij zien aan het plakkertje dat uw lidgeld betaald was maar nu met de SIS-kaart gaat dat niet meer. Ze zeggen dat ze niet zeker zijn dat ze hun geld zullen krijgen.” [Vzw De Keeting, Mechelen]
Eén van de grote bemerkingen volgens patiënten in verband met deze regelgeving, is dat er toch weinig informatie is, zowel bij de huisartsen als bij de ziekenfondsen. (14)

Tijdens één van de gesprekken wordt een opmerking gemaakt in verband met de selectiviteit van de maatregel derde betalende: de maatregel kan namelijk toegepast worden voor personen met een bepaald statuut en/of in een door de wet omschreven situatie. Door de selectiviteit van de maatregel wordt een onderscheid gemaakt tussen groepen mensen wat stigmatisering in de hand

werkt. Er wordt gesuggereerd om deze ‘discriminatie’ weg te werken en iedereen op dezelfde manier te behandelen inzake toepassingsmodaliteiten.
“Het zou beter zijn moesten ze het systeem ook toepassen voor mensen die niet in die categorieën zitten. Ik wil afstappen van die "kastjes": als je op invaliditeit staat, krijg je dit voordeel, als je gaat werken of op den dop staat krijg je dat voordeel,... Als je naar een ziekenhuis gaat, wel dat ze gewoon het onderzoek doen en je enkel de opleg laten betalen.” [Vzw De Keeting, Mechelen] (14)

Patiënten die niet voldoen aan de voorwaarden moeten echter zelf vragen om de derdebetalersregeling toe te passen, wat voor mensen in een kwetsbare situatie niet steeds duidelijk of evident is en als stigmatiserend kan worden ervaren. Dus moet je volgens enkele patiënten eigenlijk mondig zijn en zeggen: hoe zit dat hier?
Uit de getuigenis van een patiënte blijkt: dat ze gebruik maakt van het sociale derdebetalerssysteem bij de huisarts maar dat ze vindt dat het mondigheid vergt om het te vragen. Het is dan zo alsof ik in een kastje zit en nu moet ik dat deurtje daarvoor openzetten. Dat geeft me geen goed gevoel. Aan de andere kant is het ook wel gemakkelijk. Je komt hetzelfde uit als wanneer je naar de ziekenkas gaat met je briefje. Maar als je in een situatie zit van ‘die 20 euro heb ik nu echt wel nodig om rond te komen’, verplicht die u wel van het van de eerste keer te vragen. Het is moeilijk om medische kosten voor te schieten. (10)

4.6.4 Verbeteringen:

De participanten pleiten er voor dat de regeling derde betalende voor alle specialistische zorgen voor tandzorg zou toegepast worden omdat de kosten hier vaak hoger zijn om voor te schieten dan de kosten bij de huisarts. (14)

Verder pleiten de deelnemers ervoor dat de toepassing van de regeling derde betalende goed wordt gecontroleerd. Dit omdat sommigen reeds geconfronteerd werden met misbruiken van het systeem.
“Mijn specialist die heeft geen huisbezoeken afgelegd bij mij. Die heeft wel de mutualiteit leeggepompt door mij doktersbriefjes te geven die ik zogezegd moest betalen. Ik moest eigenlijk niks betalen maar ik moest wel opschrijven dat het geld voor hem bestemd was. Hij paste dan het derdebetalerssysteem toe en betaalde zo zijn vakanties.” [Vzw De Keeting, Mechelen]. (14)

Er werd een vereenvoudigde en snellere toekenning van de verhoogde tegemoetkoming voor alle potentiële rechthebbenden voorzien. Daarenboven moet ook een pro-actieve flux ontwikkeld worden door de mutualiteiten met als doel om potentiële rechthebbenden op te sporen (op basis van gegevens van de fiscale administratie) en hen te contacteren met het oog op een mogelijke toekenning van het recht. (10)

4.7 Onderzoek van Leen de Roo:

4.7.1 Voordelen:

4.7.1.1 Financieel:

De maatregel betalende derde wordt algemeen beschouwd als een goede en noodzakelijke maatregel voor kansarme patiënten.
Het financiële aspect is geen belemmerd aspect meer tijdens de consultatie en de huisarts zal minder geremd zijn om een tweede huisbezoek uit te stellen.
Vroeger verleende elke arts individuele betalingsfaciliteiten aan patiënten in financiële nood, waardoor ze soms volledig gratis werkten voor bepaalde patiënten. Het voordeel is dat de artsen minder met cash geld op zak lopen. De betalingsproblemen die zich tijdens de wachtdienst voordoen kunnen makkelijk opgelost worden met de derdebetalersregeling.
Voor financieel kwetsbare patiënten is het een groot voordeel dat ze minder geld beschikbaar moeten hebben en niet moeten wachten op de terugbetaling.
Door de maatregel zijn er minder uit- of afgestelde consultaties.

4.7.1.2 Deontologisch:

Door de financiële drempel te verlagen wordt geprobeerd om de groeiende tendens om naar spoedgevallen te gaan in plaats van naar de huisarts tegengehouden (en zo de daaraan verbonden hogere medische kosten voor de maatschappij te verlagen). Maar de derdebetalersregeling alleen zal niet de hele problematiek rond de spoedgevallen kunnen oplossen.
Het gebeurt dat patiënten om financiële redenen kiezen voor een wijkgezondheidscentrum, de maatregel betalende derde zorgt er voor dat er meer vrije keuze is voor de patiënt.

4.7.2 Nadelen:

4.7.2.1 Financieel:

Door het toepassen van de derde betalers regeling gaat de huisarts een deel van zijn taak als 'gatekeeper' verliezen. Door deze regeling zullen financiële en daaraan verbonden sociale problemen onbesproken blijven.

In de praktijk blijkt het soms moeilijk voor een arts om de verzekerbaarheidscode van zijn patiënt te kennen zeker wanneer de patiënt geen kleefvignet bij zich heeft. De informatie of het vignet is niet altijd recent en daardoor niet in alle gevallen betrouwbaar. Het aflezen van een SIS- kaart zou hier een oplossing voor kunnen bieden.

Sommige respondenten vinden dat er nog gesleuteld moet worden aan het contact met de verzekeringsinstellingen om zo vlotter informatie uit te wisselen.
Eén van de nadelen volgens de huisartsen is dat er een lange periode is tussen de prestatie en de storting van de vergoeding hiervoor.
Bepaalde artsen durven bij financieel kwetsbare patiënten geen remgeld te vragen waardoor ze minder inkomsten hebben.

De derdebetalersregeling zal leiden tot een toename van de medische consumptie. Het gaat hier niet over misbruik, maar wel over prestaties die vroeger niet of te weinig aangerekend werden en nu rechtstreeks aan de mutualiteit zullen aangerekend worden. Hierdoor zullen de medische consumptie en de kosten voor de maatschappij toenemen.
De artsen waarschuwden voor het potentieel gevaar van meer misbruiken d.w.z. het aanrekenen van prestaties die niet uitgevoerd zijn.

Het nadeel is dat de patiënt minder verantwoordelijk wordt gesteld. Hij moet bijna geen geld meer opzij zetten voor de consultatie en gaat geen weet meer hebben van de eigenlijke kostprijs van de consultatie.

Sommige artsen vrezen dat het drempelverlagend effect te drempelverlagend zou zijn en dat er sprake van misbruik zou kunnen zijn door de patiënt. Artsen zouden voor het minste geconsulteerd worden. Indien er een negatieve evolutie ontstaat, moet deze tijdig een halt toegeroepen worden door de artsen.

De schroom van een patiënt om zijn financiële problemen toe te geven, zou belemmerend kunnen werken en ervoor kunnen zorgen dat de maatregel derde betaler niet wordt toegepast.

4.7.2.2 Deontologisch:

De bevraagde artsen vragen zich af waarom de derdebetalersregeling toegepast wordt bij de huisarten en niet op andere niveau's.

4.7.2.3 Administratief:

De vrees bij het invoeren van de derdebetalersregeling is dat de administratie naar de huisarts doorgeschoven wordt. Het contact aan de loketten van de mutualiteit zal verdwijnen, daardoor zou een hogere drempel kunnen ontstaan naar het ziekenfonds.
De administratie wordt als zeer belast beschouwd door de huisartsen. De administratieve procedure gebeurt schriftelijk, dit blijkt vooral een struikelblok te zijn voor de solopraktijken. De procedure wordt ook als tijdsintensief ervaren. Administratie mag zeker niet de hoofdtaak van de arts worden.
De deelnemende artsen waren het er toen over eens dat er door meer tijd te besteden aan administratie, er zou moeten ingeboet worden aan tijd voor de patiënten.
Door deze belasting lijkt de toepassing van de maatregel betalende derde bij alle patiënten niet haalbaar. Voor administratieve meerkost worden de artsen niet gehonoreerd.
Uit praktijkervaring blijkt dat patiënten vaak alleen nog maar een SIS-kaart bij hun hebben en dat ze denken dat deze SIS-kaart de kleefvignetten vervangt. Waardoor patiënten vaak geen kleefvignetten van de verzekeringsinstelling bij hebben.

4.7.3 Verbeteringen:

Een financiële vergoeding voor de artsen die de maatregel betalende derde toepassen kan een oplossing zijn voor de administratieve meerkosten.

Als voorstel wordt geoperd dat de verzekeringsinstellingen zelf patiënten persoonlijk moeten aanschrijven om hen te informeren over de derdebetalersregeling.

4.7.4 Valkuilen:

Ondanks de drempelverlagende voordelen lost deze maatregel de echte financiële problemen niet op. Die problemen zijn veel ruimer dan de betalingsproblemen bij de huisarts.
Ook de betalingsproblematiek in de tweedelijn en het feit dat de patiënt geen geld heeft om medicatie te kopen, wordt niet opgevangen door de derdebetalersregeling.

Volgens sommige artsen zijn er nog steeds patiënten die uit de boot vallen ondanks de invoering van de derdebetalersregeling. Bijvoorbeeld illegalen of mensen die niet in orde zijn met het ziekenfonds. Bovendien bevinden de problemen zich niet altijd bij mensen met een verhoogde tegemoetkoming. (21)

5 RESULTATEN

De zes geïnterviewde artsen zijn drie vrouwen en drie mannen. De drie vrouwen zijn tussen de 25 en 35 jaar, twee mannen zijn tussen de 30 en de 45 jaar en de andere mannelijke arts is 62 jaar. Eén arts werkt solo, twee andere allebei in een duopraktijk en de overige artsen in een groepspraktijk. Alle praktijken zijn gelegen in een stad of een verstedelijkt gebied. Alle arsten vinden dat ze veel patiënten hebben met een sociaal profiel. Ze passen de derdebetalersregeling toe bij 5 tot 25% van hun patiëntencontacten. Alle geïnterviewde artsen werken geconventioneerd.

5.1 Toepassing van de derdebetalersregeling:

Uit het Qualicopc onderzoek komen onderstaande resultaten in verband met derdebetalersregeling.

De meerderheid van de bevraagde artsen, ongeveer zestig procent, past de regeling betalende derde minsten eenmaal per werkdag toe. Negen procent past de regeling nooit toe. Eén vijfde van de artsen past de derdebetalersregeling minstens een keer per week maar niet elke dag toe.
De overige artsen passen de regeling minder dan een keer per week of minder dan een keer per maand toe (beide ongeveer 6%).

Veertig procent van de artsen heeft frequent tot bijna altijd consultaties met patiënten met financiële moeilijkheden. Ongeveer een vierde van de artsen heeft zelden tot nooit patiënten met financiële problemen op raadpleging. De overige artsen zien af en toe mensen in financiële moeilijkheden.

Uit de interviews komen volgende resultaten naar boven:
Alle artsen passen de derdebetalersregeling toe bij patiënten die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming. Zeker op raadpleging en ook op huisbezoek als ze weten dat die patiënten een verhoogde tegemoetkoming hebben.
Ze gebruiken de derdebetalersregeling ook allemaal voor het verlengen van het globaal medisch dossier.
De meeste artsen vermelden ook dat ze sinds enkele maanden de regeling toepassen voor mensen met een statuut van chronische ziekte.

De toepassing van de derdebetalersregeling gebeurt meestal op vraag van de patiënt. De artsen zullen dit niet weigeren als de patiënt recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming. Voor patiënten die geen verhoogde tegemoetkoming hebben zullen de meerderheid van de artsen de

financiële situatie van de patiënt nagaan. Indien de patiënt volgens de arts in een financiële noodsituatie verkeert zullen de meeste artsen hier ook de derdebetalersregeling toepassen. Dan moet de patiënt wel een verklaring ondertekenen dat hij in financiële nood is.

Sommige artsen vermelden ook dat het voor een deel van hun patiënten een gewoonte is geworden om te betalen via de derdebetalersregeling. Dit gebeurde vooral bij één van de artsen die een praktijk overgenomen heeft van een andere arts die veel via de derdebetalersregeling werkte. Ook was dit het geval in een groepspraktijk waarin één van de oudere artsen veel via de derdebetalersregeling afrekende, waardoor de patiënten dit dus bij de andere collega's ook verwachtten.

De helft van de artsen stelt de derdebetalersregeling zelf voor aan hun patiënten als ze merken dat deze patiënten in een financieel moeilijke situatie verkeren. Meestal is dit bij patiënten die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming.

De meerderheid van de geïnterviewde artsen zegt dat ze niet alle patiënten met een verhoogde tegemoetkoming spontaan het systeem van betalende derde aanbieden. Ze doen het vooral op vraag van de patiënt, uit gewoonte of bij een patiënt met financiële moeilijkheden.

Het remgeld dat gevraagd wordt varieert sterk van praktijk tot praktijk en van arts tot arts.
De meeste artsen die in een groepspraktijk werken vermelden wel dat er onderlinge afspraken gemaakt worden in de praktijk over het al dan niet vragen van het remgeld. Maar ze geven ook toe dat ze in bepaalde situaties de gemaakte afspraken niet altijd volgen.
De helft van de artsen vraagt uit principe altijd het remgeld ook al is dit maar een euro. Ze doen dit vooral zodat mensen beseffen dat een consultatie niet gratis is of omdat ze alle patiënten gelijk willen behandelen. Citaat: "*Uit principe, zodat mensen ook wel beseffen dat ze iets moeten geven, vraag ik het toch meestal wel. In de praktijk hebben we ook afspraken gemaakt om alle mensen gelijk te behandelen."* Andere artsen laten die ene euro dan weer gemakkelijk niet betalen omdat dat weinig invloed heeft op hun inkomen. Twee artsen merken in hun praktijk dat sommige patiënten het zelf heel belangrijk vinden om toch iets te betalen.

Op huisbezoek vragen de artsen meestal wel remgeld omdat dit vaak over een groter bedrag gaat. Tenzij ze weten dat de patiënt het financieel echt moeilijk heeft, dan laten ze het remgeld wel eens achterwege. Ook bij patiënten met het statuut van chronische ziekte wordt het remgeld meestal wel gevraagd.

Eén arts vermeldt dat ze in de praktijk een lijst bijhouden van patiënten met een verhoogde tegemoetkoming, 'statuut chronische ziekte' en financiële moeilijkheden. Deze lijst kunnen ze steeds raadplegen, zowel tijdens de consultaties als op huisbezoek. Desondanks blijft deze arts het moeilijk vinden om het juiste remgeld te vragen op huisbezoek omdat er zoveel verschillende situaties bestaan. Citaat: "*De patiënten met een verhoogde tegemoetkoming zijn zo'n beetje wel gekend hier, we houden ook een lijst bij. We hebben er ook een vergadering of twee aan gewijd om dat wat op punt te zetten. Het probleem van hoe veel remgeld juist is voor ons duidelijk een handicap, zeker op huisbezoeken omdat dat allemaal in verschillende categorieën zit.*"

5.2 Voordelen van de derdebetalersregeling:

5.2.1 Financieel:

Een van de grootste voordelen die door de meerderheid van de artsen wordt aangegeven, is het drempelverlagend effect van de derdebetalersregeling.
Patiënten durven vaker tot bij hun huisarts komen met hun problemen. Vroeger moesten sommigen wachten tot ze genoeg geld hadden om de consultatie te betalen. Het schrikt patiënten toch soms af om op consultatie te komen en te moeten betalen, omdat ze vaak niet juist weten hoeveel ze terugkrijgen.
Eén arts vermeldt dat ze soms patiënten heeft die bellen om te vragen of ze 'met een klevertje' kunnen betalen omdat ze anders geen geld hebben en bijgevolg niet op consultatie kunnen komen. Citaat: "*Voor patiënten denk ik dat de stap om naar de dokter te komen kleiner wordt. We hebben bijvoorbeeld ook patiënten die bellen en echt vragen of ze met een klevertje kunnen betalen, omdat ze anders niet kunnen komen. Dus dat is wel een van de voordelen, dat ze daardoor makkelijker tot bij ons komen, wat vroeger misschien niet zou gebeuren.*"
Eén andere arts past de derdebetalersregeling toe bij een jonge patiënte die buiten medeweten van haar moeder naar de praktijk komt, en dus ook moeilijk geld voor een consultatie kan vragen aan haar ouders. Dit valt eigenlijk buiten de voorwaarden voor de derdebetalersregeling.
Sommige artsen merken ook op dat niet alle patiënten goed kunnen inschatten wat belangrijk is en wat niet belangrijk is om mee langs te komen op consultatie. Daarom is het soms beter dat de drempel laag is en sommige patiënten misschien te vaak langskomen, hierdoor zullen belangrijke klachten niet gemist worden. Citaat: "*Diegenen voor wie het drempelverlagend is, zijn ook wel mensen die niet kunnen inschatten wat belangrijk en niet belangrijk is. Dus misschien is het wel beter dat die wat vaker langskomen.*"
De meeste artsen maken wel de kanttekening dat men moet oppassen dat de drempel voor de patiënten niet té laag gelegd wordt zodat ze ook niet onnodig veel beginnen te consulteren.

Voor de arts is het financiële voordeel vooral dat ze zekerder zijn van een vast inkomen. Vroeger betaalde de patiënt soms gewoon niet, terwijl ze nu toch het grootste deel betaald krijgen van de mutualiteit. Eén arts zegt dat je zo krijgt waar je recht op hebt.
Zo bleven er volgens een andere arts vroeger vaak veel onbetaalde briefjes liggen, intussen is dat aantal toch sterk gedaald.
Sommige artsen vinden dat ze via het derdebetalerssysteem ook zekerder zijn van hun inkomen tijdens de wachtdienst.
Enkele artsen halen ook aan dat het een voordeel is dat ze nu met minder cash geld moeten rondlopen op straat.
Eén arts vermeldt ook dat je via de derdebetalersregeling de confrontatie met het betalen mijdt op het einde van de raadpleging. Citaat: "*De mensen hebben niet genoeg geld bij, of ze beginnen te reclameren als ze moeten betalen, zeker de lagere klasse. Middenstanders maken daar nooit een probleem over, die vinden dat maar normaal.*"

5.2.2 Deontologisch:

Twee artsen denken dat met het invoeren van het derdebetalerssysteem dokterspraktijken even laagdrempelig zijn geworden als de wijkgezondheidscentra, waar iedereen zonder kosten kan langsgaan. Patiënten hebben nu de vrije keuze waar ze willen langsgaan.

5.2.3 Administratief:

Voor artsen ziet er niemand een voordeel op administratief vlak.
Voor hun patiënten daarentegen zien veel artsen wel voordelen. De patiënt heeft immers veel minder administratief werk met zijn betalingen bij de huisarts omdat ze niet meer naar de mutualiteit moeten gaan om hun geld terug te krijgen en ze moeten hun terugbetalingen niet meer opvolgen. Dit is vooral een voordeel voor oudere patiënten volgens enkele artsen. Die patiënten moesten meestal beroep doen op familie of vrienden om hun getuigschriften binnen te brengen bij de juiste mutualiteit.
Voor oudere patiënten en hun omgeving is het dus veel minder belastend als de artsen het geld rechtstreeks aan de mutualiteit vragen.
Sommige artsen vermelden ook dat ze in de rusthuizen het derdebetalerssysteem toepassen voor al hun patiënten, op die manier moeten ze de familie niet lastigvallen met betalingen.

5.3 Nadelen van de derdebetalersregeling:

5.3.1 Financieel:

Eén van de nadelen die alle artsen aanhalen is het té drempelverlagend effect van het derdebetalerssysteem. Ze vinden het allemaal goed dat de drempel laag gelegd wordt, voor sommige patiënten is dat zelfs noodzakelijk, maar ze merken op dat de drempel voor andere patiënten dan weer te laag ligt. Deze patiënten contacteren de arts dan vaak voor onbelangrijke dingen. Citaat: "*Anderzijds is het misschien ook wel drempelverlagend voor een briefje voor het werk. Als ze zeggen, het kost me zelfs niks om zo een dag congé aan te vragen, anders moet ik nog in mijn geldbeugel tasten. Dat kan ik mij wel inbeelden uit ervaring van vorige jaren dan. Dan moeten we met veel meer artsen zijn om dat allemaal nog te kunnen bolwerken.*"
Volgens een andere arts komen bepaalde bevolkingsgroepen plots heel frequent op consultatie in zijn praktijk omdat ze aan elkaar doorvertellen dat ze in zijn praktijk gewoon met een vignet van de mutualiteit kunnen betalen.
Enkele artsen vermelden wel dat ze dit probleem proberen te vermijden door hun patiënten goed op te voeden. Toch blijkt het in de groepspraktijken niet altijd even makkelijk om op één lijn te zitten. Ze proberen dit wel door afspraken te maken in de praktijk.

Een ander nadeel dat door de meeste artsen aangehaald wordt, is de overconsumptie.
Niet enkel door patiënten die vaker gaan langskomen omdat de drempel lager is, maar ook door artsen die meer consultaties gaan aanrekenen. Het gaat hier niet over misbruik, maar wel over consultaties die artsen vroeger niet aanrekenden en nu dankzij de derdebetalersregeling wel durven aanrekenen.
Bijvoorbeeld wanneer één familie met drie personen komt. Vroeger zou de arts niet durven om drie aparte consultaties aan te rekenen en zou hij er één of twee aanrekenen. Nu zit hij er niet mee in om drie vignetten van de mutualiteit te vragen en dus drie verschillende consultaties via de derdebetalersregeling aan te rekenen.
Een andere arts geeft toe dat hij zich sneller zal laten betalen voor een klein probleem of een heel korte consultatie, terwijl hij dat vroeger niet zou aanrekenen.
Nog een anders arts bemerkt dat er ook meer technische prestaties aangerekend worden. Vroeger liet men die technische prestaties wel eens vallen bij mensen met financiële moeilijkheden, nu is dat gemakkelijker aan te rekenen.
Diezelfde artsen merken ook op dat hierdoor de kosten voor de maatschappij volgens hen wel gestegen zullen zijn.

De meeste artsen vinden niet dat er door patiënten misbruik gemaakt wordt van de

derdebetalersregeling. Enkele artsen bemerkten wel dat de kans bestaat dat er door artsen misbruik wordt gemaakt van de derdebetalersregeling. Ze kunnen gewoon enkele vignetjes vragen aan patiënten en dan verschillende consultaties aanrekenen. Twee artsen vinden dat men gerust meer controles mag uitvoeren uitvoeren op het derdebetalerssysteem. De bevraagde arsten zeggen zelf geen misbruik te maken van dit systeem. Maar één arts merkte dit misbruik reeds op bij een vroegere collega. Citaait *“Ik heb al wel eens gemerkt dat sommige artsen er ook wel misbruik van maken, want die vragen een klevertje aan de patiënt terwijl ze eigenlijk geen consultatie hebben gedaan. Ja, die moest een voorschrift schrijven voor de moeder en vroeg dan een klevertje van die moeder maar rekent dan volgens mij een consultatie aan zonder iets te doen. Ja, eigenlijk is dat niet oké. Maar ja, dat gebeurt wel.”*

Twee van de bevraagde artsen vinden dat het wel lang duurt voor ze hun geld krijgen van de mutualiteiten. Dat is vooral een probleem bij beginnende artsen. De andere artsen merken dit wel op maar vinden het geen groot probleem dat ze even moeten wachten op hun geld.

Eén arts stoort zich eraan dat patiënten het maar zo evident vinden dat de derdebetalersregeling toegepast wordt. Een andere arts merkt op dat door het derdebetalerssysteem de waarde van zijn werk minder tot uiting komt. Hij vindt het spijtig dat mensen het gevoel krijgen dat een raadpleging maar één euro kost. Hierdoor wordt volgens hem de waarde van zijn consult in twijfel getrokken. Patiënten beseffen niet meer wat de gezondheidszorg werkelijk kost.

Er wordt best door de mutualiteiten niet te veel reclame gemaakt voor de derdebetalersregeling aldus één arts. Citaat: “*Het RIZIV gaat ook extra middelen moeten vinden als de mutualiteiten zo reclame blijven maken. Ik denk dat het beter is als de artsen zelf de situaties opsporen waar het nodig is, en dat de mutualiteiten niet te veel reclame er voor moeten maken. We weten wel min of meer hoe de mensen wonen en wat ze kunnen betalen denk ik.”*

Een andere arts vindt dat de mutualiteiten hun patiënten zeer slecht informeren. Ze sturen soms wel brieven om hun patiënten te informeren, zoals bijvoorbeeld over het statuut van chronische ziekte. Maar patiënten begrijpen vaak niet alles wat in de brieven van de mutualiteit staat of ze interpreteren het foutief. Het moet volgens die arts meer éénduidige informatie zijn die ook duidelijk is. Ook zijn andere collega's zijn volgens deze arts te weinig geïnformeerd over het derdebetalerssysteem. Als er vertegenwoordigers van de mutualiteiten langskomen op LOK vergaderingen kunnen zij vaak niet antwoorden op de vragen van de artsen. Zo blijven deze artsen met veel vragen over het derdebetalerssysteem zitten.

5.3.2 Deontologisch:

Enkele artsen merken op dat er bij sommige patiënten toch een zekere schroom bestaat om naar het derdebetalerssysteem te vragen. Sommige mensen voelen zich te gegeneerd om naar het systeem te vragen.
Citaat: "*Dat meisje, die was maar 16, maar ze vond het toch heel vervelend dat ik zo veel werk in haar stak en dat zij mij daar niks voor moest teruggeven. Zij had dat gevoel al op jonge leeftijd. Ik denk dat zij ook niet zo goed begreep dat ik uiteindelijk wel werd uitbetaald daarvoor."*
Een andere arts vertelt dat hij soms patiënten heeft die zelf weigeren om via derdebetalersregeling te betalen ook al hebben ze er recht op. Citaat: *"Ik heb een oud koppeltje, die op een klein appartementje wonen, en ik ga daar één keer per maand naar toe. Ze willen niet afrekenen via het derdebetalerssysteem, ze storten diezelfde dag nog via homebanking hun huisbezoek, want ze hebben ook geen geld in huis. Die staan daar op om te storten."*
Al bemerken alle artsen dat de meeste patiënten geen probleem hebben om naar de derdebetalersregeling te vragen.
De artsen hebben de indruk dat de meeste patiënten wel over hun financiële problemen durven praten. Ze vinden dat je daar als arts vooral zelf oog voor moet hebben, maar dat het niet hun taak is om de patiënt te begeleiden met zijn financiële problemen.

5.3.3 Administratief:

Het belangrijkste nadeel van de derdebetalersregeling dat door alle artsen aangebracht wordt, is de grote toename van het administratieve werk.
In de groepspraktijken wordt dit werk vaak door een secretaresse gedaan. De solo-artsen doen de administratie volledig zelf en steken hier toch veel tijd in. Eén solo-arts vermeldt dat zij er niet mee inzit om de administratie te doen, maar om de hoeveelheid administratie te beperken het derdebetalerssysteem enkel toepast bij patiënten die er volgens haar echt nood aan hebben.
Citaat: "*Vooral omdat ik het enkel toepas in die situaties waar ik denk dat het nuttig is. Ik stel het ook niet voor aan iedereen. Enkel aan de mensen waarvan ik denk die kan ik helpen. Of daar kan ik het mezelf makkelijker maken."*
Ondanks dat in groepspraktijken het meeste administratieve werk door een secretaresse wordt gedaan, blijven de artsen de administratie toch een barrière vinden om de derdebetalersregeling toe te passen voor patiënten. Ze moeten vaak een deel van de administratie zelf doen. De kostbare tijd van de secretaresse zouden ze liever voor andere bezigheden gebruiken. Een deel van het inkomen van de artsen gaat nu naar het afhandelen van de administratie door een secretaresse of een tarificatiebureau te betalen .

Om de administratie van de derdebetalersregeling correct te kunnen afhandelen moet er van elke patiënt een vignet van de mutualiteit aanwezig zijn op het getuigschrift. Alle artsen vermelden dat het niet altijd eenvoudig is om op tijd deze vignetten van hun patiënten te krijgen. Een goede patiëntenopvoeding is hierbij belangrijk. Het gebeurt frequent dat patiënten beloven om hun vignet zo snel mogelijk binnen te brengen, maar uiteindelijk blijven er nog regelmatig getuigschriften liggen die niet kunnen opgestuurd worden naar de mutualiteit omdat de artsen geen vignet hebben ontvangen.
Eén arts zegt dat hij durft te weigeren om de derdebetalersregeling toe te passen en gewoon vraagt om te betalen als ze geen vignet bij hebben.
Een andere arts merkt op dat er toch ook af en toe patiënten langskomen die niet verzekerd zijn, maar vaak nog een oud vignet afgeven. Deze getuigschriften komen dan terug van de mutualiteit en worden niet uitbetaald.
Enkele artsen halen ook aan dat er omwille van diverse redenen regelmatig getuigschriften terugkeren van de mutualiteit.

Twee geïnterviewde artsen werken om hun administratie te verminderen met een facturatiedienst. Eén arts werkte vroeger met een facturatiedienst, maar hij vond het te kostelijk en nu heeft zijn secretaresse het werk overgenomen. Zij die nu nog via een facturatiedienst werken, vermelden dat het zeer moeilijk is om hun facturen te controleren omdat ze zo onoverzichtelijk zijn.
Ze merken op dat hun geld in handen van externen ligt en dat ze daar zelf slechts een zeer beperkte controle over hebben. Ze denken dat ze het niet zouden merken moest er geld achtergehouden worden door die diensten. De indruk leeft ook dat ze minder langer op hun geld moeten wachten als ze het zelf rechtstreeks naar de mutualiteit zouden opsturen.

Een arts die werkzaam is in een groepspraktijk ondervindt vooral veel last met het vragen van het juiste remgeld op huisbezoek. Citaat: “*Het probleem van hoeveel remgeld we juist kunnen vragen, is voor ons duidelijk een handicap, zeker op huisbezoeken omdat dat allemaal in verschillende categorieën zit. Dat zou mogen geüniformeerd worden voor ons, want nu is dat hopeloos, we vragen soms denk ik verkeerde remgelden. In een groepspraktijk is het toch belangrijk dat je allemaal hetzelfde vraagt. Je vraagt nu soms wat de andere dokter heeft gevraagd omdat je het niet altijd weet. Ik heb dan wel een lijst mee op huisbezoek, maar het is ook niet altijd gemakkelijk om te weten tot welke categorie ze behoren.”*

Een van de andere nadelen die twee jonge artsen aanhalen is dat ze soms het gevoel hebben dat nog een kleine groep patiënten uit de boot valt. Patiënten die geen verhoogde tegemoetkoming hebben en niet in een financiële noodsituatie verkeren. Meestal proberen ze dat dan toch op te lossen door hen een formulier van financiële nood te laten ondertekenen. Ook al is dat op die moment niet volledig correct.

5.4 Verbeteringen op het vlak van de derdebetalersregeling:

5.4.1 Financieel:

Twee artsen vinden dat patiënten door de mutualiteiten toch beter zouden moeten geïnformeerd worden over de derdebetalersregeling. Het is belangrijk dat patiënten zelf weten dat ze achter de regeling kunnen vragen. De mutualiteiten zouden dit kunnen doen door folders en affiches te verspreiden, maar men moet wel opletten dat er daardoor niet onterecht naar gevraagd zal worden in de praktijk. Citaat: "*Ik denk dat alle patiënten zeker goed geïnformeerd moeten zijn. Het is belangrijk dat ze zelf weten dat ze er achter mogen vragen, bijvoorbeeld door folders te leggen of een affiche, zodat ze het wel kennen en weten wat het is."*
Er is ook nog veel verbetering mogelijk in het duidelijk en correct informeren van artsen over het derdebetalerssysteem bijvoorbeeld tijdens de LOK-vergaderingen aldus één arts.
Een andere arts merkt ook op dat het veel gemakkelijker zou zijn, moest er een uniform systeem bestaan voor de remgelden op huisbezoek. Nu is het te moeilijk om in elke specifieke situatie het juiste remgeld te vragen, daardoor wordt er vaak niets of een foutief bedrag gevraagd.

Volgens alle artsen die in een groepspraktijk werken is het belangrijk om duidelijke afspraken te maken in de praktijk en allemaal op één lijn te staan ten opzichte van patiënten. Om er voor te zorgen dat de laagdrempeligheid van de derdebetalersregeling niet leidt tot een té drempelverlagend effect of overconsumptie van de patiënt is een goede patiëntenopvoeding cruciaal.

Om overconsumptie of misbruik door artsen van het derdebetalerssysteem tegen te gaan, vinden de meeste artsen dat er meer controle mag zijn op de toepassing van het systeem.
Zo zou één arts het wel een goed idee vinden om patiënten mee het mogelijk misbruik in het oog te laten houden. Citaat: *"Eigenlijk zou het een oplossing zijn moesten patiënten in een overzicht van de mutualiteiten zien welke prestaties er voor hun zijn uitbetaald. Dat er toch een sociale controle is op dokters die er misbruik van maken. Zo kunnen ze ook zien wat er door het RIZIV en wat door hen betaald wordt. Zo beseffen ze misschien, ik ga niet gratis naar de dokter, de maatschappij draait er ook mee voor op."*

5.4.2 Deontologisch:

Alle artsen vinden dat er op deontologisch vlak weinig kan verbeterd worden. Ze vinden wel dat elke arts het gevoel moet geven aan zijn patiënten dat ze alles kunnen bespreken met hun huisarts. Zo zou men de schroom om erachter te vragen moeten wegnemen, samen met het goed informeren van de patiënten over het derdebetalerssysteem.

5.4.3 Administratief:

Alle artsen, of ze nu zelf hun administratie doen, een secretaresse hebben of met een facturatiedienst werken, zien veel mogelijkheden tot verbetering op administratief vlak. Ze pleiten allemaal voor een vereenvoudiging van de administratie, zodat ze zelf minder administratie moeten doen of de secretaresse ander en nuttiger werk kan doen. Ook moeten ze dan geen deel van hun inkomsten meer afstaan aan een tarificatiebureau. Alle artsen denken dat de administratie veel vlotter zou kunnen verlopen als het meteen elektronisch kan gebeuren, eventueel via het inlezen van een identiteitskaart tijdens de raadpleging. Citaat: *"Het zou veel gemakkelijker zijn moesten we het meteen kunnen ingeven in de computer en dan zou ook die betalingstermijn veel korter zijn."*
Indien alle gegevens meteen naar de mutualiteit kunnen doorgestuurd worden, wordt het administratieve werk veel verminderd en kan de uitbetaling aan de artsen sneller verlopen. Misbruik van het derdebetalerssysteem kan dan ook sneller worden opgespoord. Artsen zouden gemakkelijk en sneller kunnen nagaan of hun patiënten in aanmerking komen voor de derdebetalersregeling, op die manier zouden ze minder met onbetaalde getuigschriften blijven zitten.
Enkele artsen weten niet goed hoe ze dit elektronische systeem zouden toepassen op huisbezoek.

5.5 Derdebetalersregeling voor alle verzekerde patiënten?

De meerderheid van de bevraagde artsen ziet het wel zitten om de derdebetalersregeling uit te breiden, maar alleen als de administratie volledig geautomatiseerd kan verlopen voor alle patiënten. Citaat: *"Ik denk eens da we daar mee beginnen mag dat voor mijn part voor alle patiënten zijn. Maar dan moet het effectief elektronisch geregeld zijn dat het geen extra administratie geeft en dan mag dat voor mij allemaal zo zijn."* Het zou voor de patiënten gemakkelijker zijn want zij hebben geen administratie meer en artsen hebben minder cash geld op zak. Sommigen vrezen dan wel dat patiënten de werkelijke kosten van een doktersbezoek niet meer gaan kennen, en hopen ook dat het aantal consultaties hierdoor niet zal stijgen.
Citaat: *"Al vrees ik dat patiënten als ze nog maar één of vier euro moeten betalen voor een*

consultatie het besef van wat de reële kost is van een consultatie gaat verdwijnen. Dan gaan de kosten misschien nog stijgen."
Twee artsen vinden het geen goed idee om de regeling voor iedereen in te voeren. Ze vrezen dat er te weinig huisartsen zijn die het extra werk dat hierdoor zou ontstaan kunnen opvangen. Ze vinden het de taak van de mutualiteiten om te bepalen wie recht heeft op het derdebetalerssysteem en wie niet.
Eén van die artsen zou het echter wel zien zitten hierdoor de toegankelijkheid tot de tweede lijn geneeskunde bemoeilijkt worden. Citaat: " *Dus misschien als het zou kunnen helpen om de toegankelijkheid naar de tweede lijn te bemoeilijken, dan zou ik het goed vinden. Maar als er wat dat betreft niks ga gebeuren, nee dan zie ik niet in waarom we het zouden moeten doen."*

5.6 MyCareNet:

Eén geïnterviewde arts werkt sinds enkele weken met MyCareNet. Hij vindt het een enorme vooruitgang. Citaat: *"Mycarenet is een enorme vooruitgang omdat we dat nu kunnen nakijken, wie niet in orde is met zijn ziekenkas."*
Hij is zeer tevreden dat hij de verzekerbaarheid van zijn patiënt nu kan koppelen aan het rijksregisternummer. Andere artsen hebben er nog niet mee gewerkt maar staan er zeker voor open. Sommige kunnen MyCareNet gebruiken via hun elektronisch medisch dossier, maar hebben er nog niet mee proberen te werken.

6 DISCUSSIE:

6.1 Resultaten:

Het doel van dit onderzoek is om een antwoord te vinden op de vraag in welke mate huisartsen de derdebetalersregeling toepassen, wat voor hen de voor- en de nadelen zijn en op welke manier deze nadelen zouden kunnen gereduceerd of weggenomen worden.

Over de toepassing van het derdebetalerssysteem zijn de meeste artsen het eens. Ze proberen het zoveel mogelijk toe te passen bij de mensen die er recht op hebben.

Ook over de belangrijkste voor- en nadelen zijn de artsen het eens. Maar over andere, kleinere voor- en nadelen zijn de meningen meer uiteenlopend.

In vergelijking met het onderzoek van De Roo (2001) zijn er na verloop van tijd toch een aantal dingen veranderd.

De voordelen op financieel vlak zijn nog steeds hetzelfde gebleven. Vooral het drempelverlagend effect blijft een zeer belangrijk voordeel. De uitbreiding van de derdebetalersregeling naar patiënten in financiële nood of met een chronische ziekte heeft er voor gezorgd dat het drempelverlagend effect alleen maar is toegenomen. Er is geen volledig vrije keuze meer voor het toepassen van de derdebetalersregeling, waardoor er minder mensen uit de boot vallen dan vroeger.
De artsen zijn ook nog steeds tevreden dat ze hierdoor een stabieler inkomen hebben en met minder cash geld op straat moeten lopen.

Ook het voordeel op deontologisch vlak blijft hetzelfde, namelijk dat de concurrentie met de wijkgezondheidscentra volledig weggevallen is.

Op administratief vlak merken de artsen vooral een verbetering voor oudere mensen of chronisch zieke patiënten. Zij moeten niet meer steeds naar de mutualiteiten gaan voor hun terugbetaling.

Eén van de nadelen op financieel vlak dat zowel vroeger als nu aangehaald wordt is het té drempelverlagend effect van het derdebetalerssysteem. Het feit dat patiënten voor banale klachten komen consulteren of gewoon achter een briefje voor hun werk komen vragen. Daar is nog steeds geen echte oplossing voor gevonden. Ook de overconsumptie en het misbruik van het systeem zijn nadelen die aanwezig blijven en waar nog geen maatregelen tegen genomen zijn.

Een nadeel dat vroeger minder aangehaald werd maar nu toch wel telkens terug komt, is de tekortkoming van de mutualiteiten in het informeren van hun patiënten. Patiënten zouden meer en eenduidiger geïnformeerd moeten worden over de betalingsmogelijkheden, zonder ruimte voor vrije interpretatie.

De vrees die vroeger bestond, dat financiële problemen en de daaraan verbonden sociale problemen minder besproken zouden worden, is iets wat de geïnterviewde artsen momenteel niet als probleem ondervinden.

De schroom van patiënten om achter de derdebetalersregeling te vragen werd vroeger aangehaald als één van de struikelblokken. Volgens enkele artsen is die schroom nu nog steeds aanwezig maar bij een kleine minderheid van de patiënten.

Het grootste nadeel blijft de administratieve last van de derdebetalersregeling. Die vrees bestond reeds vroeger en die last blijkt nog steeds aanwezig te zijn. Al wordt er volgens de artsen niet ingeboet aan tijd voor de patiënten, zoals vroeger gevreesd werd. De administratieve last wordt vooral doorgeschoven naar een secretaresse of naar een tarificatiebureau. Alleen in de solo-praktijken blijft deze last vaak bij de artsen liggen, maar zij brengen dit na hun uren in orde.

Het probleem dat patiënten vaak vergeten om alsnog hun kleefvignetten van de mutualiteit binnen te brengen, blijft over verloop van de jaren even groot.

De veranderingen en uitbreidingen van de derdebetalersregeling de laatste jaren hebben nog niet veel van de problemen opgelost die meer dan tien jaar geleden ook al naar voor gebracht werden door artsen. Integendeel, er blijken op sommige vlakken zelfs nieuwe problemen te zijn ontstaan. Zoals bijvoorbeeld problemen met de facturatiebureaus en verwarring rond het juiste bedrag van het remgeld.

Al komen er uit de interviews wel enkele ideeën tot verbetering van de derdebetalersregeling naar boven, die in de niet al te verre toekomst toch doorgevoerd kunnen worden.

6.2 Sterktes en zwaktes:

De sterkte van dit onderzoek ligt in het feit dat er tijdens de interviews gepeild werd naar de persoonlijke mening van de verschillende artsen. De vragen werden gesteld aan de hand van een topiclijst, en afhankelijk van de antwoorden kon er dieper doorgevraagd worden door mezelf.

Er werd getracht een zo gevarieerd mogelijke populatie van artsen te interviewen en dat is vrij goed gelukt.
Een zwakte van het onderzoek zijn het beperkt aantal geïnterviewde artsen. Een grotere groep artsen had misschien een transparanter beeld gegeven over de voor- en nadelen en meer ideeën voor de mogelijke verbeteringen opgeleverd. De artsen kwamen ook allemaal uit dezelfde wachtkring, dus uit dezelfde regio. Er kan dus wel een verschil zijn met andere regio's in Vlaanderen.

6.3 Verbeteringen voor de praktijk:

Het is eerst en vooral belangrijk dat zowel patiënten als artsen goed geïnformeerd zijn over het derdebetalerssysteem. Het zou zeer nuttig zijn moesten patiënten in de wachtzaal geïnformeerd kunnen worden met folders en affiches. Er zou best ook een duidelijke brief naar alle artsen verzonden worden om ze te informeren. Natuurlijk moet er van de artsen hun kant zelf ook interesse zijn om bij te leren over de derdebetalersregeling, dit kan door bijvoorbeeld talrijker aanwezig te zijn op LOK-vergaderingen, wanneer iemand komt spreken over de derdebetalersregeling. Artsen zouden dan ook meteen beter kunnen geïnformeerd worden over het juiste bedrag van het remgeld.
Dit laatste zou zelfs nog beter kunnen mocht er een uniformer en duidelijker systeem voor het remgeld op huisbezoek komen. Zoals er reeds vaste bedragen zijn (afhankelijk van welk statuut patiënten hebben) voor het remgeld dat mag gevraagd word op consultatie. Op huisbezoek moet men nu met teveel verschillende factoren rekening houden, zoals bijvoorbeeld de leeftijd van de patiënt en of hij al dan niet een globaal medisch dossier heeft om het bedrag van het remgeld te bepalen.

Om misbruik van het systeem tegen te gaan, zouden er meer controles moeten gebeuren bij alle artsen. Of kan er een regeling getroffen worden waardoor de patiënten zelf mee kunnen controleren of er geen misbruik gemaakt wordt van hun kleefvignetten van de mutualiteit.

Op administratief vlak is er nog veel ruimte tot verbetering. Hier liggen ook de grootste frustraties van de artsen in verband met de derdebetalersregeling. Het zou veel gemakkelijker zijn voor alle artsen, of ze nu solo werken of een secretaresse hebben, moest de administratie volledig elektronisch kunnen gebeuren tijdens de consultatie. Zo kunnen artsen meer tijd besteden aan hun patiënten of verliezen ze geen deel meer van hun inkomen aan een tarificatiebureau. Of kan de secretaresse zich nuttiger bezighouden met het ondersteunen van alle artsen in de praktijk.
Artsen zouden dan ook perfect de verzekerbaarheid van hun patiënten kunnen controleren, zonder het vaak tevergeefs vragen naar vignetten van de mutualiteit.

Op huisbezoek zal dit systeem iets moeilijker verlopen, tenzij er een laptop of tablet meegenomen wordt.

Door de invoering van MyCareNet kunnen er al een aantal van bovenstaande problemen opgelost worden. Men kan de verzekerbaarheid van de patiënten raadplegen en de tarieven voor alle verschillende prestaties. Dit terzijl MyCareNet nog steeds in ontwikkeling is. Er was echter nog maar één van de geïnterviewde artsen die reeds met MyCareNet werkte. Hij was zeer tevreden van dit programma en de mogelijkheden hiervan. De andere artsen zagen het ook zitten om hier mee te werken maar waren er nog onvoldoende over geïnformeerd.

Indien de administratie volledig elektronisch kan verlopen, zien de meerderheid van de artsen het wel zitten om in de toekomst de derdebetalersregeling toe te passen voor alle verzekerde patiënten. Zelfs de artsen die echt weigerachtig staan tegenover een veralgemening zeggen dit niet te zullen blijven mocht het systeem echt eenvoudig toegepast kunnen worden en zo de drempel naar de tweedelijnsgeneeskunde verhoogd zou worden.
Er is nog wel een lange weg af te leggen voor die veralgemening mogelijk is. Eerst zal het elektronisch systeem moeten uitgetest worden voor patiënten die nu betalen via de derdebetalersregeling. Het zal ook tijd kosten tot alle artsen dit systeem onder de knie hebben. Daarna pas kan er een uitbreiding of veralgemening van het systeem overwogen worden.

7 BESLUIT:

De resultaten van het onderzoek tonen aan dat artsen de derdebetalersregeling wel toepassen, maar dat ze toch nog nadelen ondervinden. Er is volgens hen echter nog mogelijkheid tot verbetering. De bevraagde artsen vermelden dat de toepassing van de derdebetalersregeling vooral gebeurt op vraag van patiënten die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming. Soms stellen artsen de regeling ook zelf voor als ze merken dat hun patiënten in een moeilijke financiële situatie zitten. Over het al dan niet vragen van remgeld zijn de meningen van de artsen verdeeld.

De meerderheid van de geïnterviewde artsen zijn het erover eens dat het grootste voordeel van de derdebetalersregeling het drempelverlagend effect is. Ze merken dat patiënten met financiële moeilijkheden makkelijker tot bij hun huisarts durven komen.
Het grootste voordeel voor artsen is dat ze hierdoor zekerder zijn van een vast inkomen.

Als voornaamste nadeel wordt door alle artsen gewezen op de toename van het administratieve werk.
Eén van de andere nadelen die de meeste artsen vermelden zijn het té drempelverlagend effect van de derdebetalersregeling en de overconsumptie. Ook de beperkte of onduidelijke informatie van de mutualiteiten, zowel voor artsen als voor patiënten, is een nadeel dat wordt aangehaald bij sommige artsen.

De geïnterviewde artsen zien nog wel enkele mogelijkheden tot verbetering van het derdebetalerssysteem.
Zo vinden ze dat de mutualiteiten hun leden, maar ook de artsen beter en eenduidiger moet informeren over de regelgeving.
Maar vooral op vlak van administratie is er nog veel mogelijkheid tot verandering. Alle artsen zijn het erover eens dat de administratie veel vlotter zou verlopen moest die volledig elektronisch kunnen gebeuren.
Op dit moment wordt er door MyCareNet gewerkt aan een systeem om de facturatie van de derdebetalersregeling elektronisch te laten verlopen.

Op voorwaarde dat de administratie van de derdebetalersregeling volledig elektronisch zou kunnen verlopen staan de meeste artsen er wel voor open om het derdebetalerssysteem toe te passen bij alle verzekerde patiënten. Maar voor die stap kan gezet worden, zal er eerst nog verder onderzoek hieromtrent moeten gebeuren. En ook zullen alle artsen tijd nodig hebben om eerst vertrouwd te geraken met het elektronisch systeem.

8 DANKWOORD:

Langs deze weg zou ik graag iedereen willen bedanken die heeft bijgedragen tot de realisatie van deze masterproef.

In de eerste plaats denk ik hierbij aan Prof. Dr. Sara Willems die het promotorschap op zich nam samen met Lynn Ryssaert als co-promotor. Zij hebben mij enorm geholpen met het afbakenen van het onderwerp en zorgden er steeds weer voor dat ik niet in het onderwerp verdwaalde, maar steeds weer op het rechte pad kwam. Ik dank ook Jens Detollenaere voor de feedback bij het nalezen van mijn masterproef.

Ik wil ook zeker de artsen bedanken die bereid waren om zich te laten interviewen. Ze vertelden allemaal zeer oprecht en toonden veel interesse in het onderwerp.

Daarnaast wil ik ook mijn praktijkopleider bedanken om mij de voorbije twee jaar te begeleiden in mijn groeiproces als huisarts in opleiding. Maar ook mijn andere collega's, om mij de kans te geven om aan mijn masterproef te werken.

Ik wil ook mijn ouders en broer bedanken voor hun wijze raad en aanmoedigingen tijdens de voorbije maanden.

Tot slot bedankt ik Brecht voor zijn enorm geduld en onvoorwaardelijke steun in de moeilijkere momenten.

9 REFERENTIES:

(1) Koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot utvoering van artikel 53. Beschikbaar via: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1986101030&table_name=wet. Geraadpleegd 2013 november 7.

(2) RIZIV. Sociale derde betaler: veel gestelde vragen. Beschikbaar via: http://www.riziv.be/care/nl/doctors/specific-information/social_paiement/faq.htm. Geraadpleegd 2014 maart 25.

(3) Vlaams patiëntenforum. Wist je dat chronische zieken binnenkort recht zullen hebben op derdebetalersregeling? Beschikbaar via: http://vlaamspatientenplatform.be/nieuwsbrieven/item/wist-je-dat-1. Geraadpleegd 2014 maart 23.

(4) RIZIV. Veel gestelde vragen over omnio-statuut. Beschikbaar via: http://www.riziv.be/citizen/nl/medical-cost/general/omnio/faq.htm. Geraadpleegd 2014 maart 25.

(5) Christelijke mutualiteit. Regeling betalende derde huisartsen- handleiding voor zorgverstrekkers. Januari 2012 versie 2.

(6) ASGB-bestuur. ASGB-bericht2013.023/Het akkoord artsen-ziekenfondsen en de sociale derdebetalersregeling. Beschikbaar via: http://www.asgb.be/asgb-bericht2013-023het-akkoord-artsen-ziekenfondsen-en-de-sociale-derdebetalersregeling. Geraadpleegd 2014 maart 23.

(7) De Graeve D, Lecluyse A, Schokkaert E, et al. Eigen betalingen in de belgische gezondheidszorg. De impact van supplementen. Federaal Kenniscentrum voor de gezondheiszorg. 2006. p.20.

(8) Mycarenet. Beschikbaar via: http://www.carenet.be/nl/cin/TI/content/cin/technical_information/mycarenet. Geraadpleegd 2014 maart 2.

(9) Mycarenet. Beschikbaar via: http://www.carenet.be/nl/cin/IP/content/cin/sectors/doctor/Service.html?sector=doctor&service=. Geraadpleegd 2014 maart 2.

(10) Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting: Sociale bescherming en armoede: een bijdrage aan politiek debat en politieke actie. Tweejaarlijksverslag 2012-2013. p. 61, 73-74, 93.

(11) De vertegenwoordigers van de geneesheren (BVAS-ABSyM en Kartel-Cartel), De vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen. Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen 2013-2014. 2013 januari 23. p. 8.

(12) Broeckaert O., De Troeyer K. Sociale dienstverlening en financiële tegemoetkomingen voor de patiënt: hoe ver reikt de kennis van de huisarts? Academiejaar 2010-2011. p. 18-29.

(13) Philips H, Rotthier P, Meyvis L, Remmen R. Gebruik en toegankelijkheid van eerstelijnsgezondheidszorg. Huisarts Nu 2011; 40(8): 327-331.

(14) Maesenaar J. De.Toegankelijkheid in de gezondheidszorg: deelrapport 4:de toegankelijkheid van de gezondheidszorg gezien door mensen in armoede. 2003 februari 28.

(15) Vrijens F, Renard F, Jonckheer P et al. De performantie van het belgische gezondheidssysteem: rapport 2012. 2012. p.19.

(16) De Winter S. Forfait versus prestatiegeneeskunde. Academiejaar 2009-2010.

(17) Nationaal Sociaal Rapport 2012:België. p. 11.

(18) Schäfer W, Boerma W, Kringos D. et al.QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. BMC Family Practice 2011, 12:115. p.2.

(19) Heuvel A. van den, Aarendonk D, Groenewegen P, Maeseneer J. De.The European Forum for Primary Care and the European Commission consultation process on the European Workforce forHealth: some emerging messages. Quality in Primary Care 2009;17:307–9.

(20) Steunpunt tot bestrijding van armoede,bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting. Verslag armoedebestrijding 2008-2009: Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie. 2009 december 15. p. 4.

(21) De Roo L. De regel betalende derde voor ambulante verzorging door de huisarts in Gent. Universiteit Gent: Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen. Acadamiejaar 2000-2001.

10 BIJLAGE:

1. Attitude van huisarts tov derdebetalersregeling:
   Bij welke patiënten past u de derdebetalersregeling toe?
   Op welke manier past u de derdebetalersregeling toe?
2. Wat zijn volgens u de voordelen van derdebetalersregeling voor artsen en voor patiënten?
   - Deontologisch?
   - Financieel?
   - Administratief?
3. Wat zijn voor u barrières om het derdebetalerssysteem niet toe te passen? En wat zijn volgens u mogelijke barrières voor uw patiënten om naar derdebetalersregeling te vragen?
   - Deontologisch?
   - Financieel?
   - Administratief?
4. Op welke manier zouden deze barrières weggenomen kunnen worden?
5. Is het volgens u een goed idee om derdebetalersregeling in te voeren voor alle verzekerde patiënten?
   Waarom wel/niet?

Personengegevens:

- Man/vrouw
- Leeftijd
- Aantal jaar afgestudeerd als arts + aantal jaar werkzaam als huisarts
- Medische activiteit buiten huisartsenpraktijk

Kenmerken/organisatie van de praktijk

- Aantal artsen werkzaam (geassocieerd/haio's)
- Regio: stad/platteland?
- Achterstellingsgraad van de wijk? Sociaal profiel patiënten?
- Consultatie op afspraak of vrije raadpleging (uren)
- Aantal patiëntencontacten per week
- Aantal patiëntencontacten afgerekend via derdebetalersregeling
- Leeftijdsgrafiek patiënten
- Betalingswijze (cash/bankcontact/derdebetalersregeling/forfaitair)
- Geconventioneerd/Niet-geconventioneerd