

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2009-2010

1 MAART 2010

Wetsvoorstel ter veralgemening van de derdebetalersregeling

AMENDEMENTEN

Nr. 6 VAN MEVROUW KHATTABI

Art. 2

Dit artikel vervangen als volgt :

« Art. 2. — Het negende lid van artikel 53, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en gewijzigd bij de wetten van 22 februari 1998, 25 januari 1999, 24 december 1999, 26 juni 2000, 14 januari 2002, 27 december 2004 en 27 december 2005, wordt vervangen door de volgende bepaling :

« Het stelsel van de derdebetalersregeling is toegestaan voor het huisbezoek en de consultatie van huisartsen buiten een ziekenhuis. Voor de andere verstrekkingen bepaalt de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg en na advies van het Verzekeringscomité, de voorwaarden en regels voor het toestaan, verbieden of verplichten van het stelsel van de derdebetalersregeling. Iedere overeenkomst die afwijkt van de regeling die de Koning ter uitvoering van deze bepaling heeft uitgevaardigd, is nietig. »

Zie :

Stukken van de Senaat :

4-1425 - 2008/2009 :

Nr. 1 : Wetsvoorstel van mevrouw Temmerman.

4-1425 - 2009/2010 :

Nr. 2 : Amendementen.

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2009-2010

1^{er} MARS 2010

Proposition de loi généralisant le régime du tiers-payant

AMENDEMENTS

N° 6 DE MME KHATTABI

Art. 2

Remplacer cet article comme suit :

« Art. 2. — L'alinéa 9 de l'article 53, § 1^{er}, de la loi de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par les lois du 22 février 1998, du 25 janvier 1999, du 24 décembre 1999, du 26 juin 2000, du 14 janvier 2002, du 27 décembre 2004 et du 27 décembre 2005, est remplacé par la disposition suivante :

« Le régime du tiers payant est autorisé pour les visites et consultations de médecins généralistes effectuées en dehors d'un hôpital. Pour les autres prestations, le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Comité de l'assurance, les conditions et règles conformément auxquelles, pour les prestations de santé qu'Il détermine, le régime du tiers payant est autorisé, interdit ou obligatoire. Est nulle, toute convention qui déroge à la réglementation édictée par le Roi en exécution de la présente disposition. »

Voir :

Documents du Sénat :

4-1425 - 2008/2009 :

N° 1 : Proposition de loi de Mme Temmerman.

4-1425 - 2009/2010 :

N° 2 : Amendements.

Verantwoording

Het idee om de derdebetalersregeling te veralgemenen is edelmoedig, maar wellicht te ambitieus. De kosten zullen onvermijdelijk oplopen, aangezien de toegang tot zorgverstrekking breder wordt. Bovendien weet men dat een derdebetalersregeling aanleiding geeft tot misbruiken die onmogelijk volledig te controleren zijn.

Dit amendement strekt ertoe het huidige verbod op een derdebetalersregeling enkel voor het huisbezoek en de consultatie van huisartsen op te heffen. Dit verbod werd voor sommige gevallen al opgeheven, bijvoorbeeld voor wachtdiensten of personen met een laag inkomen.

Het gevolg van dit verbod is dat vele patiënten in plaats van naar de huisarts naar de dienst spoedgevallen van ziekenhuizen gaan, omdat zij daar niet meteen hoeven te betalen: de kosten worden er later aangerekend. Dit zorgt voor onnodige overlast bij de spoeddiensten, en voor aanzienlijke meerkosten ten gevolge van technische handelingen en diverse onderzoeken. Men heeft berekend dat eenzelfde zorgverstrekking gemiddeld vier maal duurder is in een ziekenhuis dan thuis.

Door de verschillende belemmeringen die vandaag bestaan voor het toepassen van de derdebetalersregeling in de huisartsengeneeskunde, wordt zij weinig gebruikt. Deze toestand dreigt in de komende jaren nog te verergeren wegens de daling van het aantal huisartsen, die steeds minder tijd zullen hebben om zich met administratieve taken bezig te houden. Dat is een van de redenen waarom de kwetsbaarste bevolkingsgroepen zich afwenden van eerstelijnszorg. De recente studie van het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg over de forfaitaire financiering die wijkgezondheidscentra hanteren toont heel duidelijk aan dat patiënten die in dit systeem worden verzorgd iets duurder zijn in de eerste lijn, maar over het geheel genomen goedkoper zijn voor de verzekering omdat er minder een beroep wordt gedaan op gespecialiseerde zorg en/of hospitalisatie. In het financieringssysteem van de wijkgezondheidscentra is de zorgverstrekking van huisartsen gratis, wat hen heel aantrekkelijk maakt voor arme mensen. Men kan er dus redelijkerwijze van uitgaan dat als het algemene stelsel financieel toegankelijker wordt, men meer gebruik zal maken van eerstelijnszorg en dat de totale kosten niet zullen stijgen, en misschien zelfs dalen.

Nr. 7 VAN MEVROUW KHATTABI

Art. 3 tot 7

Deze artikelen doen vervallen.

Verantwoording

Zie verantwoording van het amendement nr. 6.

Justification

L'idée de généraliser le tiers-payant est généreuse mais sans doute trop ambitieuse. Inévitablement, cela va avoir un coût puisque l'accessibilité aux soins est renforcée; de plus, on sait que le système du tiers payant génère des abus qu'il est impossible de contrôler totalement.

Le présent amendement a pour objectif de lever l'interdiction de la pratique du tiers payant existant actuellement uniquement pour les visites et consultations de médecine générale. Cette interdiction est déjà levée dans certaines situations comme les gardes, ou encore pour les personnes qui disposent de peu de revenus.

Cette interdiction a notamment pour effet que de nombreux patients se rendent dans les services d'urgence des hôpitaux plutôt que chez le généraliste parce qu'ils ne payent pas immédiatement; les soins sont facturés par la suite. Ce qui engorge inutilement les services d'urgence, et occasionne des surcoûts importants notamment en actes techniques, et examens divers. On estime que le même soin prodigué coûte en moyenne quatre fois plus cher à l'hôpital qu'à domicile.

Les diverses entraves existant actuellement pour l'application du tiers payant en médecine générale font qu'il est peu pratiqué. Cette situation risque de s'aggraver dans les années à venir, en raison de la diminution du nombre de généralistes qui auront de moins en moins de temps à consacrer à des tâches administratives. C'est un des éléments qui explique que les classes sociales les plus fragiles se détournent des soins de première ligne. La récente étude réalisée par le Centre d'expertise des soins de santé, sur le système de financement forfaitaire utilisé par les maisons médicales, montre de manière très claire que les patients qui sont soignés dans le cadre de ce système coûtent un peu plus cher au niveau de la première ligne mais coûtent moins cher, globalement, pour l'assurance, en raison d'un moindre recours aux soins spécialisés et/ou hospitaliers. Or, dans le système de financement des maisons médicales, les soins de médecine générale ne sont pas payants, ce qui les rendent particulièrement accessibles pour les personnes précarisées. On peut donc raisonnablement formuler l'hypothèse que, si l'accessibilité financière se voyait renforcée dans le système général, la première ligne serait plus utilisée et que les coûts globaux ne seraient pas augmentés, voire qu'ils pourraient même être diminués.

N° 7 DE MME KHATTABI

Art. 3 à 7

Supprimer ces articles.

Justification

Voir la justification de l'amendement n° 6.

Zakia KHATTABI.