

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2012-2013

19 FÉVRIER 2013

Proposition de loi portant modification de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en vue de généraliser le régime du tiers payant

(Déposée par M. Louis Ide)

DÉVELOPPEMENTS

La proposition de loi a pour objectif de généraliser le régime du tiers payant dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé pour les médecins généralistes.

Plusieurs raisons plaident en faveur de l'instauration de cette généralisation.

Tout d'abord, l'auteur de la proposition de loi cherche à améliorer l'accessibilité des soins de santé en ne faisant payer aux patients que le ticket modérateur. Dans l'état actuel de la législation, le régime du tiers payant n'est accordé qu'à certaines catégories de patients défavorisés. L'auteur pense qu'une consultation médicale peut également représenter un coût important pour les personnes qui ne font pas partie de ces catégories fragilisées. En d'autres mots, le risque existe qu'au sein des catégories de personnes non protégées, des patients reportent pour des raisons financières les soins qui devraient leur être administrés, ce qui n'est évidemment pas l'objectif. Il faut toujours craindre le piège de la pauvreté. La distinction opérée entre divers groupes de patients augmente la surcharge administrative pour le prestataire de soins. Le tiers payant peut être généralisé très simplement par la voie électronique.

La deuxième raison concerne le prestataire de soins proprement dit. Nous entendons régulièrement le cas

BELGISCHE SENAAT

ZITTING 2012-2013

19 FEBRUARI 2013

Wetsvoorstel houdende wijziging van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen met het oog op de invoering van een veralgemeende derde-betalersregeling

(Ingediend door de heer Louis Ide)

TOELICHTING

Het wetsvoorstel heeft tot doel een veralgemeende derdebetalersregeling in te voeren in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor huisartsen.

Er zijn verschillende redenen voor de invoering van deze veralgemening.

In eerste instantie betracht de indiener van het wetsvoorstel de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verbeteren door alle patiënten enkel het remgeld te doen betalen. In de huidige stand van zaken van de wetgeving is dit enkel toegestaan voor bepaalde zwakke patiëntengroepen. De indiener meent dat ook voor mensen die niet tot een van deze groepen behoren, een doktersbezoek een grote kost kan zijn die moeilijk te dragen is. Met andere woorden ook in deze niet beschermde groep bestaat het gevaar dat patiënten, zorg omwille van financiële redenen gaan uitstellen wat uiteraard niet de bedoeling kan zijn. Men moet immer beducht zijn voor de armoedeval. De keuze voor bepaalde patiëntengroepen leidt tot meer administratieve overlast voor de zorgverstrekker. Een algemene regeling derde betaler kan eenvoudigweg digitaal doorgegeven worden.

Een tweede reden betreft de zorgverstrekker zelf. Regelmatig horen we dat zorgverstrekkers het slacht-

de prestataires de soins qui sont victimes d'actes criminels. Souvent, ils détiennent chez eux une somme d'argent considérable, surtout à la fin de leurs consultations. Si l'on ajoute à cela l'accès aisé à leur cabinet médical, ils deviennent une cible de choix pour les voleurs. Lors des visites à domicile en soirée ou pendant la nuit, les médecins courent le risque de se faire attaquer. L'auteur de la proposition est convaincu que les prestataires de soins seraient moins la cible d'attaques s'ils détenaient moins d'argent à leur cabinet ou sur eux.

La troisième raison est que ce système permettrait de diminuer fortement la concurrence entre les maisons médicales (où les patients inscrits ont droit à des soins gratuits) et les médecins généralistes. Les différents fonds Impulseo pourraient, ensemble, offrir un stimulant supplémentaire aux médecins pour les encourager à s'établir dans des quartiers défavorisés.

Le fait que le patient ne paiera finalement que le ticket modérateur le rendra plus enclin à se rendre chez le médecin généraliste. Grâce à cette réglementation qui promeut l'accès aux soins de santé de première ligne, nous accompagnons en quelque sorte le patient, d'abord chez le médecin généraliste.

Malgré les nombreux avantages de cette généralisation du tiers payant pour les médecins généralistes, l'auteur de la proposition de loi ne veut pas se contenter d'une instauration pure et simple. Il lui semble opportun de l'assortir d'une série de conditions importantes.

Tout d'abord, il faut des contrôles en suffisance pour vérifier la bonne application du tiers payant généralisé. Les prestataires de soins qui abusent du système et qui en augmentent ainsi les frais doivent être identifiés et sanctionnés. C'est le seul moyen de maintenir la réglementation.

De plus, la mesure ne peut pas causer des problèmes financiers aux médecins généralistes. En d'autres mots, il faut instaurer des garanties suffisantes qu'ils seront payés dans un délai raisonnable. Selon l'auteur de la proposition, la poursuite du développement de *MyCarenat* devrait permettre aux organismes assureurs de payer, sans difficulté aucune, les prestataires de soins concernés dans les cinq jours ouvrables. Les organismes assureurs devront également s'engager à traiter aussi vite que possible le traitement électronique des attestations pour les médecins qui disposent d'un DMI reconnu et qui l'utilisent.

Dans ce contexte, les médecins doivent aussi avoir la possibilité de retourner leurs attestations de soins aux mutualités dans un délai d'un an. Cela doit leur permettre de répartir la charge administrative, en particulier durant des périodes très chargées ou dans le

offer worden van criminele feiten. Vaak hebben ze redelijk wat geld in huis, zeker aan het einde van hun spreekuur. In combinatie met een vlotte toegankelijkheid worden zij aldus een mooi doelwit voor een overval. Ook 's avonds en 's nachts bij huisbezoeken bestaat het risico op een overval. Het is de overtuiging van de indiener van het voorstel dat, indien de zorgverstrekkers minder geld in huis of bij zich zouden hebben, zij minder snel het doelwit zullen worden van een overval.

Een derde reden is dat dit de concurrentie tussen medische huizen (waar ingeschreven patiënten recht hebben op gratis zorg) en huisartsen sterk zou verminderen. Samen met de verschillende Impulseo-fondsen zou dit een bijkomende stimulus kunnen bieden aan huisartsen om zich te vestigen in achtergestelde buurten.

Doordat de patiënt ten slotte enkel het remgeld dient te betalen zal hij sneller geneigd zijn naar de huisarts te stappen. Met deze regeling die de toegankelijkheid tot de eerste lijn bevordert, begeleiden we als het ware de patiënt eerst richting huisarts.

Ondanks de vele voordelen van deze veralgemeende derdebetalersregeling voor huisartsen wil de indiener van het wetsvoorstel dit niet zonder meer ingevoerd zien. Het lijkt hem aangewezen deze invoering te koppelen aan een aantal belangrijke voorwaarden.

Er moeten in de eerste plaats voldoende controles plaatsvinden op het al dan niet correct toepassen van de veralgemeende derdebetalersregeling. Zorgverstrekkers die misbruik maken van het systeem en er zo de kosten van opdrijven moeten opgespoord en bestraft worden. Enkel op die manier kan de regeling in stand worden gehouden.

Verder mag de maatregel de huisartsen geen financiële problemen bezorgen, met andere woorden er moeten voldoende garanties ingebouwd worden zodat zij binnen een redelijke termijn uitbetaald worden. Met de verdere uitwerking van *MyCarenat* kan het volgens de indieners van het voorstel geen probleem vormen voor de verzekeringsinstellingen om de betrokken zorgverstrekkers binnen de vijf werkdagen uit te betalen. Ook dienen de verzekeringsinstellingen er zich toe te verbinden om zo snel mogelijk werk te maken van deze elektronische afhandeling van de getuigschriften voor die artsen die over een erkend EMD beschikken en gebruiken.

In dit kader moeten de artsen ook de mogelijkheid krijgen hun getuigschriften pas binnen een termijn van 1 jaar binnen te brengen bij de ziekenfondsen. Dit moet het hen mogelijk maken de administratieve last te spreiden, zeker in zeer drukke periodes of op

cas où *MyCarenet* ne serait pas opérationnel pour une raison ou une autre.

Le prix réel d'une consultation doit lui aussi être clairement communiqué au patient. En effet, ce n'est pas parce que le patient n'a rien à payer que cela veut dire que consultation est gratuite. Cela signifie uniquement que la société a décidé de prendre ces coûts à sa charge. Le fait de communiquer le coût de la consultation n'a en aucun cas pour objectif de stigmatiser le patient, mais bien de lui faire prendre conscience des coûts de nos soins de santé dans l'espoir qu'il y ait recours de manière plus réfléchie.

C'est pourquoi l'auteur de la présente proposition trouve aussi important que l'introduction du tiers payant généralisé chez les médecins généralistes soit associée à une augmentation du ticket modérateur, augmentation qui serait modulable en fonction du moment de la consultation.

Ainsi, une augmentation du ticket modérateur de 1 à 2 euros pour une consultation pendant les heures ouvrables représenterait une économie de 14 millions d'euros par an, sans compromettre l'accessibilité aux soins de santé.

Si l'on porte 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 (1), on pourrait réaliser une économie annuelle de 70 à 100 millions d'euros. Et cette estimation ne tient pas encore compte de l'économie résultant de la limitation du nombre d'examens surnuméraires effectués aux urgences.

En résumé, l'auteur pense que l'introduction du tiers payant généralisé chez les médecins généralistes permettra d'appliquer une série de principes importants, comme l'accessibilité du médecin généraliste et le rôle central qu'il doit jouer dans notre système de soins de santé. Ces mesures pourraient être une contribution importante à la manière dont nous organisons nos soins de santé.

*
* *

(1) *Doc. parl.*, Sénat, n° 5-655 Proposition de loi modifiant l'article 122 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, du sénateur Louis Ide.

momenten dat *MyCarenet* om de ene of de andere redenen niet operationeel zou zijn.

Ook moet de werkelijke prijs van een raadpleging duidelijk meegedeeld worden aan de patiënt. Immers het feit dat de patiënt niets moet betalen, betekent niet dat het gratis is maar wel dat in dit geval de maatschappij beslist heeft om deze kosten op zich te nemen. Het meedelen van deze kostprijs heeft in geen geval tot doel de patiënt te stigmatiseren, maar wel om hem bewust te maken van de kosten van onze gezondheidszorg in de hoop tot een meer doordacht gebruik er van te leiden.

Vandaar dat het de indiener van dit voorstel ook belangrijk lijkt om de invoering van een veralgemeende derdebetalersregeling bij huisartsen te koppelen aan een verhoging van het remgeld, een verhoging die gemoduleerd wordt in functie van het moment van de raadpleging.

Zo zal een verhoging van het remgeld van 1 naar 2 euro voor een raadpleging tijdens de kantoren, zonder de toegankelijkheid in het gedrang te brengen, een besparing tot 14 miljoen euro per jaar opbrengen.

Indien dit remgeld nog verder wordt verhoogd tot 5 euro 's avonds en 10 euro 's nachts, met daaraan gekoppeld het uitvoeren van het wetsvoorstel (1) van senator Ide dat tot doel heeft een echt remgeld op de spoedgevallen in te voeren, 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.

Samengevat meent de indiener dat het invoeren van een veralgemeende derdebetalersregeling voor huisartsen een aantal belangrijke principes, zoals het meer centraal stellen van de huisarts in onze gezondheidszorg en het verzekeren van de toegankelijkheid, kan realiseren en bijgevolg een belangrijke bijdrage kan leveren aan de manier waarop wij onze gezondheidszorg organiseren.

Louis IDE.

*
* *

(1) Parl. St. Senaat 5-655 Wetsvoorstel tot wijziging van artikel 122 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008 van senator Louis Ide.

PROPOSITION DE LOI**Article 1^{er}**

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Art. 2

Dans l'article 53, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifiée en dernier lieu par la loi du 19 décembre 2008, sont apportées les modifications suivantes :

1° le premier alinéa est complété par la phrase suivante : « 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 tiers payant peut être imposée aux médecins généralistes individuels en cas de fraude. »;

2° l'alinéa 6 est complété de la phrase suivante : « 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° le paragraphe est complété par les phrases suivantes : « 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. »

WETSVOORSTEL**Artikel 1**

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

Art. 2

In artikel 53, § 1, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, laatst gewijzigd bij de wet van 19 december 2008, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° het eerste lid wordt aangevuld met de volgende zin : « 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 welke in het geval van fraude aan individuele huisartsen een verbod kan worden opgelegd om de derdebetalersregeling toe te passen. »;

2° het zesde lid wordt aangevuld met de volgende zin : « 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° de paragraaf wordt aangevuld met de volgende zinnen : « 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 een jaar om de getuigschriften van verstrekte hulp in te dienen bij de verzekeringsinstellingen »

Art. 3

La présente loi entre en vigueur six mois après sa publication au *Moniteur belge*.

21 décembre 2012.

Art. 3

Deze wet treedt in werking zes maanden na de bekendmaking ervan in het *Belgisch Staatsblad*.

21 december 2013.

Louis IDE.