

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

24 april 2018

WETSVOORSTEL

tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, teneinde voor de bezoeken en consulten inzake algemene geneeskunde, preventieve, bewarende en herstellende tandheelkundige zorg alsook psychologische en psychotherapeutische zorg, de kosten volledig door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging te doen dragen

(ingediend door
mevrouw Laurette Onkelinx c.s.)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

24 avril 2018

PROPOSITION DE LOI

modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, visant la prise en charge complète par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des visites et consultations de médecine générale, les soins dentaires préventifs, conservateurs et réparateurs ainsi que les soins psychologiques et psychothérapeutiques

(déposée par
Mme Laurette Onkelinx et consorts)

SAMENVATTING

Onze verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging biedt de bevolking nu al een doeltreffend vangnet. Toch lijkt het wenselijk de reikwijdte van die verzekering uit te breiden tot de eerstelijnsgezondheidszorg; al te veel mensen die het financieel moeilijk hebben, moeten immers afzien van heel wat medische zorg of die zorg uitstellen, omdat de kosten die ze zelf moeten betalen voor hen te hoog zijn.

Met dit wetsvoorstel wordt dus beoogd dat voor de bezoeken en consulten inzake algemene geneeskunde, preventieve, bewarende en herstellende tandheelkundige zorg alsook psychologische en psychotherapeutische zorg, de kosten volledig door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden gedragen, en dit voor alle burgers.

RÉSUMÉ

Bien que notre assurance obligatoire soins de santé offre déjà un filet de sécurité efficace à la population, il apparaît cependant souhaitable d'élargir le champ de ses prestations au niveau de la première ligne. En effet, un trop grand nombre de personnes devant faire face à une situation financière difficile doivent reporter, ou renoncer à, bon nombre de soins médicaux car ils ne peuvent pas supporter le coût qui est mis à leur charge.

La présente proposition de loi vise donc à permettre que les visites et consultations de médecine générale, les soins dentaires préventifs, conservateurs et réparateurs ainsi que les soins psychologiques et psychothérapeutiques soient totalement pris en charge par l'assurance obligatoire soins de santé pour l'ensemble des citoyens.

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti Socialiste
MR	:	Mouvement Réformateur
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	:	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	:	centre démocrate Humaniste
VB	:	Vlaams Belang
PTB-GO!	:	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture
DéFI	:	Démocrate Fédéraliste Indépendant
PP	:	Parti Populaire
Vuye&Wouters	:	Vuye&Wouters

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:

DOC 54 0000/000:	Parlementair document van de 54 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV:	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV:	Beknopt Verslag
CRIV:	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN:	Plenum
COM:	Commissievergadering
MOT:	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 54 0000/000:	Document parlementaire de la 54 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA:	Questions et Réponses écrites
CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV:	Compte Rendu Analytique
CRIV:	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN:	Séance plénière
COM:	Réunion de commission
MOT:	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen:
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.dekamer.be
e-mail : publicaties@dekamer.be

De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes:
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.lachambre.be
courriel : publications@lachambre.be

Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

1. Belang van de bestaande sociale zekerheid

De sociale zekerheid beschermt thans bijna de hele bevolking tegen de risico's van het leven. Die regeling vormt een bijzonder doeltreffend vangnet, meer bepaald bij ziekte. Bijna 99 % van de burgers hebben recht op uitkeringen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging of op medische bijstand. Onze sociale zekerheid moet daarom echt worden beschermd, in het bijzonder de regeling inzake verzekering voor geneeskundige verzorging. Die verzekeringsregeling moet wel nog worden verbeterd om een echte universele dekking mogelijk te maken en om voor alle burgers toegankelijker te worden. Bovendien doen de door de regering-Michel opgelegde forse besparingen (verhoging van het remgeld voor consulten bij sommige specialisten, indexering van de maximumfactuur, verhoging van de prijs van bepaalde geneesmiddelen in de apotheek enzovoort) twijfel en onzekerheid rijzen over de toegankelijkheid van de zorg én over de kwaliteit ervan.

2. De ongelijkheid in verband met gezondheid neemt toe; mensen die het financieel moeilijk hebben, zijn er de dupe van

Hoewel we ons nog gelukkig mogen prijzen over de bestaande ruime dekking van de gezondheidszorg, moeten we ook een andere realiteit onder ogen zien: er is nog steeds ongelijkheid inzake zorg.

Momenteel stelt één op vijf Belgen geneeskundige zorg uit omdat de betrokkenen daar de financiële middelen niet voor hebben. De "Interfederale Armoedebareometer" geeft aan dat in 2013 15,4 % van de in gezinsverband levende mensen een verhoogd armoederisico had en/of dat één van de gezinsleden het jaar ervoor om financiële redenen geneeskundige zorg heeft moeten uitstellen of ervan heeft moeten afzien. In 2014 liep dat cijfer op tot 19,2 %, in 2015 tot 19,6 % en in 2016 tot 19,5 %.

In de huidige stand van zaken dragen de patiënten zelf bijna 18 % van de totale gezondheidszorguitgaven. Dat cijfer blijft te hoog. Hoewel veel van die zorghandelingen nog steeds (vrijwel) integraal worden terugbetaald door onze verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, stellen sommige mensen die zorg uit of zien ze er gewoon van af, louter omdat ze de medische kosten meteen moeten betalen en vervolgens wachten op terugbetaling door hun ziekenfonds. Vooral tandzorg,

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

1. Importance de la sécurité sociale aujourd'hui

Aujourd'hui, grâce à notre sécurité sociale, la quasi-totalité de la population est protégée contre les aléas de la vie. La sécurité sociale constitue en effet un filet de sécurité très efficace, notamment face à la maladie. Près de 99 % des citoyens bénéficient ainsi actuellement des prestations de l'assurance obligatoire soins de santé ou de l'assistance médicale. Notre sécurité sociale et en particulier notre système de soins de santé doit donc être protégée à tout prix même si ce dernier doit encore être amélioré pour permettre une réelle couverture universelle et pour renforcer son accessibilité pour l'ensemble des citoyens. De plus, aujourd'hui, les économies importantes (augmentation du ticket modérateur des consultations chez certains spécialistes, indexation du maximum à facturer, augmentation du prix de certains médicaments en pharmacie, etc.) imposées par le gouvernement Michel font planer une ombre et des inquiétudes tant sur l'accessibilité aux soins que sur la qualité de ceux-ci.

2. Des inégalités qui vont en s'accroissant au niveau de la santé au détriment des personnes connaissant des problèmes financiers

Si l'on peut encore, fort heureusement, se féliciter de cette large couverture actuelle en matière de soins, ce chiffre ne doit néanmoins pas masquer une autre réalité: les inégalités en matière de santé persistent.

Un belge sur cinq reporte aujourd'hui encore des soins faute de moyens. Selon le baromètre interfédéral de la pauvreté, le taux de personnes qui vit dans un ménage confronté à un risque de pauvreté accru et/ou dont un des membres a dû reporter ou annuler des soins de santé au cours de l'année écoulée pour raisons financières s'élevait en 2013 à 15,4 %, en 2014 à 19,2 %, en 2015 à 19,6 % et en 2016 à 19,5 %.

La contribution personnelle des patients s'élève aujourd'hui à près de 18 % des dépenses totales de santé. Cela reste trop élevé. Et si bon nombre de ces soins sont encore intégralement ou quasi intégralement remboursés par notre assurance obligatoire soins de santé, le simple fait de devoir avancer des frais médicaux et de devoir attendre un remboursement par leur mutualité amène certaines personnes à reporter, voire à renoncer purement et simplement à, ces soins. Les

aankoop van geneesmiddelen en consulten bij de huisarts worden om financiële redenen uitgesteld. Het maakt niet uit of de verzekerde dan wel diens kinderen deze zorgverstrekingen behoeven: een dergelijk uitstel kan niet door de beugel.

De indieners van dit wetsvoorstel menen dat de financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in geen geval in het gedrang mag komen omdat een patiënt de consultkosten niet meteen kan neertellen en/of het remgeld niet kan betalen. Dat pijnpunt moeten we kunnen wegwerken.

3. Het remgeld: een probleem

In België betalen de ziekenfondsen de kosten van consulten en medische zorg grotendeels terug. Toch worden de patiënten met twee problemen geconfronteerd: ze moeten de zorg- en honorariakosten “voorschieten” voordat het ziekenfonds hen terugbetaalt, en de ziekenfondsen betalen de gemaakte kosten niet integraal terug (na de terugbetaling door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging is een deel van de kosten immers ten laste van de patiënt – het “remgeld”).

Dat remgeld werd aanvankelijk ingesteld om de patiënten te “responsabiliseren”: het was de bedoeling overconsumptie van zorg die strikt genomen niet onontbeerlijk is, tegen te gaan. Om meerdere redenen blijkt die maatregel evenwel niet heel doeltreffend te zijn: zo werkt die niet ontradend voor wie méér middelen heeft; tegelijk kan het een belemmering zijn voor behoeftigen.

Bruno Fantino wijst op het volgende: *“Freiner l'accès aux soins via le ticket modérateur, c'est parfois différer l'apparition d'une dépense plus importante, c'est accroître les inégalités entre ceux qui disposent d'une assurance complémentaire pouvant le prendre en charge et ceux qui ne peuvent pas y souscrire, c'est transférer la dépense de médecine de ville vers la dépense hospitalière.”*¹

Volgens de indieners van dit wetsvoorstel is het derhalve onontbeerlijk dat de verplichte derdebetalersregeling veralgemeend kan worden toegepast. Die vooruitgang moet echter in goede omstandigheden worden verwezenlijkt, zowel voor de patiënten en de verzekeringsinstellingen als voor de zorgverstrekkers. Met die bedoeling werd het wetsvoorstel ter veralgemening van de derdebetalersregeling ingediend (zie DOC 54-0834/001).

¹ Le système de santé en France: Diagnostic et propositions, Bruno Fantino, 2008, blz. 256.

premiers postes de dépense qui sont reportés dans ce cadre sont les médicaments, les soins dentaires et les consultations chez le médecin généraliste. Que ces soins soient pour les titulaires ou pour leurs enfants, c'est inacceptable.

Pour les auteurs de la présente proposition de loi, l'accessibilité financière aux soins de santé ne devrait jamais être compromise parce qu'un patient ne peut avancer le montant de la consultation et/ou payer sa contribution personnelle. C'est un défi que nous devons pouvoir relever.

3. Le problème du ticket modérateur

En Belgique, la mutuelle rembourse une partie importante des consultations et des soins médicaux mais le patient fait face à deux difficultés. La première, c'est qu'il doit avancer la somme nécessaire au paiement des soins et des honoraires avant de se faire rembourser par sa mutuelle. La deuxième, c'est que le remboursement par la mutuelle ne couvre pas la totalité des coûts encourus. Il reste une part financière à charge du patient après le remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé, c'est ce que l'on appelle le ticket modérateur.

Le ticket modérateur a été introduit au départ comme un instrument de responsabilisation visant à lutter contre la surconsommation de soins lorsqu'ils ne sont pas strictement indispensables. Mais, pour plusieurs raisons, cette mesure ne s'avère pas très efficace. D'une part, il n'exerce pas d'effet dissuasif sur ceux qui ont davantage de moyens. D'autre part, il peut constituer un obstacle pour les personnes en situation de pauvreté.

Pourtant, *“Freiner l'accès aux soins via le ticket modérateur, c'est parfois différer l'apparition d'une dépense plus importante, c'est accroître les inégalités entre ceux qui disposent d'une assurance complémentaire pouvant le prendre en charge et ceux qui ne peuvent pas y souscrire, c'est transférer la dépense de médecine de ville vers la dépense hospitalière.”*¹

Il est donc, pour les auteurs de la présente proposition de loi, indispensable que le tiers-payant obligatoire puisse s'appliquer de façon généralisée. Cette avancée doit cependant se réaliser dans de bonnes conditions: tant pour les patients, pour les organismes assureurs que pour les prestataires de soins. C'est en ce sens qu'a été déposée la proposition de loi généralisant le régime du tiers payant (DOC Chambre 54-834/001).

¹ Le système de santé en France: Diagnostic et propositions, Bruno Fantino, 2008, p. 256.

4. Het belang van de toegang tot de eerstelijnszorg

Aangezien gezondheid volgens de indieners van dit wetsvoorstel het kostbaarste goed is waarover iedereen moet kunnen beschikken, dient de toegang tot zorg voor iedereen te worden gegarandeerd. Door de verplichte derdebetalersregeling in te stellen voor de belangrijkste gezondheidszorgverstrekkingen en door in te werken op de kosten voor een consult in het raam van de eerstelijnszorg, wordt gewaarborgd dat een en ander voor iedereen financieel binnen bereik ligt.

Teneinde voor alle burgers te garanderen dat ze kunnen worden verzorgd wanneer het nodig is, wordt voorgesteld dat alle consulten inzake huisartsgeneeskunde, algemene tandheelkunde en algemene psychologie volledig ten laste worden genomen door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Met die tenlasteneming van de eerstelijnszorg moet het mogelijk worden de nog bestaande belemmeringen voor een algemene toegankelijkheid weg te werken; ook wordt de gezondheid van onze burgers verbeterd omdat ze tijdig behandeld worden.

Om op volledige tenlasteneming door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging aanspraak te kunnen maken, zal de patiënt worden verzocht zich te wenden tot een geconventioneerd zorgverlener naar keuze.

De tenlasteneming van die eerstelijnsconsulten door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, gekoppeld aan de toepassing van de derdebetalersregeling, zal de patiënt aldus de mogelijkheid bieden niet voor die consulten te moeten betalen. Het ziekenfonds zal het consult betalen, en dat bedrag vervolgens integraal terugbetaald krijgen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Opdat het model zou slagen, is een “culturele omwenteling” nodig in de wijze waarop zorggebruik en zorgverstrekking worden benaderd. In de beide gevallen is het er niet om te doen aan te zetten tot méér consumptie, maar om de middelen beter te gebruiken. De kosteloosheid moet leiden tot meer gelijkheid inzake zorgtoegang, en voorzien in een volwaardige fundamentele en universele dekking.

5. Een ander zorgorganisatiemodel

Doordat de zorg kosteloos wordt gemaakt, zouden de patiënten sneller in het zorgstelsel terecht moeten komen. Daardoor zou hun behandeling korter, minder gespecialiseerd en goedkoper moeten worden.

4. L'importance de l'accès aux soins de première ligne

Pour les auteurs de la présente proposition de loi, la santé étant le bien le plus précieux dont chacun doit pouvoir disposer, son accès doit être garanti à tous. En imposant le tiers-payant obligatoire pour les principales prestations de santé et en agissant sur le coût de la consultation dans le cadre des soins de première ligne, on garantit une accessibilité financière à tous.

Afin de garantir à chaque citoyen la possibilité de se soigner lorsqu'il en a besoin, il est ainsi proposé que les consultations de médecine générale, de dentisterie générale et de psychologie générale soient totalement prises en charge par l'assurance obligatoire soins de santé. Cette prise en charge des soins de première ligne devrait permettre de lever les freins encore existants à leur accès pour tous tout en améliorant la santé de nos citoyens en raison d'une prise en charge plus précoce.

Pour bénéficier de cette prise en charge totale par l'assurance obligatoire soins de santé, le patient sera invité à se rendre chez un praticien conventionné de son choix.

La prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé de ces consultations de première ligne, couplée à l'application du système du tiers-payant permettra ainsi au patient de ne rien déboursier pour ces consultations. La mutuelle prendra en charge le paiement de la consultation et elle sera elle-même remboursée de l'intégralité de la consultation par l'assurance obligatoire soins de santé.

La réussite du modèle nécessitera une révolution culturelle dans la manière d'envisager l'utilisation et la dispensation des soins. Dans les deux cas, il ne s'agit pas d'une invitation à consommer davantage mais à mieux utiliser les moyens. La gratuité a pour finalité d'apporter plus d'égalité dans l'accès aux soins et d'atteindre ainsi une réelle couverture fondamentale et universelle.

5. Repenser l'organisation des soins

Avec la gratuité de ces soins, les patients devraient arriver plus tôt dans le système de soins et requérir des traitements moins longs, moins spécialisés et moins coûteux.

Kosteloosheid is niet alleen bedoeld om de patiënten een betaalbaarder zorg te verstrekken, maar ook om ze ertoe aan te zetten in eerste instantie op consult te gaan bij de eerstelijnszorgverstrekkers. Wie zorg nodig heeft, zal eerst de huisarts raadplegen, die met de meeste klachten raad weet. Zodoende gaat minder tijd verloren, en worden nodeloze consulten en behandelingen voorkomen. Dankzij wederzijds vertrouwen zal de zorggebruiker zo nodig worden doorverwezen naar een specialist of naar het ziekenhuis. Het model waarbij eerstelijnszorg kosteloos wordt verstrekt en waarbij het principe wordt toegepast dat de toegang tot zorg vooral via de eerstelijnszorgverleners geschiedt, kan slechts slagen als zowel de federale overheid als de deelstaten hun verantwoordelijkheid ter zake nemen.

Ten eerste moet het systeem voor de planning van het zorgaanbod zo worden bijgestuurd dat het doeltreffend beantwoordt aan de behoeften van de bevolking, en moeten de medische voorzieningen (artsenpraktijken, medische centra enzovoort) worden ingepland waar ze echt nodig zijn.

Ten tweede moeten – tegelijk met een onontbeerlijke hervorming van de ziekenhuisfinanciering – de nomenclatuur en het systeem voor de terugbetaling van de honoraria worden aangepast, teneinde honorariatransparantie te waarborgen, de vergoeding van de verschillende specialismen in evenwicht te brengen en te voorkomen dat sommige specialismen al te aantrekkelijk worden ten koste van andere, die nu al “knelpuntringen” zijn.

Ten derde moet een doeltreffend, samenhangend en stimulerend conventioneringsbeleid worden gevoerd. Terwijl in 2017 ongeveer 88 % van de huisartsen zich heeft aangesloten bij de overeenkomst tussen artsen en ziekenfondsen, heeft 40 % van de tandartsen geweigerd de overeenkomst tussen tandartsen en ziekenfondsen 2017-2018 te ondertekenen. Er dient ter zake dus te worden ingegrepen om de tariefzekerheid voor de patiënten te waarborgen. Er moet op dezelfde manier worden gehandeld met betrekking tot de verstrekkers van geestelijke-gezondheidszorg, door ook met hen overeenkomsten te sluiten.

Ten vierde moet de huisartsgeneeskunde opnieuw aantrekkelijk worden gemaakt.

Ten vijfde moet volop worden geïnvesteerd in preventie en gezondheidspromotie.

Ten zesde – en tot slot – is het echt noodzakelijk de patiënten anders te doen omgaan met gezondheidszorg en moeten ze ter zake hun gewoonten bijstellen; ook de manier waarop zorgverstrekkers handelen, moet anders.

Au-delà de l'accessibilité financière, la gratuité vise en effet aussi à inciter les patients à consulter en priorité les prestataires de soins de première ligne. Elle participe à inciter les usagers à consulter d'abord le généraliste, compétent pour traiter une grande majorité des plaintes. Une perte de temps, des consultations et des traitements inutiles sont ainsi évités. Grâce à une confiance mutuelle, l'usager est envoyé vers le spécialiste ou des services hospitaliers quand cela s'avère nécessaire. Pour permettre la réussite du modèle mettant en œuvre la gratuité des soins de première ligne et le principe d'un point d'entrée principal via les prestataires de première ligne, chaque entité (fédérale et fédérée) devra prendre ses responsabilités.

Premièrement, il faudra repenser le système de planification de l'offre de soins afin qu'il réponde efficacement aux besoins de la population et planifier les installations médicales (cabinets, maisons médicales, etc.) pour les répartir là où elles sont utiles.

Deuxièmement, et parallèlement à une réforme indispensable du financement des hôpitaux, il faudra revoir la nomenclature ainsi que le système de rétrocession d'honoraires afin de garantir la transparence sur les honoraires, équilibrer la rémunération des différentes spécialisations et éviter une attractivité trop importante dans certaines au détriment d'autres, déjà victimes de pénuries.

Troisièmement, il faudra mener une politique efficace, cohérente et incitative en matière de conventionnement. En effet, si environ 88 % des médecins généralistes adhéraient à l'accord médico-mut en 2017, près de 40 % des dentistes ont quant à eux refusé d'adhérer à l'accord dento-mut 2017-2018. Il convient donc d'agir dans ce cadre pour garantir la sécurité tarifaire des patients. Il faudra agir de la même manière concernant les prestataires en soins de santé mentale en concluant des accords avec eux.

Quatrièmement, il faudra restaurer l'attractivité de la médecine générale.

Cinquièmement, il faudra investir pleinement dans la prévention et la promotion de la santé.

Enfin, il sera indispensable de faire évoluer les représentations et les habitudes d'utilisation des soins de santé chez le patient ainsi que les pratiques des prestataires.

6. De maatregelen waarin dit wetsvoorstel voorziet – Kostenraming

6.1. *Reeds bestaande mechanismen ten gunste van de minstbesteden*

In ons gezondheidszorgsysteem zijn al mechanismen ingebouwd om de meest kwetsbaren in onze samenleving te beschermen en eenieder de mogelijkheid te bieden te worden verzorgd (derdebetalersregeling voor de rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming, maximumfactuur). Men kan evenwel niet om de vaststelling heen dat die mechanismen tot dusver ontoereikend zijn gebleven.

6.2. *Voorgestelde verbeteringen*

6.2.1. *Opzet*

De hier beoogde wijzigingen strekken ertoe ons stelsel van verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging nog te verbeteren. De in dit wetsvoorstel in uitzicht gestelde maatregelen zullen uiteraard een budgettaire impact hebben, maar die zal zeker worden gecompenseerd door de voordelen van een tijdige zorgverlening.

6.2.2. *Consulten bij de huisarts*

De kosten van de volledige tenlasteneming van het consult bij een geconventioneerd huisarts worden geraamd op basis van een aantal gegevens van het ziekenfonds Solidaris met betrekking tot de terugbetaling van het remgeld voor consulten bij geconventioneerde huisartsen wanneer voor de patiënt een “globaal medisch dossier” is aangelegd.

Voor een zelfde aantal prestaties worden die kosten, na extrapolatie, op ongeveer 140 miljoen euro geraamd. De tenlasteneming van de eerstelijnszorg kost geld, maar maakt het ook mogelijk dat bij patiënten bepaalde complicaties in de gezondheidstoestand uitblijven; tevens zullen er minder consulten zijn bij specialisten, minder ziekenhuisbehandelingen, minder klinische onderzoeken en derhalve lagere totale kosten voor behandelingen en gezondheidszorgproducten.

6.2.3. *Consulten algemene tandheelkunde*

Voor de volledige tenlasteneming van de kosten voor bewarende zorg die wordt verstrekt door een geconventioneerd tandarts zou het kostenplaatje heel wat lager liggen; nu al zijn consulten en preventieve behandelingen bij de tandarts immers kosteloos voor de jongeren tot 18 jaar én voor de 18-plussers die recht

6. Mesures envisagées par la présente proposition de loi et estimation des coûts

6.1. *Mécanismes existant déjà en faveur des plus défavorisés*

Notre système de soins de santé prévoit déjà des mécanismes pour protéger les plus fragilisés d'entre nous et permettre à chacun de se soigner (tiers-payant pour les BIM (bénéficiaires de l'intervention majorée, Maximum à facturer). Force est de constater que ces mécanismes restent insuffisants à ce jour.

6.2. *Améliorations proposées*

6.2.1. *Philosophie*

Les modifications souhaitées aujourd'hui visent à améliorer davantage encore notre système d'assurance obligatoire soins de santé. Les mesures prévues par la présente proposition de loi auront évidemment un impact budgétaire qui sera indéniablement compensé par les bénéfices d'une prise en charge précoce.

6.2.2. *Consultations chez le médecin généraliste*

Concernant la prise en charge totale de la consultation chez le médecin généraliste conventionné, les coûts ont été estimés sur la base d'une série de données de la mutualité Solidaris relative au remboursement du ticket modérateur chez les médecins généralistes conventionnés lorsque le patient dispose d'un dossier médical global.

Pour un nombre de prestations identique, et après extrapolation, ce coût est estimé à environ 140 millions d'euros. Mais nous savons que cette dépense supplémentaire en faveur d'une prise en charge de première ligne permettra d'éviter certaines complications de l'état de santé, la réduction de visites chez les médecins spécialistes, la réduction de prises en charge hospitalières, la réduction d'examens cliniques et donc de coûts globaux en matière de prise en charge et de produits de soins.

6.2.3. *Consultations de dentisterie générale*

Concernant la prise en charge totale des soins conservateurs chez le dentiste conventionné, le coût devrait être significativement moins important sachant qu'une gratuité des consultations et des traitements préventifs existe d'ores et déjà pour les jeunes jusqu'à 18 ans et pour les BIM à partir de 18 ans. D'après les

hebben op een verhoogde tegemoetkoming. Uit de door het ziekenfonds Solidaris verstrekte gegevens blijkt, na extrapolatie, dat de afschaffing van het remgeld voor alle algemene tandheelkundige zorg (preventieve, curatieve en bewarende zorg) ongeveer 43 miljoen euro zou kosten. Ook hier kan die extra uitgave worden gecompenseerd doordat achteraf minder consulten nodig zullen zijn, en doordat minder vaak en pas later aan herstellende zorg en behandelingen met prothesen moet worden gedaan.

6.2.4. Consulten algemene psychologie

Tot slot is er de tenlasteneming van de kosten voor psychologische en psychotherapeutische eerstelijnszorg. Het valt uiteraard moeilijker te bepalen wat het prijskaartje zal zijn wanneer dergelijke zorg kosteloos wordt voor de patiënt. Thans worden alleen de consulten bij psychiaters onbeperkt ten laste genomen, terwijl voor de consulten bij psychologen er alleen tenlasteneming is in het raam van specifieke convenanten (bijvoorbeeld: 17 sessies bij de behandeling van chronische vermoeidheid, of nog 8 sessies gespreid over 2 jaar voor begeleiding bij tabaksontwenning). Nochtans zijn er in ons land steeds meer problemen inzake geestelijke gezondheid. Uit de jongste doorlichting van het Belgische gezondheidssysteem door het KCE², het RIZIV en het WIV³ blijkt dat het aantal zelfmoorden hoog is, het gebruik van antidepressiva voortdurend stijgt en het aantal behandelingen in psychiatrische instellingen constant toeneemt⁴.

Volgens de in 2017 door de minister van Volksgezondheid aan de Kamer van volksvertegenwoordigers meegedeelde cijfers gebruikten in 2012 1 169 208 personen antidepressiva, en dat cijfer steeg naar 1 202 040 in 2016. De statistieken van het RIZIV geven voorts aan dat in 2016 ongeveer 17 600 Belgische adolescenten (tussen 11 en 20 jaar) antidepressiva gebruiken.

Het is genoegzaam bekend dat psychisch lijden in verschillende vormen voorkomt; almaar meer mensen kampen met depressie of burn-out, of voelen zich slecht in hun vel. De daaruit voortvloeiende gevoelens van angst, onmacht en verlies van houvast en zelfvertrouwen moeten weliswaar worden behandeld, maar niet noodzakelijk met medicatie. Uiteraard zijn geneesmiddelen doeltreffend bij de behandeling van bepaalde mentale aandoeningen en stoornissen, maar dat is niet altijd het geval. De behandeling van bepaalde vormen

gegevens door de mutualiteit Solidaris, et après extrapolation, le coût de la suppression du ticket modérateur pour l'ensemble des prestations de dentisterie générale (soins préventifs, curatifs et conservateurs) s'élèverait à environ 43 millions d'euros. Et nous savons également que cette dépense supplémentaire sera compensée par une réduction du nombre de consultations et par un retardement et une diminution des soins réparateurs et des traitements prothétiques.

6.2.4. Consultations de psychologie générale

Concernant, enfin, la prise en charge des soins psychologiques et psychothérapeutiques de première ligne, le coût de la mesure est évidemment plus complexe à déterminer. Actuellement, seules les consultations chez les psychiatres sont prises en charge sans limitation alors que les consultations chez les psychologues ne sont prises en charge que dans le cadre de conventions spécifiques (exemples: 17 séances dans le cadre du traitement de la fatigue chronique, 8 séances sur 2 ans pour l'aide au sevrage tabagique). Les problèmes de santé mentale sont pourtant en large progression dans notre pays. Le dernier check-up du système de santé belge réalisé par le KCE², l'INAMI et l'ISP³ le démontre: le nombre de suicides est élevé, la consommation d'antidépresseurs ne cesse d'augmenter et les prises en charge dans les institutions psychiatriques sont en constante hausse⁴.

Selon les chiffres communiqués à la Chambre des représentants par la ministre de la Santé publique en 2017, le nombre de patients prenant des antidépresseurs est passé de 1 169 208 en 2012 à 1 202 040 en 2016. Et, selon les chiffres de l'INAMI, quelque 17 600 adolescents belges (entre 11 et 20 ans) ont, par ailleurs, consommé des antidépresseurs 2016.

Nous le savons, il existe une grande variété de souffrances psychiques: dépressions, burn-out, mal-être sont de plus en plus fréquents. Et, si les sentiments d'angoisse, d'impuissance, de perte de repères, de confiance en soi qui en découlent doivent être pris en charge, ils ne doivent pas nécessairement l'être grâce à la consommation de médicaments. Bien sûr, ceux-ci sont efficaces pour traiter certaines pathologies mentales et certains troubles. Mais ils ne le sont pas dans tous les cas. La prise en charge de certaines

² KCE: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

³ WIV: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, dat thans "Sciensano" heet.

⁴ RIZIV, KCE, WIV, *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2015, 2016.*

² KCE: Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

³ ISP: Institut scientifique de la Santé publique, actuellement renommé "Sciensano".

⁴ *La performance du système de santé belge, Rapport 2015, INAMI, KCE, ISP, 2016.*

van psychisch lijden via gesprekken, dialoog en communicatie is immers vaak van heel groot belang en heeft een gunstige invloed op de patiënt.

In 2016 heeft het KCE een rapport uitgebracht over de organisatie en de financiering van de psychologische zorg⁵. Het Centrum onderzocht daarbij de modellen in andere landen, en stelde vervolgens een model voor dat kan worden aangepast aan de Belgische realiteit.

Het KCE stelt een systeem op twee niveaus voor: een eerste algemeen niveau, dat vlot en zonder voorafgaande beperkingen toegankelijk is, en vaak voorkomende en niet-erger problemen opvangt; voorts kan er een tweede niveau zijn, dat minder toegankelijk is en gespecialiseerde zorg aanbiedt, als de zorg op het eerste niveau niet volstaat. Volgens de indieners van dit wetsvoorstel moet dat het streefdoel zijn.

De indieners stellen voor dat de Koning de nadere regels kan bepalen aangaande de concrete tenlasteneming van dergelijke kosten door de verplichte ziekteverzekering. Het zal er immers op aankomen in nauw overleg met de sector en in het raam van akkoorden en overeenkomsten een regeling uit te werken voor de zogeheten “algemene opvang”.

Ook in dat opzicht zullen de uitgaven ruimschoots worden gecompenseerd door een betere opsporing van de stoornissen, minder behandelingen met geneesmiddelen, minder en kortere behandelingen, minder psychisch lijden en dus méér preventie wat arbeidsongeschiktheid en invaliditeit (burn-out, depressie enzovoort) betreft.

7. De evaluatie van de maatregelen

De volledige tenlasteneming door de verplichte ziekteverzekering van de kosten van huisartsbezoeken en -consulten, van preventieve, bewarende en herstellende tandzorg en van geestelijke-gezondheidszorg moet volgens de indieners op geregelde tijdstippen worden geëvalueerd, kwalitatief én kwantitatief.

⁵ KCE, *Organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg*, 2016.

souffrances psychiques par la parole, par le dialogue, par la communication est en effet souvent essentielle et bénéfique pour le patient.

En 2016, le KCE s'est penché sur la question de l'organisation et du financement des soins psychologiques⁵. Il a ainsi analysé les modèles mis en place dans d'autres pays, pour ensuite proposer un modèle adaptable à la réalité belge.

Le KCE propose un système à deux niveaux: le premier, généraliste, largement accessible, pour accueillir sans restrictions les problèmes courants et modérés et, le second, d'accès plus restreint mais permettant de délivrer des soins spécialisés à ceux pour qui le premier niveau n'est pas suffisant. C'est, selon les auteurs de la présente proposition de loi, en ce sens qu'il convient de travailler.

Les auteurs proposent cependant que les modalités de prise en charge concrètes par l'assurance obligatoire soins de santé puissent être déterminées par le Roi. Un encadrement de la prise en charge dite “généraliste” devra en effet être prévu, en concertation étroite avec le secteur et dans le cadre d'accords et de conventions.

Dans ce cadre aussi, les dépenses consenties seront largement compensées par une meilleure détection des troubles, une diminution des traitements médicamenteux, une diminution du nombre et de la durée des traitements, une réduction de la souffrance et donc une prévention accrue en termes d'incapacité et d'invalidité (burn-out, dépression...).

7. L'évaluation des mesures

La prise en charge totale par l'assurance obligatoire soins de santé des visites et des consultations de médecine générale, des soins préventifs, réparateurs et conservateurs de dentisterie ainsi que des soins de santé mentale devra, selon les auteurs, faire l'objet d'une évaluation périodique tant qualitative que quantitative.

⁵ *Modèle d'organisation et de financement des soins psychologiques*, KCE, 2016.

Het moet aldus mogelijk worden de evolutie te volgen van verschillende aspecten, zoals het aantal prestaties, de uitgaven, het conventioneringspercentage bij de zorgverstrekkers, de gezondheidstoestand van de bevolking, de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg en de kwaliteit ervan, en tot slot eventueel ook misbruik van de regeling. Met een dergelijke evaluatie wordt het mogelijk het mechanisme – indien nodig – bij te sturen.

Cette évaluation devra permettre de suivre l'évolution du nombre de prestations, des dépenses, du taux de conventionnement des prestataires concernés, de l'état de santé de la population, de l'accessibilité aux soins de première ligne et de la qualité de ceux-ci ainsi que les éventuels abus. Cette évaluation devra permettre d'ajuster le mécanisme, en cas de besoin.

Laurette ONKELINX (PS)
Elio DI RUPO (PS)
André FRÉDÉRIC (PS)
Daniel SENESAEL (PS)
Alain MATHOT (PS)

WETSVOORSTEL**Artikel 1**

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

Art. 2

In artikel 34 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en het laatst gewijzigd bij de wet van 15 december 2013, wordt het eerste lid, 1^o, aangevuld met een f), luidende:

“f) psychologische en psychotherapeutische zorg;”.

Art. 3

In artikel 37, § 1, van dezelfde wet, het laatst gewijzigd bij de wet van 25 december 2017, wordt tussen het eerste en het tweede lid het volgende lid ingevoegd:

“Voor de bezoeken en raadplegingen van huisartsen, voor tandheelkundige hulp zowel bewaarshalve als herstelshalve en, volgens de door de Koning bepaalde nadere regels, voor psychologische en psychotherapeutische zorg als bedoeld in artikel 34, 1^e lid, 1^o, f), wordt de verzekeringstegemoetkoming vastgesteld op 100 pct. van de overeenkomstenhonoraria zoals ze zijn vastgesteld conform artikel 44, §§ 1 en 2, van de honoraria die zijn bepaald bij de in artikel 50 bedoelde akkoorden of van de honoraria die door de Koning zijn bepaald ter uitvoering van artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel of ter uitvoering van artikel 50, § 11, eerste lid.”.

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

La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

Art. 2

À l'article 34 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par la loi du 15 décembre 2013, l'alinéa 1^{er}, 1^o, est complété par un f), rédigé comme suit:

“f) les soins psychologiques et psychothérapeutiques;”.

Art. 3

À l'article 37 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 25 décembre 2017, au paragraphe premier, entre l'alinéa 1^{er} et l'alinéa 2, est inséré l'alinéa suivant:

“Pour les visites et consultations des médecins généralistes, les soins dentaires conservateurs et réparateurs et, selon les modalités déterminées par le Roi, les soins psychologiques et psychothérapeutiques visés à l'article 34, alinéa 1^{er}, 1^o, f), l'intervention de l'assurance est fixée à 100 p.c. des honoraires conventionnels tels qu'ils sont fixés conformément à l'article 44, §§ 1^{er} et 2, des honoraires prévus par les accords visés à l'article 50 ou des honoraires fixés par le Roi en exécution de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier ou en exécution de l'article 50, § 11, alinéa 1^{er}.”.

Art. 4

In artikel 44, § 1, eerste lid, van dezelfde wet, het laatst gewijzigd bij de wet van 15 december 2013, worden de woorden “de verstrekkers van prothesen en toestellen” vervangen door de woorden “, de verstrekkers van prothesen en toestellen en de psychologische en psychotherapeutische zorgverleners”.

3 april 2018

Art. 4

À l'article 44 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 15 décembre 2013, au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, les mots “et les fournisseurs de prothèses et d'appareils” sont remplacés par les mots “, les fournisseurs de prothèses et d'appareils et les prestataires de soins psychologiques et psychothérapeutiques”.

3 avril 2018

Laurette ONKELINX (PS)
Elio DI RUPO (PS)
André FRÉDÉRIC (PS)
Daniel SENESAEL (PS)
Alain MATHOT (PS)