

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2012-2013

18 DÉCEMBRE 2012

**Projet de loi portant des dispositions
diverses en matière d'accessibilité
aux soins de santé**

Procédure d'évocation

AMENDEMENTS

N° 1 DE M. IDE ET MME SLEURS

Art. 18

Remplacer cet article par ce qui suit :

« Art. 18. — À l'article 53, § 1^{er}, de la même loi, modifié par les lois des 22 février 1998, 25 janvier 1999, 24 décembre 1999, 26 juin 2000, 14 janvier 2002, 27 décembre 2004, 27 décembre 2005 et 19 décembre 2008, les modifications suivantes sont apportées :

1° Entre les alinéas 1er et 2, il est inséré un alinéa rédigé comme suit : « Pour les prestations visées à l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et effectuées par un médecin généraliste conventionné, le régime du tiers payant est obligatoire. Le Roi peut fixer les règles suivant lesquelles une interdiction d'appliquer le régime du

Voir :

Documents du Sénat :

5-1895 - 2012/2013 :

N° 1 : Projet évoqué par le Sénat.

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2012-2013

18 DECEMBER 2012

**Wetsontwerp houdende diverse bepalingen
inzake de toegankelijkheid van de
gezondheidszorg**

Evocatieprocedure

AMENDEMENTEN

Nr. 1 VAN DE HEER IDE EN MEVROUW SLEURS

Art. 18

Dit artikel vervangen als volgt :

« Art. 18. — In artikel 53, § 1, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 22 februari 1998, 25 januari 1999, 24 december 1999, 26 juni 2000, 14 januari 2002, 27 december 2004, 27 december 2005 en 19 december 2008, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° Tussen het eerste en het tweede lid, een lid invoegen, luidend : « Voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 2 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en uitgevoerd door een geconventioneerde huisarts is de derdebetalersregeling verplicht. De Koning kan de regels bepalen volgens dewelke aan

Zie :

Stukken van de Senaat :

5-1895 - 2012/2013 :

Nr. 1 : Ontwerp geëvoceerd door de Senaat.

tiers payant peut être imposée aux médecins généralistes individuels. »

2° Entre les alinéas 7 et 8, il est inséré un alinéa rédigé comme suit : « Dans le cadre de l'application obligatoire du régime obligatoire du tiers payant, les organismes assureurs sont tenus de payer les dispensateurs de soins concernés dans les cinq jours ouvrables. »

3° Après l'alinéa 9, il est inséré un alinéa rédigé comme suit : « Dans le cadre de l'application obligatoire du régime obligatoire du tiers payant, les organismes assureurs sont tenus de donner à tous les médecins généralistes qui disposent d'un logiciel de gestion du dossier médical informatisé, agréé par la Commission nationale médecins-hôpitaux, la possibilité de transmettre les attestations de soins donnés, et ce de manière automatisée via MyCarenet. Dans les cas où un traitement par le biais de MyCarenet est impossible, les médecins généralistes concernés disposent d'un délai d'un an pour introduire les attestations de soins donnés auprès des organismes assureurs. »

Justification

La généralisation du régime du tiers payant pour les médecins généralistes et pas pour les médecins spécialistes présente de nombreux avantages.

Le premier avantage est pour l'assurance maladie. En effet, le médecin généraliste retrouvera une place centrale et pourra assumer pleinement son rôle de garde. La volonté du gouvernement d'offrir à certaines catégories de patients la gratuité totale des visites chez un spécialiste produira l'effet inverse. Les patients auront tendance à s'adresser directement au médecin spécialiste, ce qui entraînera évidemment un surcoût. Un autre avantage est que l'on pourra, par exemple, porter le ticket modérateur de 1 à 2 euros pour les prestations de jour. Cela n'aura aucun impact en termes d'accessibilité. Tout le monde peut payer 2 euros pour une visite chez le médecin généraliste; ce n'est pas insurmontable, surtout quand on voit ce que certaines personnes sont prêtes à dépenser dans d'autres domaines, par exemple pour l'achat de cigarettes. Cette majoration du ticket modérateur permettrait de réaliser une économie de 14 millions d'euros sur base annuelle.

Si l'on fait le choix de porter le ticket modérateur à 5 euros pour les prestations du soir et à 10 euros pour les prestations de nuit et si l'on instaure un véritable ticket modérateur pour les urgences, ainsi que le sénateur Ide le suggère dans sa proposition de loi, on parviendra à réaliser une économie de 70 à 100 millions d'euros sur base annuelle. Et cette estimation ne tient pas encore compte de l'économie résultant de la limitation du nombre d'examens supplémentaires effectués aux urgences.

La mesure proposée est aussi dans l'intérêt du patient. Si le ticket modérateur est porté à 2 euros, il restera le seul montant dont le patient devra s'acquitter. C'est important en termes d'accessibilité, *a fortiori* quand on sait qu'il existe un groupe de patients qui ne relève pas de l'un ou l'autre statut particulier mais pour qui le paiement de l'intégralité des honoraires peut quand même représenter une lourde charge.

Enfin, la mesure présente des avantages aussi pour le médecin étant donné que celui-ci ne devra plus avoir autant d'argent sur lui, ce qui réduira le risque qu'il soit victime d'agressions, surtout lors de visites à domicile.

individuele huisartsen een verbod kan worden opgelegd om de derdebetalersregeling toe te passen.

2° Tussen het zevende en het achtste lid, een lid invoegen, luidend : « In het kader van de verplichte toepassing van de verplichte derdebetalersregeling zijn de verzekeringsinstellingen er toe gehouden de betrokken zorgverstrekkers uit te betalen binnen de vijf werkdagen. »

3° Na het negende lid, een lid toevoegen, luidende : « In het kader van de verplichte toepassing van de verplichte derdebetalersregeling zijn de verzekeringsinstellingen er toe gehouden een geautomatiseerde overdracht van de getuigschriften van verstrekte hulp via MyCarenet mogelijk te maken voor alle huisartsen die over een softwarepakket voor het beheren van hun elektronisch medisch dossier dat erkend wordt door de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen. In die gevallen waar een verwerking via MyCarenet onmogelijk is, beschikken de betrokken huisartsen over een termijn van 1 jaar om de getuigschriften van verstrekte hulp in te dienen bij de verzekeringsinstellingen. » »

Verantwoording

Een veralgemeende derdebetalersregeling voor huisartsen en niet voor specialisten kent vele voordelen.

Een eerste voordeel is er voor de ziekteverzekering. Door ons voorstel komt de huisarts terug centraal te staan en kan hij zijn rol als poortwachter ten volle uitspelen. Dat de regering het bezoek aan een specialist voor bepaalde groepen volledig kosteloos wil maken, gaat daar wat ons betreft diametraal tegen in. Dit zal er enkel toe leiden dat er meer direct naar de specialist gegaan wordt, wat uiteraard een meerkost met zich zal meebrengen. Bovendien laat dit ook toe om bijvoorbeeld het remgeld te verhogen van 1 naar 2 euro tijdens kantooruren. Dit zal geen invloed hebben op de toegang. Iedereen kan 2 euro betalen voor een bezoek bij het huisarts, dit is niet onoverkomelijk zeker als we zien voor welke andere uitgavenposten mensen soms wel nog geld hebben, bijvoorbeeld sigaretten. Het doorvoeren van deze verhoging kan op jaarbasis een besparing tot 14 miljoen euro op jaarbasis.

Indien er gekozen wordt voor een remgeld van 5 euro 's avonds en 10 euro 's nachts, met daaraan gekoppeld het uitvoeren van het wetsvoorstel van senator Ide dat een echt remgeld op de spoedgevallen wil invoeren kan dit op jaarbasis een besparing van 70 tot 100 miljoen euro opleveren. Bij deze berekening wordt nog geen rekening gehouden met de opbrengst van het beperken van het aantal overtallige onderzoeken op de spoedgevallen.

Het is ook in het belang van de patiënt. Immers zelfs met een verhoging van het remgeld tot 2 euro, is dit het enige dat hij/zij moet betalen. Dit is belangrijk voor de toegankelijkheid, zeker als we weten dat er een groep patiënten is, die niet het ene of het andere bijzondere statuut hebben, maar voor wie het betalen van het volledige honorarium toch een zware last kan zijn,

Ten slotte heeft het ook voordelen voor de arts die minder geld op zak moet hebben, waardoor hij of zij een minder aantrekkelijk doelwit wordt voor overvallen, zeker bij huisbezoeken.

Il va de soi qu'il faudra prévoir un contrôle pour pouvoir identifier et sanctionner les quelques personnes qui seraient tentées d'abuser du système.

N° 2 DE M. **IDE** ET MME **SLEURS**

Art. 31

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« L'avis visé à l'alinéa 1^{er} doit recevoir le soutien de la moitié au moins des membres visés aux 1^o, 2^o et 3^o de l'article 29 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. »

Justification

Afin de maintenir la concertation en matière d'assurance maladie, il faut éviter de prendre des décisions unilatérales. Le présent amendement instaure dès lors l'obligation de veiller à ce que chaque avis bénéficie du soutien de la moitié au moins des membres de chacun des groupes représentés au sein de la Commission nationale médico-mutualiste.

Vanzelfsprekend dient de controle te worden ingebouwd om die enkele mogelijke malafide personen die het systeem zouden misbruiken op te sporen en te sanctionneren.

Nr. 2 VAN DE HEER **IDE** EN MEVROUW **SLEURS**

Art. 31

Dit artikel aanvullen als volgt :

« Het in het eerste lid bedoeld advies moet minstens gesteund worden door zowel de helft van de leden bedoeld in 1^o, 2^o als 3^o, van artikel 29 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. »

Verantwoording

Om het overleg binnen de ziekteverzekering in stand te houden, is het aangewezen dat er geen eenzijdige beslissingen genomen worden. Vandaar dat dit amendement de verplichting invoert dat elk advies gesteund moet worden door minstens de helft van de leden van elk van de groepen vertegenwoordigd in de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen.

Louis IDE.
Elke SLEURS.