

Vergoeding van zorgkosten in Frankrijk

Steller: Guido Smoorenburg, januari 2021

Nederland heeft een bijzonder systeem van zorgverzekering. De verzekering is in handen gegeven van private verzekeraars maar staat onder strakke regie van de overheid. In Frankrijk ligt de basis van de zorgverzekering bij de overheid. Maar het Franse systeem omhelst aanvullende verzekeringen die door private verzekeraars worden verzorgd. Daarmee is een complex systeem ontstaan. Waar men in Nederland met één verzekeraar te maken heeft is men in Frankrijk afhankelijk van het samenspel tussen de verplichte Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) en een Assurance Maladie Complémentaire naar keuze die niet verplicht is. De totale dekking van zorgkosten door beide Franse verzekeraars tezamen is minder inzichtelijk dan die van het Nederlandse systeem.

Tarifering zorgkosten

Frankrijk onderscheidt ten aanzien van de tarieven van zorgverleners (zoals artsen, ziekenhuizen, paramedici, etc.) drie categorieën. Dit onderscheid is van belang voor de vergoedingen van de zorgkosten die men kan verwachten. Het onderscheid wordt aangegeven met zorgverleners in Secteur 1, 2 en 3. De zorgverleners in Secteur 1 houden zich eigener beweging aan de tarieven die in samenspraak met de zorgverleners door de Franse overheid zijn vastgesteld. Die in Secteur 2 kunnen hogere tarieven hanteren (dépassement) maar slechts in redelijke mate. Wat redelijk is ligt vast. Degenen die in Secteur 2 worden geaccepteerd hebben met de overheid een contract 'responsable'. De zorgverleners in Secteur 1 en 2 worden met 'conventionné' aangeduid, zij richten zich naar afspraken met de overheid. Zorgverleners in Secteur 3 hebben geen contract met de overheid, zij bepalen hun tarieven geheel zelf, zij zijn non-conventionné. Zorgverleners zijn verplicht aan te geven in welke Secteur ze actief zijn.

Basis van de vergoeding van zorgkosten

Frankrijk voert de regie over de zorgverzekeringen, in aanzienlijke mate ook ten opzichte van de Assurance Maladie Complémentaire (AMC). De AMC wordt gewoonlijk ook wel aangeduid met Mutuelle maar de Mutuelle is eigenlijk een specifieke vorm van AMC op coöperatieve basis, zoiets als de Onderlinge in Nederland. Ik gebruik hier verder de gangbare term Mutuelle. De basis van de vergoeding van zorgkosten wordt door de Franse overheid, in samenwerking met de zorgverleners, vastgesteld. Deze 'Base de Remboursement' (BdR) wordt aan de zeer krappe kant gehouden. In principe vergoedt de CPAM daar dan weer slechts 60 a 70% van. In de meeste contracten gaat de Mutuelle ook uit van de door de overheid vastgestelde BdR en vult de Mutuelle de vergoeding van de CPAM aan tot de werkelijk gemaakte kosten, zij het met een maximum naar keuze van bijvoorbeeld 150 of 300% van de BdR. Het maximum is natuurlijk van invloed op de premie die men de Mutuelle betaalt. Met een 150% Mutuelle zijn de kosten van zorgverleners in Secteur 1 en die van de apotheken gedekt en zelfs kosten in Secteur 2 wanneer de zorgverlener zich matigt in de tarieven. Met 300% kan men zich vrijwel

geheel gedekt voelen voor de kosten in Secteur 2 gezien het *responsable* principe van de overheid bij de acceptatie van de zorgverlener in Secteur 2. Voor de zorgverleners in Secteur 3 is de situatie echter veel ongunstiger.

Vergoeding van kosten van zorgverleners non-conventionné in Secteur 3

De vergoeding van kosten berekend door zorgverleners non-conventionné in Secteur 3 is veel ongunstiger dan die in Secteur 1 en 2. Men zou kunnen stellen dat wanneer men een privé specialist of kliniek opzoekt men maar moet rekenen op hoge eigen kosten. Het kan echter gebeuren dat men naar een zorgverlener in Secteur 3 wordt verwezen door capaciteitsgebrek in de andere sectoren of dat men aangewezen is op een zeer intensieve behandeling die ver uitgaat boven de behandeling waarop de BdR is gebaseerd. Dit komt nog wel eens voor in de psychiatrie en revalidatie. Gelukkig is het aantal zorgverleners dat kiest voor Secteur 3 klein en dus is de kans klein dat u een zorgverlener in Secteur 3 treft. De vergoeding van de kosten in Secteur 3 is zeer laag omdat de overheid de BdR voor die sector heeft verlaagd tot 16% van de normale BdR. Heeft men dus een 300% Mutuelle en verwacht men daarmee goed gedekt te zijn dan is de totale vergoeding in Secteur 3 niet meer dan 300% van 16% van de normale BdR, ofwel ongeveer de helft van het basistarief terwijl het basistarief in geen verhouding zal staan tot de gedeclareerde kosten. Er zijn Mutuelles die hun vergoedingen niet strikt op de BdR baseren en daardoor een hogere vergoeding kunnen bieden. Maar dit zal men weerspiegeld zien in de premie. Eén van de oorzaken van een hogere premie ligt bij de overheid. Men beschouwt de vrijheid die de verzekeraar neemt ten aanzien van de verlaagde BdR als niet *responsable* en verdubbelt daarom de assurantiebelaasting. Treft u een zorgverlener non-conventionné (Secteur 3) vraag dan altijd vooraf een kostenopgave (devis)!

Vergoeding van 100% door de CPAM

Dit is een reeds bestaande regeling en een nieuwe in opbouw waarbinnen de CPAM zelf al tot 100% van de BdR vergoedt. Het gaat hier om langdurige ziekten van ernstige aard zoals kanker en aandoeningen met blijvende gevolgen zoals hart- en herseninfarcten, de zgn. *Affections Longue Durée (ALD)*, ook wel *Affections Exonérantes* genoemd. De vergoeding is 100% van het basistarief. De regeling wordt vaak eenvoudigweg aangeduid met Cent-Pourcent (valt u onder de Cent-Pourcent?). Treft u een zorgverlener in Secteur 2 dan kan de vergoeding niet toereikend zijn. Een Mutuelle kan dan weer aanvullen. De ALD-erkenning moet door uw zorgverlener na 5 jaar opnieuw worden aangevraagd.

Nieuwe regeling: Cent-Pourcent Santé

Recent is er stapsgewijs een regeling in werking gesteld waarbij men streeft naar meer zorgkosten die 100% kunnen worden vergoed door de CPAM zodat voor iedereen de toegang tot adequate zorg wordt vergroot. De nieuwe regeling is per 1-1-2021 in werking gesteld voor tandartsen, opticiens en audiciens. De regeling is tot stand gekomen in samenwerking met en akkoord bevonden door de Mutuelles.

In principe betekent deze regeling dat men voor een basisvoorziening kan rekenen op 100% vergoeding door CPAM en Mutuelle tezamen. De basisvoorziening moet behoren tot een goedgekeurd pakket en is natuurlijk geen luxe voorziening: een metallische kroon, geen keramische kroon voor kiezen uit het zicht, een eenvoudig, maar adequaat hoortoestel. De zorgverlener is verplicht u te informeren over de opties die binnen de 100% regeling vallen. Men is echter niet verplicht die zorg ook te leveren. Een opticien laat u zien welke bril onder de regeling valt maar kan van mening zijn dat een dergelijke bril niet past in zijn optiek van dienstverlening. Vraag de zorgverlener dus altijd vooraf of de optie Cent-Pourcent ook wordt geleverd! Valt een optie onder de goedgekeurde voorzieningen dan is uw Mutuelle verplicht de vergoeding van de CPAM tot 100% aan te vullen ongeacht de limiet van uw specifieke contract bij de Mutuelle!