

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS  
DE BELGIQUE

16 juin 2023

**PROPOSITION DE LOI**

**instaurant la gratuité des consultations  
chez le médecin généraliste**

**Rapport**

fait au nom de la commission  
de la Santé et de l'Égalité des chances  
par  
Mme **Dominiek Sneppe**

**Sommaire**

**Pages**

I. Procédure.....	3
II. Exposé introductif.....	4
III. Discussion générale.....	7
IV. Discussion des articles.....	28
V. Votes.....	29
Annexes - Auditions.....	31

*Voir:*

**Doc 55 0476/ (S.E. 2019):**

- 001: Proposition de loi de M. Hedeboom et consorts.
- 002: Amendements.
- 003: Avis de la Cour des comptes.
- 004: Avis du Conseil d'état.
- 005 à 007: Amendements.

BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

16 juni 2023

**WETSVOORSTEL**

**om patiënten zonder geld  
naar de huisarts te laten gaan**

**Verslag**

namens de commissie  
voor Gezondheid en Gelijke kansen  
uitgebracht door  
mevrouw **Dominiek Sneppe**

**Inhoud**

**Blz.**

I. Procedure.....	3
II. Inleidende uiteenzetting.....	4
III. Algemene bespreking.....	7
IV. Artikelsgewijze bespreking.....	28
V. Stemmingen.....	29
Bijlagen - Hoorzittingen.....	31

*Zie:*

**Doc 55 0476/ (B.Z. 2019):**

- 001: Wetsvoorstel van de heer Hedeboom c.s.
- 002: Amendementen.
- 003: Advies van het Rekenhof.
- 004: Advies van de Raad van State.
- 005 tot 007: Amendementen.

09776

**Composition de la commission à la date de dépôt du rapport/  
Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag**

Président/Voorzitter: Thierry Warmoes

**A. — Titulaires / Vaste leden:**

N-VA	Mieke Claes, Kathleen Depoorter, Frieda Gijbels
Ecolo-Groen	Séverine de Laveleye, Laurence Hennuy, Kathleen Pisman
PS	Patrick Prévot, Hervé Rigot, Laurence Zanchetta
VB	Steven Creyelman, Dominiek Sneppe
MR	Daniel Bacquelaïne, Caroline Taquin
cd&v	Nawal Farih
PVDA-PTB	Thierry Warmoes
Open Vld	Robby De Caluwé
Vooruit	Karin Jiroflée

**B. — Suppléants / Plaatsvervangers:**

Björn Anseeuw, Tomas Roggeman, Darya Safai, Valerie Van Peel
Barbara Creemers, Louis Mariage, Simon Moutquin, Eva Platteau
Chanelle Bonaventure, Jean-Marc Delizée, Sophie Thémont
Nathalie Dewulf, Kurt Ravyts, Hans Verreyt
Michel De Maegd, Benoît Piedboeuf, Florence Reuter
Nathalie Muylle, Els Van Hoof
Sofie Merckx, Nadia Moscufo
Tania De Jonge, Goedele Liekens
Gitta Vanpeborgh, Kris Verduyck

**C. — Membres sans voix délibérative / Niet-stemgerechtigde leden:**

Les Engagés	Catherine Fonck
DéFI	Sophie Rohonyi

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
PS	: Parti Socialiste
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
cd&v	: Christen-Democratisch en Vlaams
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
Vooruit	: Vooruit
Les Engagés	: Les Engagés
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
INDEP-ONAFH	: Indépendant - Onafhankelijk

<i>Abréviations dans la numérotation des publications:</i>		<i>Afkorting bij de nummering van de publicaties:</i>	
DOC 55 0000/000	Document de la 55 <sup>e</sup> législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi	DOC 55 0000/000	Parlementair document van de 55 <sup>e</sup> zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral	CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV	Compte Rendu Analytique	CRABV	Beknopt Verslag
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN	Séance plénière	PLEN	Plenum
COM	Réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a examiné la présente proposition de loi au cours de ses réunions des 3 mars 2020, 6 octobre 2020, 17 mars 2021, 21 septembre 2021, 14 mars 2023, 30 mai 2023.

### I. — PROCÉDURE

Au cours de la réunion du 3 mars 2020, *Mme Eliane Tillieux (PS)* demande que soit jointe sa proposition de loi DOC 55 0150/001 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.

Au cours de cette même réunion du 3 mars 2020, *Mme Karin Jiroflée (Vooruit)* demande que sa proposition de loi DOC 55 1102/001 modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en vue d'instaurer, pour les mineurs, la gratuité des consultations chez le médecin généraliste attitré soit jointe à la proposition de loi DOC 55 0476/001.

*Mme Karin Jiroflée (Vooruit)* demande ensuite que la proposition de loi DOC 55 1117/001 généralisant le régime du tiers payant, qu'elle a cosignée, soit jointe à la proposition de loi DOC 55 0476/001.

Au cours de la réunion du 6 octobre 2020, *Mme Karin Jiroflée (Vooruit)* demande que la discussion des propositions de loi DOC 55 1102/001 et DOC 55 1117/001 soit disjointe de la discussion de la proposition de loi DOC 55 0476/001.

*M. Patrick Prévot (PS)* demande également que la discussion de la proposition de loi DOC 55 0150/001, qu'il a cosignée, soit disjointe.

Au cours de cette même réunion du 6 octobre 2020, la commission décide de soumettre la proposition de loi à l'avis du Conseil d'État (article 98.2, deuxième tiret, du Règlement – 30 jours) ainsi qu'à la Cour des comptes (article 79 du Règlement). Elle décide également de recueillir l'avis de l'INAMI.

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft dit wetsvoorstel besproken tijdens haar vergaderingen van 3 maart 2020, 6 oktober 2020, 17 maart 2021, 21 september 2021, 14 maart 2023, 30 mei 2023.

### I. — PROCEDURE

Tijdens de vergadering van 3 maart 2020 vraagt *mevrouw Eliane Tillieux (PS)* om haar wetsvoorstel DOC 55 0150/001 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 aan de bespreking toe te voegen.

Nog tijdens de vergadering van 3 maart 2020 vraagt *mevrouw Karin Jiroflée (Vooruit)* dat haar wetsvoorstel DOC 55 1102/001 tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, teneinde consultaties bij de vaste huisarts kosteloos te maken voor minderjarigen, gekoppeld wordt aan wetsvoorstel DOC 55 0476/001.

Vervolgens vraagt *mevrouw Karin Jiroflée (Vooruit)* dat het wetsvoorstel DOC 55 1117/001 ter veralgemening van de derdebetalersregeling, waarvan zij medeondertekenaar is, aan wetsvoorstel DOC 55 0476/001 wordt gekoppeld.

Tijdens de vergadering van 6 oktober 2020 vraagt *mevrouw Karin Jiroflée (Vooruit)* dat de bespreking van de wetsvoorstellen DOC 55 1102/001 en DOC 55 1117/001 losgekoppeld wordt van de bespreking van wetsvoorstel DOC 55 0476/001.

Ook *de heer Patrick Prévot (PS)* vraagt dat de bespreking van het wetsvoorstel DOC 55 0150/001, waarvan hij mede-indiener is, wordt losgekoppeld.

Nog steeds tijdens de vergadering van 6 oktober 2020 beslist de commissie het wetsvoorstel voor advies voor te leggen aan de Raad van State (artikel 98.2, tweede gedachtestreepje, Rgt. – 30 dagen). Zij beslist het eveneens voor te leggen aan het Rekenhof (artikel 79 Rgt.). Er wordt eveneens advies ingewonnen bij het RIZIV.

Sur la base des avis obtenus, la commission décide d'organiser des auditions le 17 mars 2021.

## II. — EXPOSE INTRODUCTIF

*Mme Sofie Merckx (PVDA-PTB), coauteure de la proposition de loi, déclare que la proposition de loi à l'examen permet à tout le monde de se rendre sans argent chez le médecin généraliste. Cette possibilité est déjà offerte dans plus de la moitié des États membres de l'Union européenne. Aujourd'hui, trop de personnes reportent leur visite chez le médecin pour des raisons financières, alors que nos soins de santé figurent parmi les quatre premiers rangs du classement européen.*

Pour les personnes en difficulté financière, des mesures ont déjà été prises pour améliorer l'accessibilité de la visite chez le médecin généraliste. Depuis lors, les patients ayant droit à une intervention majorée peuvent bénéficier du régime du tiers payant, régime qui leur permet en outre de ne plus devoir avancer la part remboursée par la mutualité et permet également de réduire considérablement le ticket modérateur. Ces mesures sélectives en faveur des revenus les plus modestes vont dans la bonne direction mais ne sont pas suffisantes.

Il ressort en effet de chiffres publiés en avril 2019 que plus de 150.000 Belges à bas revenus ont reporté des soins de santé pour des raisons financières. Le rapport semestriel de l'Union européenne relatif à la Belgique indique également que les personnes à bas revenus ont le sentiment que les soins de santé deviennent de plus en plus inaccessibles. Et l'écart entre les hauts et les bas revenus ne cesse de se creuser. Ce constat est également confirmé par le profil de santé que la Commission européenne, en coopération avec l'OCDE, a élaboré pour notre pays en 2019: bien que la population soit assurée à 99 %, les personnes se trouvant dans le quintile de revenus les plus bas (les 20 % les plus bas) indiquent qu'elles se rendent nettement moins souvent chez le médecin généraliste car ces visites coûtent trop cher. L'écart en matière de besoins médicaux non rencontrés entre les Belges les plus pauvres et les plus riches est le plus important de tous les pays d'Europe occidentale. Alors que la tendance européenne évolue en sens inverse, les soins de première ligne sont de moins en moins accessibles en Belgique aux personnes à bas revenus. Les inégalités sociales entraînent de grandes différences en matière de santé. C'est précisément la raison pour laquelle il est aussi important que la contribution financière du patient demeure la plus faible possible. Plus la visite chez le médecin coûtera cher, plus cet écart continuera à se creuser.

Op basis van de verkregen adviezen beslist de commissie om op 17 maart 2021 hoorzittingen te organiseren.

## II. — INLEIDENDE UITEENZETTING

*Mevrouw Sofie Merckx (PVDA-PTB), mede-indienster van het wetsvoorstel, verklaart dat dit wetsvoorstel het mogelijk maakt voor iedereen om zonder geld naar de huisarts te kunnen gaan. Dat kan al in meer dan de helft van de Europese lidstaten. Te veel mensen vandaag in ons land stellen een doktersbezoek uit omdat ze het niet kunnen betalen, hoewel onze gezondheidszorg tot de Europese top vier gerekend wordt.*

Voor mensen die het financieel moeilijk hebben, werden er al stappen ondernomen om de huisarts toegankelijker te maken. Zo kunnen patiënten met recht op een verhoogde tegemoetkoming gebruikmaken van de derdebetalersregeling, waarbij ze niet langer zelf het deel moeten voorschieten dat het ziekenfonds terugbetaalt en waarbij ook het remgeld sterk verlaagd werd. Zulke selectieve maatregelen voor de laagste inkomens zijn een stap in de goede richting, maar dat is nog niet genoeg.

Cijfers van april 2019 tonen namelijk aan dat meer dan 150.000 Belgen met een laag inkomen medische zorg hebben uitgesteld omdat ze die niet konden betalen. Ook in het Europese semesterrapport voor België staat dat mensen met een laag inkomen ervaren dat de zorg ontoegankelijker wordt. En het verschil tussen hoge en lage inkomens wordt almaar groter. Dat bevestigt ook het gezondheidsprofiel dat de Europese Commissie samen met de OESO voor ons land in 2019 heeft opgesteld: hoewel 99 procent van de bevolking verzekerd is, geven mensen in het laagste inkomenskwintiel (de laagste 20 procent) aan dat ze veel vaker niet naar een huisarts gaan omdat dat te duur is. De kloof met betrekking tot onvervulde medische behoeften tussen de armste en rijkste Belgen is het grootste van alle West-Europese landen. Terwijl de Europese tendens in een andere richting evolueert, wordt eerstelijnszorg voor mensen met een laag inkomen steeds moeilijker toegankelijk in België. Sociale ongelijkheid leidt tot grote gezondheidsverschillen. Net daarom is het zo belangrijk dat de financiële bijdrage voor de patiënt zo laag mogelijk blijft. Hoe duurder een bezoek aan de dokter wordt, hoe meer die kloof nog vergroot.

Les Belges à revenus modestes ne sont toutefois pas les seuls à avoir des difficultés à inclure les soins dans leur budget. L'ONG Médecins du Monde a collecté des chiffres et en a conclu que plus d'un tiers des ménages considèrent le coût des médicaments comme un obstacle. 26 % des Belges indiquent avoir des difficultés à intégrer le coût des soins de santé dans leur budget. Les inégalités en matière de soins de santé ont été multipliées par six en huit ans dans notre pays. Une personne sur cinq est préoccupée par le coût des soins et ce, dans un pays riche comme la Belgique. Nous participons tous au financement de nos soins de santé au travers des cotisations de sécurité sociale. Pourquoi devrions-nous payer encore une fois quand nous avons effectivement besoin de consulter un médecin généraliste? Des soins accessibles sont et doivent rester un droit, pas un luxe.

C'est la raison pour laquelle Médecins du Monde et *Netwerk tegen Armoede* ont lancé en 2019 une campagne en vue de mettre en lumière les inégalités croissantes en matière de soins de santé et la problématique du report des soins. Il convient que le prochain gouvernement œuvre à la généralisation du régime du tiers payant. La proposition de loi à l'examen constitue la base légale à cette fin. Sur la base de l'article 2 de la proposition de loi, les mutualités paieront immédiatement l'intégralité des honoraires aux généralistes, ticket modérateur (actuel) inclus. L'article 3 généralise le régime du tiers payant à l'ensemble des patients, non seulement pour la médecine générale mais aussi pour les disciplines de la première ligne.

Des soins de première ligne pour tous et sans paiement, une question de facilité:

- une généralisation du système résout en grande partie le problème de la charge administrative;

- les médecins généralistes ne doivent ainsi plus rédiger d'attestation et le patient ne doit plus apporter d'argent ou se rendre à sa mutualité avec une attestation en vue du remboursement;

- il faut toutefois que les autorités s'attellent à un tel système électronique efficace, car celui-ci n'est pas encore tout à fait au point aujourd'hui.

Des soins de première ligne sans paiement, c'est financièrement réalisable:

- la mesure concerne le montant total des tickets modérateurs pour les consultations et les visites à domicile des médecins généralistes, à savoir 0,6 % du budget total de l'INAMI;

Maar niet enkel Belgen met een laag inkomen hebben het moeilijk om zorg in hun budget te laten inpassen. Dokters van de Wereld verzamelde de cijfers en kwam tot de conclusie dat meer dan een derde van de gezinnen de kosten van geneesmiddelen als een last ziet. 26 procent geeft aan dat de bijdragen voor de gezondheidszorg moeilijk in hun budget passen. De zorgkloof in ons land is op 8 jaar tijd maar liefst verzesvoudigd. 1 op 5 mensen maakt zich financiële zorgen over zorg, en dat in een rijk land zoals België. Ieder van ons betaalt voor onze gezondheidszorg via de bijdragen aan de sociale zekerheid. Waarom zouden we dan nog eens betalen op het moment dat we effectief een huisarts nodig hebben? Toegankelijke zorg is en moet een recht blijven, geen luxe.

Daarom lanceerden Dokters van de Wereld en Netwerk tegen Armoede in 2019 nog een campagne die de groeiende zorgkloof en het zorguitstel onder de aandacht brengt. Het actiepunt waar de volgende regering werk van moet maken is de veralgemening van de derdebetalersregeling. Dit wetsvoorstel vormt daarvoor de wettelijke basis. Artikel twee van het wetsvoorstel zorgt ervoor dat het ziekenfonds het volledige doktershonorarium, met het huidige remgeld inbegrepen, onmiddellijk aan de huisarts betaalt. Artikel drie veralgemeent de derdebetalersregeling voor alle patiënten, niet alleen voor de huisarts, maar ook voor alle disciplines in de eerste lijn.

Eerstelijnszorg zonder betaling is eenvoudig, en is voor iedereen:

- door een veralgemening van het systeem wordt een groot deel van de administratieve overlast opgelost;

- de huisarts hoeft geen briefjes meer te schrijven en de patiënt hoeft geen geld meer mee te nemen of met een briefje voor terugbetaling naar zijn of haar ziekenfonds te gaan;

- de voorwaarde is wel dat de overheid werk maakt van een efficiënt elektronisch systeem, dat vandaag nog niet op punt staat.

Eerstelijnszorg zonder betaling is betaalbaar:

- de maatregel betreft het totale bedrag aan remgelden voor huisbezoeken bij de huisarts, namelijk 0,6 % van het totale RIZIV-budget;

— le coût de la mesure sera rapidement compensé grâce à un recours réduit aux soins de deuxième ligne, à une prise en charge plus rapide des problèmes de santé permettant d'éviter des soins plus onéreux ultérieurement, à des soins préventifs accrus, à une réduction de l'actuelle perte de temps due à l'administration, et au gain en termes d'observance thérapeutique et de continuité des soins.

La gratuité des soins n'entraîne pas une surconsommation. L'amélioration de l'accessibilité du médecin généraliste entraîne une diminution du nombre de consultations inutiles chez le spécialiste, du nombre d'exams et de la prise inutile de médicaments, selon une étude réalisée conjointement par le KCE et l'Agence intermutualiste. La dernière enquête nationale de santé révèle de surcroît que les patients qui ont un médecin traitant fixe le contactent en moyenne 4,2 fois par an s'il travaille seul, 4,0 fois s'il travaille dans un cabinet collectif et 4,3 fois s'il travaille dans une maison médicale pluridisciplinaire avec accès gratuit. En Belgique, la sous-consommation représente un problème plus important que la surconsommation.

Des soins de première ligne sans paiement, c'est bénéfique pour la qualité:

— une médecine générale forte et accessible apporte de nombreux avantages pour l'amélioration de la qualité et de la continuité des soins;

— on obtient un système de soins de santé dans lequel le médecin généraliste occupe une place centrale, gère l'ensemble du dossier médical, développe une relation de confiance durable avec le patient, dans une approche non seulement médicale, mais aussi psychosociale. Il est ainsi le mieux placé pour savoir de quels soins le patient a besoin. De nombreux patients se rendent en effet au service des urgences, alors qu'ils n'ont pas besoin d'une telle prise en charge;

— des soins de première ligne accessibles ont également des retombées positives sur la santé de la population. La prévention s'en trouve renforcée et atteint davantage les groupes vulnérables qui, aujourd'hui, sont souvent laissés pour compte à cause d'obstacles financiers.

— de maatregel verdient zichzelf snel terug: minder gebruik van duurere tweedelijnszorg, toekomstige duurere zorg wordt voorkomen, meer preventieve zorg, minder tijdsverlies door administratieve last, winst aan therapietrouw en continuïteit van de zorg.

Leidt gratis zorg tot overconsumptie? Neen! Het vergroten van de toegankelijkheid van de huisarts leidt tot minder onnodige raadplegingen bij de specialist, minder onderzoeken en minder onnodige geneesmiddelen, concludeert een gezamenlijke studie van het KCE en het Intermutualistisch Agentschap. Bovendien blijkt uit de nationale gezondheidsenquête dat personen met een vaste huisarts gemiddeld per jaar 4,2 maal hun huisarts contacteren als die solo werkt, 4,0 bij een groepspraktijk en 4,3 bij een multidisciplinair wijkgezondheidscentrum met gratis toegang. Onderconsumptie is een groter probleem in ons land dan overconsumptie.

Eerstelijnszorg zonder betaling is goed voor de kwaliteit:

— een sterke en toegankelijke eerste lijn biedt veel voordelen voor de kwaliteit en de continuïteit van de zorg;

— men komt tot een gezondheidszorg waarbij de huisarts meer centraal staat, het hele medische dossier beheert, een vertrouwensrelatie met de patiënt heeft en onderhoudt, de patiënt goed kent – medisch én psychosociaal –, en op die manier best kan oordelen welke zorg nodig is. Veel patiënten komen immers op de spoeddienst terecht, terwijl ze dat soort zorg niet nodig hebben;

— een toegankelijke eerste lijn heeft een positieve impact op de gezondheid van de bevolking. Preventie wordt versterkt en de eerste lijn bereikt dan ook meer kwetsbare groepen die nu door de financiële drempels uit de boot vallen.

### III. — DISCUSSION GÉNÉRALE

#### A. Réunion du 6 octobre 2020

##### 1. Questions et observations des membres

*Mme Kathleen Depoorter (N-VA)* s'étonne que les partis de gauche de la majorité récemment formée aient décidé de disjoindre leurs propositions de la discussion de la proposition de loi DOC 55 0476/001. Ne sont-ils pas favorables à une plus grande gratuité des soins de première ligne? Le ministre de la Santé publique prendra-t-il le dossier en main?

Quel impact l'adoption de la proposition de loi aurait-elle sur la charge de travail des médecins généralistes? D'après ces derniers, si l'on supprime toutes les barrières, il n'y aura plus de distinction entre les services de jour et de nuit, ce qui augmentera énormément la charge de travail. Comment peut-on résoudre ce problème?

L'intervenante déplore en outre l'absence de lien entre la consultation gratuite et le dossier médical global (DMG).

Les patients qui ont des difficultés financières bénéficient aujourd'hui du régime du tiers payant.

L'intervenante fait observer qu'il convient, de façon générale, de garantir l'accessibilité des soins de santé et d'éviter la surconsommation. La modeste contribution symbolique demandée au patient lui indique que les soins médicaux ne sont pas gratuits. S'il est possible de recevoir des soins urgents durant la nuit, le patient doit savoir que ces soins ont un coût.

*Mme Laurence Hennuy (Ecolo-Groen)* se déclare favorable à l'idée de base de la proposition de loi, qui vise à améliorer l'accessibilité des soins. Elle émet toutefois des réserves à propos de la manière dont les auteurs tentent d'atteindre cet objectif.

Premièrement, le titre de la proposition de loi ne correspond pas à son contenu. Les auteurs proposent en effet la gratuité non seulement pour les visites chez le médecin généraliste, mais aussi pour l'ensemble des soins de première ligne. Il serait dès lors utile de demander à l'INAMI une estimation de l'impact financier de la proposition de loi à l'examen.

Il convient également de vérifier si les mutualités sont techniquement capables d'appliquer les mesures demandées.

*M. Patrick Prévot (PS)* confirme que son groupe entend disjoindre la proposition de loi DOC 55 0150/001 de la

### III. — ALGEMENE BESPREKING

#### A. Vergadering van 6 oktober 2020

##### 1. Vragen en opmerkingen van de leden

*Mevrouw Kathleen Depoorter (N-VA)* is verwonderd dat de linkse partijen van de recent gevormde meerderheid hebben besloten hun voorstellen te ontkoppelen van de bespreking van wetsvoorstel DOC 55 0476/001. Zijn zij geen voorstander meer van gratis eerstelijnszorg? Zal de minister van Volksgezondheid dit thema opnemen?

Welke impact zou de goedkeuring van het wetsvoorstel hebben op de werklast van huisartsen? Huisartsen geven aan dat, wanneer alle barrières wegvallen, er geen onderscheid meer kan gemaakt worden tussen dagdiensten en nachtdiensten, en dat de werkdruk enorm kan stijgen. Hoe moet daarmee worden omgegaan?

Voorts mist de spreker de koppeling tussen de gratis consultatie en het globaal medisch dossier (GMD).

Voor patiënten die het moeilijk hebben om rond te komen, bestaat vandaag de sociale derdebetalersregel.

In het algemeen merkt de spreker op dat de gezondheidszorg betaalbaar moet blijven en dat overconsumptie moet worden voorkomen. Door een kleine symbolische bijdrage te vragen aan de patiënt, geeft men het signaal dat medische zorg niet gratis is. Zo is het bijvoorbeeld wel mogelijk om 's nachts urgente zorg te bieden, maar de patiënt moet weten dat er een zekere prijs tegenover staat.

*Mevrouw Laurence Hennuy (Ecolo-Groen)* kan zich vinden in het basisidee van het wetsvoorstel, namelijk het vergroten van de toegankelijkheid van de zorg. De manier waarop de indieners dit trachten te bereiken, volgt zij echter niet.

Ten eerste komt de titel van het wetsvoorstel niet overeen met de inhoud ervan. De indieners stellen immers voor om niet alleen bezoeken aan de huisarts, maar de volledige eerstelijnszorg, gratis te maken. Het zou dus nuttig zijn om aan het RIZIV een raming van de financiële impact van het wetsvoorstel te vragen.

Er moet ook worden nagegaan of de ziekenfondsen technisch in staat zijn om de gevraagde maatregelen uit te voeren.

*De heer Patrick Prévot (PS)* bevestigt dat zijn fractie het wetsvoorstel DOC 55 0150/001 wenst los te koppelen

discussion de la proposition de loi DOC 55 0476/001. Le groupe PS est rassuré par les dispositions de l'accord de gouvernement et souhaite attendre le résultat de la concertation au sein du gouvernement.

*Mme Dominiek Sneppe (VB)* approuve aussi bien un régime de soins de première ligne gratuits que le régime du tiers payant. Sa préférence va toutefois à ce dernier.

Les auteurs de la proposition de loi indiquent qu'un système électronique efficace est une condition de la réussite de la gratuité. Pour l'intervenante, il importe effectivement que les autorités mettent ce système au point.

La membre a appris que certains médecins généralistes qui appliquent le régime du tiers payant déclarent par ailleurs des consultations qui n'ont pas eu lieu. Comment luttera-t-on contre ce type de fraude? Comment contrôlera-t-on si le système gratuit est utilisé en toute honnêteté?

Enfin, Mme Sneppe souhaite également obtenir un calcul de l'impact financier de la proposition de loi à l'examen.

*Mme Caroline Taquin (MR)* est consciente qu'il convient d'améliorer l'accessibilité et la qualité de nos soins de santé, notamment pour pouvoir mieux faire face aux futures crises sanitaires.

L'accord de gouvernement indique que notre système de santé doit être réformé. Le gouvernement s'engage à réduire les inégalités en matière de santé de 25 % d'ici 2030.

L'intervenante estime toutefois que la médecine doit être valorisée. Il convient de récompenser le dévouement dont les médecins font preuve dans l'exercice de leur profession. En outre, il est intéressant d'atteindre un taux de conventionnement des médecins aussi élevé que possible, sans toutefois contraindre ces derniers à se conventionner.

L'intervenante souhaiterait que les chiffres évoqués dans la proposition de loi à l'examen soient étayés, ce qui permettrait de connaître son impact financier réel. Elle demande dès lors de recueillir un avis écrit de la Cour des comptes et du Conseil d'État.

*Mme Els Van Hoof (cd&v)* se rallie à ces demandes d'avis.

van de bespreking van wetsvoorstel DOC 55 0476/001. De PS-fractie is gerustgesteld door datgene dat in het regeerakkoord is opgenomen en wenst het overleg binnen de regering af te wachten.

*Mevrouw Dominiek Sneppe (VB)* kan zich zowel vinden in een systeem van gratis eerstelijnszorg als in een derdebetalersstelsel. Haar voorkeur gaat echter uit naar dat laatste systeem.

De indieners van het wetsvoorstel stellen dat een efficiënt werkend elektronisch systeem een voorwaarde is voor het slagen van de gratis-regel. De spreker meent dat het inderdaad belangrijk is dat de overheid dit systeem op punt stelt.

De spreker heeft vernomen dat bepaalde huisartsen die met de derdebetalersregeling werken, daarnaast consultaties ingeven die niet hebben plaatsgevonden. Hoe zal dit soort fraude worden tegengegaan? Hoe zal worden gecontroleerd of er eerlijk wordt omgesprongen met het gratis-systeem?

Tot slot wenst mevrouw Sneppe ook een berekening van de financiële impact van het wetsvoorstel.

*Mevrouw Caroline Taquin (MR)* is zich ervan bewust dat de toegankelijkheid en de kwaliteit van onze gezondheidszorg moeten worden verbeterd. Dit is nodig om toekomstige gezondheids crisissen beter het hoofd te kunnen bieden.

Het regeerakkoord geeft aan dat ons gezondheids-systeem moet worden hervormd. De regering neemt zich voor om tegen 2030 de gezondheidsongelijkheid met 25 % te verminderen.

De geneeskunde moet volgens de spreker wel op waarde worden geschat. De toewijding die artsen hebben bij de uitoefening van hun beroep moet worden beloond. Voorts is het een goed idee om een zo hoog mogelijke conventioneringsgraad bij artsen te verkrijgen, zonder artsen echter te dwingen zich te conventioneren.

De spreker zou graag willen dat de cijfers die in het wetsvoorstel worden aangehaald, onderbouwd worden. Dit zou het mogelijk maken om de reële financiële impact van het wetsvoorstel te kennen. Zij vraagt dan ook om een schriftelijk advies in te winnen bij het Rekenhof en bij de Raad van State.

*Mevrouw Els Van Hoof (cd&v)* sluit zich aan bij deze adviesaanvragen.



Elle estime que des initiatives de ce type doivent être considérées dans un ensemble plus vaste et qu'il convient de laisser au gouvernement suffisamment de latitude pour élaborer une politique cohérente.

Un recours accru à la forfaitarisation pourrait s'inscrire dans les mesures visant à réformer la première ligne. Par ailleurs, les soins de santé sont confrontés à plusieurs besoins criants, notamment dans les domaines des soins dentaires, et de la santé mentale. La disponibilité de médicaments à un prix abordable constitue un autre problème.

Il convient d'améliorer l'accessibilité financière des soins de santé. Dans cette optique, le statut de l'intervention majorée et le maximum à facturer constituent des instruments efficaces. La gratuité des soins n'est pas toujours la meilleure solution. La médecine a un coût et un dispositif permettant de lutter contre la surconsommation garde toute sa pertinence.

*M. Robby De Caluwé (Open Vld)* estime qu'il est important d'évaluer comment garantir que les soins de santé restent abordables et accessibles. Selon le Bureau du Plan, la gratuité des visites chez le médecin généraliste coûterait 190 millions d'euros. Ce montant risque d'être encore plus élevé puisque cette mesure pourrait entraîner une surconsommation. On peut en outre se demander si le secteur des soins de santé n'a pas de besoins plus urgents, auxquels il vaudrait mieux affecter ce montant.

L'intervenant se demande en outre si le manque d'accessibilité est réellement dû au ticket modérateur. D'autres facteurs ne joueraient-ils pas un rôle, comme le manque de littératie en santé?

Le groupe Open Vld demeure pour l'instant critique à propos de la proposition de loi à l'examen et souhaite laisser au gouvernement toutes ses chances d'élaborer une politique adéquate en matière d'accessibilité.

*M. Jan Bertels (Vooruit)* confirme que l'accessibilité des soins reste une thématique importante pour son groupe. C'est la raison pour laquelle les soins de première ligne occupent une place de premier plan dans le nouvel accord de gouvernement.

Il faut en outre renforcer le rôle du médecin généraliste dans les soins de première ligne, ainsi que sa fonction de prévention. Il convient à cette fin de se concerter et de coopérer avec les entités fédérées.

Les propositions de loi relatives au régime du tiers payant restent pertinentes mais il faudra encore se concerter avec les groupes professionnels. La mise au

Mevrouw Van Hoof meent dat dit soort initiatieven in een groter geheel moeten worden gezien. Het lijkt haar goed om aan de regering de ruimte te geven een coherent beleid uit te bouwen.

Meer forfaitarisering zou deel uit kunnen maken van maatregelen tot hervorming van de eerste lijn. Verder zijn er aantal noden in de gezondheidszorg die prangend zijn, zoals in de tandzorg, de psychologische zorg en met betrekking tot de betaalbaarheid van geneesmiddelen.

De financiële toegankelijkheid van de zorg moet worden vergroot. Daartoe zijn het statuut van de verhoogde tegemoetkoming en de maximumfactuur goede instrumenten. Het gratis maken van de zorg is niet altijd de beste oplossing. Zorg is nu eenmaal niet gratis en er moet nog steeds een manier zijn om overconsumptie tegen te gaan.

*De heer Robby De Caluwé (Open Vld)* vindt het belangrijk dat wordt geëvalueerd hoe een betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg kan worden gegarandeerd. Volgens het Planbureau zou het gratis maken van het huisartsbezoek 190 miljoen euro kosten. Dat bedrag zou nog hoger kunnen worden, aangezien het mogelijk is dat de maatregel tot overconsumptie zou leiden. De vraag is ook of er niet meer urgente noden zijn binnen de gezondheidszorg, waaraan dit bedrag beter besteed zou worden.

De spreker vraagt zich bovendien af of de lage toegankelijkheid werkelijk te wijten is aan het remgeld. Zouden er geen andere factoren kunnen spelen, zoals een gebrek aan gezondheidswijsheid?

De Open Vld-fractie blijft voorlopig kritisch over het wetsvoorstel, en wil de nieuwe regering de kans laten om een goed toegankelijkheidsbeleid uit te werken.

*De heer Jan Bertels (Vooruit)* bevestigt dat de toegankelijkheid van de zorg een belangrijk thema blijft voor zijn fractie. De eerste lijn krijgt daarom ook een prominente plaats in het nieuwe regeerakkoord.

Bovendien moet de rol van de huisarts binnen de eerste lijn versterkt worden. De preventieve functie van de huisarts moet ook versterkt worden. Hiervoor is overleg en samenwerking met de deelstaten nodig.

De wetsvoorstellen met betrekking tot de derdebetaalersregeling blijven nog steeds relevant, maar er moet nog met de beroepsgroepen worden overlegd. Het e-attest

point de l'attestation électronique doit être poursuivie. L'accès au médecin généraliste doit en effet être amélioré, moyennant certaines réserves. L'intervenant estime qu'il n'est pas opportun d'encourager toutes les sortes de visites à domicile, telles que les visites de nuit. Une réflexion est effectivement en cours actuellement au sujet d'une éventuelle liaison du remboursement de la consultation au dossier médical global.

L'intervenant propose que la concertation relative à l'accessibilité soit poursuivie durant un certain temps au sein de l'INAMI. Le gouvernement prendra certainement une série de mesures. Certaines d'entre elles figureront déjà dans le budget 2021.

*Mme Catherine Fonck (Les Engagés)* indique que l'accord de gouvernement évoque l'accessibilité des soins, et non leur gratuité, contrairement à ce que certains partis ont promis au cours de la campagne électorale.

L'accord de gouvernement mentionne l'objectif de revenir dans le "top 10" européen en ce qui concerne le nombre d'années de vie en bonne santé. Cet objectif est d'ores et déjà atteint car la Belgique occupe la sixième place en ce qui concerne l'espérance de vie en bonne santé à l'âge de cinquante ans. Pour les personnes de 65 ans, notre pays se situe en septième place.

La réduction des inégalités de santé est un objectif louable de l'accord de gouvernement. Pour l'intervenante, il convient toutefois d'identifier les bons groupes cibles. Les chiffres révèlent en effet que ce sont surtout les femmes peu qualifiées qui ont l'espérance de vie la plus faible. Celle-ci a même baissé au cours des dernières années. Il y a donc du retard à rattraper dans ce domaine.

Pour accroître l'accessibilité, il convient de choisir les indicateurs adéquats. La consultation chez le médecin généraliste et chez le dentiste ne coûte déjà plus grand chose au patient. Il faut dès lors surtout s'employer à accroître l'accessibilité des soins de santé pour les patients souffrant de maladies chroniques, par le biais du maximum à facturer. C'est là que le bât blesse dans notre système de soins de santé. La plupart des soins sont reportés et ce report est l'un des principaux indicateurs du manque d'accessibilité des soins.

## 2. Réponses de la coauteure de la proposition de loi

*Mme Sofie Merckx (PVDA-PTB)* souligne que, dans le système qu'elle propose, le médecin généraliste sera payé automatiquement pour son travail. Ce n'est

moet verder op punt worden gesteld. Daarnaast moet de toegankelijkheid tot de huisarts inderdaad worden verbeterd, maar niet op alle mogelijke vlakken. De spreker meent dat het geen goed idee is om alle soorten huisbezoeken, bijvoorbeeld nachtbezoeken, aan te moedigen. Momenteel loopt inderdaad de denkoefening over een eventuele koppeling tussen de terugbetaling van de consultatie en het globaal medisch dossier.

De spreker stelt voor om het overleg over toegankelijkheid binnen het RIZIV even te laten lopen. De regering zal zeker een aantal maatregelen nemen. Sommige daarvan zullen reeds te zien zijn in de begroting voor 2021.

*Mevrouw Catherine Fonck (Les Engagés)* stelt dat er in het regeerakkoord wordt gesproken over toegankelijkheid, maar niet over gratis zorg. Dat staat in contrast met wat sommige partijen tijdens de verkiezingscampagne hebben beloofd.

Het regeerakkoord vermeldt de doelstelling om terug in de Europese top tien voor het aantal levensjaren in goede gezondheid te geraken. Die doelstelling is nu al bereikt, want voor wat betreft de levensverwachting in goede gezondheid op de leeftijd van vijftig jaar staat België op de zesde plaats. Voor de leeftijd van 65 jaar bekleedt België de zevende plaats.

Het dichten van de gezondheidskloof is een nobele doelstelling in het regeerakkoord. Volgens de sprekerster moeten hiertoe wel de juiste doelgroepen worden gedefinieerd. Volgens de cijfers blijken het namelijk vooral laagopgeleide vrouwen te zijn die de slechtste levensverwachting hebben. Hun levensverwachting is de laatste jaren zelfs gedaald. Hier is dus een inhaalbeweging nodig.

Om de toegankelijkheid te vergroten, moeten de juiste indicatoren worden gekozen. De consultatie bij de huisarts en bij de tandarts kosten de patiënt nu reeds zeer weinig. Daarom moet voornamelijk worden ingezet op het verhogen van de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg voor chronisch zieke patiënten, via de maximumfactuur. Het is daar dat de zwakke punten van ons gezondheidszorgsysteem zitten en dat de meeste zorg wordt uitgesteld. Uitgestelde zorg is één van de belangrijkste aanwijzingen dat de zorg niet toegankelijk genoeg is.

## 2. Antwoorden van de mede-indienster van het wetsvoorstel

*Mevrouw Sofie Merckx (PVDA-PTB)* wijst erop dat in het systeem dat zij voorstelt, de huisarts automatisch betaald wordt voor zijn werk. In het huidige systeem is

pas toujours le cas dans le système actuel puisqu'il est fréquent que le médecin généraliste ne réclame pas le ticket modérateur aux patients vulnérables.

L'impact financier de la proposition de loi est relativement limité par rapport au budget total de la santé. Qui plus est, la norme de croissance mentionnée dans l'accord de gouvernement permettra de prendre de nouvelles initiatives au sein des soins de santé.

L'intervenante considère que la mesure proposée sera certainement réalisable d'un point de vue technique. La téléconsultation a également été instaurée sans trop de problèmes durant la crise du coronavirus. L'intervenante n'a pas encore reçu de retour du terrain indiquant que le système gratuit ne serait pas réalisable.

Il convient de réfuter l'affirmation selon laquelle ce système pourrait être source de surconsommation. On observe que la gratuité des soins prévue par les régimes forfaitaires actuels, par exemple dans les maisons médicales, n'a jusqu'à présent pas entraîné de surconsommation. En moyenne, les patients inscrits dans une maison médicale se rendent annuellement une fois de plus chez le médecin généraliste que les autres patients. Cette consultation supplémentaire annuelle permet en réalité de corriger la sous-consommation.

Il est vrai que le système forfaitaire fait parfois l'objet d'abus. C'est pourquoi il convient de mettre en place un système de tri efficace.

Le *Vlaams Netwerk tegen Armoede* et le *Gezinsbond* soutiennent la proposition de loi à l'examen car elle permettrait de mettre fin à la stigmatisation des patients vulnérables. La plupart des médecins généralistes ont certainement déjà été confrontés à des situations dans lesquelles des patients souffrant d'un grave problème de santé ont attendu le lundi pour se rendre chez leur médecin généraliste, car ils ne pouvaient pas régler leur consultation au tarif du week-end.

L'intervenante fait observer que certains partis du gouvernement souhaitent aussi prendre davantage de mesures sociales. Elle salue l'ouverture prévue à cet égard dans l'accord de gouvernement. Mais il reste à savoir s'il faut prévoir des mesures sélectives qui ne s'appliqueront par exemple qu'aux patients dont les revenus sont inférieurs à un certain plafond. Ou serait-il préférable d'opter pour une généralisation? Dans ce système, les patients moins fortunés sont moins victimes de stigmatisation. De plus, il nécessite une charge administrative moins lourde. Par ailleurs, dans le système actuel, plusieurs avantages ne sont pas accordés automatiquement aux patients et le patient doit, lui-même, entamer la procédure à cette fin.

dat niet altijd zo, aangezien de huisarts regelmatig het remgeld laat vallen bij kwetsbare patiënten.

De financiële impact van het wetsvoorstel is tamelijk beperkt vergeleken met het totale gezondheidsbudget. Daarnaast maakt de in het regeerakkoord opgenomen groeicijfer nieuwe initiatieven binnen de gezondheidszorg mogelijk.

De spreker meent dat de voorgestelde maatregel technisch zeker haalbaar zal zijn. Tijdens de coronacrisis is de teleconsultatie ook zonder al te veel problemen ingevoerd. De spreker heeft van het terrein nog niet de feedback gehad dat het gratis-systeem niet haalbaar zou zijn.

De bewering dat dit systeem tot overconsumptie zou kunnen leiden moet worden weerlegd. In de nu bestaande forfaitaire systemen, zoals de wijkgezondheidscentra, heeft de gratis zorg tot nu toe ook niet tot overconsumptie geleid. Een patiënt die ingeschreven is in de wijkgezondheidscentra gaat gemiddeld één keer per jaar meer naar de huisarts dan andere patiënten. In werkelijkheid wordt door deze extra consultatie per jaar de onderconsumptie gecorrigeerd.

Natuurlijk wordt er soms ook misbruik gemaakt van forfaitaire systemen. Daarom moet er een goede triage gebeuren.

Het Vlaams Netwerk tegen Armoede en de Gezinsbond steunen dit wetsvoorstel, omdat het een einde kan maken aan de stigmatisering van kwetsbare patiënten. De meeste huisartsen kennen wel gevallen van patiënten die een ernstig gezondheidsprobleem hadden, maar tot maandag wachtten om naar de huisarts te gaan, omdat ze het weekendtarief niet konden voorschieten.

De spreker merkt dat bepaalde regeringspartijen ook graag meer sociale maatregelen willen nemen. Ze is blij met de opening die hiervoor in het regeerakkoord bestaat. Maar de vraag is of men verder moet werken met selectieve maatregelen, die bijvoorbeeld alleen van toepassing zijn onder een bepaalde inkomensgrens. Of is het beter om in de richting van een veralgemening te gaan? In dit laatste systeem gebeurt er minder stigmatisering van minder geïsoleerde patiënten. Bovendien vereist het minder administratief werk. Daarnaast worden in het huidige systeem allerlei voordelen niet automatisch toegekend, en moet men zelf de procedure opstarten om de voordelen te verkrijgen.

### 3. Répliques

*Mme Laurence Hennuy (Ecolo-Groen)* souligne qu'il ne faut pas confondre la gratuité des consultations avec le régime forfaitaire. Il s'agit de deux régimes distincts.

*M. Jan Bertels (Vooruit)* reconnaît que de nombreux progrès ont déjà été réalisés sur le plan technologique, notamment en matière d'e-facturation, mais il ajoute qu'ils ne sont pas encore suffisants. La date d'entrée en vigueur, fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2021, n'est donc pas réaliste pour certains acteurs de première ligne.

En outre, l'intervenant souligne que le groupe Vooruit n'a pas l'intention de prendre des mesures stigmatisantes à l'égard de certains patients. Il souhaite exactement l'inverse.

Enfin, dans le cadre de l'élaboration du budget de 2021, le ministre de la Santé publique prendra déjà des mesures pour améliorer l'accessibilité des soins de santé, y compris des soins de première ligne. Les membres pourront alors constater que le groupe Vooruit tient ses promesses.

*Mme Kathleen Depoorter (N-VA)* se demande toujours si les auteurs de la proposition de loi sont favorables ou non à une liaison avec le dossier médical global.

En outre, elle est frappée par le fait que les partis du gouvernement ont des avis très divergents. Elle estime que les partis devront encore se concerter longuement pour conclure des accords solides.

*Mme Sofie Merckx (PVDA-PTB)* revient sur les similitudes entre le régime de gratuité et le régime forfaitaire. Dans ces deux régimes, le patient peut consulter son médecin généraliste gratuitement. Cette gratuité n'a pas entraîné de surconsommation dans les maisons médicales.

Si seules les personnes inscrites chez un médecin généraliste et qui ont un dossier médical global peuvent consulter gratuitement un médecin généraliste, les personnes qui n'ont pas de médecin généraliste fixe seront exclues. Cela reviendra à favoriser les personnes bien informées. Or, tel n'est pas l'objectif visé par la proposition de loi.

#### B. Réunion du 2 septembre 2021

*Mme Sofie Merckx (PVDA-PTB)* évoque les avis rendus par la Cour des comptes et l'INAMI. La Cour des comptes évalue le coût de la proposition de loi à l'examen à 154 millions d'euros, mais indique également

### 3. Replieken

*Mevrouw Laurence Hennuy (Ecolo-Groen)* wijst erop dat men de gratis consultatie niet mag verwarren met het forfaitair systeem. Dit zijn twee verschillende systemen.

*De heer Jan Bertels (Vooruit)* erkent dat er op technologisch vlak al veel stappen vooruit zijn gezet, bijvoorbeeld wat e-facturering betreft, maar nog niet voldoende. Vandaar dat de datum van inwerkingtreding, 1 januari 2021, voor sommige actoren in de eerste lijn praktisch niet haalbaar is.

Daarnaast benadrukt hij dat de Vooruit-fractie geen maatregelen wil nemen die bepaalde patiënten stigmatiseren. De Vooruit-fractie ambieert net het tegenovergestelde.

Tot slot zal de minister van Volksgezondheid reeds in het kader van de begroting 2021 maatregelen nemen ter verbetering van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, met inbegrip van de eerste lijn. De leden zullen dan kunnen vaststellen dat de Vooruit-fractie haar beloftes nakomt.

*Mevrouw Kathleen Depoorter (N-VA)* vraagt zich nog steeds af of de indieners van het wetsvoorstel het idee van een koppeling aan het globaal medisch dossier genegen zijn.

Voorts valt het haar op dat de meningen van de regeringspartijen nogal ver uit elkaar liggen. Zij meent dat er nog heel wat overleg tussen de partijen nodig zal zijn om tot goede akkoorden te komen.

*Mevrouw Sofie Merckx (PVDA-PTB)* wijst op de overeenkomsten tussen het gratis-systeem en het forfaitair systeem. In beide systemen kan de patiënt zonder geld naar de arts gaan. In de wijkgezondheidscentra heeft dit niet tot overconsumptie geleid.

Als alleen personen die ingeschreven zijn bij een huisarts en een globaal medisch dossier hebben gratis naar de huisarts mogen gaan, worden personen die geen vaste huisarts hebben uitgesloten. Dan bevoordeelt men enkel de personen die het systeem goed kennen. Dat is niet de bedoeling van het wetsvoorstel.

#### B. Vergadering van 2 september 2021

*Mevrouw Sofie Merckx (PVDA-PTB)* gaat in op de ontvangen adviezen van het Rekenhof en het RIZIV. Het Rekenhof berekent de kostprijs van het wetsvoorstel op 154 miljoen euro, maar geeft ook aan dat de

que la gratuité est une mesure efficace en matière de coûts, car une prévention adéquate permet d'éviter des interventions plus onéreuses.

Le Conseil d'État n'émet pas non plus de critiques fondamentales à l'égard de la proposition de loi à l'examen.

Au cours des auditions, la proposition de loi à l'examen a également suscité de nombreuses réactions positives. Elle permettrait en effet d'apporter une solution au report des soins et pourrait renforcer la première ligne. Trop de personnes ne sont actuellement pas éligibles aux mesures existantes visant à assurer l'accessibilité financière des soins. En outre, le système laisse une trop grande place à l'arbitraire. C'est pourquoi les médecins généralistes sont également de plus en plus demandeurs de consultations gratuites.

*Mme Kathleen Depoorter (N-VA)* demande dans quelle mesure les partis de gauche soutiennent la gratuité. S'en tiendront-ils à l'accord de gouvernement ou une forme d'accord de gouvernement 2.0 verra-t-elle le jour, comme l'a suggéré M. Calvo dans la presse?

En lisant l'avis de Domus Medica, l'intervenante ne pense pas que les médecins généralistes soient demandeurs d'un système gratuit. D'après ces derniers, les moyens pourraient être mieux affectés. Quel est donc le pourcentage de médecins généralistes ayant déclaré être favorables aux consultations gratuites? S'agit-il uniquement des médecins généralistes de la Médecine pour le Peuple?

L'intervenante est tout à fait ouverte à un élargissement du régime du tiers payant. Il convient toutefois d'examiner au préalable pour quels soins ce régime est vraiment nécessaire. L'objectif n'est pas d'appliquer le régime du tiers payant aux visites de nuit pour des cas non urgents.

Il ressort d'une étude du KCE sur l'accessibilité que la trajectoire de soins de trop peu de patients est tenue à jour. C'est pourquoi un lien avec le dossier médical global s'impose. Ce dossier permet d'assurer un suivi correct des démarches effectuées en vue de recourir aux soins spécialisés. On est encore loin du compte, surtout en Wallonie.

*Mme Laurence Hennuy (Ecolo-Groen)* s'enquiert de la portée effective de la proposition de loi à l'examen, qu'il conviendrait de préciser dans le texte. Comme l'a fait observer le Conseil d'État, la proposition porte sur la gratuité des soins prodigués dans toute la première ligne. Or, le texte indique plus loin que certaines consultations de la deuxième ligne pourraient également relever de son champ d'application. L'estimation réalisée par

gratis-regel een kostenefficiënte maatregel is, omdat door goede preventie duurdere ingrepen kunnen worden voorkomen.

Ook de Raad van State heeft geen fundamentele kritiek op het wetsvoorstel.

Tijdens de hoorzittingen kwamen er ook heel wat positieve reacties op het wetsvoorstel. Het zou immers een oplossing kunnen bieden voor uitgestelde zorg en zou kunnen zorgen voor een versterking van de eerste lijn. Te veel personen komen vandaag niet in aanmerking voor de bestaande maatregelen om zorg betaalbaar te houden. Bovendien is er veel willekeur in het systeem. Daarom zijn huisartsen ook steeds meer vragende partij voor de gratis consultatie.

*Mevrouw Kathleen Depoorter (N-VA)* vraagt in hoeverre de linkse partijen meegaan in het gratis-verhaal. Blijven ze vasthouden aan het regeerakkoord, of komt er een soort van regeerakkoord 2.0, zoals de heer Calvo suggereerde in de pers?

Als zij het advies van Domus Medica leest, denkt de spreker niet dat de huisartsen vragende partij zijn voor een gratis-systeem. De huisartsen stellen dat de middelen beter kunnen worden besteed. Hoeveel procent van de huisartsen heeft dus verklaard dat zij voorstander zijn van gratis consultaties? Zijn dat enkel de huisartsen van Geneeskunde voor het Volk?

De spreker staat zeker open voor een uitbreiding van de derdebetalersregeling. Er moet wel eerst onderzocht worden voor welke zorg dit echt noodzakelijk is. Het is niet de bedoeling dat de derdebetalersregeling van toepassing wordt voor nachtbezoeken voor niet-urgente zaken.

Uit de KCE-studie rond toegankelijkheid blijkt dat bij veel te weinig patiënten het zorgtraject wordt bijgehouden. Daarom is een koppeling met het globaal medisch dossier nodig. In dat dossier kan goed worden bijgehouden welke stappen zijn genomen om tot specialistische zorg te komen. Zeker in Wallonië is er hieromtrent nog veel werk aan de winkel.

*Mevrouw Laurence Hennuy (Ecolo-Groen)* vraagt wat nu eigenlijk de draagwijdte van het wetsvoorstel is. Dit zou beter moeten worden gepreciseerd in de tekst. Zoals de Raad van State opmerkt, gaat het wetsvoorstel over gratis zorg in de volledige eerste lijn. Maar als men wat verder leest, zouden bepaalde consultaties in de tweede lijn ook binnen het toepassingsgebied van het wetsvoorstel kunnen vallen. De raming die het

la Cour des comptes ne portait toutefois que sur les consultations chez le médecin généraliste.

*Mme Laurence Zanchetta (PS)* plaide, comme l'ensemble du groupe PS, pour une meilleure accessibilité de la médecine générale, principalement parce que le généraliste exerce une fonction de prévention très importante, qui permet d'éviter des interventions plus lourdes et des coûts plus élevés.

Notre système de soins de santé dispose déjà de plusieurs dispositifs en vue de protéger les patients plus vulnérables, mais au vu du nombre de personnes qui reportent les soins, il faut bien reconnaître que ce système ne suffit pas. Le gouvernement s'est dès lors engagé à améliorer les soins, en concertation avec les groupes professionnels. L'intervenante préconise d'attendre les initiatives du ministre de la Santé publique.

*Mme Dominiek Sneppe (VB)* parcourt les conclusions les plus importantes qu'elle a pu tirer des auditions.

*Mme Caroline Taquin (MR)* souligne que plusieurs mécanismes permettant d'accroître l'accessibilité aux soins existent déjà. Les patients disposant d'un dossier médical global ont droit aux tarifs les plus avantageux. C'est pourquoi il est important que la majorité de la population dispose d'un DMG. De nouvelles mesures s'imposent pour y parvenir.

Le système des soins de santé doit certainement être réformé, mais les réformes doivent aller au-delà du cadre proposé dans la proposition de loi à l'examen. L'intervenante s'attend à ce que les réformes déjà entamées du financement des hôpitaux et de la nomenclature aient des résultats positifs.

Les chiffres évoqués ne permettent pas d'estimer correctement les effets directs et indirects de la proposition de loi. Un inconvénient potentiel est toutefois que la proposition pourrait entraîner un dépassement de l'objectif budgétaire. Il faudrait alors facturer d'autres coûts au patient, ce qui ne serait pas conforme à l'objectif poursuivi.

*Mme Nathalie Muylle (cd&v)* n'est pas favorable à la gratuité des soins. Son groupe a toujours plaidé pour une contribution du patient.

L'intervenante a surtout retenu des auditions qu'il convenait de supprimer l'interdiction du régime du tiers payant.

Rekenhof maakte, ging echter alleen over de consultatie bij de huisarts.

*Mevrouw Laurence Zanchetta (PS)* pleit, net als de ganse PS-fractie, voor een betere toegankelijkheid van de huisartsenzorg. De voornaamste reden hiervoor is dat de huisarts een zeer belangrijke preventiefunctie heeft, waardoor zwaardere ingrepen en hogere kosten kunnen worden voorkomen.

Ons gezondheidssysteem bevat nu reeds een aantal beschermingsmechanismen voor kwetsbaardere patiënten, maar als men ziet dat heel wat personen zorg uitstellen, moet men vaststellen dat ze niet volstaan. De regering heeft zich er dan ook toe verbonden de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren, in overleg met de beroepsgroepen. De spreekster roept op om nu de initiatieven van de minister van Volksgezondheid af te wachten.

*Mevrouw Dominiek Sneppe (VB)* overloopt de belangrijkste conclusies die zij uit de hoorzittingen heeft kunnen trekken.

*Mevrouw Caroline Taquin (MR)* wijst erop dat er reeds een aantal mechanismen bestaan die de toegankelijkheid van de zorg verhogen. Patiënten met een globaal medisch dossier hebben recht op de meest gunstige tarieven. Daarom is het belangrijk dat een zo groot mogelijk deel van de bevolking over een globaal medisch dossier beschikt. Hier zijn nog stappen te zetten.

Het gezondheidszorgsysteem moet zeker worden hervormd, maar de hervormingen moeten breder gaan dan dit wetsvoorstel. De spreekster verwacht goede resultaten van de reeds aangevatte hervormingen van de ziekenhuisfinanciering en van de nomenclatuur.

De aangehaalde cijfers maken het niet mogelijk om de rechtstreekse en onrechtstreekse effecten van het wetsvoorstel correct in te schatten. Eén mogelijk nadeel is wel dat het wetsvoorstel zou kunnen zorgen voor een overschrijding van de begrotingsdoelstelling. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat andere kosten toch weer op de patiënt worden verhaald. Dat kan niet de bedoeling zijn.

*Mevrouw Nathalie Muylle (cd&v)* is geen voorstander van gratis zorg. Haar fractie heeft altijd gepleit voor een bijdrage van de patiënt.

Uit de hoorzittingen heeft de spreekster voornamelijk begrepen dat het verbod op de derdebetalersregeling moet worden afgeschaft.

Le deuxième point qu'elle a retenu concerne l'importance d'avoir un médecin généraliste fixe et un dossier médical global.

Le troisième point concerne le fait que certains traitements (par exemple chez le dentiste) sont tellement onéreux que certains patients ne peuvent pas y recourir. Cela justifie d'examiner si certains moyens ne peuvent pas être mieux affectés afin que ces traitements soient plus accessibles.

*M. Robby De Caluwé (Open Vld)* se rallie aux arguments de Mme Muylle. Les auditions ne l'ont pas fait changer d'avis. Comme au cours d'autres discussions, il préconise une évaluation des mesures existantes.

La raison principale pour laquelle M. De Caluwé ne soutiendra pas la proposition de loi à l'examen est que la Cour des comptes indique que le coût des mesures proposées est difficile à estimer. L'intervenant estime qu'il n'est pas raisonnable d'adopter une mesure sans en connaître l'impact budgétaire.

*Mme Gitta Vanpeborgh (Vooruit)* assure aux membres de la commission que son groupe est toujours préoccupé par les inégalités en matière de soins de santé en Belgique.

C'est pourquoi le groupe Vooruit a déposé, sous l'actuelle législature, plusieurs propositions concernant l'accessibilité des soins et visant par exemple la généralisation du régime du tiers payant et l'élargissement du maximum à facturer.

Les pistes d'amélioration les plus évoquées au cours des auditions de mars 2021 concernent l'augmentation du taux de conventionnement et l'amélioration de l'accessibilité des soins dentaires et des soins de santé mentale. Il a également été question de la pénurie de médecins généralistes et du report de soins en deuxième ligne.

Un trajet pluriannuel visant à améliorer l'accessibilité des soins est en cours à l'INAMI. L'intervenante estime qu'il serait raisonnable d'attendre les résultats de ces travaux.

*Mme Sofie Merckx (PVDA-PTB)* souligne que la proposition de loi à l'examen est réaliste et répond à un besoin réel sur le terrain.

La règle de la gratuité est certainement applicable sur le plan technique. De grands progrès technologiques ont en effet été enregistrés durant la crise sanitaire.

In de tweede plaats onthoudt zij het belang van een vaste huisarts en de koppeling aan het GMD.

Een derde vaststelling was dat sommige behandelingen (bijvoorbeeld bij de tandarts) zo duur zijn dat sommige patiënten er niet voor kunnen kiezen. Daarom moet worden besproken of bepaalde middelen niet beter kunnen worden ingezet om dit soort behandelingen betaalbaarder te maken.

*De heer Robby De Caluwé (Open Vld)* stemt in met de door mevrouw Muylle aangehaalde punten. De hoorzittingen hebben de spreker niet van mening doen veranderen. Net als tijdens eerdere besprekingen pleit hij ook nu voor een evaluatie van de bestaande maatregelen.

De belangrijkste reden om het wetsvoorstel niet te steunen is voor de heer De Caluwé dat het Rekenhof aangeeft dat de kostprijs van deze maatregel niet te voorspellen is. Het lijkt de spreker niet verstandig een maatregel in te voeren zonder de budgettaire impact ervan te kennen.

*Mevrouw Gitta Vanpeborgh (Vooruit)* verzekert de commissieleden ervan dat haar fractie nog steeds wakker ligt van de gezondheidskloof in België.

Daarom heeft de Vooruit-fractie tijdens de huidige zittingsperiode een aantal voorstellen gedaan voor toegankelijke zorg, zoals de veralgemening van de derdebetalersregeling en de verbreding van de maximumfactuur.

De volgende zaken kwamen het vaakst naar voren tijdens de hoorzittingen van maart 2021: het verhogen van de conventioneringsgraad, een betaalbare tandzorg en een toegankelijker geestelijke gezondheidszorg. Voorts ging het over het aanpakken van het huisartsentekort, en van de uitgestelde zorg in de tweede lijn.

Momenteel loopt er een meerjarentraject bij het RIZIV om de toegankelijkheid van de zorg te vergroten. De spreekster denkt dat het verstandig is om de resultaten van deze werkzaamheden af te wachten.

*Mevrouw Sofie Merckx (PVDA-PTB)* benadrukt dat het wetsvoorstel een realistisch voorstel is, dat tegemoetkomt aan een reële nood op het terrein.

De gratis-regel is technisch zeker uitvoerbaar. Tijdens de coronacrisis is er op technologisch vlak heel wat vooruitgang geboekt. De elektronische facturatie werd

La facturation électronique a été élargie. En outre, les consultations par téléphone ont été remboursées intégralement.

Certains membres estiment qu'une contribution du patient est nécessaire pour que les patients connaissent la valeur de soins. Les auditions ont toutefois clairement indiqué que les citoyens ne se rendent pas chez le médecin pour le plaisir. Ils ont de réels problèmes de santé et ne veulent pas avoir à demander le régime du tiers payant. En conséquence, les soins sont parfois reportés trop longtemps. La demande des auteurs de la proposition de loi à l'examen n'est d'ailleurs pas exceptionnelle. Dans de nombreux pays limitrophes, les patients peuvent déjà consulter un médecin généraliste gratuitement.

Il est exact que la proposition de loi à l'examen permet aussi aux patients aisés de consulter leur généraliste gratuitement. Le groupe PVDA-PTB demande toutefois par ailleurs que ceux-ci s'acquittent de la taxe sur les millionnaires.

Mme Merckx se dit surprise par la position du groupe cd&v. Historiquement, les chrétiens-démocrates ont toujours défendu l'accessibilité des soins. En outre, elle estime que ce n'est pas une bonne idée de lier la visite gratuite chez le généraliste au DMG. Les patients qui n'ont pas de DMG appartiennent précisément à la catégorie la plus vulnérable, qui a le plus besoin de soins gratuits.

Selon l'intervenante, il n'est pas nécessaire d'évaluer les mesures qui règlent actuellement l'accessibilité: le KCE l'a déjà fait.

Lors des premières discussions en 2020, plusieurs membres ont évoqué des propositions qui devaient émaner du gouvernement en vue d'une meilleure accessibilité, des propositions que l'intervenante attend toujours. Elle est cependant curieuse de voir la teneur des propositions qui seront reprises dans les discussions budgétaires de 2022 et souhaite attendre ces dernières avant de soumettre la proposition de loi au vote.

### C. Réunion du 14 mars 2023

Mme Sofie Merckx (PVDA-PTB) indique avoir réinscrit la proposition de loi à l'ordre du jour à l'occasion de la publication du nouveau rapport sur l'accessibilité des soins rédigé par l'OMS et le KCE. Il ressort de l'étude que le résultat de la Belgique n'est pas bon. Pour beaucoup de personnes, les frais de santé sont trop élevés dans notre pays. Si certains coûts sont imputables aux médicaments et aux appareils médicaux, la première ligne n'est pas suffisamment accessible non plus. L'OMS

breder ingevoerd. Bovendien werden telefonische consultaties volledig terugbetaald.

Sommige leden menen dat een bijdrage van de patiënt nodig is, zodat deze de waarde van de zorg kent. Uit de hoorzittingen is echter duidelijk gebleken dat mensen niet voor hun plezier naar de arts gaan. Ze hebben echte zorgen en willen ook niet moeten vragen om de derdebetalersregeling. Hierdoor wordt zorg soms langer uitgesteld dan nodig. Wat de indieners van het wetsvoorstel vragen is overigens niet zo uitzonderlijk. In heel wat ons omringende landen is het zonder geld naar de huisarts gaan reeds van toepassing.

Het is inderdaad zo dat rijke patiënten volgens het wetsvoorstel ook zonder geld naar de huisarts mogen. De PVDA-PTB-fractie vraagt wel dat ze daarnaast de miljonairstaks betalen.

Het standpunt van de cd&v-fractie verbaast mevrouw Merckx. De christendemocraten waren historisch gezien altijd pleitbezorgers van toegankelijke zorg. Daarnaast meent ze dat het geen goed idee is om het gratis huisartsbezoek te koppelen aan het GMD. Mensen die geen GMD hebben, zijn net de mensen die het meest kwetsbaar zijn en de gratis zorg het meest nodig hebben.

Volgens de spreekster is het niet nodig om de bestaande toegankelijkheidsmaatregelen te evalueren. Het KCE deed dit immers reeds.

Bij de eerste besprekingen in 2020 verwezen verschillende leden naar voorstellen voor een betere toegankelijkheid die vanuit de regering zouden komen. De spreekster wacht nog steeds op die voorstellen. Zij is wel benieuwd naar de voorstellen die in de begrotingsbesprekingen voor 2022 zullen worden opgenomen en wil deze eerst afwachten alvorens het wetsvoorstel ter stemming voor te leggen.

### C. Vergadering van 14 maart 2023

Mevrouw Sofie Merckx (PVDA-PTB) geeft aan dat zij het wetsvoorstel opnieuw op de agenda heeft geplaatst naar aanleiding van het nieuwe rapport over de betaalbaarheid van de zorg van het WHO en het KCE. Uit het onderzoek blijkt dat België het niet goed doet. Voor veel mensen zijn de gezondheidskosten in ons land zeer hoog. Sommige kosten hebben te maken met medicatie en medische apparatuur, maar ook de toegang tot de eerste lijn verloopt niet vlot genoeg. De WHO merkt op



relève qu'il est inhabituel que des pays à revenus élevés utilisent un système dans lequel le patient doit d'abord avancer le montant, qui lui sera remboursé par la suite par l'assurance-maladie. L'organisation recommande de supprimer le système d'avances. Tel est l'objectif poursuivi par la proposition de loi à l'examen.

L'intervenante estime que la consultation gratuite chez le généraliste n'entraînera pas de surconsommation. Le problème se pose plutôt en termes de sous-consommation, comme l'a indiqué la *Vlaams patiëntenplatform*. Le syndicat ASGB a également montré que dans les cabinets appliquant un système forfaitaire, il n'y a pas non plus de problème de surconsommation.

Depuis le premier examen de la proposition de loi, quelques mesures ont été prises. Dans l'intervalle, l'interdiction du régime du tiers payant a été abrogée. Pour autant, ces mesures sont insuffisantes pour garantir l'accessibilité des soins de première ligne.

### 1. Questions et observations des membres

*Mme Kathleen Depoorter (N-VA)* estime qu'il s'agit d'une proposition de loi intéressante qui correspond à l'idéologie du groupe PVDA-PTB. Elle est curieuse de voir le traitement que certains autres partis politiques réserveront à cette proposition, compte tenu des propos qu'ils ont tenus sur la gratuité des soins de santé au cours des débats électoraux. Aujourd'hui, on ne les entend plus guère sur ce thème.

L'intervenante indique que son parti n'est pas favorable à la "gratuité des soins", car la "gratuité" n'existe pas. Elle évoque un débat qui s'est tenu entre le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et la généraliste Sophie Lemmens, lors de l'émission *De Tafel van Vier*, au cours duquel la docteur a fait observer que le patient a perdu la notion de la valeur des soins que le généraliste dispense chaque jour. Elle a estimé que le médecin généraliste était plus accessible que n'importe quel autre dispensateur de soins.

En outre, Mme Depoorter fait observer que les études du KCE sur l'équité de soins de santé révèlent que les pouvoirs publics ont raté leur objectif. Il est difficile de prouver que la gratuité des soins donnera lieu à une augmentation des soins.

Par ailleurs, si l'on souhaite également inclure la kinésithérapie et les soins dentaires dans le régime du tiers payant, il faut aussi prendre en compte la problématique de la nomenclature. L'intervenante renvoie à l'examen de la proposition de résolution relative à l'endométriose (DOC 55 2510/001). Lorsqu'on estime que la kinésithérapie devrait être intégralement remboursée,

dat het ongebruikelijk is dat hoge inkomenslanden een systeem hebben waarbij de patiënt eerst een bedrag voorschiet, dat later door de ziekteverzekering wordt terugbetaald. De organisatie beveelt aan om het systeem van voorschieten af te schaffen. Dat is het doel van het wetsvoorstel dat ter bespreking voorligt.

Volgens de spreker zou het gratis huisartsbezoek niet leiden tot overconsumptie. Er is eerder een probleem van onderconsumptie, zoals het Vlaams patiëntenplatform heeft aangegeven. Het ASGB heeft daarnaast aangetoond dat er in praktijken die met het forfaitsysteem werken, ook geen probleem van overconsumptie is.

Sinds de eerste bespreking van het wetsvoorstel zijn er enkele maatregelen genomen. Het verbod op de derdebetalersregeling is inmiddels opgeheven. Dat volstaat echter niet om de laagdrempeligheid van de eerstelijnszorg te garanderen.

### 1. Vragen en opmerkingen van de leden

*Mevrouw Kathleen Depoorter (N-VA)* stelt dat dit een interessant wetsvoorstel is dat overeenstemt met de ideologie van de PVDA-PTB-fractie. Zij is benieuwd hoe sommige andere politieke partijen met dit voorstel zullen omgaan, gelet op wat zij in de verkiezingsdebatten over gratis gezondheidszorg hebben meegedeeld. Vandaag hoort zij diezelfde partijen nog weinig spreken over dit thema.

De spreker deelt mee dat haar partij geen voorstander is van "gratis zorg" aangezien "gratis" niet bestaat. Zij verwijst naar een discussie tussen de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en huisarts Sofie Lemmens in het programma *De Tafel van Vier*. Dokter Lemmens stelde dat de patiënt geen notie meer heeft van de waarde van de zorg die de huisarts elke dag geeft. Zij meende dat het laagdrempeliger is om naar de huisarts te gaan dan naar om het even welke andere zorgverstrekker.

Voorts wijst mevrouw Depoorter erop dat uit de KCE-studies naar de billijkheid van de gezondheidszorg blijkt dat de overheid haar doelstelling niet bereikt. Het is moeilijk om te bewijzen dat gratis zorg ook zal leiden tot meer zorg.

Bovendien moet men, indien men ook de kinesitherapie en de tandzorg wil meenemen in de derdebetalersregeling, ook duiden op de nomenclatuurproblematiek. De spreker verwijst naar de bespreking van het voorstel van resolutie met betrekking tot endometriose (DOC 55 2510/001). Wanneer men spreekt over kinesitherapie die volledig terugbetaald moet worden, dan

on butte contre un obstacle, à savoir qu'il n'existe pas de nomenclature pour le traitement de l'endométriose au moyen de la kinésithérapie. Par exemple, des patients se voient prescrire des séances de kinésithérapie pour des douleurs lombaires, mais ce traitement n'est pas remboursé parce qu'il n'existe pas de nomenclature. Il faudrait donc d'abord revoir la nomenclature avant de travailler à l'amélioration de l'accessibilité.

La proposition de loi est également critiquée parce qu'elle ne prévoit pas de liaison au dossier médical global. Grâce à celui-ci, le médecin généraliste reste la "porte d'accès" aux soins de santé, ce qui permet d'éviter la duplication d'exams et d'entourer le patient de façon optimale.

L'intervenante estime qu'il existe de meilleures initiatives que la proposition de loi à l'examen pour rendre les soins plus accessibles. Elle insiste sur l'importance d'améliorer l'accessibilité et le remboursement des médicaments. À cet égard, elle renvoie en outre à la proposition de résolution relative aux maladies rares et aux médicaments orphelins (DOC 55 1750/001).

Il serait également préférable d'adapter le maximum à rembourser et de fournir un soutien administratif aux pratiques de médecine générale. Les soins doivent non seulement être accessibles, mais également abordables, et la proposition de loi à l'examen ne concrétise pas cette préoccupation. Dans une réponse à une question écrite que l'intervenante a posée au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique au sujet de l'affectation des moyens et de la ventilation des patients par médecin généraliste, les chiffres suivants ont été communiqués: si le médecin généraliste exerce seul, il prend en charge une moyenne de 916 patients par an; dans les cabinets collectifs, chaque médecin généraliste prend en charge 1781 patients par an et dans une maison médicale, chaque médecin généraliste prend en charge 450 patients par an. Le coût est donc beaucoup plus élevé dans les maisons médicales.

*Mme Laurence Hennuy (Ecolo-Groen)* renvoie à l'avis du Conseil d'État (DOC 55 0476/004 – Avis du Conseil d'État n° 68.143/2 du 17 février 2021), qui formule trois observations. L'intervenante constate, à la lecture des amendements à la proposition de loi à l'examen, qu'aucune suite n'a été donnée à la troisième de ces remarques.

L'intervenante renvoie également à l'avis de la Cour des comptes et fait observer que deux réserves peuvent être émises à cet égard. La Cour des comptes mentionne dans son avis que la proposition de loi généralise le régime du tiers payant pour toutes les prestations de santé de première ligne. Ce qu'il convient d'entendre

stoot men op de drempel dat de nomenclatuur voor de behandeling van endometriose bij kinesisten niet bestaat. Patiënten krijgen bijvoorbeeld voorschriften om lage rugpijn te laten behandelen, maar aangezien de nomenclatuur niet bestaat, wordt dit niet terugbetaald. Daarom zou eerst de nomenclatuur moeten worden herzien, alvorens men aan een verbetering van de toegankelijkheid gaat werken.

Een ander punt van kritiek is dat in het wetsvoorstel geen koppeling gemaakt wordt met het globaal medisch dossier. Door middel van het globaal medisch dossier blijft de huisarts "de poort" tot de gezondheidszorg, waardoor er geen dubbele onderzoeken gebeuren en waardoor de patiënt optimaal wordt omringd.

De spreekster meent dat er betere initiatieven bestaan dan het huidige wetsvoorstel om de toegankelijkheid van de zorg te verhogen. Zij benadrukt het belang van een betere toegankelijkheid tot en de terugbetaling van geneesmiddelen en zij verwijst daarbij naar haar voorstel van resolutie betreffende de zeldzame ziekten en weesgeneesmiddelen (DOC 55 1750/001).

De maximumfactuur zou beter ook aangepast worden en ook de administratieve ondersteuning van de arts in de huisartsenpraktijk is wenselijk. De zorg moet toegankelijk zijn, maar ook betaalbaar: dit komt niet tot uiting in dit wetsvoorstel. In een antwoord op een schriftelijke vraag die de spreekster stelde aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over de besteding van middelen en over de verdeling van de patiënten bij de huisarts, werden de volgende cijfers meegedeeld: in een solopraktijk zijn er gemiddeld 916 patiënten per huisarts per jaar; in een groepspraktijk bedraagt dit aantal 1781 patiënten per huisarts per jaar en in een wijkgezondheidscentrum bedraagt het cijfer 450 patiënten per huisarts per jaar. Men komt dus tot veel hogere kosten in de wijkgezondheidscentra.

*Mevrouw Laurence Hennuy (Ecolo-Groen)* verwijst naar het advies van de Raad van State (DOC 55 0476/004 – Advies van de Raad van State nr. 68.143/2 van 17 februari 2021), waarbij er drie opmerkingen werden geformuleerd. Bij het lezen van de amendementen op het huidige wetsvoorstel stelt de spreekster vast dat het derde advies van de Raad van State niet gevolgd is.

De spreekster verwijst ook naar het advies van het Rekenhof en merkt op dat hierbij twee kanttekeningen kunnen geplaatst worden. Het Rekenhof vermeldt in haar advies dat het wetsvoorstel de derdebetalersregeling veralgemeent voor alle geneeskundige verstrekkingen in de eerste lijn. In artikel 3 van het wetsvoorstel wordt

par “disciplines de première ligne” dans l’article 3 de la proposition de loi à l’examen n’est toutefois pas clairement défini. Ces soins comprennent-ils par exemple les prestations réalisées par des spécialistes?

L’intervenante constate que différentes études supplémentaires ont été réalisées à ce sujet depuis 2020 et qu’elles ont abouti à une série de recommandations. Celles-ci n’ont malheureusement pas été prises en compte dans la proposition de loi à l’examen. L’intervenante s’interroge sur l’impact potentiel de la proposition de loi sur le taux de conventionnement des généralistes, qui s’élève actuellement à 92 %. Elle se demande par ailleurs si la suppression du ticket modérateur pourrait avoir une incidence sur le déconventionnement et si la gratuité des soins de santé est la meilleure manière d’atteindre les personnes les plus vulnérables, qui ne font pas appel au médecin généraliste.

*Mme Dominiek Sneppe (VB)* renvoie à plusieurs observations qui ont été formulées au cours des auditions. Elle en retient que la suppression du ticket modérateur ne constitue pas la solution miracle pour rendre les soins plus accessibles. Nombre d’orateurs privilégiaient une généralisation du système du tiers payant. Pour les enfants, la consultation chez le médecin généraliste devrait en revanche être gratuite. Les orateurs ont également indiqué au cours des auditions que le régime du tiers payant présentait un risque de fraude. Ils ont par ailleurs évoqué le maximum à facturer et l’importance d’avoir un médecin généraliste attiré.

Le groupe VB émet plusieurs réserves au sujet de la proposition de loi. La première observation porte sur le fait qu’il serait facile de mettre en place ce système de gratuité, à condition que les autorités mettent à disposition un système électronique efficace. Ce système n’était toutefois pas encore au point lorsque la proposition de loi a été élaborée. L’est-il aujourd’hui?

La deuxième observation concerne le système de soins en Belgique. Ce système est basé sur la solidarité, c’est-à-dire que les personnes qui ont des difficultés financières paient moins chez le médecin que celles qui sont plus aisées. L’intervenante se demande si cela signifie que les “riches” doivent également pouvoir consulter gratuitement un médecin généraliste et si le système de soins est en mesure de le supporter. Restera-t-il finalement moins de moyens pour les personnes qui en ont réellement besoin? L’intervenante renvoie à l’avis de la Cour des comptes sur la proposition de loi à l’examen, qui mentionne un coût de 1,46 milliard d’euros. Cela représente un coût supplémentaire de 154 millions d’euros.

echter niet duidelijk gedefinieerd wat er bedoeld wordt met eerstelijnszorg. Vallen de verstrekkingen door specialisten hier bijvoorbeeld onder?

De spreekster stelt vast dat er sinds 2020 verschillende bijkomende studies over dit onderwerp zijn gemaakt, die tot een reeks aanbevelingen hebben geleid. Jammer genoeg zijn deze aanbevelingen niet in het wetsvoorstel opgenomen. De spreekster vraagt zich af welke impact het wetsvoorstel zou kunnen hebben op de conventio-nering van de huisartsen. Op dit ogenblik bedraagt de conventioneringsgraad 92 %. De spreekster stelt zich de vraag of de afschaffing van het remgeld een invloed zou kunnen hebben op de deconventionering. Daarnaast vraagt zij zich af of gratis gezondheidszorg de beste manier is om de meest kwetsbare personen, die geen beroep doen op de huisarts, te bereiken.

*Mevrouw Dominiek Sneppe (VB)* verwijst naar een aantal opmerkingen die tijdens de hoorzittingen zijn gemaakt. Zij leerde dat het afschaffen van het remgeld niet het wondermiddel is om de zorg toegankelijker te maken. Vele sprekers waren eerder voorstander van een veralgemening van het derdebetalerssysteem. Voor kinderen zou een bezoek aan de huisarts dan weer wel gratis moeten zijn. De sprekers gaven tijdens de hoorzittingen ook mee dat het systeem van de derdebetalersregeling fraudegevoelig is. Voorts werd er gesproken over de maximumfactuur en het belang van de vaste huisarts.

De VB-fractie heeft een aantal bedenkingen bij het wetsvoorstel. De eerste opmerking betreft het feit dat de invoering van dit gratis systeem gemakkelijk in te voeren zou zijn op voorwaarde dat de overheid zorgt voor een efficiënt werkend elektronisch systeem. Op het moment dat het wetsvoorstel werd opgesteld, stond dit systeem echter nog niet op punt. Staat het vandaag wel al op punt?

De tweede opmerking gaat over het zorgsysteem in België. Het systeem is gebaseerd op solidariteit, wat inhoudt dat mensen die het financieel moeilijk hebben minder betalen bij de dokter dan zij die het financieel beter hebben. De spreekster vraagt zich af of dit betekent dat de “rijken” ook gratis naar de huisarts moeten kunnen gaan en of het zorgsysteem dit wel aankan. Zullen er uiteindelijk minder middelen overblijven voor diegenen die het echt nodig hebben? Zij verwijst naar het advies van het Rekenhof over dit wetsvoorstel, waarin een kostprijs van 1,46 miljard euro wordt vermeld. Dit betekent extra kosten van 154 miljoen euro.

D'autre part, la Cour des comptes indique que la gratuité des soins de première ligne générerait également des économies indirectes au niveau du maximum à facturer. L'intervenante se demande si cela ne revient pas à reprendre d'une main ce qu'on donne de l'autre. La Cour des comptes évoque également un effet indirect supplémentaire qui serait préjudiciable aux patients, à savoir que la proposition de loi à l'examen pourrait entraîner un dépassement des objectifs budgétaires fixés, ce qui reviendrait à imposer des économies au patient. L'intervenante estime que ce serait inacceptable, le cas échéant.

Il est certes toujours agréable d'entendre le mot "gratuit", mais l'intervenante souligne la nécessité d'examiner la proposition de loi avec réalisme et sans euphorie: tous les avantages et inconvénients doivent être soigneusement pesés afin qu'une décision puisse être prise dans l'intérêt tant des personnes nécessitant des soins que des professionnels de la santé.

L'intervenante explique qu'elle pourrait souscrire, moyennant l'apport d'une petite modification, à l'article 2 de la proposition. Elle présentera un amendement à cet effet (DOC 55 0476/006). Elle soutient également la volonté de généraliser le système du tiers payant, étant donné que ce point figure également dans le programme de son parti. Il reste toutefois à faire en sorte que ce système soit à l'abri des fraudes, ce qui n'est pas encore le cas aujourd'hui.

*M. Daniel Bacquelaine (MR)* indique que son groupe ne soutiendra pas la proposition de loi à l'examen. L'intervenant estime que le système de gratuité est trompeur et illusoire. Il rappelle que le système de sécurité sociale en Belgique contient déjà une série de dispositions limitant l'intervention du patient (paiement de 1 euro lors d'une visite chez le médecin et de 1,50 euro si le patient ne dispose pas d'un dossier médical global).

L'intervenant constate également que, grâce au système du maximum à facturer, il existe un filet de sécurité bien organisé en matière de sécurité sociale, ce qui ne veut évidemment pas dire que ce système ne pourrait pas être amélioré.

L'intervenant estime enfin que cette proposition de loi recèle une contradiction, étant donné que ses dispositions profiteraient le plus aux personnes les plus aisées, à savoir celles qui n'ont pas droit à une intervention majorée. L'intervenant conclut qu'il s'agit en réalité du contraire de l'objectif poursuivi par les auteurs, raison pour laquelle il juge la proposition incohérente et absurde.

Anderzijds stelt het Rekenhof dat gratis eerstelijnszorg ook indirecte besparingen zou opleveren wat de maximumfactuur betreft. De sprekerster vraagt zich af of dit dan een "broekzak-vestzak" operatie vormt. Het Rekenhof vermeldt ook een bijkomend onrechtstreeks effect dat nadelig zou zijn voor de patiënt, namelijk dat dit wetsvoorstel zou kunnen leiden tot een overschrijding van de vastgelegde begrotingsdoelstellingen, waardoor besparingen kunnen worden opgelegd aan de patiënt. De sprekerster stelt dat dit niet de bedoeling kan zijn.

Het woord "gratis" klinkt als muziek in de oren, maar over dit wetsvoorstel moet realistisch en nuchter worden nagedacht en alle pro's en contra's moeten zorgvuldig worden afgewogen zodat men tot een besluit kan komen dat zowel ten goede komt aan de zorgbehoevenden als aan de zorgverstrekkers.

De sprekerster verklaart akkoord te kunnen gaan met artikel 2 van het voorstel, mits een kleine aanpassing. Zij zal daartoe een amendement indienen (DOC 55 0476/006). Voorts steunt zij het voorstel van de veralgemening van het derdebetalerssysteem, aangezien dit ook in het VB-partijprogramma wordt vermeld. Dit systeem moet wel nog fraudebestendig worden gemaakt, wat nu nog niet het geval is.

*De heer Daniel Bacquelaine (MR)* geeft aan dat zijn fractie dit wetsvoorstel niet zal steunen. De spreker meent dat het gratis-systeem bedrieglijk en misleidend is. Hij merkt op dat het systeem van de sociale zekerheid in België reeds een reeks van voorzieningen bevat die de bijdrage van de patiënt beperken (betaling van 1 euro bij een doktersbezoek en 1,50 euro als de patiënt niet over een globaal medisch dossier beschikt).

De spreker stelt bovendien vast dat er dankzij het systeem van de maximumfactuur een goed georganiseerd vangnet bestaat in de sociale zekerheid. Dit betekent uiteraard niet dat dit systeem niet vatbaar zou zijn voor verbeteringen.

Tot slot wijst de spreker op een tegenstrijdigheid in het wetsvoorstel. Eigenlijk komt dit wetsvoorstel het meest ten goede aan de meest welvarende personen, namelijk diegenen die geen recht hebben op een verhoogde bijdrage. De spreker besluit dat dit eigenlijk het tegenovergestelde is van wat met dit voorstel beoogd wordt en meent dan ook dat dit voorstel onsamenvattend en absurd is.

*Mme Nawal Farih (cd&v)* fait observer que, selon le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de mars 2023, l'accès aux soins de santé généraux devrait être amélioré en Belgique.

L'intervenante relève que la proposition de loi à l'examen traite pour une part de l'extension du régime du tiers payant. Elle indique qu'elle peut, sur ce point, apporter son soutien au texte. Le groupe cd&v s'inquiète en revanche du second volet de la proposition, dès lors que la mesure proposée pourrait entraîner une augmentation du déconventionnement parmi les prestataires de soins. Ces médecins déconventionnés pourraient ensuite répercuter leurs suppléments d'honoraires sur les patients.

Mme Farih comprend la préoccupation qui sous-tend la proposition de loi à l'examen, mais craint qu'à long terme, elle n'améliore pas l'accès aux soins de santé, dès lors qu'il existe encore trop de détours possibles permettant de faire payer des suppléments au patient. Par conséquent, le groupe cd&v n'apportera pas son soutien au texte proposé.

*M. Robby De Caluwé (Open Vld)* fait tout d'abord observer que son parti a un certain nombre d'objections à l'encontre d'un système qui permettrait de consulter gratuitement un médecin généraliste, notamment en raison du coût très élevé d'un tel système.

Selon la Cour des comptes, la suppression du ticket modérateur coûterait en effet 153,75 millions d'euros, dans l'hypothèse où la consommation médicale resterait stable. Dans la réalité, ce montant serait probablement encore plus élevé.

M. De Caluwé souligne ensuite que la gratuité ne résout pas automatiquement le problème de l'accessibilité. Les soins dentaires préventifs pour les enfants sont gratuits; or, tous les enfants ne vont pas pour autant chez le dentiste. L'intervenant explique par ailleurs que la gratuité des soins n'apporte pas de solution au problème du déconventionnement, qui est en progression parmi certaines catégories de prestataires de soins tels que les dentistes et les kinésithérapeutes.

Le troisième élément épinglé par l'intervenant concerne le coût de ce système. Il estime qu'avec ce montant, il serait possible de rencontrer de nombreux autres besoins existants, comme, par exemple le remboursement de certains médicaments ou un meilleur financement des soins dentaires, des prothèses, etc. L'intervenant rappelle

*Mevrouw Nawal Farih (cd&v)* merkt op dat in het verslag van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) van maart 2023 wordt gesteld dat de toegang tot de algemene gezondheidszorg in België moet worden verbeterd.

De spreker stelt vast dat het huidige wetsvoorstel enerzijds handelt over de uitbreiding van het derde-betalersregeling. Op dat punt kan zij het wetsvoorstel steunen. De cd&v-fractie maakt zich echter zorgen over het tweede onderdeel van dit wetsvoorstel. De voorgestelde maatregel zou immers tot een toename van de deconventionering bij zorgverleners kunnen leiden. Deze gedeconventioneerde artsen zouden hun ereloonsupplementen vervolgens kunnen doorrekenen aan de patiënt.

Mevrouw Farih begrijpt de bezorgdheid van waaruit dit wetsvoorstel wordt voorgesteld maar vreest echter dat het voorstel op lange termijn niet zal zorgen voor een betere toegang tot de gezondheidszorg, aangezien er nog te veel sluiptwegen bestaan die het mogelijk maken dat er nog supplementen aan de patiënt kunnen aangerekend worden. Daarom zal de cd&v-fractie dit wetsvoorstel niet steunen.

*De heer Robby De Caluwé (Open Vld)* merkt vooreerst op dat zijn partij een aantal bezwaren heeft tegen het systeem van "gratis naar de huisarts gaan", onder meer omdat de kostprijs hiervan zeer hoog is.

Volgens het Rekenhof zou de afschaffing van het remgeld 153,75 miljoen euro kosten indien de medische consumptie gelijk zou blijven. In werkelijkheid zou dit bedrag waarschijnlijk nog hoger liggen.

Vervolgens stelt de heer De Caluwé dat het gratis-zijn niet automatisch betekent dat het probleem van de toegankelijkheid wordt opgelost. De preventieve tandzorg voor kinderen is gratis maar nog steeds gaan niet alle kinderen naar de tandarts. Bovendien stelt de spreker dat het gratis-systeem geen oplossing is voor het probleem van de deconventionering, die toeneemt bij bepaalde beroepsgroepen zoals tandartsen en kinesisten.

Als derde element verwijst de spreker naar de kostprijs van dit systeem. Met dit bedrag zou men tegemoet kunnen komen aan heel wat andere noden die zich stellen, zoals de terugbetaling van geneesmiddelen of een betere financiering van tandzorg, prothesen en dergelijke. De spreker stelt dat vandaag sommige mensen

qu'aujourd'hui, certaines personnes sont confrontées à des difficultés en raison du non-remboursement de certains soins.

*Mme Karin Jiroflée (Vooruit)* fait observer qu'il est important pour son parti que les soins de santé soient accessibles et abordables.

C'est pourquoi le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a déjà pris de nombreuses mesures pour réduire les inégalités en matière de santé. Le maximum à facturer a été abaissé pour les ménages des groupes les plus vulnérables. Le régime du tiers payant permet aux patients de payer quatre euros pour une visite chez le généraliste, voire parfois un euro seulement en cas d'intervention majorée. La visite chez le dentiste coûte 3,50 euros et est gratuite jusqu'à l'âge de 19 ans. Le contrôle annuel chez le dentiste est remboursé pour les personnes âgées de 80 ans et plus.

Des investissements importants ont en outre été consentis dans le bien-être mental, qui constitue une priorité dans la politique menée par le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

Par ailleurs, un trajet pluriannuel est en cours au sein de l'INAMI, trajet qui développe certaines dimensions, dont l'accessibilité.

Enfin, l'intervenante estime qu'il ressort des auditions organisées en 2021 qu'il conviendrait plutôt d'opter pour des mesures telles que la gratuité de la visite chez le médecin généraliste pour les enfants ou la généralisation du régime du tiers payant. Il serait également utile d'investir dans le renforcement du conventionnement dans certaines catégories professionnelles, dans une meilleure accessibilité financière des soins dentaires, dans la gratuité des soins de première ligne pour les enfants et dans l'amélioration de l'accessibilité des soins de santé mentale. Ces investissements permettraient de travailler davantage "dans le détail" et non "à la grosse louche".

*Mme Catherine Fonck (Les Engagés)* estime que la sécurité tarifaire et l'accessibilité des soins sont importants. En la matière, les résultats du ministre de la Santé publique sont insuffisants. En effet, les chiffres relatifs au report des soins sont actuellement considérables.

En Belgique, les coûts de santé pour le patient sont élevés. En revanche, le coût de la consultation chez le médecin est faible: à peine un à six euros.

Mme Fonck a toujours maintenu la même position sur ce sujet, tant avant qu'après les élections de 2019. Les priorités devraient être différentes: le report des soins,

in de problemen komen omdat bepaalde zorg niet is opgenomen in het terugbetalingspakket.

*Mevrouw Karin Jiroflée (Vooruit)* merkt op dat het voor haar partij belangrijk is dat er een betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg is.

Daarom heeft de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid reeds heel wat maatregelen genomen om de gezondheidskloof te dichten. De maximumfactuur werd versterkt voor gezinnen uit de meest kwetsbare groepen. Door de derdebetalersregeling betalen patiënten 4 euro voor een bezoek aan de huisarts – soms zelf maar 1 euro bij een verhoogde tegemoetkoming. Voor 3,50 euro kan men op tandartsbezoek en men kan gratis naar de tandarts gaan tot de leeftijd van 19 jaar. 80-plussers krijgen de jaarlijkse controle bij de tandarts terugbetaald.

Bovendien zijn er grote investeringen gedaan in het mentale welzijn, wat een prioriteit vormt in het beleid van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

Voorts loopt er bij het RIZIV een meerjarentraject waarin bepaalde dimensies worden uitgewerkt waaronder de toegankelijkheid.

Ten slotte meent de sprekerster dat men op basis van de hoorzittingen van 2021 eerder moet kiezen voor maatregelen zoals het gratis huisartsbezoek voor kinderen of de veralgemening van de derdebetalersregeling. Ook zou het nuttig zijn in te zetten op het verhogen van de conventiestatus bij bepaalde beroepsgroepen, op een betere betaalbaarheid van de tandzorg, gratis eerstelijnszorg voor kinderen en op het toegankelijker maken van de geestelijke gezondheidszorg. Op deze manier werkt men meer "in de diepte", in plaats van "met de ruwe borstel".

*Mevrouw Catherine Fonck (Les Engagés)* vindt tariefzekerheid en de toegankelijkheid van de zorg belangrijk. Op dit vlak schiet de minister van Volksgezondheid te kort. De cijfers voor uitgestelde zorg zijn vandaag immers aanzienlijk.

De gezondheidskosten voor de patiënt in België zijn hoog. De kosten van de consultatie bij de huisarts zijn dat echter niet. Die bedraagt slechts 1 tot 6 euro.

Mevrouw Fonck heeft altijd dezelfde lijn aangehouden over dit thema, zowel voor als na de verkiezingen van 2019. De prioriteiten zouden elders moeten liggen:

les coûts cachés et les coûts des maladies chroniques sont des problèmes nettement plus urgents.

*Mme Sophie Rohonyi (DéFI)* estime que la proposition de loi à l'examen met le doigt sur le problème qui se pose en l'occurrence: le report voire l'annulation des soins pour des raisons financières ne devrait plus exister dans notre pays.

L'intervenante s'interroge toutefois quant à la faisabilité de la proposition de loi et aux éventuels effets secondaires indésirables. En effet, rien n'est vraiment gratuit. Il faudra donc trouver ailleurs le budget pour financer cette mesure. Les cotisations à payer aux mutualités seront-elles augmentées?

La proposition de loi a été élargie, par le biais d'amendements, aux soins dans l'ensemble de la première ligne. L'intervenante souligne que les coûts de la deuxième ligne sont également très élevés. La plupart du temps, ces soins sont également nécessaires. Elle estime en outre que la proposition de loi ne cible pas les personnes qui ont le plus besoin de soins accessibles.

La proposition de loi pourrait également alourdir la charge de travail des médecins, qui est actuellement déjà très élevée, comme l'a indiqué l'ABSyM, le syndicat des médecins. Comment Mme Merckx rassurera-t-elle l'ABSyM? Mme Rohonyi estime que la suppression des quotas de médecins constitue une meilleure solution en vue de réduire la charge de travail élevée des médecins généralistes.

*M. Hervé Rigot (PS), président*, assure aux membres que le groupe PS continue de lutter pour une meilleure accessibilité des soins de santé. Comme l'a indiqué Mme Jiroflée, le gouvernement a déjà pris plusieurs mesures fortes pour améliorer cette accessibilité.

Il est évident qu'il faudra encore prendre d'autres mesures, ce qui nécessitera toutefois de fixer des priorités claires. Des concertations avec le terrain s'imposent. Il conviendra de tenir compte du récent rapport publié par le KCE, qui indique que les besoins en matière de prothèses dentaires et d'appareils auditifs sont criants. La proposition de loi à l'examen ne tient pas compte de ces éléments.

En outre, on peut se demander s'il ne serait pas préférable d'affecter ailleurs le montant estimé par la Cour des comptes. L'intervenant estime que ce sont les mieux nantis qui doivent contribuer le plus. Ce n'est dès lors pas une bonne idée de permettre aux plus fortunés d'aller gratuitement chez le médecin.

uitgestelde zorg, verborgen kosten, en de kosten voor chronische ziekte zijn veel dringendere problemen.

Voor mevrouw Sophie Rohonyi (DéFI) legt het wetsvoorstel de vinger op de zere plek. Het uitstellen of zelfs afstellen van zorg om financiële redenen zou in ons land geen realiteit mogen zijn.

De spreekster heeft wel vragen over de haalbaarheid van het wetsvoorstel, en over mogelijke ongewenste neveneffecten. Niets is werkelijk gratis. Men zal het budget om deze maatregel te financieren dus elders moeten gaan halen. Zullen de bijdragen aan het ziekenfonds dan verhoogd worden?

Door middel van amendementen is het wetsvoorstel nu uitgebreid naar zorg in de volledige eerste lijn. De spreekster wijst erop dat de kosten in de tweede lijn ook erg hoog zijn. Deze zorg is meestal ook noodzakelijke zorg. Ze meent bovendien dat het wetsvoorstel niet gericht is op personen die de laagdrempelige zorg het meest nodig hebben.

Ook zou het wetsvoorstel de werklast van de huisartsen kunnen verhogen. Die is nu al zeer hoog, zoals het artsensyndicaat BVAS aangaf. Hoe zal mevrouw Merckx BVAS geruststellen? Mevrouw Rohonyi meent dat een afschaffing van de artsenquota een betere oplossing is voor de hoge werklast van huisartsen.

*De heer Hervé Rigot (PS), voorzitter*, verzekert de leden dat de PS-fractie blijft strijden voor een betere toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Zoals mevrouw Jiroflée reeds heeft aangegeven, heeft de regering al een aantal sterke maatregelen genomen om die toegankelijkheid te verhogen.

Natuurlijk moeten er nog verdere stappen worden genomen. Maar om dit te doen moeten er duidelijke prioriteiten worden gesteld. Er moet worden overlegd met het werkveld. Er moet rekening worden gehouden met het recente KCE-rapport, waarin wordt gesteld dat er urgente noden zijn op het vlak van tandprotheses en hoorapparaten. Het wetsvoorstel houdt geen rekening met deze zaken.

Bovendien is het maar de vraag of het door het Rekenhof geraamde bedrag niet beter elders besteed kan worden. Voor de spreker moeten de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen. Het is dan ook geen goed idee dat ook de grootste vermogens gratis naar de dokter zouden kunnen gaan.

Une grande différence entre le PS et le PVDA-PTB réside donc dans le fait que le PS propose des mesures concrètes, qu'il sait toujours comment ces mesures pourront être financées et qu'il ne promet pas l'impossible aux électeurs.

## **2. Réponses de la coauteure de la proposition de loi et répliques**

*Mme Sofie Merckx (PVDA-PTB)* reconnaît que les mesures proposées dans la proposition de loi à l'examen sont radicales.

Les auteurs de cette proposition ne prétendent pas pouvoir répondre à l'ensemble des problèmes soulevés dans le rapport de l'OMS. La plupart des membres de la commission ont toutefois omis d'indiquer, au cours de leur intervention, que la gratuité de la consultation chez le médecin généraliste est l'une des recommandations du rapport de l'OMS.

L'intervenante souligne une nouvelle fois que les avis de l'INAMI et de la Cour des comptes étaient positifs. La proposition de loi à l'examen aura en effet un coût estimé à 154 millions d'euros mais elle aura également un effet retour.

En réponse à la question de savoir où le budget nécessaire pourra être trouvé, l'intervenante indique que l'on pourrait diminuer le budget des médicaments. Une étude récente de Solidaris indique qu'il est possible d'économiser un milliard d'euros dans ce domaine.

En réponse à une demande formulée par plusieurs orateurs au cours des auditions, la proposition de loi a été étendue à la kinésithérapie et aux soins dentaires.

L'intervenante indique par ailleurs qu'il n'est pas correct d'affirmer que toutes les personnes dont les revenus sont modestes peuvent déjà consulter gratuitement leur médecin généraliste. Un très grand nombre de personnes qui rencontrent des difficultés pour boucler leur budget ou payer leurs factures de soins n'ont pas droit à l'intervention majorée. Le groupe PVDA-PTB entend ériger la gratuité des soins de première ligne en droit universel.

*Mme Kathleen Depoorter (N-VA)* n'est pas convaincue que le groupe PS propose toujours des mesures financièrement réalistes.

Selon Mme Depoorter, l'étude de Solidaris à laquelle Mme Merckx renvoie n'est pas une véritable étude scientifique. Il s'agit plutôt d'un tract électoral de gauche.

Een groot verschil tussen de PS en de PVDA-PTB is dan ook dat de PS concrete maatregelen op tafel legt, steeds weet hoe die maatregelen gefinancierd kunnen worden en geen onmogelijke beloftes doet aan de kiezer.

## **2. Antwoorden van de mede-indienster van het wetsvoorstel en replieken**

*Mevrouw Sofie Merckx (PVDA-PTB)* erkent dat het wetsvoorstel een radicaal voorstel is. Maar het is wel een ernstig voorstel.

De indieners van het wetsvoorstel pretenderen niet dat zij een antwoord kunnen bieden op alle problemen die in het WHO-rapport worden opgeworpen. Wat de meeste commissieleden echter niet hebben vermeld in hun betoog, is dat de gratis consultatie bij de huisarts wel één van de aanbevelingen van het WHO-rapport is.

Voorts wenst de spreekster nogmaals te benadrukken dat het advies van het RIZIV en het Rekenhof positief was. De kostprijs van het wetsvoorstel bedraagt inderdaad 154 miljoen euro, maar er is een terugverdieneffect.

Waar kan dit bedrag vrijgemaakt worden? Er zou minder geld naar het geneesmiddelenbudget kunnen gaan. Een recente studie van Solidaris toont aan dat er op dat vlak nog 1 miljard euro kan worden bespaard.

Het wetsvoorstel wordt nu, op vraag van meerdere sprekers tijdens de hoorzittingen, ook uitgebreid naar kinesitherapie en tandzorg.

De spreekster wil ook meegeven dat het zeker niet zo is dat alle mensen met een laag inkomen reeds gratis naar de huisarts kunnen gaan. Nog steeds heel wat mensen komen moeilijk rond, hebben moeite om de zorgfacturen te betalen, maar hebben geen recht op een verhoogde tegemoetkoming. De PVDA-PTB-fractie wil van gratis eerstelijnszorg een universeel recht maken.

*Mevrouw Kathleen Depoorter (N-VA)* is er niet van overtuigd dat de PS-fractie steeds financieel haalbare maatregelen ter tafel legt.

De Solidaris-studie waarnaar mevrouw Merckx verwijst, is voor mevrouw Depoorter geen degelijke wetenschappelijke studie, maar eerder een links verkiezingspamflet.



L'intervenante fait observer que les partis socialistes poursuivent le même objectif que le groupe PVDA-PTB. Pourquoi ne présentent-ils dès lors pas d'amendement? Pourquoi ne votent-ils pas comme le groupe PVDA-PTB? Ce serait le signe d'une nouvelle culture politique.

*Mme Karin Jiroflée (Vooruit)* indique que son groupe donne la préférence à des mesures adaptées aux besoins spécifiques des groupes cibles. Les mesures proposées doivent en outre pouvoir être financées.

#### D. Réunion du 30 mai 2023

##### 1. Réponses complémentaires de l'auteure de la proposition de loi

*Mme Sofie Merckx (PVDA-PTB)* renvoie une nouvelle fois au rapport de l'OMS sur l'accessibilité financière des soins. On peut y lire que le système belge est complexe et qu'il conviendrait de supprimer ce système d'avances et de remboursements. C'est l'objet de l'article 3 de la proposition de loi. L'intervenante a par ailleurs lu dans la presse que Mme Farih a élaboré une proposition visant à généraliser le régime du tiers payant dans les soins de première ligne. Mme Merckx espère dès lors que l'article 3 obtiendra un large soutien.

Au cours de la dernière discussion de la proposition de loi, Mme Hennuy a posé une série de questions concernant les observations du Conseil d'État. Les nouveaux amendements n<sup>os</sup> 6 et 7 (DOC 55 0467/007) donnent suite à ces observations. L'amendement n<sup>o</sup> 7 et l'amendement n<sup>o</sup> 8 visent en outre à étendre la consultation gratuite à l'ensemble de la première ligne.

Certains collègues estiment que les auteurs de la proposition de loi ont travaillé de façon grossière. L'intervenante ne préconise pas des mesures spécifiques en faveur des plus précarisés dans les soins de première ligne. Si l'on applique les mesures uniquement en dessous d'un plafond déterminé, certaines personnes qui ont également besoin d'aide resteront sur la touche. On constate par exemple le même problème avec l'application du tarif social pour l'électricité.

On ne peut pas non plus affirmer que le gouvernement travaille toujours de façon très affinée. Par exemple, il a décidé d'accorder une réduction sur les cotisations patronales à toutes les entreprises durant les deux premiers trimestres de 2023. Des entreprises comme KBC, Engie et Delhaize ont également pu bénéficier de cette mesure.

De spreekster stelt vast dat de socialistische partijen dezelfde doelstelling hebben als de PVDA-PTB-fractie. Waarom dienen zij dan geen amendementen in? Waarom stemmen ze niet mee met de PVDA-PTB-fractie? Dat zou toch een teken van nieuwe politieke cultuur zijn.

*Mevrouw Karin Jiroflée (Vooruit)* preciseert dat haar fractie de voorkeur geeft aan maatwerk, dat aansluit op de noden van doelgroepen. Bovendien moeten voorgestelde maatregelen betaalbaar zijn.

#### D. Vergadering van 30 mei 2023

##### 1. Bijkomende antwoorden van de indienster van het wetsvoorstel

*Mevrouw Sofie Merckx (PVDA-PTB)* verwijst nogmaals naar het WHO-rapport over de betaalbaarheid van de zorg. Daarin wordt gesteld dat het Belgische systeem complex is en dat het systeem van voorschieten en achteraf terugbetaald krijgen zou moeten worden afgeschaft. Daarover gaat artikel 3 van het wetsvoorstel. De spreekster las bovendien in de pers dat mevrouw Farih een voorstel klaar heeft dat ertoe strekt de derdebetalersregeling in de eerste lijn te veralgemenen. Mevrouw Merckx hoopt dan ook dat het artikel 3 een brede steun zal verkrijgen.

Mevrouw Hennuy had tijdens de vorige bespreking van het wetsvoorstel enkele vragen met betrekking tot de opmerkingen van de Raad van State. Aan deze opmerkingen wordt tegemoetgekomen met de nieuwe amendementen 6 en 7 (DOC 55 0467/007). Amendement nr. 7 en ook amendement nr. 8 strekken er bovendien toe de gratis consultatie uit te breiden naar de volledige eerste lijn.

Sommige collega's meenden dat de indieners van het wetsvoorstel "met de grove borstel" werken. De spreekster is geen voorstander van specifieke maatregelen voor de allerarmsten in de eerste lijn. Wanneer men de maatregelen enkel onder een bepaalde inkomensgrens toepast, zullen er altijd mensen uit de boot vallen, terwijl zij ook steun nodig hebben. Datzelfde probleem ziet men bijvoorbeeld bij de toepassing van het sociaal tarief voor elektriciteit.

Het is ook niet zo dat de regering altijd fijnmazig te werk gaat. De regering heeft bijvoorbeeld beslist om tijdens de eerste twee kwartalen van 2023 alle bedrijven een korting op de werkgeversbijdragen te geven. Ook bedrijven als KBC, Engie en Delhaize hebben hiervan kunnen genieten.

Certains ont également argumenté que les riches n'ont pas besoin de consulter gratuitement leur médecin généraliste. L'intervenante réplique que la redistribution de la richesse ne se fera pas au travers des factures médicales. La richesse ne peut être redistribuée qu'à travers des impôts équitables.

L'intervenante souligne une nouvelle fois que sa proposition de loi ne concerne pas la "gratuité" des soins. Il va de soi que les soins gratuits n'existent pas. La proposition de loi vise à permettre aux plus démunis d'accéder aux soins de santé. La crainte que les patients oublient la valeur des soins est non fondée. Les personnes ayant des revenus modestes sont souvent très conscientes du prix des biens et des services, ce qui n'est pas toujours le cas des personnes ayant des revenus plus élevés.

Les systèmes numériques auxquels l'intervenante a renvoyé au cours de l'exposé introductif de la proposition de loi sont maintenant au point.

## 2. Questions et observations des membres

*Mme Nawal Farih (cd&v)* confirme que pour l'heure, ce ne sont pas seulement les revenus les plus modestes qui ont des difficultés à payer leurs soins de santé. Près de 260.000 ménages doivent surveiller leurs dépenses et renoncer à consulter un prestataire de soins. La proposition de loi que l'intervenante prépare vise dès lors à renforcer l'accessibilité des soins pour l'ensemble des citoyens du pays et pas uniquement pour les revenus les plus bas.

La proposition de loi de Mme Merckx va encore plus loin. S'il est positif de demander une meilleure accessibilité des soins, le groupe cd&v ne veut pas donner l'impression que les soins de santé sont gratuits. Il importe d'éviter la surconsommation.

*Mme Laurence Hennuy (Ecolo-Groen)* demande si les articles 2 et 3 s'appliquent tous les deux aux logopèdes.

*Mme Gitta Vanpeborgh (Vooruit)* évoque une série de mesures que le ministre de la Santé publique a déjà prises pour augmenter l'accessibilité des soins. Il faut admettre que ces mesures ne profitent pas uniquement aux revenus les plus modestes. Elles ont déjà eu un impact évident.

L'intervenante cite l'exemple de la suppression de l'interdiction du régime du tiers payant. On a pu constater une évolution spectaculaire: à la mi-2023, 80 % des médecins généralistes appliquent déjà le système du tiers payant, contre 65 % un an plus tôt.

Er werd ook opgemerkt dat rijke mensen het niet nodig hebben om gratis naar de huisarts te kunnen. De spreker wijst erop dat de herverdeling van de rijkdom niet gaat gebeuren via de medische facturen. Hervreiding kan enkel gebeuren via eerlijke belastingen.

De spreker benadrukt nogmaals dat haar wetsvoorstel niet gaat over "gratis" zorg. Natuurlijk bestaat gratis zorg niet. De bedoeling van het wetsvoorstel is om mensen zonder geld naar de zorg te laten gaan. De vrees dat mensen de waarde van de zorg uit het oog zullen verliezen is ongegrond. Mensen met een bescheiden inkomen zijn zich vaak zeer bewust van de kostprijs van goederen en diensten, wat niet altijd kan worden gezegd van mensen met een hoger inkomen.

De digitale systemen waarnaar de spreker verwees tijdens haar toelichting van het wetsvoorstel staan inmiddels op punt.

## 2. Vragen en opmerkingen van de leden

*Mevrouw Nawal Farih (cd&v)* bevestigt dat het niet enkel de laagste inkomens zijn die het vandaag moeilijk hebben om de zorg te betalen. Zo'n 260.000 gezinnen staan vandaag op de rem en gaan niet op consultatie bij een zorgverstreker. Het wetsvoorstel dat de spreker voorbereidt ijvert dan ook voor een betere toegankelijkheid van de zorg voor alle inwoners van het land, niet enkel voor de laagste inkomens.

Het wetsvoorstel van mevrouw Merckx gaat nog een stap verder. Hoewel het positief is dat zij aandacht vraagt voor een betere toegankelijkheid van de zorg, wil de cd&v-fractie niet de indruk wekken dat zorg gratis zou zijn. Het is belangrijk om overconsumptie te voorkomen.

*Mevrouw Laurence Hennuy (Ecolo-Groen)* vraagt of zowel artikel 2 als artikel 3 van toepassing zijn op logopedisten.

*Mevrouw Gitta Vanpeborgh (Vooruit)* haalt enkele maatregelen aan die de minister van Volksgezondheid reeds heeft genomen om de toegankelijkheid van de zorg te vergroten. Men moet toegeven dat die maatregelen niet enkel de laagste inkomens ten goede komen. De maatregelen hebben tot nu toe ook al een duidelijk effect gehad.

De spreker neemt als voorbeeld de afschaffing van het verbod op de derdebetalersregeling. Midden 2023 kon men vaststellen dat reeds 80 % van de huisartsen de derdebetalersregeling toepassen, tegenover 65 % een jaar eerder. Dat is spectaculair.

Des investissements sans précédent ont par ailleurs été réalisés dans les soins bucco-dentaires et les soins de santé mentale.

*Mme Kathleen Depoorter (N-VA)* a l'impression que les programmes électoraux des partis de gauche sont constamment réécrits en cours de législature.

L'intervenante entend Mme Vanpeborgh mettre en garde contre l'incidence budgétaire de la proposition de loi. Il semble que les positions du groupe Vooruit soient plus proches de celles du groupe N-VA qu'on aurait pu le penser. La membre déplore dès lors que le groupe Vooruit ne soutienne pas les propositions déposées par le groupe N-VA visant à renforcer l'efficacité des soins de santé.

La proposition de loi à l'examen s'inscrit en réalité parfaitement dans la logique des partis de gauche. La seule raison pour laquelle ces partis ne la soutiennent pas est politique, à savoir le fait que cette proposition n'a pas été déposée par un groupe de la majorité Vivaldi.

L'intervenante se dit quelque peu surprise par l'intervention de Mme Farih. Les soins buccaux se sont déjà considérablement démocratisés ces dernières années. En outre, le groupe cd&v dispose d'un levier important pour rendre les soins accessibles: il peut encourager les mutualités à en accélérer le remboursement.

*Mme Catherine Fonck (Les Engagés)* ne partage pas la position de Mme Vanpeborgh. S'il est vrai que le ministre a pris une série de mesures sous la présente législature, toutes n'ont pas eu des résultats positifs. Pour certains patients, elles se sont même traduites par une détérioration.

Dans le débat entre Mme Farih et le ministre sur le régime du tiers payant, le ministre a indiqué qu'une généralisation de ce régime n'était pas encore possible pour l'instant. Cette généralisation ne modifierait pourtant en rien la consommation. On pourrait alléguer les retards de paiement que subissent les dispensateurs de soins. Mais la technologie moderne est tout de même suffisamment avancée pour résoudre ce problème.

L'intervenante n'est guère favorable à une gratuité totale des soins. Elle estime normal qu'un citoyen aux revenus confortables paye la consultation chez le dentiste ou chez le médecin. Aujourd'hui, les priorités dans le secteur de soins de santé ne manquent pas. En premier lieu, il faut renforcer les efforts déployés pour les malades chroniques chez qui les factures s'accumulent.

Verder waren er ook ongeziene investeringen in mondzorg en geestelijke gezondheidszorg.

*Mevrouw Kathleen Depoorter (N-VA)* krijgt de indruk dat de verkiezingsprogramma's van de linkse partijen in de loop van de legislatuur constant worden herschreven.

De spreekster hoort mevrouw Vanpeborgh waarschuwen voor de budgettaire impact van het wetsvoorstel. Het lijkt erop dat de Vooruit-fractie toch dichter bij de N-VA-fractie komt dan men aanvankelijk dacht. Helaas steunt de Vooruit-fractie de voorstellen die de N-VA-fractie indient om de zorg efficiënter te maken niet.

Het wetsvoorstel dat ter bespreking voorligt past eigenlijk helemaal in de kraam van de linkse partijen. De enige reden dat ze het niet steunen is politiek van aard, namelijk het feit dat het niet afkomstig is van een Vivaldi-fractie.

De spreekster is enigszins verbaasd over de tussenkomst van mevrouw Farih. Mondzorg is de afgelopen jaar al een stuk betaalbaarder geworden. Bovendien heeft de cd&v-fractie een belangrijke hefboom in handen om de zorg toegankelijk te maken: zij kan de mutualiteiten aansporen om de kosten sneller terug te betalen.

*Mevrouw Catherine Fonck (Les Engagés)* is het niet eens met de tussenkomst van mevrouw Vanpeborgh. Het is waar dat de minister tijdens deze legislatuur een aantal maatregelen heeft genomen. Maar dat wil niet zeggen dat ze allemaal positieve resultaten hebben opgeleverd. Voor sommige patiënten betekenen de maatregelen zelfs een achteruitgang.

In een debat tussen mevrouw Farih en de minister over de derdebetalersregeling gaf deze laatste aan dat een veralgemening van de derdebetalersregeling voorlopig nog niet mogelijk is. Maar een veralgemening van de derdebetalersregeling verandert toch niets aan de consumptie. Men zou kunnen aanvoeren dat er een vertraging zit op de betaling aan de zorgverleners. Maar de moderne technologie is toch geavanceerd genoeg om dit probleem op te lossen.

De spreekster is geen voorstander van zorg die volledig gratis is. Zij vindt het normaal om als burger met een goed inkomen bij de dokter of tandarts een rekening te betalen. Er zijn momenteel nog andere prioriteiten in de gezondheidszorg. In de eerste plaats moeten er meer inspanningen worden geleverd voor chronisch zieken, voor wie de facturen zich opstapelen.

*Mme Sofie Merckx (PVDA-PTB)* précise que l'article 2, comme l'article 3, est applicable aux logopèdes.

L'intervenante trouve curieux que Mme Farih utilise l'argument de la surconsommation. En effet, une généralisation du régime du tiers payant, à laquelle Mme Farih est favorable, n'élimine pas le risque de surconsommation.

Le risque de surconsommation reste source de nombreux malentendus. La directrice de la *Vlaams Patiëntenplatform* a indiqué encore récemment dans un article d'opinion que l'image du patient stupide qui ne réfléchit pas avant d'aller chez le médecin est infondée. Elle ajoute que les soins ne seront jamais trop accessibles. L'intervenante souscrit totalement aux propos de la directrice de la *Vlaams Patiëntenplatform*.

#### IV. — DISCUSSION DES ARTICLES

##### Article 1<sup>er</sup>

Cet article fixe le fondement constitutionnel de la compétence.

Il ne donne lieu à aucune observation.

##### Art. 2

*Mme Sofie Merckx (PVDA-PTB)* présente l'*amendement n° 4* (DOC 55 0476/005) qui tend à supprimer les références aux articles 49, § 5, alinéa 2, et 50, § 11, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 14 février 1961.

Mme Merckx retire cet amendement.

*Mme Sofie Merckx (PVDA-PTB)* présente ensuite l'*amendement n° 7* (DOC 55 0476/007) en remplacement de l'*amendement n° 4*. L'*amendement n° 7* tend à remplacer l'alinéa proposé dans l'article 2.

*M. Steven Creyelman et Mme Dominiek Sneppe (VB)* présentent l'*amendement n° 5* (DOC 55 0476/006) qui tend à insérer, dans l'alinéa proposé, les mots "pour les enfants bénéficiant des allocations familiales, quel que soit le statut de leurs parents,".

*Mevrouw Sofie Merckx (PVDA-PTB)* verduidelijkt dat zowel artikel 2 als artikel 3 van toepassing zijn op de logopedisten.

De spreekster vindt het eigenaardig dat mevrouw Farih het argument van de overconsumptie gebruikt. Met een veralgemening van de derdebetalersregeling, waarvan mevrouw Farih voorstander is, neemt men het risico op overconsumptie immers niet weg.

Over het risico op overconsumptie bestaan er nog veel misverstanden. De directrice van het Vlaams Patiëntenplatform stelde recent nog in een opinie dat het beeld van de domme patiënt die niet nadenkt voordat hij naar de dokter gaat, niet klopt. Zij voegde er bovendien aan toe dat zorg nooit te toegankelijk kan zijn. De spreekster is het volmondig eens met de directrice van het Vlaams Patiëntenplatform.

#### IV. — ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING

##### Artikel 1

Dit artikel bepaalt de constitutionele bevoegdheidsgrondslag.

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

##### Art. 2

*Mevrouw Sofie Merckx (PVDA-PTB)* dient *amendement nr. 4* (DOC 55 0476/005) in, dat ertoe strekt de verwijzingen naar de artikelen 49, § 5, tweede lid, en 50, § 11, eerste lid, van de wet van 14 februari 1961 te schrappen.

Mevrouw Merckx trekt dit amendement in.

Vervolgens dient *mevrouw Sofie Merckx (PVDA-PTB)* *amendement nr. 7* (DOC 55 0476/007) in, ter vervanging van het amendement nr. 4. Het amendement nr. 7 strekt ertoe het in artikel 2 voorgestelde lid te vervangen.

*De heer Steven Creyelman en mevrouw Dominiek Sneppe (VB)* dienen *amendement nr. 5* (DOC 55 0476/006) in, dat ertoe strekt in het voorgestelde lid de woorden "voor kinderen die recht hebben op kinderbijslag, ongeacht het statuut van hun ouders" in te voegen.

## Art. 3

Mme Sofie Merckx (PVDA-PTB) présente l'amendement n° 8 (DOC 55 0476/007) qui tend à insérer, dans l'alinéa proposé, les mots “, 7°bis et 30°”. Grâce à cet ajout, le régime du tiers payant est étendu au psychologue, à l'orthopédagogue et au logopède.

## Art. 3/1 (nouveau)

Mme Sofie Merckx (PVDA-PTB) présente l'amendement n° 6 (DOC 55 0476/007) qui tend à insérer un article en vue de répondre à une observation du Conseil d'État.

## Art. 4 (nouveau)

Mme Sofie Merckx (PVDA-PTB) présente l'amendement n° 1 (DOC 55 0476/002) qui tend à régler l'entrée en vigueur de la proposition de loi.

Mme Sofie Merckx (PVDA-PTB) présente l'amendement n° 3 (DOC 55 0476/005) qui est un sous-amendement à l'amendement n°1. La date proposée par l'amendement n° 1 est remplacée par la date du “1<sup>er</sup> juillet 2023”.

## Intitulé

Mme Sofie Merckx (PVDA-PTB) présente l'amendement n° 2 (DOC 55 0476/005) qui tend à remplacer l'intitulé de la proposition de loi. La proposition de loi sera alors applicable à l'ensemble des soins de première ligne, et pas uniquement aux généralistes.

## V. — VOTES

Article 1<sup>er</sup>

Cet article est rejeté par 9 voix contre 6.

## Art. 3

Mevrouw Sofie Merckx (PVDA-PTB) dient amendement nr. 8 (DOC 55 0476/007) in, dat ertoe strekt in het voorgestelde lid de woorden “, 7bis° en 30°,” in te voegen. Met deze toevoeging wordt de derdebetalersregeling uitgebreid tot de psycholoog, de orthopedagoog en de logopedist.

## Art. 3/1 (nieuw)

Mevrouw Sofie Merckx (PVDA-PTB) dient amendement nr. 6 (DOC 55 0476/007) in, dat ertoe strekt een nieuw artikel in te voegen. Met dit amendement komt de indienster tegemoet aan een opmerking van de Raad van State.

## Art. 4 (nieuw)

Mevrouw Sofie Merckx (PVDA-PTB) dient amendement nr. 1 (DOC 55 0476/002) in, dat ertoe strekt de inwerkingtreding van het wetsvoorstel te regelen.

Vervolgens dient mevrouw Sofie Merckx (PVDA-PTB) amendement nr. 3 (DOC 55 0476/005) in, dat een subamendement is op amendement nr. 1. De datum in amendement nr. 1 wordt vervangen door de datum “1 juli 2023”.

## Opschrift

Mevrouw Sofie Merckx (PVDA-PTB) dient amendement nr. 2 (DOC 55 0476/005) in, dat ertoe strekt het opschrift van het wetsvoorstel te vervangen. Het wetsvoorstel wordt van toepassing op de volledige zorg in de eerste lijn, en niet enkel op de huisartsen.

## V. — STEMMINGEN

## Artikel 1

Dit artikel wordt verworpen met 9 tegen 6 stemmen.

La proposition de loi est dès lors considérée comme rejetée.

\*  
\* \*

*La rapporteure,*                      *Le président,*  
Dominiek Sneppe                      Thierry Warmoes

Bijgevolg wordt het wetsvoorstel als verworpen beschouwd.

\*  
\* \*

*De rapportrice,*                      *De voorzitter,*  
Dominiek Sneppe                      Thierry Warmoes

## ANNEXES – AUDITIONS

### A. Exposés introductifs

#### 1. Exposé du docteur Roel Van Giel (Domus Medica)

Le Dr Roel Van Giel souligne l'importance de l'accessibilité des soins. L'orateur se limite aux aspects repris dans les différentes propositions de loi.

*Domus Medica* est une association relativement unique dans le paysage flamand. Elle ne s'axe pas spécifiquement sur un seul thème. *Domus Medica* a été créée en 2006 par la fusion de la *Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen* (association scientifique des médecins généralistes flamands, WVVH), de l'*Unie van Huisartsenkringen* (Union – flamande – des cercles de médecins généralistes, UHAK) et du *Vlaams Huisartsen Navormingsinstituut* (VHNI). *Domus Medica* est également représentée syndicalement par l'*Alliantie Artsenbelang*. *Domus Medica* représente les médecins et cercles de médecins généralistes néerlandophones en Flandre et à Bruxelles. *Domus Medica* compte plus de 3 200 membres et 67 cercles de médecins généralistes. L'objectif de *Domus Medica* – un objectif partagé par toutes les personnes présentes – est de fournir des soins de santé de qualité axés sur le patient, en assurant le meilleur soutien possible à la médecine générale.

*Domus Medica* a une vision d'avenir sur dix ans. Le document actuellement en œuvre est le Document 2025. Un document de vision pour 2030 était également en chantier, mais le coronavirus a changé la donne. Pour 2030, plusieurs lignes directrices pour la médecine générale ont été mises en avant. L'accessibilité aux soins en constitue un élément important. La médecine générale devrait se concentrer sur les bons soins médicaux. Un prestataire de soins n'est plus seul, et la collaboration avec des prestataires venus d'autres disciplines est essentielle.

Les soins sont déjà de grande qualité, mais il reste toujours des points d'amélioration. Le plus important est que les soins restent accessibles à tous. C'est un point de départ essentiel qui se reflète dans la vision de *Domus Medica* sur la médecine générale.

Qu'est-ce que cela signifie, concrètement? La médecine générale doit être de proximité; le patient doit pouvoir arriver rapidement, physiquement, chez son généraliste. Cela signifie également que le médecin lui-même doit pouvoir se rendre rapidement chez le patient. L'obstacle financier doit être le plus bas possible et adapté aux

## BIJLAGEN – HOORZITTINGEN

### A. Inleidende uiteenzettingen

#### 1. Uiteenzetting van dokter Roel Van Giel (Domus Medica)

*Dokter Roel Van Giel* onderstreept het belang van de toegankelijkheid van de zorg. De spreker beperkt zich tot de aspecten die in de verschillende wetsvoorstellen werden opgenomen.

Domus Medica is een vrij unieke vereniging in het Vlaamse landschap. Domus Medica werkt niet specifiek op één thema. Domus Medica is in 2006 ontstaan door de fusie van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH), de Unie van Huisartsenkringen (UHAK) en het Vlaams Huisartsen Navormingsinstituut (VHNI). Via de Alliantie Artsenbelang is Domus Medica ook syndicaal vertegenwoordigd. Domus Medica vertegenwoordigt Nederlandstalige huisartsen en huisartsenkringen in Vlaanderen en Brussel. Domus Medica telt meer dan 3 200 leden en 67 huisartsenkringen. Het doel voor Domus Medica, een doel dat door alle aanwezigen hier nagestreefd wordt, is een kwaliteitsvolle en patiëntgerichte gezondheidszorg. Dit wordt nagestreefd door de huisartsgeneeskunde zo goed mogelijk te ondersteunen.

Domus Medica werkt met een toekomstvisie die 10 jaar vooruitkijkt. Het document waar momenteel mee gewerkt wordt is Document 2025. Er werd ook gewerkt aan een visiedocument 2030 maar corona heeft daar toch wel een stokje voor gestoken. Voor 2030 werden een aantal krachtlijnen voor de huisartsgeneeskunde naar voor gebracht. In die krachtlijnen is toegankelijkheid voor de zorg een belangrijk element. Huisartsgeneeskunde moet draaien om goede medische zorg, een zorgverlener staat niet meer alleen, samenwerking met zorgverleners uit andere disciplines is heel belangrijk.

Er is reeds een kwaliteitsvolle zorg, maar er zijn steeds punten vatbaar voor verbetering. Het belangrijkste is wel dat de zorg toegankelijk blijft voor iedereen. Dit is een belangrijk uitgangspunt dat terugkomt in de visie van Domus Medica over huisartsgeneeskunde.

Wat houdt dit concreet in? Huisartsgeneeskunde moet nabij zijn, de huisarts moet fysiek snel voor de patiënt bereikbaar zijn. Dit houdt tevens in dat de huisarts zelf snel bij de patiënt moet langs gaan. De financiële drempel moet zo minimaal mogelijk zijn en aangepast aan het draagvermogen van de patiënt. Op die manier wordt de

moyens du patient. Ainsi, le médecin généraliste ou le cabinet médical devient le “coach” du patient, qui l’oriente vers les soins les plus appropriés. Le cercle de médecins généralistes doit garder un œil sur l’évolution démographique dans sa région et mener ses propres politiques pour garantir des soins accessibles et abordables sur l’ensemble de son rayon d’action. En collaboration avec les services et autorités locaux, les cercles de médecins généralistes et les hôpitaux dressent un inventaire des demandes de soins des patients dans une région spécifique, en prêtant attention à l’accessibilité, à l’efficacité et au service souhaité.

Au niveau macro, il est important que les différentes autorités soutiennent et encouragent la médecine générale, non seulement pour des raisons de qualité et d’efficacité en matière de coûts, mais aussi en raison des valeurs sociales et des objectifs sociaux de l’offre de soins de première ligne: l’équité et le positionnement adéquat des soins. Des systèmes de financement diversifiés pour la médecine générale sont nécessaires. Un financement adéquat doit soutenir et orienter la qualité des soins, mais il doit aussi permettre de garantir l’accessibilité des soins intégrés.

M. Van Giel renvoie à l’exposé des motifs des propositions de loi, qui font référence à un grand nombre d’études. Que dit la littérature scientifique sur les différents freins présents dans les soins de santé? On s’accorde à reconnaître que la part à charge du patient augmente chaque année. Un seuil est franchi lorsque le risque de report de soins en raison de contraintes socio-économiques augmente. Or ce problème se fait toujours plus criant. Le report des soins est un phénomène assez diversifié. L’enquête menée en 2013 par l’Institut Scientifique de Santé Publique (WIV-ISP) évoque un chiffre de 8 % de reports. Cette enquête montre qu’ils sont plus fréquents auprès des spécialistes, des kinésithérapeutes et des dentistes qu’en médecine générale. L’étude menée en 2014 par QUALYCOPC (*Quality and Costs of Primary Care in Europe*) a révélé que 900 000 Belges reporteraient les visites chez le généraliste en raison d’un obstacle financier. Pour l’orateur, ce chiffre semble très élevé. Les études de l’OCDE et de l’UE sur les profils nationaux en matière de soins de santé indiquent qu’en Belgique, ce serait le cas pour environ 2,4 % des citoyens. L’orateur souligne toutefois quelques différences. Pour les revenus les plus faibles, cela représenterait 7 ou 8 %, tandis que pour les revenus les plus élevés, les reports ne seraient que d’à peine 0,2 %. L’inégalité financière entre les patients joue donc un rôle majeur.

L’orateur remarque qu’il existe encore de grandes différences entre les enquêtes, de sorte que des études supplémentaires sont requises afin de pouvoir déterminer

huisarts of de artsenpraktijk de coach van de patiënt om hem naar de meest aangewezen zorg toe te leiden. De huisartsenkring moet waken over demografische ontwikkelingen in zijn regio en een eigen beleid voeren om toegankelijke en betaalbare zorg te garanderen op zijn hele grondgebied. Huisartsenkringen en ziekenhuizen inventariseren samen met de lokale diensten en overheden de zorgbehoefte van patiënten in een welbepaalde regio met aandacht voor toegankelijkheid, efficiëntie en gewenste dienstverlening.

Op macroniveau is het belangrijk dat de diverse overheden de huisartsenzorg ondersteunen en bevorderen en dit niet enkel wegens de kwaliteit en kostenefficiëntie, maar ook om de sociale waarden en sociale doelstellingen van het aanbod van eerstelijnszorg: *equity* en juiste positionering van zorg. Gediversifieerde financieringssystemen voor de huisartsenzorg zijn noodzakelijk. Adequate financiering moet de kwaliteit van zorg ondersteunen en sturen, maar moet daarnaast ook het zorgaanbod in staat stellen om de toegankelijkheid van een geïntegreerde zorg te waarborgen.

De heer Van Giel verwijst naar de toelichtingen bij de wetsvoorstellen waarin verwezen wordt naar een heel aantal studies. Wat zegt de wetenschappelijke literatuur over de verschillende drempels die er in de zorg zijn? Men is het erover eens dat jaar na jaar het stuk eigen bijdrage in de zorg toeneemt. Er wordt een drempel overschreden waarbij het gevaar van uitstellen van zorg door socio-economische beperkingen toeneemt. Dit wordt een groter en groter probleem. Er zit wel enige diversiteit in het uitstellen van zorg. De gezondheidsenquête van het Wetenschappelijke Instituut Volksgezondheid (WIV) van 2013 spreekt over 8 % uitstel van zorg. Uit die enquête blijkt dat het uitstel van zorg zich eerder situeert bij de specialistische zorg of bij kinesisten of de tandarts dan bij de huisartsgeneeskunde. De studie van de QUALYCOPC (*Quality and Costs of Primary Care in Europe*) van 2014 gaf aan dat 900 000 Belgen bezoeken aan de huisarts zouden uitstellen wegens een financiële drempel. Voor de spreker lijkt dit heel hoog. In de OESO- en EU-studies over de landenprofielen in de gezondheidszorg geeft men aan dat in België ongeveer 2,4 % van de burgers gezondheidszorg uitstelt om financiële redenen. De spreker wijst wel op een aantal verschillen. Bij de laagste inkomens zou dit oplopen tot 7 of 8 %, terwijl bij de hoogste inkomens dat amper 0,2 % bedroeg. De financiële ongelijkheid tussen patiënten speelt een grote rol.

De spreker merkt op dat er toch wel grote verschillen zijn tussen de studies, er is dus meer onderzoek nodig om te achterhalen hoe groot het uitstel van zorg is. Er vallen



l'ampleur du report des soins. Plusieurs grandes lignes peuvent toutefois être dégagées. La quote-part personnelle augmente chaque année, ce qui amène toujours plus de patients à reporter leurs soins. La plupart des soins reportés sont des soins paramédicaux et des soins auprès de spécialistes. Les études établissent en outre qu'il n'y a pas de listes d'attente dans les soins de première ligne, où il n'y a pas non plus d'obstacle financier. En seconde ligne, en revanche, un problème est bien présent, surtout lorsqu'il s'agit de trouver un médecin conventionné dans certaines régions. Les listes d'attente y sont de plus en plus longues.

Le ticket modérateur actuellement appliqué, indépendamment du régime du tiers payant ou du régime actuel, est-il utile, ou constitue-t-il un facteur supplémentaire entraînant un report des soins? Les études ne l'évoquent pas vraiment. Un rapport d'examen publié en 2013 par le *Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg* (NIVEL, institut néerlandais pour la recherche sur les soins de santé) s'est intéressé à la situation aux États-Unis, où 25 % du coût des soins sont payés par le patient lui-même. Cette situation diffère totalement de celle qui prévaut en Belgique. Pourtant, aucune conclusion n'est tirée de ces études. D'une manière générale, il est dit que les prestataires de soins comme les citoyens devraient être sensibilisés au coût réel des soins. Beaucoup d'argent est consacré aux soins de santé, et à juste titre, mais il est également important d'être conscient qu'il s'agit d'un coût associé à chaque prestation. Reste à savoir si des systèmes tels que le ticket modérateur peuvent contribuer à cette prise de conscience. Y aurait-il une consommation effrénée de soins de santé s'il n'existait pas? La plupart des études semblent indiquer que ce n'est pas le cas. Même sans ticket modérateur, il n'y aurait pas de consommation inutile de soins. M. Van Giel rappelle que les études ne se prononcent pas sur l'effet du ticket modérateur ni sur les obstacles financiers dans le domaine des soins de santé. Le montant du ticket modérateur joue un rôle dans ce dernier cas de figure, mais les situations varient d'un pays à l'autre.

On s'accorde à reconnaître que la situation actuelle, au niveau du ticket modérateur ou du régime du tiers payant, est très complexe. Dans la plupart des nomenclatures, il y a interdiction d'utiliser le régime du tiers payant. Dans certains cas, y recourir est par contre obligatoire (dans le cas de patients bénéficiant d'une intervention majorée). Dans d'autres cas, enfin, il est possible d'y faire appel (par exemple dans les services de garde). Il s'agit donc d'un système opaque et peu clair qui ne peut se maintenir. Il partait d'une bonne intention, mais beaucoup en appellent à sa modification. L'orateur estime par ailleurs que le régime du tiers payant est davantage utilisé en médecine générale que ce que

wel een aantal grote lijnen in te onderkennen. De eigen bijdrage wordt jaar na jaar groter, daardoor gaan meer en meer mensen zorg uitstellen. De meeste zorg wordt uitgesteld bij paramedische zorg en specialistenzorg. De studies tonen verder aan dat er in de eerste lijn geen wachtlijsten zijn. Daar is geen drempel. In de tweede lijn daarentegen is er wel een probleem, zeker wanneer men in bepaalde regio's naar een geconventioneerde arts gaat zoeken. Daar nemen de wachtlijsten wel toe.

Het nu aangerekende remgeld, los van de derdebetalersregeling of het huidige systeem, heeft dat nut of is dat een extra factor die ertoe leidt dat men zorg gaat uitstellen? Studies spreken zich hier niet echt over uit. Een review rapport uit 2013 van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) was gericht op de Amerikaanse situatie, waarbij 25 % van de kosten van de zorg door de patiënt zelf betaald werd. Dit verschilt enorm van de situatie in België. Toch worden er uit die studies geen conclusies getrokken. Men stelt over het algemeen wel dat men bij de zorgverstrekkers en de burgers wenst te komen tot bewustwording over wat eigenlijk de kostprijs van zorg is. Er wordt terecht veel geld aan zorg uitgegeven, maar het is ook belangrijk dat men zich ervan bewust is dat het om kosten gaat die verbonden zijn aan elke prestatie. De vraag is of dat men via systemen zoals het remgeld die bewustwording kan helpen realiseren. Zou er zonder remgeld ongebreidelde consumptie van de zorg zijn? De meeste studies lijken aan te geven dat dit niet het geval is. Ook zonder remgeld zou er geen onnodige zorgconsumptie zijn. De heer Van Giel herhaalt dat studies zich niet uitspreken over het effect van remgeld noch over de drempels in de zorg. De hoogte van het remgeld speelt daar wel een rol in maar situaties verschillen van land tot land.

De huidige situatie van het remgeld of van de derdebetalersregeling is zeer ingewikkeld, daar zal iedereen het wel mee eens zijn. In het grootste deel van de nomenclatuur is er een verbod, men mag de derdebetalersregeling niet gebruiken. In sommige gevallen is men dan weer verplicht om de derdebetalersregeling te gebruiken (bij patiënten met verhoogde tegemoetkoming). En in sommige gevallen mag men de derdebetalersregeling gebruiken (bijvoorbeeld bij een wachtdienst). Dit is een ondoorzichtig en onduidelijk systeem dat niet houdbaar is. Het systeem was goedbedoeld, maar velen zijn vragende partij om het te veranderen. De spreker denkt overigens dat de derdebetalersregeling in de

le législateur autorise, par motivation sociale et pour favoriser l'accessibilité des soins. Cet état de fait sort de la légalité; de nombreux collègues demandent dès lors une plus grande disponibilité du régime du tiers payant.

C'est également la raison pour laquelle *Domus Medica*, dans la foulée de l'accord MedicoMut précédent, avait soumis la proposition de lever l'interdiction du tiers payant. Si le médecin le souhaite, ce régime pourrait alors être utilisé dans tous les cas. L'orateur souligne que, dans la plupart des cas, il est interdit d'y recourir pour les consultations classiques. Pourquoi ne pas imposer ce régime? L'orateur ne croit pas à un système d'obligations. Plusieurs médecins sont opposés à ce régime pour des raisons idéologiques et ont une aversion pour les obligations. L'orateur estime qu'il existe de bons outils pour utiliser efficacement le tiers payant, et les systèmes électroniques le rendent très simple d'utilisation. Il n'est plus nécessaire, comme par le passé, de rassembler des notes qui sont ensuite envoyées aux mutualités. À la fin des consultations, les données sont simplement transmises aux mutualités et le montant est versé. Lorsqu'un système est permis et qu'il s'avère performant, il est rapidement adopté. L'orateur cite en exemple les systèmes eFact et eAttest. En levant l'interdiction, le régime du tiers payant sera ainsi largement adopté, et très rapidement, sans qu'il soit imposé. Le problème d'un manque de coopération pour des raisons idéologiques ne se posera pas non plus. M. Van Giel demande au Parlement de consulter les organisations professionnelles sur cette question, pour que les informations soient correctement transmises aux médecins généralistes.

La demande de supprimer le ticket modérateur est d'ordre politique. Des sommes importantes sont consacrées aux soins de santé, et les besoins en matière de soins sont encore nombreux. L'investissement que représente la suppression du ticket modérateur est-il la meilleure option, à l'heure actuelle, pour améliorer les soins de santé? La suppression du ticket modérateur représente il est vrai une somme considérable. Les propositions de loi évoquent des montants de 9 millions d'euros pour les moins de 18 ans seuls, jusqu'à 140 millions d'euros pour l'ensemble de la population et 40 millions d'euros chez les dentistes. Or 140 millions d'euros représentent 15 % du budget total pour les généralistes.

L'orateur estime qu'il existe d'autres mesures plus rentables. Ainsi, renforcer la position du médecin généraliste en tant que gardien du système, avec un médecin de famille attiré pour chaque Belge, serait un bien meilleur

huisartsgeneeskunde meer wordt gebruikt dan wettelijk toegestaan is. Men doet dit vanuit sociaal oogpunt en vanuit toegankelijkheid van de zorg. Dit is eigenlijk een onwettige situatie maar vele collega's vragen naar een bredere beschikbaarheid van de derdebetalersregeling.

Dit is ook de reden waarom Domus Medica naar aanleiding van het vorige Medicomut-akkoord het voorstel had neergelegd om het verbod op de derdebetalersregeling af te schaffen. Wanneer de arts het wil, dan zal in alle gevallen de derdebetalersregeling gebruikt worden. De spreker beklemtoont dat in de meeste gevallen bij de standaardconsultaties er een verbod is om deze regeling te gebruiken. Waarom wordt de derdebetalersregeling dan niet verplicht? De spreker gelooft niet in een systeem van verplichtingen. Een aantal artsen zijn om ideologische redenen tegen de derdebetalersregeling en hebben een aversie van verplichtingen. De spreker is van oordeel dat er goede tools zijn om het systeem van de derdebetalersregeling efficiënt te gebruiken. Het elektronisch systeem maakt het gebruik ervan heel makkelijk. Er moeten zoals vroeger geen briefjes verzameld worden die daarna naar de mutualiteiten worden gestuurd. Men stuurt bij het einde van de consultaties de gegevens gewoon door naar de mutualiteiten en het bedrag wordt uitbetaald. Wanneer iets wordt toegestaan en dat blijkt goed te werken, dan wordt dit snel opgepikt. De spreker denkt hierbij aan het systeem van eFact en eAttest. Door het verbod op te heffen zal dus ook het systeem van de derdebetalersregeling zeer snel breed worden opgenomen en dit zonder het verplicht op te leggen. Er is dan ook geen sprake van tegenwerking wegens ideologische motieven. De heer Van Giel vraagt het Parlement hierover te overleggen met de beroepsorganisaties, zodat informatie op de juiste manier wordt verstrekt aan de huisartsen.

De vraag om het remgeld af te schaffen is een politieke vraag. Er wordt veel geld uitgegeven aan zorg en er zijn nog veel zorgnoden. Is de investering van het afschaffen van het remgeld de best mogelijke investering op dit moment om de zorg te verbeteren? Het afschaffen van het remgeld vertegenwoordigt toch een aanzienlijk bedrag. In de wetsvoorstellen komt men tot bedragen van 9 miljoen euro als het enkel gaat om de min-18-jarigen, tot 140 miljoen euro als het gaat om de hele bevolking en 40 miljoen euro bij de tandartsen. 140 miljoen euro is toch goed voor 15 % van het hele huisartsenbudget.

De spreker is de mening toegedaan dat er andere maatregelen zijn die meer opbrengen. Het versterken van de huisarts als poortwachter van het systeem met voor iedere Belg een vaste huisarts is volgens de spreker

investissement. Un soutien administratif et infirmier aux pratiques de médecine générale est nécessaire. Il permettra aux cabinets de prendre en charge un plus grand nombre de patients et de résorber, dans certaines régions, la pression sur la médecine générale. L'orateur plaide également en faveur de mesures d'échelonnement afin de limiter quelque peu l'accès direct incontrôlé aux soins de seconde ligne. Autres possibilités: un meilleur remboursement des médicaments, des lunettes, des appareils auditifs et de la psychothérapie. Les diagnostics sont posés par les médecins généralistes. Les patients doivent ensuite être orientés vers les soins de seconde ligne – et c'est là qu'ils rencontrent des obstacles. L'interdiction des suppléments d'honoraires à l'hôpital est une autre mesure dans il pourrait être possible d'investir. La meilleure garantie qu'il n'y aura pas de frein est d'investir dans la prévention. Malheureusement, la Belgique investit très peu en la matière. Pourtant, éviter la maladie est le meilleur remède contre les freins à l'accès aux soins. Le maximum à facturer est un bon instrument, mais le renforcer pour les faibles revenus permettrait d'engranger des bénéfices supplémentaires.

M. Van Giel cite plusieurs alternatives à la suppression du ticket modérateur. Certaines des mesures proposées valent, selon lui, largement l'investissement, et elles ont également un meilleur impact sur l'accessibilité des soins.

## **2. Exposé de Mme Regina De Paepe (Collège Intermutualiste National – CIN)**

Mme Regina De Paepe a examiné plusieurs propositions de loi. L'accessibilité, l'équité et la qualité des soins de santé pour tous sont les priorités absolues du CIN. Celui-ci a formulé un avis sur la suppression du ticket modérateur et sur l'élargissement du régime du tiers payant.

### **1. Suppression du ticket modérateur**

Pour Mme De Paepe, le ticket modérateur n'est pas le nœud du problème: ainsi que le révèle une étude<sup>1</sup> de l'Agence Intermutualiste (AIM), ce n'est pas lui qui freine l'accessibilité aux soins de santé.

Le ticket modérateur pour les bénéficiaires du régime préférentiel en médecine générale n'est pas élevé: de 1 à 1,5 euro, contre 4 à 6 euros pour ceux qui n'y ont pas droit. Il n'y a pas de ticket modérateur dans les maisons médicales et il existe des mécanismes de correction, tels que le maximum à facturer, les régimes préférentiels, le statut "affection chronique" et le dossier médical global.

<sup>1</sup> [https://aim-ima.be/IMG/pdf/inegalites\\_en\\_sante\\_-\\_rapport\\_ima\\_-\\_final\\_-\\_fr\\_-\\_20190508.pdf](https://aim-ima.be/IMG/pdf/inegalites_en_sante_-_rapport_ima_-_final_-_fr_-_20190508.pdf)

een veel betere investering. Het administratief en verpleegkundig ondersteunen van de huisartsenpraktijken is noodzakelijk. Daardoor kunnen praktijken meer patiënten aannemen en begeleiden en wordt de druk op de huisartsgeneeskunde in sommige regio's ook opgelost. Verder breekt de spreker een lans voor echelloneringsmaatregelen om de ongebreidelde rechtstreekse toegang tot de tweede lijn enigszins te beperken. Dan is er nog de betere terugbetaling van geneesmiddelen, brillen, hoorapparaten en psychotherapie. Er worden diagnoses gesteld bij de huisarts, waardoor mensen doorverwezen moeten worden naar de tweede lijn en het is daar dat ze met drempels geconfronteerd worden. Een verbod op honorariumsupplementen in het ziekenhuis is ook een maatregel waarin geïnvesteerd kan worden. De beste garantie dat er geen drempel gaat zijn is investeren in preventie. Er wordt spijtig genoeg in België erg weinig geïnvesteerd in preventie. Maar het vermijden van ziekte is de beste remedie tegen drempels. De maximumfactuur is een goed instrument, maar ook op dat punt kan er nog winst geboekt worden via de versterking ervan voor lage inkomens.

De spreker geeft hier een aantal alternatieven voor het afschaffen van het remgeld. Sommige van de voorgestelde maatregelen zijn volgens de heer Van Giel de investering meer dan waard. Deze maatregelen hebben ook een beter effect op de toegankelijkheid van de zorg.

## **2. Uiteenzetting van mevrouw Regina De Paepe (Nationaal Intermutualistisch College – NIC)**

Mevrouw Regina De Paepe heeft zich over een aantal wetsvoorstellen gebogen. De absolute prioriteit voor het NIC is een toegankelijke, billijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor iedereen. Het NIC heeft een advies opgemaakt over het afschaffen van het remgeld en de uitbreiding van de derdebetalersregeling.

### **1. Afschaffen van het remgeld**

Voor mevrouw De Paepe is niet het remgeld de kern van het probleem. Het is niet het remgeld dat het probleem vormt voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Dit blijkt uit een studie<sup>1</sup> van het Intermutualistisch Agentschap (IMA).

Het remgeld voor gerechtigden met voorkeurregeling in de huisartsgeneeskunde is niet hoog, dat bedraagt 1 tot 1,5 euro en 4 tot 6 euro bij de niet voorkeurgerechtigden. Er is geen remgeld in wijkgezondheidscentra en er zijn de correctiemechanismen, zoals de maximumfactuur, de voorkeurregelingen, het statuut chronische aandoeningen en het Globaal Medisch Dossier. Veel van de

<sup>1</sup> [https://www.aim-ima.be/IMG/pdf/ongelijkheden\\_in\\_gezondheid\\_-\\_ima-rapport\\_-\\_def\\_-\\_nl\\_-\\_20190508.pdf](https://www.aim-ima.be/IMG/pdf/ongelijkheden_in_gezondheid_-_ima-rapport_-_def_-_nl_-_20190508.pdf)

De nombreuses prestations techniques figurant dans la nomenclature de la médecine générale sont remboursées à 100 %. Une étude de l'AIM<sup>2</sup> sur les soins dentaires pour les enfants jusqu'à 18 ans montre que le nombre de bénéficiaires n'a pas augmenté dans cette catégorie. Même si la visite est gratuite, les patients ne vont pas nécessairement plus souvent chez le dentiste. L'oratrice pense qu'il existe d'autres obstacles qui compliquent la consultation chez le dentiste.

Un ticket modérateur minimal permet aux organismes assureurs de continuer à vérifier la facture du patient. La trace de ce qui est payé et du respect des tarifs conventionnés par les prestataires conventionnés est ainsi conservée. S'il s'agit de supprimer le ticket modérateur, mieux vaut y procéder dans le cadre d'un ensemble plus vaste et d'une réforme de tout le système des soins de santé de première ligne. L'oratrice fait référence à une étude du KCE sur la performance du système de santé belge<sup>3</sup>, qui se concentre sur l'équité. À la page 43 de l'étude, il est indiqué que la politique de santé n'est pas le seul instrument disponible pour améliorer l'équité en matière de santé et d'accès aux soins de santé. Les politiques en matière de travail, d'éducation, de logement, de lutte contre la pauvreté et sociales doivent aussi se renforcer mutuellement. Dans ses recommandations, le KCE plaide également en faveur de mesures plus sélectives pour certains groupes cibles, et pas simplement pour la suppression du ticket modérateur.

L'oratrice souligne que le report des soins n'est pas nécessairement dû au ticket modérateur mais, par exemple, au manque de prestataires de soins conventionnés, au manque d'informations correctes et claires pour tous les citoyens, aux suppléments d'honoraires, aux médicaments coûteux (il y a des patients qui n'osent pas aller chez le médecin parce qu'ils n'ont pas les moyens d'acheter les médicaments prescrits). Il est nécessaire d'informer les citoyens sur le conventionnement, les tarifs, les mécanismes de protection et les suppléments. Il convient de consacrer davantage d'efforts à la "littératie en santé" (*health literacy*).

Mme De Paepe souligne que ces propositions de loi ne changent rien à la réglementation relative aux suppléments d'honoraires. Couvrir entièrement les honoraires d'un médecin non conventionné va à l'encontre de l'attrait d'un système de conventionnement, et n'est donc pas aisément réalisable via ces propositions de loi. Veiller à la présence d'un nombre suffisant de prestataires de soins conventionnés serait bien plus efficace que de supprimer le ticket modérateur, puisque les

<sup>2</sup> [https://aim-ima.be/IMG/pdf/inegalites\\_en\\_sante\\_-\\_rapport\\_ima\\_-\\_final\\_-\\_fr\\_-\\_20190508.pdf](https://aim-ima.be/IMG/pdf/inegalites_en_sante_-_rapport_ima_-_final_-_fr_-_20190508.pdf)

<sup>3</sup> [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_334B\\_Evaluation\\_equite\\_systeme\\_sante\\_belge\\_Synthese.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334B_Evaluation_equite_systeme_sante_belge_Synthese.pdf)

technische verstrekkingen die in de nomenclatuur van de huisartsgeneeskunde staan zijn 100 % terugbetaald. Uit een IMA-studie<sup>2</sup> over tandzorg bij kinderen tot 18 jaar blijkt dat het aantal gerechtigden en rechthebbenden in deze categorie niet is toegenomen. Zelfs als het gratis is gaat men niet noodzakelijk meer naar de tandarts. De spreker meent dat er andere drempels zijn die het tandartsbezoek moeilijk maken.

Minimaal remgeld zorgt ervoor dat de verzekeringsinstellingen de factuur van de patiënt kunnen blijven controleren. Men behoudt zicht op wat betaald wordt en op het respecteren van de conventietarieven door de geconventioneerde verstrekkers. Indien men het remgeld wil afschaffen, kadert dit best in een groter geheel en in een hervorming van de volledige eerstelijnsgezondheidszorg. De spreker verwijst naar een KCE-studie over de performantie van het Belgisch gezondheidssysteem<sup>3</sup>. De studie concentreert zich op billijkheid. Op blz. 43 van de studie valt te lezen dat meer gelijkheid en billijke toegang tot de gezondheidszorg niet enkel realiseerbaar zijn via het gezondheidszorgbeleid. Ook werk, onderwijs, woon-, armoede- en sociaal beleid moeten elkaar kunnen versterken. Het KCE pleit eveneens in de aanbevelingen voor selectievere maatregelen voor bepaalde doelgroepen en niet voor het louter afschaffen van het remgeld.

De spreker wijst erop dat uitstel van zorg niet noodzakelijk wordt veroorzaakt door het remgeld, maar wel door bijvoorbeeld een gebrek aan geconventioneerde zorgverleners, gebrek aan correcte en heldere informatie aan alle burgers, de honorariussupplementen, dure geneesmiddelen (er zijn patiënten die niet naar de huisarts durven omdat ze de voorgeschreven geneesmiddelen niet kunnen betalen). Er is nood aan informatie naar de burger over conventionering, tarieven, beschermingsmechanismen en supplementen. Er moet meer ingezet worden op *health literacy*.

Mevrouw De Paepe beklemtoont dat deze wetsvoorstellen niets wijzigen aan de reglementering rond honorariussupplementen. Een volledige dekking geven van het honorarium van een "niet geconventioneerde arts" staat haaks op de aantrekkelijkheid van een conventiesysteem en is dus niet zomaar realiseerbaar met deze wetsvoorstellen. Inzetten op voldoende geconventioneerde zorgverleners zou veel effectiever zijn dan het remgeld afschaffen. De honorariussupplementen liggen veel hoger

<sup>2</sup> [https://www.aim-ima.be/IMG/pdf/ongelijkheden\\_in\\_gezondheid\\_-\\_ima-rapport\\_-\\_def\\_-\\_nl\\_-\\_20190508.pdf](https://www.aim-ima.be/IMG/pdf/ongelijkheden_in_gezondheid_-_ima-rapport_-_def_-_nl_-_20190508.pdf)

<sup>3</sup> [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_334A\\_Billijkheid\\_Belgisch\\_gezondheidssysteem\\_Synthese.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf)

suppléments d'honoraires sont beaucoup plus élevés que son montant. En ce qui concerne les suppléments d'honoraires, il n'existe pas de mécanismes de correction comme le MAF.

La suppression du ticket modérateur serait très onéreuse. Le budget pour la suppression du ticket modérateur pour les médecins généralistes est estimé à 140 millions d'euros dans la proposition du PS (DOC 55 0150/001). Dans le cadre du programme électoral du PVDA, le Bureau du Plan a estimé à 190 millions d'euros le coût de la suppression du ticket modérateur auprès des médecins généralistes. La proposition du sp.a (DOC 55 1102/001) chiffre le coût de la gratuité des consultations chez le médecin généraliste détenteur du DMG à un maximum de 9 millions d'euros.

Pour l'oratrice, il existe des priorités plus importantes pour rendre les soins de première ligne plus accessibles (comme la prévention, les soins dentaires, les appareils auditifs, les lunettes, les soins psychologiques). Le budget nécessaire à la suppression du ticket modérateur peut être mieux utilisé ailleurs pour accroître réellement l'accessibilité des soins. Lorsque ces autres besoins seront satisfaits, les soins de santé de première ligne pourront être rendus gratuits. La suppression du ticket modérateur pour les soins aux enfants constitue une exception à cette règle. Une comparaison internationale montre que la Belgique se démarque, à cet égard, de la plupart des pays européens. Le report des soins aux enfants malades a des répercussions concrètes à long terme sur leur santé. Chez eux, le risque de surconsommation est plus faible que chez les adultes. Du point de vue de l'éducation sanitaire, il est important que les enfants apprennent à aller à temps chez le médecin: cela les habitue à bien gérer leur santé et les y responsabilise une fois adultes.

Les Mutualités socialistes vont un peu plus loin que les conseils du CIN. Elles sont en faveur de la suppression totale du ticket modérateur pour les soins de première ligne.

## 2. *Élargissement du régime du tiers payant*

En 2018, le CIN n'a pas soutenu l'élargissement du caractère obligatoire du régime du tiers payant. Il préconisait, plutôt, la généralisation du caractère facultatif du régime du tiers payant à l'initiative du prestataire de soins, avec la suppression de l'interdiction et des exceptions actuellement en vigueur. La levée de l'interdiction est actuellement à l'ordre du jour des organes de concertation de l'INAMI.

L'oratrice remarque que la facturation électronique a le vent en poupe. Cela signifie qu'à terme, le régime

dan het remgeld. Wat de honorariasupplementen betreft, bestaan er geen correctiemechanismen zoals de MAF.

Afschaffen van het remgeld is een dure aangelegenheid. Het budget voor het afschaffen van het remgeld voor huisartsen wordt in het PS-voorstel (DOC 55 0150/001) geraamd op 140 miljoen euro. In het kader van het verkiezingsprogramma van PVDA, heeft het Planbureau de kosten van het afschaffen van het remgeld bij de huisarts geraamd op 190 miljoen euro. Het sp.a-voorstel (DOC 55 1102/001) berekent dat consultaties voor jongeren bij de GMD-houdende huisarts gratis maken kosten van maximaal 9 miljoen euro betekent.

Voor de spreekster zijn er grotere en belangrijker prioriteiten om de eerstelijns hulp toegankelijker te maken (zoals preventie, tandzorg, hoorapparaten, brillen, psychologische zorg). Het budget dat nodig is om de remgelden af te schaffen, kan beter elders ingezet worden om de toegankelijkheid daadwerkelijk te verhogen. Wanneer deze andere noden zijn vervuld, kan men de eerstelijnsgezondheidszorg gratis aanbieden. Een uitzondering hierop is het afschaffen van remgelden bij zorgverstrekkingen voor kinderen. Bij een internationale vergelijking kan men zien dat België op dit vlak afwijkt van de meeste Europese landen. Het uitstellen van zorg bij zieke kinderen heeft effectief langdurige impact op de gezondheid van kinderen. Bij kinderen ligt het risico van overconsumptie lager dan bij volwassenen. Vanuit het oogpunt van de gezondheidsopvoeding is het belangrijk dat kinderen op tijd leren om naar de dokter te gaan. Zo raken ze eraan gewend om goed met hun gezondheid om te gaan en dit maakt hen als volwassenen ook meer verantwoordelijk voor hun gezondheid.

De Socialistische Mutualiteiten gaan een stap verder dan het advies van het NIC. Zij zijn voorstander van de volledige afschaffing van het remgeld voor de eerstelijnszorg.

## 2. *Uitbreiding van de derdebetalersregeling*

In 2018 was het NIC geen voorstander van de uitbreiding van het verplichte karakter van de derdebetalersregeling. Het NIC pleitte in de plaats ervan voor de veralgemening van het facultatieve karakter van de derdebetalersregeling op initiatief van de zorgverstrekker, met opheffing van de verboden en uitzonderingen die er nu zijn. De afschaffing van het verbod staat momenteel op de agenda van de overlegorganen in het RIZIV.

De spreekster merkt op dat de elektronische facturatie zich uitbreidt. Dit betekent dat op termijn de

du tiers payant s'étendra. En cas d'imposition du tiers payant, il conviendra également d'imposer la lecture de la carte d'identité électronique du patient. Certaines interdictions doivent être examinées attentivement car elles peuvent, parfois, améliorer la qualité des soins.

Il faut également pouvoir vérifier que le prestataire de services relevant de la convention (ou n'en relevant pas, si c'est explicitement spécifié) respecte son engagement d'appliquer les tarifs conventionnés. Il doit donc y avoir une facture claire pour le patient, sur laquelle figurent tous les montants qu'il a payés.

Depuis 2018, le CIN a quelque peu revu sa position: il est désormais favorable à la généralisation du tiers payant, mais uniquement pour les prestataires de soins conventionnés, afin d'encourager le conventionnement. Bien sûr, cela ne rend pas les soins de santé moins coûteux. Des mécanismes suffisants doivent être en place pour décourager la fraude, au niveau de la facturation tant aux patients qu'à l'assurance maladie. Les mutualités doivent avoir à leur disposition des mesures et mécanismes anti-fraude, et être en mesure de prendre des mesures rapides et décisives contre les fraudeurs.

La position des Mutualités libres ainsi que des Mutualités libérales reste celle de 2018. Elles préconisent donc un régime facultatif du tiers payant à l'initiative du prestataire de soins, avec la suppression des interdictions. L'accent est mis sur la facturation électronique et le recours à l'eAttest, qui permettent un remboursement rapide à l'assuré.

Le CIN demande qu'une évaluation obligatoire soit prévue si ces mesures sont prises, et que les propositions de loi prévoient une période d'évaluation pour ces mesures.

### **3. Exposé de Mme Tanja Nuelant (Gezinsbond)**

#### **1. Droit aux soins de santé**

Plusieurs conventions internationales garantissent le droit à la santé et à une vie saine. En ce qui concerne spécifiquement les enfants, le droit aux soins (de santé) est énoncé dans la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE, 1989). La Belgique a ratifié ces conventions et reconnaît ainsi le droit des enfants et des adultes à la meilleure santé physique et mentale possible. Toute personne malade, handicapée ou victime d'un accident doit donc pouvoir bénéficier d'une aide,

derdebetalersregeling zich zal uitbreiden. Bij een verplichting van de derdebetalersregeling moet er ook een verplichting worden ingevoerd van de lezing van de elektronische ID-kaart van de patiënt. Over bepaalde verbodsregelingen moet grondig worden nagedacht omdat die soms de kwaliteit van de zorg kunnen bevorderen.

Men moet verder kunnen nagaan of de dienstverlener die onder de overeenkomst valt (of niet onder de overeenkomst valt indien daarin uitdrukkelijk is voorzien) zijn verbintenis nakomt om de tarieven van de overeenkomst toe te passen. Er moet dus een duidelijke factuur komen voor de patiënt waarop alle door de patiënt betaalde bedragen worden opgenomen.

Sinds 2018 heeft het NIC haar standpunt enigszins aangepast. Het NIC is nu voorstander van een veralgemening van de derdebetalersregeling, maar enkel bij geconventioneerde zorgverleners. Op deze manier kan de conventionering worden aangemoedigd. Dit maakt uiteraard de zorg niet goedkoper. Er moeten voldoende mechanismen zijn om fraude tegen te gaan, zowel ten aanzien van aanrekeningen aan de patiënt als aan de ziekteverzekering. De ziekenfondsen moeten kunnen beschikken over fraudebestrijdende maatregelen en mechanismen en er moet snel en kordaat opgetreden kunnen worden tegen fraudeurs.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen evenals de Liberale Ziekenfondsen positioneren zich zoals opgenomen in het standpunt van 2018. Ze pleiten dus voor een facultatieve derdebetalersregeling op initiatief van de zorgverstrekker met afschaffing van de verbodsbepalingen. Er wordt meer aangestuurd op elektronische facturatie en op de toepassing van het eAttest, waar er een snelle terugbetaling is aan de verzekerde.

Het NIC vraagt dat er een verplichte evaluatie wordt voorzien indien deze maatregelen tot stand komen en dat er ook in de wetsvoorstellen een evaluatieperiode wordt opgenomen ten aanzien van deze maatregelen.

### **3. Uiteenzetting van mevrouw Tanja Nuelant (Gezinsbond)**

#### **1. Recht op gezondheidszorg**

Verschillende internationale verdragen garanderen het recht op gezondheid en gezond leven. Specifiek voor kinderen is het recht op (gezondheids)zorg vastgelegd in het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK, 1989). België ondertekende die verdragen en erkent zo het recht van zowel kinderen als volwassenen op een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid. Wie ziek is, een beperking heeft of bij een ongeval betrokken raakt, moet bijgevolg

et les pouvoirs publics doivent prendre les mesures qui s'imposent pour le garantir.

## 2. *La fracture sociale en matière de santé*

L'espérance de vie des Belges augmente chaque année, mais tous les citoyens n'en bénéficient pas de la même manière. Il existe d'importantes différences en matière de santé entre les différents groupes sociaux. L'éducation, le revenu et l'origine ethnique jouent un rôle, au niveau de la santé tant physique que mentale. Ces différences sociales et leur impact sur la santé sont souvent déjà présents avant la naissance et se poursuivent à l'âge adulte. Il est donc important de s'y attaquer le plus tôt possible.

## 3. *Recrudescence de la pauvreté*

Le nombre de Belges vivant dans la pauvreté est en augmentation. Pour la première fois, la pauvreté infantile dépasse même celle des plus de 65 ans. Près d'un tiers des personnes peu qualifiées sont en situation de pauvreté. La différence observable au niveau de la santé entre les différents groupes sociaux trouve son origine dans plusieurs mécanismes sociaux. Les ménages en situation de pauvreté sont davantage exposés aux risques sanitaires; ils peuvent par exemple vivre dans un endroit malsain où l'air est très pollué. Cette exposition constante à un air pollué entraîne davantage de problèmes de santé. Et si ces ménages ne sont pas en mesure d'acheter des médicaments, ces problèmes peuvent s'aggraver.

## 4. *La maladie coûte cher*

Malgré les nombreuses mesures prises dans le cadre de notre système d'assurance maladie, le volet financier reste toujours un frein au recours à des soins pour de nombreuses personnes. L'enquête EU-SILC<sup>4</sup> montre que dans notre pays, le groupe des personnes âgées de 16 ans et plus reportant des soins médicaux en raison de leur coût élevé est passé de 0,5 % en 2008 à 2,2 % en 2014, pour s'établir provisoirement à 2 % en 2017.

## 5. *Importance des premières années de la vie*

La période de la grossesse et les premières années de la vie sont déterminantes pour la santé ultérieure. C'est pourquoi, dans la lutte contre les inégalités en matière de santé, les enfants sont LE groupe cible par excellence à privilégier, dès avant leur naissance. Il est important d'initier les enfants, dès le plus jeune âge, à l'importance de veiller à sa santé. En outre, la santé

<sup>4</sup> Vers une Belgique en bonne santé: indicateurs de santé et de soins. Accessibilité financière, figure 7

geholpen kunnen worden. De overheid dient hiervoor de nodige maatregelen te nemen.

## 2. *De sociale gezondheidskloof*

De levensverwachting van de Belgen neemt jaar na jaar toe, maar niet iedereen profiteert hiervan op dezelfde manier. Er bestaan belangrijke verschillen in gezondheid tussen verschillende sociale groepen in de maatschappij. Opleiding, inkomen en etnische achtergrond spelen een rol, zowel voor fysieke als geestelijke gezondheid. Deze sociale verschillen en hun invloed op de gezondheid zijn er vaak al voor de geboorte en werken tijdens het opgroeien en als volwassene verder door. Deze verschillen zo vroeg mogelijk aanpakken is dus belangrijk.

## 3. *Toenemende armoede*

Het aantal Belgen dat in armoede leeft, neemt toe. De kinderarmoede is zelfs voor het eerst in de geschiedenis hoger dan de armoede bij 65-plussers. Bijna 1/3<sup>de</sup> van de laagopgeleiden leeft in armoede. Het verschil in gezondheid tussen verschillende sociale groepen vindt zijn oorsprong in een aantal sociale mechanismen. Gezinnen in armoede worden meer blootgesteld aan gezondheidsrisico's. Ze wonen bijvoorbeeld op een ongezonde plek met veel luchtvervuiling. Door die constante blootstelling aan vuile lucht hebben ze meer gezondheidsproblemen. Als deze gezinnen niet in staat zijn om medicijnen te kopen kunnen die problemen escaleren.

## 4. *Ziek zijn is duur*

Ondanks de vele maatregelen binnen onze ziekteverzekering blijft er voor veel mensen een hoge financiële drempel bestaan om hulp te zoeken. De EU-SILC-enquête<sup>4</sup> toont dat de groep mensen van 16 jaar en ouder, die in ons land medische zorg uitstellen wegens de hoge kostprijs, is toegenomen van 0,5 % in 2008 tot 2,2 % in 2014, om in 2017 voorlopig op 2 % te eindigen.

## 5. *Belang van de eerste levensjaren*

De periode van de zwangerschap en de eerste levensjaren zijn enorm bepalend voor de latere gezondheid. Daarom worden in de strijd tegen gezondheidsongelijkheid kinderen van in de baarmoeder aangeduid als dé doelgroep bij uitstek om op in te zetten. Het is belangrijk om kinderen zo jong mogelijk vertrouwd te maken met de zorg voor hun gezondheid én de gezondheid van het

<sup>4</sup> Naar een gezond België: indicatoren van gezondheid en zorg. Financiële toegang tot gezondheidszorg, figuur 7

des enfants s'avère souvent un moyen idéal de mettre la question de la santé sur la table avec les ménages. Les soins de santé (mentale) doivent être accessibles à tous, personnalisés et de qualité. Il n'aurait guère de sens d'améliorer la qualité des soins ou d'offrir des soins sur mesure si ces soins ne sont pas accessibles. Pour le *Gezinsbond*, éliminer les obstacles financiers à l'accès aux soins de santé (mentale) est donc une priorité.

5.1 Introduction d'un régime du tiers payant obligatoire et automatique pour tous les prestataires de soins de première ligne, pour tous les adultes<sup>5</sup>.

Les adultes qui ont des problèmes de santé physique ou mentale ne doivent pas hésiter à consulter leur généraliste ou un psychologue, à faire appel à un kinésithérapeute ou à faire régulièrement des visites de contrôle chez un dentiste. Avec un régime du tiers payant, le frein financier aux soins ne disparaît pas complètement, mais il est considérablement abaissé. Seul le ticket modérateur doit en effet être réglé chez un prestataire de soins; le patient n'a plus à avancer la partie normalement remboursée par la mutualité, que les pouvoirs publics versent directement au prestataire.

### **L'accès aux soins de première ligne: d'une importance vitale**

Mieux vaut prévenir que guérir. Faire appel à temps à des soins peut empêcher les problèmes de s'aggraver et de nécessiter des interventions plus coûteuses et plus longues par la suite. En cas de problèmes de santé, les patients doivent d'abord contacter leur médecin généraliste, qui les orientera vers un prestataire de soins spécialisé si nécessaire. Puisque les consultations en soins de première ligne doivent encore souvent être payées directement en espèces, de nombreux patients préfèrent encore se rendre directement aux urgences ou chez un spécialiste, alors que ce n'est pas forcément nécessaire. En instaurant un tiers payant obligatoire et universel, le gouvernement envoie un signal important: la première ligne, avec le médecin généraliste, est la porte d'entrée de notre système de soins santé.

### **Pas de stigmatisation**

Un régime du tiers payant généralisé pour les soins de première ligne apporte de la transparence. Aucun patient n'a plus à se demander s'il y a droit. Aucun prestataire de soins n'a plus à se demander à qui il est tenu de l'appliquer. Si tous les patients ne paient que le ticket modérateur chez le médecin, le kinésithérapeute ou le

<sup>5</sup> Le *Gezinsbond* collabore depuis plus de 10 ans avec le *Vlaams Netwerk tegen Armoede* et l'*ASBL Vlaams Patiëntenplatform*.

kind blijkt vaak een ideale manier om gezinnen en gezondheidszorg dicht bij elkaar te brengen. (Geestelijke) Gezondheidszorg dient voor iedereen toegankelijk, op maat en van goede kwaliteit te zijn. De kwaliteit van de zorg verbeteren of zorg op maat aanbieden als die zorg niet toegankelijk is, heeft geen zin. Het wegwerken van financiële drempels die de toegang tot (geestelijke) gezondheidszorg belemmeren is voor de *Gezinsbond* daarom prioritair.

5.1 Voor alle volwassenen de invoering van een verplichte en automatische derdebetalersregeling bij alle zorgverleners in de eerste lijn<sup>5</sup>.

Volwassenen met fysieke of mentale gezondheidsklachten mogen niet aarzelen om bij de huisarts of psycholoog aan te kloppen, hulp in te roepen van een kinesist of geregeld bij een tandarts op controle te gaan. Met een derdebetalersregeling valt de financiële drempel voor zorg niet helemaal weg, maar wordt ze gevoelig verlaagd. Iedereen betaalt immers enkel het remgeld bij een zorgverlener. Het deel dat normaal door het ziekenfonds wordt terugbetaald, hoeft de patiënt niet meer voor te schieten. De zorgverlener ontvangt dit deel rechtstreeks van de overheid.

### **Toegankelijke eerstelijnszorg van levensbelang**

Voorkomen is beter dan genezen. Tijdig hulp zoeken kan voorkomen dat problemen escaleren en er later duurdere en langdurige interventies nodig zijn. Bij gezondheidsproblemen moeten mensen in de eerste plaats bij hun huisarts aankloppen, die hen indien nodig zal doorverwijzen naar een gespecialiseerde zorgverlener. Omdat consultaties in de eerste lijn nog vaak direct cash moeten worden betaald, kiezen nog steeds veel mensen om rechtstreeks bij de spoed of bij een specialist aan te kloppen, terwijl dit misschien niet nodig is. Met de invoering van een verplichte en algemene derdebetalersregeling voor iedereen geeft de overheid een belangrijk signaal: de eerste lijn met de huisarts is dé toegangspoort tot ons gezondheidszorgsysteem.

### **Geen stigmatisering**

Een algemene derdebetalersregeling binnen de eerstelijnszorg schept duidelijkheid. Geen patiënt die nog moet vragen of hij recht heeft op deze regeling. Geen hulpverlener meer die zich moet afvragen bij wie hij de derdebetalersregeling verplicht moet toepassen. Als iedereen enkel het remgeld betaalt bij de arts, kinesist

<sup>5</sup> De *Gezinsbond* ijvert hier al ruim 10 jaar voor samen met het *Vlaams Netwerk tegen Armoede* en het *Vlaams Patiëntenplatform* vzw.



psychologue, il n'y a aucune stigmatisation. Personne n'aime se voir étiqueté "pauvre" ou n'a envie que son prestataire de soins sache qu'il a des difficultés financières. C'est la raison pour laquelle les patients bénéficiant d'une intervention majorée et ayant déjà droit aujourd'hui au tiers payant n'en font pas toujours la demande.

*Combien de temps la Belgique restera-t-elle un outsider?*

La Belgique est encore l'un des rares pays où le régime du tiers payant n'est pas généralisé. Cela devrait pourtant permettre de réduire les coûts. S'attaquer aux problèmes de santé à un stade précoce dans le cadre des soins de première ligne devrait aussi augmenter nettement les chances d'éviter les coûts futurs élevés des soins plus spécialisés. L'exemple de nos pays voisins nous apprend également que, contrairement à ce que prétendent les critiques, la généralisation du régime du tiers payant n'entraîne pas de surconsommation.

5.2 Pour les enfants et les jeunes jusqu'à 18 ans ou tant qu'ils ouvrent le droit aux allocations familiales, et quel que soit le statut de leurs parents: gratuité des soins de santé de première ligne.

Un enfant malade doit pouvoir lui aussi aller chez le médecin, seul ou accompagné d'un parent. Un adolescent mal dans sa peau doit pouvoir consulter lui-même un psychologue. L'accès aux soins dès l'enfance est une condition essentielle pour une croissance en bonne santé.

Dans notre système de sécurité sociale, les enfants et les jeunes ne bénéficient que de droits dérivés. Si les parents sont en règle avec l'assurance maladie, il y a une intervention financière dans les frais de soins de santé de leurs enfants mineurs, mais pas dans le cas contraire. Trouver des soins et un soutien adaptés est souvent une véritable quête, mais lorsque les parents, en raison d'un handicap, d'une maladie, d'une assuétude ou de leur précarité, ne sont pas en mesure de faire ces recherches avec leur enfant, il ne sera pas du tout évident de trouver un traitement.

La généralisation du tiers payant signifie que seule la quote-part personnelle due par le patient, c'est-à-dire le "ticket modérateur", doit être payée au médecin ou autre prestataire de soins. Il réduit l'obstacle financier pour la prise en charge mais ne le supprime pas pour les enfants et les jeunes qui n'ont pas de revenus propres. Ils ne peuvent de toute manière pas payer le ticket modérateur, même s'il ne s'agit pas de montants

of psycholoog, wordt stigmatisering vermeden. Mensen krijgen immers niet graag de stempel "arm" of willen liever niet dat hun zorgverstrekker weet dat ze het financieel moeilijk hebben. Dit is de reden waarom patiënten met een verhoogde tegemoetkoming, die nu wel al recht hebben op de derdebetalersregeling, toch niet steeds om de toepassing ervan vragen.

*Hoelang blijft België een buitenbeentje?*

België is nog steeds een van de weinige landen waar de derdebetalersregeling niet algemeen wordt toegepast. Nochtans is de verwachting dat er minder kosten zullen zijn wanneer mensen op een correcte manier omgaan met het zorgsysteem. Door gezondheidsproblemen al in een vroeg stadium aan te pakken in de eerste lijn, is de kans ook veel groter dat toekomstige hoge kosten voor meer gespecialiseerde zorg worden voorkomen. Voorbeelden uit onze buurlanden leren ons bovendien dat de invoering van een algemene derdebetalersregeling, in tegenstelling tot wat critici beweren, niet leidt tot overconsumptie.

5.2 Voor kinderen en jongeren t.e.m. 18 jaar of zolang ze kinderbijslaggerechtigd zijn en ongeacht het statuut van hun ouders, gratis eerstelijnsgezondheidszorg.

Ook een kind dat ziek is, moet alleen of met een ouder naar de dokter kunnen gaan. Een tiener die niet goed in zijn vel zit, zou zelf bij een psycholoog moeten kunnen aankloppen. Vanaf de kinderjaren toegang krijgen tot zorg is een basisvoorwaarde om gezond te kunnen opgroeien.

Kinderen en jongeren hebben binnen onze sociale zekerheid enkel afgeleide rechten. Als ouders in regel zijn met de ziekteverzekering is er voor hun minderjarige kinderen een financiële tussenkomst bij zorgkosten, anders niet. Gepaste zorg en ondersteuning vinden is vaak een zoektocht, maar als ouders wegens armoede, een beperking, een ziekte of verslaving niet in staat zijn om samen met hun kind op zoek te gaan, zal een behandeling helemaal niet evident zijn.

De invoering van een algemene derdebetalersregeling betekent dat alleen de eigen bijdrage of het zogenaamde remgeld moet betaald worden bij een arts of andere hulpverlener. Dit verlaagt de financiële drempel voor zorg maar neemt ze voor kinderen en jongeren, die niet over een eigen inkomen beschikken, niet weg. Ze kunnen het remgeld sowieso niet betalen, ook al zijn dit geen hoge bedragen. Ze blijven afhankelijk van een

élevés. Ils restent dépendants d'adultes pour obtenir des soins, et ne peuvent pas se rendre chez un médecin ou un aidant à leur insu.

5.3 Pour les enfants et les jeunes jusqu'à 18 ans inclus ou tant qu'ils ouvrent le droit aux allocations familiales, et quel que soit le statut de leurs parents: gratuité des soins psychologiques de première ligne.

Les mêmes arguments s'appliquent pour la santé mentale. Les enfants et les jeunes n'ont que des droits dérivés et ne disposent pas d'un revenu propre. Prodiger des soins à temps aux enfants et aux jeunes sera tout bénéfique pour leur santé mentale plus tard dans leur vie. Il ne peut y avoir aucun obstacle financier à leur accès aux soins de santé mentale.

La suppression des obstacles financiers est une étape nécessaire pour rendre les soins de santé (mentale) accessibles à tous, mais cette mesure ne suffit pas à elle seule.

L'élimination des obstacles financiers aux soins est nécessaire, mais elle n'est qu'une première étape. Il y a encore d'importants points d'amélioration si nous voulons apporter aux enfants et aux jeunes les soins dont ils ont besoin. Le *Gezinsbond* en appelle donc à la création d'une "norme pour les enfants" dans la prise en charge, afin qu'un enfant ou un jeune puisse obtenir le respect de ses droits sanitaires. Plusieurs thèmes ont été développés, notamment l'accès aux soins, l'inclusion dès le plus jeune âge, le soutien aux jeunes aidants proches et les soins pédiatriques.

#### **4. Exposé de Mme Caroline Van der Hoeven (BAPN) et M. Johan Vanherweghen (expert de terrain Réseau wallon de Lutte contre la Pauvreté)**

La tâche principale du Réseau Belge de Lutte contre la pauvreté (BAPN) est de conseiller et d'influencer le niveau politique fédéral, en partant des connaissances vécues des personnes en situation de pauvreté. BAPN représente les quatre réseaux régionaux de lutte contre la pauvreté et leurs associations locales où les Pauvres prennent la Parole: *Netwerk tegen Armoede* (NTA), Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP), *Brussels Platform Armoede* (BPA) et le Forum-Bruxelles contre les Inégalités (Le Forum).

M. Johan Vanherweghen est témoin du vécu/militant au Réseau wallon de Lutte contre la Pauvreté. Il souffre de problèmes cardiaques, et il est donc régulièrement amené à fréquenter un médecin et l'hôpital. Un parcours semé d'embûches et de mauvaises surprises.

volwassene om zorg te krijgen, en kunnen niet zonder hun medeweten naar een arts of hulpverlener stappen.

5.3. Voor kinderen en jongeren t.e.m. 18 jaar of zolang ze kinderbijslaggerechtigd zijn en ongeacht het statuut van hun ouders, gratis eerstelijnspsychologische zorg.

Wat geestelijke gezondheidszorg betreft gelden dezelfde argumenten. Kinderen en jongeren hebben slechts afgeleide rechten en beschikken niet over een eigen inkomen. Tijdig zorg aanbieden aan kinderen en jongeren zal de geestelijke gezondheid in het latere leven bevorderen. Om de toegang tot geestelijke gezondheidszorg voor hen te garanderen mag er geen financiële drempel zijn.

Het wegwerken van financiële drempels is een noodzakelijk stap in het toegankelijk maken van (geestelijke) gezondheidszorg voor iedereen, maar deze maatregel alleen is niet voldoende.

Wegwerken van financiële drempels voor zorg is noodzakelijk, maar slechts een eerste stap. Er zijn nog belangrijke verbeterpunten als we kinderen en jongeren de zorg willen bieden die ze nodig hebben. De Gezinsbond wil daarom een "kindnorm" voor zorg zodat een kind of jongere helemaal tot zijn recht komt in de zorg. Er zijn een aantal thema's uitgewerkt zoals toegang tot zorg, inclusie van jongs af aan, ondersteuning van jonge mantelzorgers en kindgerichte zorg.

#### **4. Uiteenzetting van mevrouw Caroline Van der Hoeven (BAPN) en de heer Johan Vanherweghen (ervaringsdeskundige Réseau wallon de Lutte contre la Pauvreté)**

De hoofdtak van het Belgisch Netwerk Armoedebestrijding (BAPN) is het adviseren en het beïnvloeden van het federale beleidsniveau, vertrekkende vanuit de ervaringskennis van mensen in armoede. BAPN vertegenwoordigt de vier regionale netwerken armoedebestrijding en hun lokale verenigingen waar armen het woord nemen: *Netwerk tegen Armoede* (NTA), *Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté* (RWLP), *Brussels Platform Armoede* (BPA) en *Forum-Bruxelles contre les Inégalités* (Le Forum).

De heer Johan Vanherweghen is ervaringsdeskundige/militant bij het *Réseau wallon de Lutte contre la Pauvreté*. Hij heeft hartkwalen en moet dus geregeld naar een arts en naar het ziekenhuis. Hij krijgt daarbij met obstakels en onaangename verrassingen te maken.

En tant que statut BIM, M. Vanherweghen a plusieurs avantages dont le tiers-payant. Chez le généraliste, pas de problème. Etant inscrit dans une maison médicale qui fonctionne au forfait, il ne doit jamais payer sa consultation. Mais pour les habitants des villages voisins, qui n'ont pas accès à la maison médicale, les médecins sont peu nombreux, rarement conventionnés et n'appliquent pas toujours le tiers-payant. Même avec un statut BIM, l'accès au généraliste est parfois compliqué, surtout quand on vit en milieu rural.

Par contre, les rendez-vous chez les spécialistes, c'est beaucoup plus compliqué. Dans son parcours, M. Vanherweghen a aussi été confronté au double statut de certains médecins. A l'hôpital, ils sont conventionnés et ils appliquent le tiers-payant. Mais les listes d'attentes sont longues, et ils proposent alors de venir dans leur cabinet privé. Là encore, mauvaise surprise: pas de tiers-payant, des tarifs beaucoup plus élevés! Pour une même visite, chez la même cardiologue, d'un côté, il paie 3 euros, de l'autre, il doit avancer 70 euros et la mutuelle lui rembourse d'une cinquantaine.

Le système est d'autant plus complexe et difficile à comprendre qu'aujourd'hui, certains médecins ont un cabinet au sein même des hôpitaux. Va-t-on devoir payer cash? Le tiers-payant s'appliquera? Sont-ils conventionnés? Si la première fois, on est mis devant le fait accompli, par la suite, on hésite, on se questionne, on cherche des alternatives. Ne faudrait-il pas simplifier tout cela pour le patient?

Aujourd'hui, avant toute consultation médicale, M. Vanherweghen se renseigne sur le coût. Récemment, sa fille de 12 ans a eu besoin de soins dentaires prescrits par un orthodontiste. Malheureusement pas ceux qui entrent en compte dans la gratuité appliquée aux moins de 18 ans. Le prix normal du soin est de 120 euros et la mutuelle a promis d'en rembourser 90 euros. On s'arrange pour faire rentrer ces 30 euros à sa charge dans le budget mais le jour de la consultation, mauvaise surprise: le dentiste réclame la somme de 180 euros, sans tiers-payant.

Dans ce genre de situation, on se débrouille: on paie si on peut. Parfois on négocie un délai avec le médecin, le temps de recevoir le remboursement de la mutuelle. D'autres fois, on fait appel à la famille, aux grands-parents qui vont eux-mêmes se serrer la ceinture pour leurs petits-enfants.

Het RVT-statuuat verschaft de heer Vanherweghen meerdere voordelen, zoals de derdebetalersregeling. Bij de huisarts loopt dat vlot. Aangezien hij vaste patiënt is bij een wijkgezondheidscentrum dat met forfaitaire betaling werkt, hoeft hij zijn consultatie nooit te betalen. Voor de inwoners van de naburige dorpen, die geen toegang tot het wijkgezondheidscentrum hebben, zijn er maar weinig artsen, zijn deze zelden geconventioneerd en passen deze niet altijd de derdebetalersregeling toe. Zelfs met een RVT-statuuat is het soms moeilijk een huisarts te raadplegen, vooral voor wie in een landelijk gebied woont.

Een afspraak bij de specialist, daarentegen, is een veel moeilijker verhaal. Vanuit zijn ervaring werd de heer Vanherweghen eveneens geconfronteerd met het dubbele statuuat van sommige artsen. In het ziekenhuis zijn ze geconventioneerd en passen ze de derdebetalersregeling toe. Als gevolg van de lange wachtlijsten stellen ze echter voor om een afspraak te maken op de privépraktijk. Ook daar wacht een onaangename verrassing: geen derdebetalersregeling en veel hogere tarieven! Eenzelfde consultatie bij dezelfde cardiologe kost hem in de eerste situatie 3 euro, maar in de andere moet hij 70 euro voorschieten, waarvan hij ongeveer 50 euro door het ziekenfonds terugbetaald krijgt.

Om alles nog ingewikkelder en onbevattelijker te maken hebben sommige artsen zelfs een eigen praktijk binnen de muren van het ziekenhuis. Moet er contant worden betaald? Geldt de derdebetalersregeling? Zijn die artsen geconventioneerd? De eerste keer wordt men nog voor een voldongen feit gesteld, maar daarna komen de twijfels en de vragen en gaat men op zoek naar alternatieven. Moet dat alles niet veel gemakkelijker worden gemaakt voor de patiënt?

Vandaag gaat de heer Vanherweghen niet op medisch consult zonder eerst te vragen naar wat het hem zal kosten. Onlangs had zijn twaalfjarige dochter tandzorg nodig op voorschrift van een orthodontist. Helaas viel die zorg buiten die welke aan min-18-jarigen gratis wordt verstrekt. Normaal kost die zorg 120 euro, waarvan het ziekenfonds had toegezegd 90 euro terug te betalen. Het saldo van 30 euro wordt verrekend in het huishoudbudget, maar op de dag van de raadpleging wacht een tegenvaller: de tandarts rekent een bedrag van 180 euro aan, zonder derdebetalersregeling.

In een dergelijke situatie trekt een mens zijn plan: als hij kan, betaalt hij. Soms wordt met de arts onderhandeld over een uitstel van betaling, totdat het ziekenfonds de tegemoetkoming heeft betaald. In andere gevallen moet men aankloppen bij familie, bij grootouders, die ter wille van de kleinkinderen de broeksriem zullen aanhalen.

Autre cas concret vécu par un ami: le PMS de l'école lui conseille fortement de consulter un psychologue avec son enfant. Mais les soins psychologiques en question ne sont pas remboursés. Heureusement, un psychologue de la région accepte d'étaler les paiements.

Et puis, évidemment il y a les frais annexes:

— le coût des médicaments, une trentaine d'euros par mois dans son cas, car M. Vanherweghen demande systématiquement à la pharmacienne de lui donner les génériques;

— le coût des analyses: une prise de sang, ce n'est pas toujours donné;

— et puis il y a le transport. Quand, tout près de chez soi, on n'a qu'un petit hôpital et que celui-ci vous envoie dans un centre universitaire pour des examens plus spécialisés, la facture d'ambulance est salée. Dernièrement, elle est arrivée dans sa boîte aux lettres alors qu'il était encore hospitalisé, encore 400 euros. Il faut trouver l'argent. Après 15 jours, un premier rappel, et deux semaines plus tard, une menace de saisie par une société de recouvrement (ce qui est totalement illégal). On essaie donc par tous les moyens de payer, on s'endette. Et puis on apprend par la mutuelle qu'on n'aurait pas dû payer. Et encore une bataille pour se faire rembourser.

Quand on a des problèmes de santé, la première préoccupation devrait être de prendre soin de soi, de se soigner. M. Vanherweghen consacre beaucoup trop d'énergie à tenter de comprendre le système de santé et à régler des problèmes administratifs. Et pourtant, on peut dire qu'il a de la chance d'être équipé pour pouvoir se renseigner. Comment font les gens qui n'ont pas ces moyens?

Conclusions:

— oui au tiers payant obligatoire pour tous, et élargi aux spécialités médicales. Cela simplifiera déjà bien des choses;

— oui à la gratuité des visites chez le généraliste;

— oui à des soins de santé plus accessibles pour tous. Pouvoir se soigner rapidement – à temps – pourra prévenir des problèmes de santé plus graves et fera économiser de l'argent aux particuliers mais également à la sécurité sociale.

Een vriend van de spreker heeft dit voorval meegeemaakt: het PMS-centrum van de school raadt hem ten stelligste aan met zijn kind naar een psycholoog te gaan. De psychologische zorg in kwestie wordt evenwel niet terugbetaald. Gelukkig gaat een psycholoog uit de regio akkoord met een betaling in schijven.

En dan zijn er uiteraard nog de bijkomende kosten:

— die van de geneesmiddelen, in zijn geval een derdtigtal euro per maand, met dien verstande dat de heer Vanherweghen zijn apothekeres steevast om generische geneesmiddelen vraagt;

— die van de onderzoeken: ook een bloedafname met bijbehorend onderzoek kost geld;

— en ook die van het vervoer. Wanneer in de nabije omgeving alleen een klein ziekenhuis ligt, dat de patiënt vervolgens naar een universitair ziekenhuis verwijst voor meer gespecialiseerde onderzoeken, dan is de factuur voor de ziekenwagen niet min. Laatst kreeg hij die gepeperde rekening in de bus terwijl hij nog in het ziekenhuis lag: nog eens 400 euro erbij. Vind dan het geld maar. Twee weken later volgt een eerste herinnering en nog eens twee weken later volgt het dreigement van beslaglegging door een incassobureau (wat volstrekt onwettig is). Een mens doet er dus alles aan om toch te betalen en gaat schulden aan. Uiteindelijk laat het ziekenfonds weten dat men niet had moeten betalen. Dan volgt het zoveelste gevecht om geld terug te krijgen.

Wie gezondheidsproblemen heeft, zou zich in de eerste plaats om zichzelf moeten kunnen bekommeren, zich moeten kunnen verzorgen. De heer Vanherweghen besteedt veel te veel energie om de regels van het gezondheidssysteem te doorgronden en om de administratieve problemen op te lossen. Toch zou men kunnen zeggen dat hij het geluk heeft dat hij over de middelen beschikt om zich te informeren. Hoe doen de mensen het die het zonder die middelen moeten stellen?

Conclusies:

— ja tegen de verplichte derdebetalersregeling voor iedereen, en uitgebreid tot de medische specialismen. Dat zal al heel wat zaken er gemakkelijker op maken;

— ja tegen gratis consultatie van de huisarts;

— ja tegen gezondheidszorg die voor iedereen toegankelijker is. Wanneer mensen zich snel – tijdig – kunnen verzorgen, zal dat ernstigere gezondheidskwalen voorkomen en zal zulks niet alleen de burger zelf maar ook de sociale zekerheid geld doen besparen.

### **Inégalités sociales en matière de santé**

Pour Mme Caroline Van der Hoeven, les problèmes d'accès aux soins de santé sont encore très répandus en Belgique aujourd'hui. C'est particulièrement vrai pour les couches les plus pauvres de la population. En parallèle, les personnes en situation de pauvreté ont des besoins accrus en soins de santé, car leurs conditions de vie ont tendance à entraîner plus rapidement des problèmes de santé plus importants.

Plusieurs études démontrent même que ces inégalités se sont creusées au fil des deux dernières décennies<sup>6</sup>. Une étude réalisée en 2019 par l'Agence Intermutualiste a ainsi révélé que les personnes vivant dans les quartiers les plus pauvres du Royaume ont un risque accru de 56 % de décéder dans l'année par rapport à ceux qui vivent dans les quartiers les plus riches<sup>7</sup>. La crise sanitaire actuelle a encore mis en évidence les inégalités en matière de santé. Par exemple, le coronavirus a entraîné un taux de mortalité particulièrement élevé parmi les catégories les plus pauvres de la population (comme les bénéficiaires de l'intervention majorée)<sup>8</sup>. Ces conclusions ne sont malheureusement pas surprenantes, car ces populations souffrent plus que d'autres de comorbidités.

Ces chiffres montrent combien il est important de prendre des mesures structurelles et préventives, telles que l'augmentation des revenus et des prestations sociales les plus faibles au-dessus du seuil de pauvreté européen, et la promotion de conditions de vie dignes et de qualité en termes de logement, d'emploi, d'accès à l'énergie, d'alimentation abordable et de qualité, de sport et de loisirs, et d'un environnement sain pour tous. Une politique structurelle et préventive est indispensable pour réaliser l'ambition de l'Accord de gouvernement de réduire d'au moins 25 % les inégalités en matière de santé d'ici 2030. Elle permettra également de mieux protéger la Belgique contre d'éventuelles autres épidémies futures.

### **Inégalités d'accès aux soins de santé**

Les mesures préventives et structurelles sont donc essentielles pour donner à chacun la possibilité de vivre en bonne santé, tant physique que mentale. Elles ne permettent toutefois pas de prévenir toutes les formes de maladie. Il reste donc important de garantir l'accessibilité aux soins de santé. Comme l'a déjà indiqué

<sup>6</sup> <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/inegalites-de-sante>

<sup>7</sup> "Inégalités de santé", Agence InterMutualiste, p. 15, <https://www.ima-aim.be/Inegalites-de-sante?lang=fr>

<sup>8</sup> <https://inegalites.be/Inegalites-de-mortalite-face-a-l?lang=fr>

### **Sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid**

Voor mevrouw Caroline Van der Hoeven zijn de problemen met betrekking tot de toegang tot gezondheidszorg vandaag de dag nog zeer wijdverspreid in België. Dit geldt in het bijzonder voor de armste lagen van de bevolking. Tegelijkertijd hebben mensen in armoede net meer nood aan gezondheidszorg, aangezien hun levensomstandigheden vaak sneller tot grotere gezondheidsproblemen leiden.

Uit verschillende studies blijkt dat deze ongelijkheden de laatste twee decennia zelfs verder zijn toegenomen<sup>6</sup>. Uit een studie van 2019 van het Intermutualistisch Agentschap blijkt bijvoorbeeld dat mensen die in de armste buurten van het land wonen een verhoogd risico hebben van 56 % om binnen het jaar te overlijden ten opzichte van mensen die in de rijkste buurten wonen<sup>7</sup>. De huidige gezondheids crisis heeft de ongelijkheden op vlak van gezondheid nog verder blootgelegd. Het coronavirus heeft bijvoorbeeld geleid tot een bijzonder hoog oversterftcijfer onder de armste categorieën van de bevolking (zoals degenen die de verhoogde tegemoetkoming ontvangen)<sup>8</sup>. Deze bevindingen zijn jammer genoeg niet verrassend, aangezien deze bevolkingsgroepen meer dan anderen lijden aan comorbiditeit.

Deze cijfers tonen aan hoe belangrijk het is om structurele en preventieve maatregelen te treffen, zoals het verhogen van de laagste inkomens en sociale uitkeringen boven de Europese armoedegrens en het bevorderen van waardige en kwaliteitsvolle levensomstandigheden op vlak van huisvesting, werk, toegang tot energie, betaalbaar en kwaliteitsvol voedsel, sport en vrije tijd, en een gezonde leefomgeving voor iedereen. Een structureel en preventief beleid is onontbeerlijk om de ambitie in het federaal regeerakkoord te realiseren om tegen 2030 de gezondheidsongelijkheden met ten minste 25 % te verminderen. Het zal er bovendien ook voor zorgen dat België in de toekomst beter bestand zal zijn tegen eventuele andere epidemieën.

### **Ongelijkheden betreffende de toegang tot gezondheidszorg**

Preventieve en structurele maatregelen zijn dus van essentieel belang om aan éénieder de mogelijkheid te geven om een leven in goede gezondheid te leiden, zowel op fysiek als mentaal vlak. Deze maatregelen zullen echter niet alle vormen van ziekten kunnen voorkomen. Het blijft dus van belang om de toegankelijkheid

<sup>6</sup> <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/ongelijkheden-in-gezondheid>

<sup>7</sup> "Gezondheidongelijkheid", Intermutualistisch Agentschap, p. 15, <https://www.ima-aim.be/Gezondheidongelijkheid?meta=oui>

<sup>8</sup> <https://inegalites.be/Inegalites-de-mortalite-face-a-l?lang=fr>

l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les choix de politique sanitaire déterminent la mesure dans laquelle les soins de santé creuseront ou réduiront les inégalités<sup>9</sup>.

En signant les Objectifs de développement durable, la Belgique s'est engagée à progresser vers une couverture sanitaire universelle<sup>10</sup> qui garantit que chacun bénéficie des services de santé dont il a besoin sans se heurter à des difficultés financières<sup>11</sup>. Cependant, le report et/ou l'abandon des soins de santé restent une réalité pour une partie de notre population. L'appauvrissement dû à des problèmes de santé est aussi encore fréquent en Belgique.

Malgré les mesures existantes, telles que l'intervention majorée, les groupes de population les plus vulnérables, en particulier, sont confrontés à des obstacles pour accéder aux soins de santé. Il est donc essentiel de s'attaquer à ce problème.

#### **Extension et généralisation du régime du tiers payant obligatoire**

L'extension et la généralisation du tiers payant obligatoire, une exigence de longue date des réseaux de lutte contre la pauvreté, sont un premier pas dans la bonne direction. La généralisation de l'obligation du régime du tiers payant pour différents spécialistes médicaux (par exemple les dentistes et les kinésithérapeutes) peut permettre d'éviter le report et l'annulation des soins pour des raisons financières. Les patients n'ont en effet pas à avancer d'argent.

Cela permettrait également de simplifier le système actuel. Actuellement, le système du tiers payant est complexe non seulement pour le prestataire de soins, qui ne l'applique pas toujours automatiquement, mais surtout pour les patients, qui ne connaissent pas toujours leurs droits ou n'osent pas demander leur application de peur d'être moins bien traités ou stigmatisés. L'apparition d'un système de soins de santé "à deux vitesses" serait ainsi évitée.

<sup>9</sup> Organisation mondiale de la santé (2008), "Les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais"

<sup>10</sup> Point 3.8 des objectifs de développement durable, <https://www.sdgs.bel/fr/sdgs/3-bonne-sante-et-bien-etre>

<sup>11</sup> Définition de l'Organisation mondiale de la santé, [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

van de gezondheidszorg te garanderen. Zoals de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) reeds stelde, zijn de beleidskeuzes op vlak van gezondheid bepalend voor de mate waarin de gezondheidszorg ongelijkheden zal versterken of verkleinen<sup>9</sup>.

Door het ondertekenen van de Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen, heeft België zich ertoe verbonden om vooruitgang te maken in de richting van een universele gezondheidsdekking<sup>10</sup> die ervoor zorgt dat éénieder toegang heeft tot kwaliteitsvolle gezondheidsdiensten die hij of zij nodig heeft, zonder hierbij financiële moeilijkheden te ondervinden<sup>11</sup>. Nochtans blijven uitstel en/of afstel van gezondheidszorg nog altijd de realiteit voor een deel van onze bevolking. Verarming wegens gezondheidsproblemen komt ook nog steeds vaak voor in België.

Ondanks bestaande maatregelen, zoals de verhoogde tegemoetkoming, worden in het bijzonder de meest kwetsbare bevolkingsgroepen geconfronteerd met barrières die hen de toegang tot gezondheidszorg beletten. Het is dus van essentieel belang dat dit aangepakt wordt.

#### **Uitbreiding en veralgemening van de verplichte derdebetalersregeling**

De uitbreiding en de veralgemening van de verplichte derdebetalersregeling, een reeds lang bestaande eis van de netwerken armoedebestrijding, is een eerste stap in de goede richting. De veralgemening van de verplichting van de derdebetalersregeling voor verschillende medische specialisten (zoals voorbeeld de tandarts en de kinesitherapeut) kan ervoor zorgen dat de *non-take up* en het uitstel van zorg wegens financiële redenen vermeden wordt. Op deze manier wordt er immers voor gezorgd dat patiënten geen geld dienen voor te schieten.

Dit zou het ook mogelijk maken om het huidig systeem te vereenvoudigen. Momenteel is het systeem niet enkel complex voor de zorgverstrekker die de derdebetalersregeling niet altijd automatisch toepast, maar vooral voor de patiënten die niet altijd op de hoogte zijn van hun rechten of niet durven te vragen om deze toe te passen uit vrees om minder goed behandeld of gestigmatiseerd te worden. De ontwikkeling van een gezondheidszorg "aan twee snelheden" zou op deze manier dan ook vermeden worden.

<sup>9</sup> Wereldgezondheidsorganisatie (2008), "Primary Health Care: Now More Than Ever"

<sup>10</sup> Target 3.8 van de Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen, <https://www.sdgs.be/nl/sdgs/3-goede-gezondheid-en-welzijn>

<sup>11</sup> Definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie, [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

Toutefois, cette mesure doit être accompagnée d'actions visant à accroître la transparence sur le statut conventionné du praticien et les honoraires qu'il facture<sup>12</sup>. Il faut également une réglementation plus stricte des honoraires et des suppléments facturés par les spécialistes. Le problème de la surconsommation se situe au niveau de certains prestataires de soins de santé, et non au niveau du patient. C'est donc du côté des prestataires qu'il faut accroître les contrôles et la réglementation. D'un point de vue administratif, l'imposition et l'élargissement du régime du tiers payant doivent être faciles à appliquer pour le prestataire de soins, afin qu'il accepte ce système sans difficulté et que tout effet indésirable sur la qualité des soins prodigués soit évité.

### **Accès gratuit à certains services de soins de santé**

L'oratrice est favorable à des consultations chez le médecin généraliste dont le patient n'a pas à supporter les frais, quel que soit son âge<sup>13</sup>. Cette mesure s'applique déjà dans la majorité des pays européens. Elle ne doit toutefois pas être subordonnée à la présence d'un médecin traitant attribué, via le dossier médical global (DMG). Agir préventivement part sans aucun doute d'une bonne intention, mais cette mesure présente le risque d'agir comme une sanction à l'encontre des personnes qui, pour diverses raisons liées à leurs parcours ou circonstances de vie, n'ont pas un DMG en ordre. Ce type de "sanction préventive" existe déjà, par exemple, dans le cadre des soins dentaires (la consultation annuelle conditionnant le remboursement des soins), dont les conséquences négatives sont observables sur le terrain. Cette situation doit être évitée à tout prix. La couverture intégrale des soins dentaires préventifs, conservateurs et réparateurs par l'assurance maladie obligatoire devrait également conduire à la suppression de cette règle.

En ce qui concerne les soins psychologiques et psychothérapeutiques<sup>14</sup>, l'oratrice est favorable à une meilleure prise en charge des consultations par l'assurance obligatoire, notamment pour les personnes en situation de pauvreté. Cette prise en charge devrait être nettement simplifiée et moins conditionnelle que ce n'est le

Deze maatregel dient echter gekoppeld te worden aan acties die de transparantie verhogen met betrekking tot het conventiestatuut van de arts en de tarieven die hij toepast<sup>12</sup>. Er moet ook een sterkere regulering komen van de kosten en supplementen die worden aangerekend door specialisten. Het probleem van de overconsumptie ligt bij sommige zorgverstrekkers, en niet bij de patiënt. Het is dus aan de kant van de zorgverstrekker dat er meer controle en regulering ingevoerd moet worden. Vanuit administratief oogpunt moeten de verplichting en de uitbreiding van de derdebetalersregeling makkelijk toepasbaar zijn voor de zorgverstrekker, zodat deze dit systeem zonder probleem aanvaardt en eventuele ongewenste effecten betreffende de kwaliteit van de verstrekte zorg vermeden worden.

### **Gratis toegang tot bepaalde diensten van de gezondheidszorg**

De spreekster is voorstander van consultaties bij de huisarts waarbij de patiënt de kosten niet op zich moet nemen, ongeacht de leeftijd van de patiënt<sup>13</sup>. Deze maatregel is al van toepassing in de meerderheid van de Europese landen. Deze mag echter niet afhankelijk gemaakt worden van het hebben van een vaste huisdokter, via het Globaal Medisch Dossier (GMD). Ondanks de ongetwijfeld goede bedoeling om preventief op te treden, houdt deze maatregel het risico in dat deze als een sanctie zal gelden voor personen die, om uiteenlopende redenen gelinkt aan hun levensparcours of -omstandigheden, niet in orde zijn met hun GMD. Dit type van "preventieve sanctie" bestaat bijvoorbeeld al in het kader van tandzorg waarvan we de negatieve gevolgen op het terrein zien (de jaarlijkse consultatie waaraan de terugbetaling van de zorg gekoppeld is). Dit moet absoluut vermeden worden. De volledige dekking van preventieve, bewarende en herstellende tandheelkundige zorg door de verplichte ziektekostenverzekering zou ook moeten leiden tot de afschaffing van deze regel.

De spreekster is, voor wat de psychologische en psychotherapeutische zorg betreft<sup>14</sup>, voorstander van een betere dekking van de consultaties door de verplichte verzekering, in het bijzonder voor mensen in armoede. Deze dekking moet sterk vereenvoudigd worden en minder voorwaardelijk zijn dan thans het geval is voor

<sup>12</sup> Voir également l'avis du BAPN sur la proposition de loi modifiant la loi sur l'assurance obligatoire des soins et prestations médicaux coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne l'affichage des tarifs par les prestataires de soins: <https://bapn.be/fr/message/le-bapn-donne-son-avis-au-parlement-concernant-laffichage-des-tarifs-des-dispensateurs-de-soins>

<sup>13</sup> Une vaste majorité des centres de santé publique sont financés sur une base forfaitaire, ce qui signifie que les patients ne doivent pas payer eux-mêmes les consultations.

<sup>14</sup> Voir aussi: [http://www.recht-op.be/images/pdf/2020\\_RO\\_Aanbevelingen\\_EersteLijn.pdf](http://www.recht-op.be/images/pdf/2020_RO_Aanbevelingen_EersteLijn.pdf)

<sup>12</sup> Zie ook het advies van BAPN over wetsvoorstel tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, wat het afficheren van de tarieven door zorgverstrekkers betreft: <https://bapn.be/bericht/le-bapn-donne-son-avis-au-parlement-concernant-laffichage-des-tarifs-des-dispensateurs-de-soins>

<sup>13</sup> Een grote meerderheid van de volksgezondheidscentra wordt op forfaitaire basis gefinancierd, wat betekent dat de patiënt niet zelf hoeft in te staan voor het betalen van de consultaties.

<sup>14</sup> Zie ook: [http://www.recht-op.be/images/pdf/2020\\_RO\\_Aanbevelingen\\_EersteLijn.pdf](http://www.recht-op.be/images/pdf/2020_RO_Aanbevelingen_EersteLijn.pdf)

cas actuellement pour les séances de psychologie de première ligne<sup>15</sup>. En outre, le nombre de séances remboursées ne devrait pas être fixé *a priori*, comme c'est le cas actuellement, afin de répondre aux besoins des personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

Pour les enfants et les jeunes de moins de 18 ans, il conviendrait d'étendre la gratuité au-delà des seules consultations chez le médecin généraliste. Les inégalités en matière de santé commencent dès l'enfance, et les conséquences des problèmes de santé non traités à ce stade de la vie se répercutent souvent (lourdement) sur le reste de l'existence. L'ensemble des soins préventifs mais aussi curatifs (et l'achat éventuel de certains équipements) devraient donc être entièrement pris en charge par la sécurité sociale. Mme Van der Hoeven fait valoir que les mesures nécessaires doivent être prises pour éviter le problème de la surconsommation chez certains prestataires de soins de santé.

### **Mesures d'accompagnement à mettre à l'ordre du jour**

Outre les réformes qui font l'objet de la présente audition, les réseaux de lutte contre la pauvreté souhaitent également attirer l'attention sur d'autres mesures qui améliorent globalement le bien-être et la santé de la population et contribuent à réduire les inégalités sociales.

L'oratrice souligne l'importance d'une politique structurelle et préventive. Plus précisément, il s'agit de relever les minima sociaux au-dessus du seuil de pauvreté européen, de renforcer la sécurité sociale, de revoir le statut des cohabitants et de garantir des conditions de vie dignes, via un logement abordable et sain, un emploi durable et de qualité, l'accès à l'eau et à l'énergie, la promotion d'un environnement sain et d'une alimentation accessible à tous, la possibilité de participer à la vie sociale par la culture, le sport et les loisirs.

Outre l'accès en temps voulu aux services de santé, l'accès aux médicaments sur ordonnance doit aussi être garanti. Dans ce contexte, les réseaux de lutte contre la pauvreté préconisent l'accès à des médicaments gratuits dans certaines circonstances, en tenant compte des réalités de la vie de certaines personnes et de leurs besoins spécifiques. L'oratrice pense en particulier aux malades chroniques et aux personnes âgées à faibles

de eerstelijns psychologische sessies<sup>15</sup>. Bovendien moet het aantal vergoede sessies niet *a priori* worden vastgesteld, zoals momenteel het geval is, dit om tegemoet te komen aan de noden van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen.

Voor kinderen en jongeren onder de 18 jaar moeten niet enkel consultaties bij de huisarts gratis gemaakt worden. Ongelijkheid op gezondheidsgebied begint al in de kindertijd en de gevolgen van onbehandelde gezondheidsproblemen in deze levensperiode wegen vaak (zwaar) door voor de rest van het leven. Het geheel van preventieve, maar ook curatieve zorg (en de eventuele aankoop van bepaald materiaal) zou daarom volledig door de sociale zekerheid moeten worden gedekt. Mevrouw Van der Hoeven pleit ervoor dat de nodige maatregelen getroffen worden zodat het probleem van overconsumptie bij sommige zorgverstrekkers vermeden wordt.

### **Flankerende maatregelen die op de agenda geplaatst moeten worden**

Naast de hervormingen die het voorwerp van deze hoorzitting uitmaken, willen de netwerken armoedebestrijding ook de aandacht vestigen op andere maatregelen die globaal gezien het welzijn en de gezondheid van de bevolking verbeteren en bijdragen tot het verminderen van sociale ongelijkheden in onze samenleving.

De spreekster beklemtoont het belang van een structureel en preventief beleid. Het gaat meer bepaald om het verhogen van de sociale minima tot boven de Europese armoedegrens; het versterken van de sociale zekerheid, de herziening van het statuut samenwonende; alsook het zorgen voor waardige levensomstandigheden, via betaalbare en gezonde woningen, duurzaam en kwaliteitsvol werk, toegang tot energie en water, het bevorderen van een gezonde omgeving en voeding die toegankelijk zijn voor iedereen, de mogelijkheid om te kunnen deelnemen aan het sociaal leven via cultuur, sport en vrijetijdsactiviteiten.

Naast een tijdige toegang tot gezondheidsdiensten moet ook de toegang tot voorgeschreven geneesmiddelen worden gegarandeerd. In dit verband pleiten de netwerken armoedebestrijding voor de toegang tot gratis geneesmiddelen in bepaalde omstandigheden, waarbij rekening wordt gehouden met de realiteit waarin bepaalde mensen leven en met hun specifieke noden. De spreekster denkt in het bijzonder aan chronisch zieke

<sup>15</sup> <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/soins/Pages/seance-psychologie-1er-ligne-psychologue-clinicien-orthopedagogue-clinicien.aspx>

<sup>15</sup> <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuele zorgverleners/artsen/verzorging/Paginas/eerstelijns-psychologische-sessie-klinisch-psycholoog-klinisch-orthopedagoog.aspx>



revenus, dont les budgets très limités sont déjà lourdement grevés par d'autres frais de santé nécessaires.

Mme van der Hoeven demande de faire une priorité de l'informatisation de l'intervention majorée afin de lutter contre le non-recours aux soins. Cette automatiserai améliorerait la situation de nombreuses personnes ayant des problèmes financiers et aurait un impact réel sur leur accès aux soins de santé.

L'oratrice souhaite également que les soins gynécologiques soient plus abordables pour les femmes, par exemple en permettant qu'un examen annuel soit entièrement pris en charge par la sécurité sociale. Une telle mesure encouragerait les femmes à se faire soigner à temps, en particulier pour les familles monoparentales, où la mère reporte souvent ses soins de santé afin de pouvoir répondre aux besoins de santé de ses enfants. Ces familles monoparentales se trouvent très souvent en situation de pauvreté, et il convient de ne pas l'oublier.

### ***Mieux vaut prévenir que guérir***

Les mesures à l'examen peuvent être jugées ambitieuses, voire coûteuses. Il faut toutefois garder à l'esprit qu'à moyen et long terme, elles évitent des coûts supplémentaires à la sécurité sociale. Une approche préventive qui promeut la bonne santé et se concentre sur les causes plutôt que sur les symptômes de la maladie est la plus pertinente, tant sur le plan économique que pour le bien-être général de la population. Pour la même raison, les organisations de lutte contre la pauvreté souhaitent une sécurité sociale solide et des politiques visant à combattre la pauvreté plutôt qu'à la gérer.

### **5. Exposé de Mme Kristien Dierckx (Vlaams Patiëntenplatform – VPP)**

Mme Kristien Dierckx passe en revue les propositions de loi et exprime le point de vue de la VPP sur chacune.

#### ***Le tiers payant comme garantie de l'accessibilité financière des soins***

Être malade vous rend pauvre et être pauvre vous rend malade: les personnes ayant des problèmes de santé ont des revenus plus faibles et des coûts plus élevés. Elles traversent des difficultés financières. Et les personnes ayant moins de ressources financières sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé. Le report d'une visite chez le généraliste faute de moyens financiers suffisants n'est pas justifié. Il doit être possible d'accéder aisément aux soins de santé. Un régime du

personnes en ouderen met een laag inkomen, wiens zeer beperkte budgetten al zwaar belast worden door andere noodzakelijke gezondheidskosten.

Mevrouw Van der Hoeven pleit ervoor een prioriteit te maken van de automatisering van de verhoogde tegemoetkoming, ten einde de *non-take up* ervan te bestrijden. Deze automatisering zou de situatie voor veel mensen met financiële problemen verbeteren en een reële impact hebben op hun toegang tot gezondheidszorg.

Verder wenst ze dat de gynaecologische zorg betaalbaarder wordt gemaakt voor vrouwen, bijvoorbeeld door een jaarlijks controlebezoek mogelijk te maken dat volledig door de sociale zekerheid op zich wordt genomen. Een dergelijke maatregel zou vrouwen aanmoedigen om tijdig zorg te zoeken. Dit geldt in het bijzonder voor eenoudergezinnen, waarbij de moeder haar gezondheidszorg vaak uitstelt om te kunnen voldoen in de nodige gezondheidsbehoeftes van de kinderen. Men mag hierbij niet uit het oog verliezen dat eenoudergezinnen zeer vaak in armoede leven.

### ***Beter voorkomen dan genezen***

De besproken maatregelen kunnen gezien worden als ambitieus en zelfs duur. Men moet er echter rekening mee houden dat op middellange en lange termijn ze extra kosten voor de sociale zekerheid voorkomen. Een preventieve aanpak die een goede gezondheid promoot en zich focust op de oorzaken in plaats van de symptomen van ziekte is het meest zinvol, zowel vanuit economisch oogpunt als het perspectief van het algemeen welzijn van de bevolking. Om dezelfde reden streven de armoedeorganisaties naar een sterke sociale zekerheid en een beleid dat tot doel heeft armoede te bestrijden in plaats van deze te managen.

### **5. Uiteenzetting van mevrouw Kristien Dierckx (Vlaams Patiëntenplatform – VPP)**

Mevrouw Kristien Dierckx overloopt de wetsvoorstellen en geeft telkens het standpunt van het VPP.

#### ***Derde-betaler als garantie voor financiële toegankelijkheid van de zorg***

De stelling "ziek zijn maakt arm en arm zijn maakt ziek" betekent dat mensen met gezondheidsproblemen een lager inkomen hebben en meer kosten. Ze zijn er financieel minder goed aan toe. En mensen met minder financiële middelen hebben vaker gezondheidsproblemen. Uitstel van het bezoek aan de huisarts wegens onvoldoende financiële middelen is niet verantwoord. Beroep doen op gezondheidszorg moet op een laagdrempelige manier kunnen gebeuren. Er zou een automatische

tiers payant automatique devrait être appliqué dans l'ensemble des soins de première ligne. C'est une bonne chose que les patients ne doivent plus payer de ticket modérateur chez le médecin, mais ce coût ne peut pas être récupéré d'une autre manière. Il ne s'agirait pas de rogner ailleurs pour trouver le budget nécessaire.

MyCareNet permet d'éviter tout abus du système. Les exemples étrangers montrent que le système n'entraîne pas de surconsommation. Dans plusieurs de nos pays voisins, le régime des paiements directs est la norme plutôt que l'exception, comme en Belgique. Le système améliore l'accessibilité des soins de première ligne. Il est vrai que le fonctionnement administratif doit être fluide; il ne faut pas que le prestataire de soins doive attendre son paiement.

**Proposition de loi (déposée par Mme Karin Jiroflée et M. Jan Bertels) modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en vue d'instaurer, pour les mineurs, la gratuité des consultations chez le médecin généraliste attitré (DOC 55 1102/001)**

Rendre obligatoire le régime du tiers payant et éliminer la quote-part personnelle est une bonne chose. Les obstacles financiers inutiles sont supprimés et les patients n'ont plus à avancer les frais de la consultation et attendre d'être remboursés ensuite. L'oratrice est favorable à ce que l'on encourage le DMG ainsi qu'un médecin généraliste attitré. L'enregistrement adéquat des soins est en effet un instrument essentiel pour garantir la qualité et l'efficacité des soins.

Mme Dierckx émet néanmoins quelques réserves.

Pour les consultations, il est question d'un nombre limité de numéros de nomenclature. Quels sont les numéros exclus? L'oratrice remarque que le patient ne sait pas à l'avance ce que le médecin va faire et ce qu'il va facturer, et il peut donc encore avoir une mauvaise surprise.

Le médecin généraliste habituel est le titulaire du DMG. Cela encourage le suivi par un généraliste attitré, et bénéficie à la continuité et donc à la qualité des soins. Il est vrai, toutefois, que le fait d'avoir un généraliste attitré peut également constituer un obstacle pour avoir droit à ce régime. Les patients atteints d'une maladie rare n'ont souvent pas de généraliste attitré car ils sont suivis par leur spécialiste. Les enfants vulnérables sont également moins susceptibles d'avoir un médecin généraliste attitré.

derdebetalersregeling moeten toegepast worden in de hele eerstelijnszorg. Het is een goede zaak dat patiënten bij de huisarts geen remgeld meer moeten betalen, maar dit mag niet op een andere manier teruggevorderd worden. Er mag niet elders bespaard worden om het budget hiervoor te voorzien.

Via MyCareNet kan men voorkomen dat het systeem misbruikt wordt. Buitenlandse voorbeelden tonen aan dat het systeem niet tot overconsumptie leidt. In verschillende van de ons omringende landen is de derdebetalersregeling de standaard en niet de uitzondering, zoals in België. Het systeem vergroot de toegankelijkheid van de eerste lijn. Het is wel zo dat alles administratief vlot moet verlopen. Het mag niet zo zijn dat de zorgverlener op zijn geld moet wachten.

**Wetsvoorstel (Karin Jiroflée en Jan Bertels) tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, teneinde consultaties bij de vaste huisarts kosteloos te maken voor minderjarigen (DOC 55 1102/001)**

Het verplichten van de derdebetalersregeling en het schrappen van het persoonlijk aandeel is een goede zaak. Men neemt onnodige financiële drempels weg en de patiënten hoeven de kosten voor de consultatie niet meer voor te schieten, om vervolgens te wachten op terugbetaling. De spreekster kan zich vinden in het aanmoedigen van een vaste huisarts en een GMD. Goede registratie van zorg is immers een essentieel instrument in het verzekeren van de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg.

Mevrouw Dierckx formuleert toch enkele bedenkingen.

Voor consultaties spreekt men van een beperkt aantal nomenclatuurnummers. Voor welke nomenclatuurnummers geldt dit dan niet? De spreekster merkt op dat de patiënt vooraf niet weet wat de arts zal uitvoeren en wat hij zal aanrekenen. De patiënt kan dus nog onaangenaam verrast worden.

De vaste huisarts is GMD-houder. Dit moedigt de opvolging door een vaste huisarts aan, het is beter voor de continuïteit en dus de kwaliteit van zorg. Het is nochtans zo dat het hebben van een vaste huisarts ook een drempel kan vormen om recht te hebben op deze regeling. Patiënten met een zeldzame ziekte hebben vaak geen vaste huisarts omdat zij bij hun specialist in opvolging zijn. Kwetsbare kinderen hebben minder vaak een vaste huisarts.

Mme Dierckx en appelle à ce que la proposition de loi soit étendue aux adultes. La crainte, injustifiée, que le régime du tiers payant et la gratuité des consultations n'encouragent la surconsommation est présente. Les personnes à faibles revenus n'ont pas moins le droit de surconsommer que les personnes plus aisées. Le VPP trouve important que la surconsommation soit combattue et que les budgets soient dépensés correctement. Il n'est toutefois pas correct de ne citer l'argument de la surconsommation que lorsqu'il s'agit de personnes à faibles revenus. Il est impératif d'éviter toute distinction entre personnes à faibles revenus et personnes plus aisées en la matière. En outre, les consultations gratuites sont plus susceptibles de supprimer la sous-consommation, puisque les soins continuent d'être reportés de nos jours. C'est ce que montrent les questions posées par la VPP et celles posées par l'INAMI dans le cadre de l'évaluation du statut d'"affection chronique".

**Proposition de loi (déposée par Mme Karin Jiroflée et M. Jan Bertels) généralisant le régime du tiers payant (DOC 55 1117/001)**

Le système actuel est complexe. Le patient lui-même doit savoir si, et dans quelle situation, il a droit au régime du tiers payant. Une généralisation est donc préférable, et elle rendrait les soins de santé plus accessibles financièrement. Les patients qui ne bénéficient pas d'une intervention majorée peuvent également avoir des frais de santé élevés. Une généralisation du régime du tiers payant résorbe le report des soins, ce qui se traduit à long terme par une réduction des frais de santé. Ce serait également plus facile à gérer pour le prestataire de soins de santé, puisqu'il n'y a qu'un seul système à appliquer. Le patient peut, de son côté, connaître les suppléments facturés.

**Proposition de loi (déposée par Mme Éliane Tillieux et consorts) 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 (DOC 55 150/001)**

La proposition de loi vise 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. Les soins deviennent ainsi plus accessibles financièrement; les

Mevrouw Dierckx vraagt het wetsvoorstel uit te breiden naar volwassenen. Er is een onterechte angst dat de derdebetalersregeling en het kosteloos consulteren overconsumptie in de hand zouden werken. Mensen met een lager inkomen hebben niet minder recht op overconsumptie dan mensen met een hoger inkomen. Het VPP vindt het belangrijk dat overconsumptie wordt tegengegaan en dat de budgetten op een goede manier besteed worden. Het is wel niet correct dat het argument van overconsumptie enkel aangehaald wordt als het gaat over personen met een laag inkomen. Er mag in deze geen onderscheid gemaakt worden tussen personen met een hoger inkomen en personen met een lager inkomen. Kosteloze consultaties zorgen er daarenboven veeleer voor dat de onderconsumptie wordt weggewerkt. Vandaag wordt immers nog steeds zorg uitgesteld. Dat blijkt uit bevragingen door het VPP en uit bevragingen van het RIZIV in het kader van de evaluatie van het statuut "chronische aandoening".

**Wetsvoorstel (Karin Jiroflée en Jan Bertels) ter veralgemening van de derdebetalersregeling (DOC 55 1117/001)**

Het huidige systeem is complex. De patiënt moet zelf weten of en in welke situatie hij recht heeft op de derdebetalersregeling. Een veralgemeende regeling is beter. Het maakt de zorg financieel toegankelijker. Ook patiënten die geen verhoogde tegemoetkoming hebben, kunnen hoge gezondheidszorgkosten hebben. Een veralgemening van de derdebetalersregeling zorgt voor minder uitstel van zorg, wat op termijn leidt tot minder zware gezondheidszorgkosten. Dergelijk systeem is bovendien administratief eenvoudiger voor de zorgverlener, want er is slechts één systeem. De patiënt krijgt ook zicht op de aangerekende supplementen.

**Wetsvoorstel (Eliane Tillieux c.s.) 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 (DOC 55 150/001)**

De bedoeling van het wetsvoorstel is bezoeken en consulten inzake algemene geneeskunde, preventieve, bewarende en herstellende tandheelkundige zorg, psychologische en psychotherapeutische zorg voor alle burgers volledig door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging te laten dragen. Zorg wordt financieel toegankelijker, patiënten hoeven kosten niet

patients ne doivent plus avancer les honoraires et attendre d'être remboursés. La proposition réduira le report des soins. Les patients sont traités en temps utile, ce qui, à long terme, permet de réduire les frais de santé. L'oratrice se réjouit que la proposition de loi se penche également sur les soins de santé mentale, d'autant que jusqu'à présent, les services de santé mentale ont été traités comme le parent pauvre.

Mme Dierckx signale qu'il y est question de psychologie générale et de soins de première ligne, ce qui est quelque peu contradictoire. Qu'est-il entendu par là, exactement? Et comment cela s'articule-t-il avec le système des psychologues de première ligne qui est actuellement en cours de réforme? La VPP est assurément favorable au remboursement des consultations psychologiques et psychothérapeutiques de deuxième ligne ambulatoires.

L'oratrice s'interroge sur ce que recouvre l'expression de "consultations psychologiques". Inclut-elle également les consultations psychothérapeutiques? De nombreux psychologues sont aussi psychothérapeutes.

Les personnes présentant une vulnérabilité psychique à long terme, dont les symptômes se sont stabilisés mais qui consultent régulièrement leur psychologue/psychothérapeute pour rester stables, ne relèveront probablement pas du système du psychologue de première ligne. Elles sont dès lors confrontées à des coûts élevés en raison de la durée du traitement, mais ne pourraient pas bénéficier d'un remboursement. Il s'agit là d'un problème considérable.

Les prestataires de soins conventionnés sont-ils suffisamment nombreux? Chez les dentistes, cela peut effectivement poser problème. Selon l'INAMI, 60 % des dentistes sont conventionnés; dans certaines régions, le ratio atteint à peine 50 %. Comment le conventionnement ou le non-conventionnement seront-ils réglementés pour les psychologues/psychothérapeutes ambulatoires? Un cadre doit être élaboré à cette fin.

Les patients doivent être mieux informés sur le concept de conventionnement; il y a encore du travail à faire dans ce domaine. Qu'est-ce que cela signifie exactement et quelles en sont les conséquences financières? Les informations sur le statut conventionné ou non des prestataires de soins de santé doivent être facilement accessibles afin que les patients ne les découvrent pas qu'une fois dans la salle d'attente.

En ce qui concerne le maximum à facturer, les coûts pour les psychologues ambulatoires ne peuvent pas être inclus aujourd'hui car les psychologues n'ont pas de numéro INAMI. Ce problème doit également être

meier voor te schieten en dan te wachten op terugbetaling. Het voorstel leidt tot minder uitstel van zorg. Patiënten worden op tijd behandeld, dus op termijn zijn er minder zware gezondheidszorgkosten. De spreker is tevreden dat het wetsvoorstel oog heeft voor geestelijke gezondheidszorg. Dit is belangrijk want de geestelijke gezondheidszorg werd tot nu toe stiefmoederlijk behandeld.

Mevrouw Dierckx werpt op dat men spreekt over algemene psychologie en eerstelijnszorg, dat spreekt elkaar een beetje tegen. Wat bedoelt men precies? En hoe gaat dit samen met het systeem van eerstelijnspsycholoog dat momenteel hervormd wordt? Het VPP is zeker voorstander van terugbetaling voor ook tweedelijnspsychologische en psychotherapeutische consultaties die in een ambulante kader gebeuren.

De spreker vraagt zich af wat men met psychologische consultaties bedoelt. Vallen hieronder ook psychotherapeutische consultaties? Veel psychologen zijn ook psychotherapeut.

Mensen met een langdurige psychische kwetsbaarheid, waarbij de klachten gestabiliseerd zijn, maar die op gezette tijden langsgaan bij hun psycholoog/psychotherapeut om stabiel te blijven, zullen waarschijnlijk niet onder het systeem van eerstelijnspsycholoog vallen. Zij hebben dus wel hoge kosten doordat ze continue kosten hebben, maar zouden niet van een terugbetaling kunnen genieten. Dat vormt een groot probleem.

Zijn er trouwens voldoende geconventioneerde zorgverleners? Bij tandartsen kan dit een probleem zijn. Volgens het RIZIV is 60 % van de tandartsen geconventioneerd, in bepaalde regio's komt men aan amper 50 %. Hoe zal de al of niet conventionering geregeld worden voor ambulante psychologen/psychotherapeuten? Hiervoor moet een kader uitgewerkt worden.

Patiënten moeten beter geïnformeerd worden over het begrip "geconventioneerd zijn". Daar is nog werk aan de winkel. Wat betekent dit precies en welke zijn de financiële consequenties? Informatie over al of niet geconventioneerde zorgverleners moet goed toegankelijk zijn zodat men dit niet pas te weten komt wanneer men in de wachtzaal zit.

Wat de maximumfactuur betreft, kunnen de kosten voor ambulante psychologen nu niet meegeteld worden omdat psychologen geen RIZIV-nummer hebben. Dit moet ook opgelost worden. Patiënten moeten ook beter

résolu. Les patients doivent aussi être mieux informés de ce qu'implique le DMG. Tous les patients ne sont pas conscients de son existence, et encore moins de son contenu. La proposition de loi appelle à une révolution culturelle dans la manière d'envisager l'utilisation et la dispensation des soins. L'oratrice se demande ce qui est attendu du patient dans ce contexte. La proposition précise aussi qu'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. L'oratrice s'interroge sur ce que cette formulation recouvre. Que doivent changer les patients et les soignants? Quelles mesures seront-elles prises pour faire en sorte que les prestataires de soins adhèrent autant que possible à la convention? La proposition de loi sera-t-elle liée à cette organisation des soins repensée? Cela signifie-t-il que la mise en œuvre de cette proposition de loi n'est possible que si cette autre organisation des soins est en place? Et enfin, comment rendre la médecine générale plus attrayante?

**Proposition de loi (Raoul Hedebouw et al.) visant à permettre aux patients d'aller chez le médecin sans argent**

Cette proposition vise à une généralisation du régime du tiers payant. Le patient ne doit plus payer de ticket modérateur chez les médecins généralistes. Actuellement, ce régime n'est obligatoire que pour les patients bénéficiant d'une intervention majorée, mais le patient doit toujours en faire la demande. Ce dernier point constitue un obstacle. L'oratrice estime que la généralisation et l'application automatique sont préférables. Le même problème se pose pour les patients sous le statut d'"affection chronique".

La proposition réduira le report des soins, donc à long terme les frais de santé. Elle faciliterait également la gestion administrative pour le prestataire de soins de santé, puisqu'il n'y a qu'un seul système à appliquer.

Le patient a aussi un aperçu des suppléments facturés par les prestataires de soins de santé.

Les soins de première ligne deviennent plus accessibles financièrement. Les patients qui ne bénéficient pas d'une intervention majorée peuvent également avoir des frais de santé élevés. Elle conduit également à une meilleure qualité des soins.

Mme Dierckx en appelle à ce que la proposition de loi soit étendue aux dentistes et aux kinésithérapeutes. Là aussi, de nombreux soins sont reportés pour des raisons financières. Dans ce contexte également, il y a parfois la crainte injustifiée que le régime du tiers payant et la libre consultation encouragent la surconsommation, mais les

geïnformeerd worden over wat het GMD inhoudt. Niet elke patiënt is op de hoogte van het bestaan hiervan, laat staan dat men weet wat daar in staat. In het wetsvoorstel staat dat er een culturele omslag moet komen in de wijze waarop zorggebruik en zorgverstrekking worden benaderd. De sprekerster vraagt zich af wat men in dat kader van de patiënt verwacht? Het voorstel bepaalt ook dat patiënten en zorgverstrekkers anders moeten omgaan met gezondheidszorg. Het is voor de sprekerster niet duidelijk wat daar precies bedoeld wordt. Wat moeten patiënten en zorgverleners veranderen? Welke maatregelen zal men nemen om ervoor te zorgen dat zorgverleners zich zoveel mogelijk conventioneren? Wordt het wetsvoorstel aan dat ander zorgorganisatiemodel gekoppeld? Wil dit zeggen dat de uitvoering van dit wetsvoorstel enkel mogelijk is mits dat ander zorgorganisatiemodel er is? En ten slotte, hoe zal men de huisartsgeneeskunde aantrekkelijker maken?

**Wetsvoorstel (Raoul Hedebouw c.s.) om patiënten zonder geld naar de huisarts te laten gaan**

Dit voorstel stelt een veralgemening van de derde-betalersregeling voor. De patiënt hoeft bij de huisartsen geen remgeld meer te betalen. Op dit moment is deze regeling alleen verplicht voor patiënten met verhoogde tegemoetkoming, maar de patiënt moet er zelf om vragen. Dat laatste creëert een drempel. De sprekerster stelt dat veralgemening en automatische toepassing beter zijn. Hetzelfde probleem stelt zich voor patiënten met het statuut "chronische aandoening".

Het voorstel leidt tot minder uitstel van zorg, dus op termijn ook voor minder zware gezondheidszorgkosten. Het voorstel is administratief eenvoudiger voor de zorgverlener, want er is slechts één systeem.

De patiënt krijgt daarenboven zicht op supplementen die zorgverleners aanrekenen.

De eerste lijn wordt financieel toegankelijker. Ook patiënten die geen verhoogde tegemoetkoming hebben, kunnen hoge gezondheidszorgkosten hebben. Verder leidt het tot een betere kwaliteit van zorg.

Mevrouw Dierckx vraagt het voorstel uit te breiden naar de tandarts en de kinesitherapeut. Daar wordt ook veel zorg uitgesteld om financiële redenen. Ook in dit kader heeft men soms de onterechte angst dat de derdebetalersregeling en het kosteloos consulteren overconsumptie in de hand werken, maar mensen

personnes à faibles revenus n'ont pas moins le droit de surconsommer que les personnes plus aisées. L'accent doit être mis sur l'élimination de la sous-consommation.

### **6. Exposé du docteur Pierre Drielsma (Groupement Belge des Omnipraticiens – GBO/Cartel)**

Le Dr. Pierre Drielsma estime que supprimer les obstacles financiers est extrêmement important.

La question du ticket modérateur s'était déjà posée il y a cinq ans. Le Dr. Drielsma dit être prêt à s'armer de patience, mais insiste sur l'importance d'y arriver.

Il est, selon lui, dangereux de parler de gratuité des soins alors qu'en fait ces soins sont prépayés par la sécurité sociale. On devrait plutôt parler de libre accès.

Les obstacles financiers sont de deux types: le ticket modérateur (TM) et le paiement direct du tarif de remboursement.

Le TM constitue un obstacle absolu puisqu'il s'agit d'un débours net pour le patient. Pour les personnes qui ne bénéficient pas du remboursement préférentiel, il s'élève à 6 euros pour un total de 27 euros. Cela représente 22 %. Cette somme n'est pas négligeable. Dans le cadre du remboursement préférentiel, ce pourcentage est beaucoup moins élevé. Le paiement direct, par contre, est un obstacle provisoire, mais qui est parfois très important.

L'article 2 de la proposition de loi généralisant le régime du tiers payant (DOC 55 1117/001) stipule: "À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021, l'application du régime du tiers payant est obligatoire pour les prestations médicales dispensées par les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les dentistes et les kinésithérapeutes." Il peut, par arrêté, être élargi à d'autres catégories de dispensateurs de soins. L'orateur fait remarquer que les médecins n'aiment pas beaucoup le terme "obligatoire". Il serait dès lors préférable de parler de "généralisation" du tiers payant. Cela signifie que le système est appliqué dans 99 % des cas et qu'il reste un petit volant de liberté.

L'article 3 de la 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

met een lager inkomen hebben niet minder recht op overconsumptie dan mensen met een hoger inkomen. De klemtoon hoort te liggen op het wegnemen van onderconsumptie.

### **6. Uiteenzetting van dokter Pierre Drielsma (Groupement Belge des Omnipraticiens – GBO/Cartel)**

Dr. Pierre Drielsma vindt het uitermate belangrijk dat de financiële obstakels worden weggenomen.

Het remgeld was vijf jaar geleden al voer voor debat. Dr. Drielsma geeft aan dat hij bereid is geduld te oefenen, maar beklemtoont dat er absoluut een oplossing moet worden uitgewerkt.

Volgens hem is het gevaarlijk te spreken over gratis zorgverstrekking, terwijl die zorg in feite door de sociale zekerheid wordt voorafbetaald. Men zou het dus veeleer moeten hebben over vrije toegang.

Er zijn twee soorten financiële obstakels: het remgeld en de rechtstreekse betaling van het terugbetalingstarief.

Het remgeld vormt een absoluut obstakel, aangezien het gaat om een netto-uitgave voor de patiënt. Voor wie niet in aanmerking komt voor de verhoogde tegemoetkoming bedraagt het remgeld 6 euro op een totaal van 27 euro, ofwel 22 %. Dat is een niet te onderschatten bedrag. In het kader van de verhoogde tegemoetkoming is dat percentage een heel stuk lager. De rechtstreekse betaling vormt daarentegen een tijdelijk obstakel, dat echter soms zeer groot is.

Artikel 2 van het wetsvoorstel ter veralgemening van de derdebetalersregeling (DOC 55 1117/001) strekt ertoe het volgende te bepalen: "Vanaf 1 januari 2021 is de toepassing van de derdebetalersregeling verplicht voor de geneeskundige verstrekkingen die verleend worden door huisartsen, geneesheren-specialisten, tandartsen en kinesitherapeuten.". De regeling kan bij een besluit worden uitgebreid naar andere categorieën van zorgverleners. De spreker merkt op dat de artsen niet bepaald houden van de term "verplicht". Daarom zou men het beter hebben over de "veralgemening" van de derdebetalersregeling. Dat betekent dat het stelsel van toepassing is op 99 % van de gevallen en dat er een klein vrij segment overblijft.

Artikel 3 van het 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

et réparateurs ainsi que les soins psychologiques et psychothérapeutiques (DOC 55 0150/001) spécifie que “pour les visites et consultations des médecins généralistes, les soins dentaires conservateurs et réparateurs (...), les soins psychologiques et psychothérapeutiques (...) l'intervention de l'assurance est fixée à 100 % des honoraires conventionnels.” Cette suppression du TM se fait donc sans baisse des revenus des généralistes. Il revient aux assurances de financer la perte du TM éventuelle.

On retrouve une proposition similaire dans l'article 2 de la proposition de loi instaurant la gratuité des consultations chez le médecin généraliste (DOC 55 0476/001). Il est question dans l'article 3 de cette même proposition de loi de l'obligation d'application du régime du tiers payant pour toutes les prestations de santé de première ligne. L'orateur déconseille à nouveau le terme “obligation”.

Le Dr. Drielsma conclut des quatre propositions de loi (DOC 55 0150/001, DOC 55 0476/001, DOC 55 1102/001, DOC 1117/001) qu'il faut généraliser le tiers payant et supprimer le TM en première ligne. Les dépenses que cela entraînerait seraient compensées par des économies en deuxième ligne. L'orateur estime aussi qu'il faudrait supprimer le TM en deuxième ligne lorsqu'il s'agit d'un renvoi par le généraliste. Ce système permettra aussi d'abaisser le seuil des soins spécialisés.

L'intervenant dresse ensuite un tableau de son expérience de paiement à l'acte pendant trois ans à la maison médicale (MM) de Seraing. Les paiements étaient répartis en trois catégories égales: les paiements directs avec TM (certains patients insistaient même pour le payer), les paiements directs sans TM ou les tiers payants avec TM et enfin les tiers payants sans TM (et ce avant l'interdiction du tiers payant). Ces patients n'avaient donc ni l'obstacle du paiement direct ni l'obstacle du TM.

Pour le Dr. Drielsma les raisons de favoriser le tiers payant et de supprimer le TM sans diminuer les revenus des généralistes sont évidentes. En effet, ces mesures maximisent l'accès financier à la première ligne, ce qui réalise une forme d'échelonnement. Dès le moment où la première ligne est gratuite, les patients s'y rendent beaucoup plus facilement. Avant ils allaient directement à la garde hospitalière ou ils faisaient du shopping médical. C'est-à-dire qu'ils disaient au médecin qu'ils le paieraient une prochaine fois, mais pour ne pas être

psychothérapeutique zorg, de kosten volledig door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging te doen dragen (DOC 55 0150/001) strekt ertoe te bepalen dat “voor de bezoeken en raadplegingen van huisartsen, voor tandheelkundige hulp zowel bewaarshalve als herstelshalve (...), voor psychologische en psychotherapeutische zorg (...) de verzekeringstegemoetkoming [wordt] vastgesteld op 100 pct. van de overeenkomstenhonoraria.”. De afschaffing van het remgeld zou dus geen inkomensverlies voor de huisartsen met zich meebrengen. Het eventuele verlies aan remgeld moet door de verzekeringen worden gefinancierd.

Een soortgelijk voorstel vindt men in artikel 2 van het wetsvoorstel om patiënten zonder geld naar de huisarts te laten gaan (DOC 55 0476/001). Artikel 3 van datzelfde voorstel beoogt de derdebetalersregeling verplicht te maken voor alle zorgverstrekkingen in de eerste lijn. Ook hier raadt de spreker de term “verplichting” af.

Uit die vier wetsvoorstellen (DOC 55 0150/001, DOC 55 0476/001, DOC 55 1102/001, DOC 55 1117/001) besluit dr. Drielsma dat de derdebetalersregeling moet worden veralgemeend en dat het remgeld in de eerste lijn moet worden afgeschaft. De uitgaven die daarvan het gevolg zouden zijn, zouden worden gecompenseerd door besparingen in de tweede lijn. De spreker vindt ook dat het remgeld in de tweede lijn zou moeten worden afgeschaft indien de patiënt werd doorverwezen door de huisarts. Op die manier zou ook de drempel voor de gespecialiseerde zorg kunnen worden verlaagd.

De spreker schetst vervolgens zijn ervaring met de betaling per prestatie gedurende drie jaar in het wijkgezondheidscentrum (*maison médicale*) in Seraing. De betalingen waren onderverdeeld in drie gelijke categorieën: de rechtstreekse betalingen met remgeld (sommige patiënten drongen er zelfs op aan die te betalen), de rechtstreekse betalingen zonder remgeld of de derdebetalersregeling met remgeld en ten slotte de derdebetalersregeling zonder remgeld (nog vóór het verbod op de derdebetalersregeling). Voor die patiënten was er dus noch het obstakel van de rechtstreekse betaling, noch dat van het remgeld.

Volgens dr. Drielsma liggen de redenen om de derdebetalersregeling aan te moedigen en het remgeld af te schaffen zonder dat de huisartsen daarbij inkomensverlies lijden voor de hand. Die maatregelen maximaliseren immers de financiële toegang tot de eerste lijn, wat in zekere zin tot een echelonnering van de zorg leidt. Wanneer de eerstelijnszorg gratis is, doen de patiënten er veel gemakkelijker een beroep op. Vroeger gingen ze rechtstreeks naar de wachtdienst in het ziekenhuis of deden ze aan medisch shoppen. Ze zeiden de arts

confrontés à la dette, ils changeaient de médecin la fois suivante et ainsi de suite. Par conséquent, les patients se faisaient mal soigner faute de continuité des soins. La suppression des obstacles financiers avait permis d'améliorer la continuité des soins pour les patients les plus précaires et qui ont les plus grandes difficultés à se soigner.

Cet accès aisé permet en outre de réaliser des économies en deuxième ligne, car une grande partie des soins peut se réaliser en première ligne. Il est aussi raisonnable de penser qu'un accès aisé aux soins de base évitera les reports de soins.

Selon l'orateur, il existe en Belgique des incitants pour faire de l'échelonnement et pour le dossier médical global (DMG), mais ceux-ci sont faibles. Les pays les plus structurés comme le Danemark, la Finlande, l'Irlande, les Pays-Bas... organisent beaucoup mieux cet échelonnement.

Le Dr. Drielsma explique ensuite pourquoi la mise en œuvre d'une telle réforme inquiète. Les payeurs craignent que la gratuité favorise une surutilisation des soins de première ligne et qu'elle augmente les coûts globaux, sans certitudes d'économies en deuxième ligne.

Cela n'est, selon l'intervenant, pas forcément faux. L'avantage du système forfaitaire actuel est la surveillance des économies réalisées en deuxième ligne. Si la gratuité en première ligne à l'acte est mise en œuvre, il faudra dès lors surveiller les économies en deuxième ligne.

Toujours selon les payeurs, la gratuité à l'acte peut favoriser un contrat pervers entre le soignant et le malade au détriment du tiers payeur. L'intervenant en donne quelques exemples.

Les médecins, quant à eux, craignent que la gratuité ne favorise les patients abusifs qui voudront instrumentaliser les médecins à leur profit. Le TM ou le paiement direct pourrait dans ces cas-là être utilisé pour contrer ces abus. L'avantage d'une généralisation des réformes plutôt que d'une contrainte, c'est précisément de pouvoir disposer de cette possibilité dans les situations difficiles. L'intervenant précise, cependant, que ces difficultés ne sont pas pour autant rédhibitoires pour la généralisation du tiers payant et la suppression du TM.

dat ze de volgende keer wel zouden betalen, maar om niet aan hun schulden te worden herinnerd, stapten ze over naar een andere arts enzovoort. Het gevolg is dat die patiënten wegens een gebrek aan zorgcontinuïteit slecht werden verzorgd. Het wegnemen van de financiële obstakels is de zorgcontinuïteit ten goede gekomen voor de meest kwetsbare patiënten die de grootste moeilijkheden ondervinden om zich te verzorgen.

Dankzij die vlotte toegang kan er ook in de tweede lijn worden bespaard, want een groot deel van de zorg kan in de eerste lijn worden verstrekt. Men kan ook redelijkerwijs aannemen dat een vlotte toegang tot de basiszorg zal voorkomen dat zorg wordt uitgesteld.

Volgens de spreker bestaan er in België stimulansen voor een echelonnering van de zorg en voor het globaal medisch dossier (GMD), maar die zijn vrij zwak. De meest gestructureerde landen als Denemarken, Finland, Ierland, Nederland enzovoort organiseren die echelonnering veel beter.

Dr. Drielsma legt vervolgens uit waarom de tenuitvoerlegging van een dergelijke hervorming zorgen baart. De betalers vrezen dat gratis zorg een overmatig beroep op de eerstelijnszorg in de hand zal werken en de algemene kosten zal doen stijgen zonder dat het zeker is dat men in de tweede lijn zal kunnen besparen.

Dat argument is volgens de spreker niet noodzakelijkerwijs fout. Het voordeel van het huidige forfaitaire stelsel is dat er wordt toegezien op de besparingen die in de tweede lijn worden verwezenlijkt. Indien elke prestatie in de eerste lijn daadwerkelijk gratis wordt, zal er bijgevolg moeten worden toegezien op de besparingen in de tweede lijn.

Daarnaast zijn de betalers van oordeel dat kosteloze prestaties kunnen leiden tot kwalijke onderlinge afspraken tussen de zorgverlener en de patiënt, ten koste van de derdebetalers. De spreker geeft daarvan enkele voorbeelden.

De artsen vrezen dat gratis zorg zal aanzetten tot misbruik door patiënten, die hun artsen naar hun hand zullen willen zetten. Het remgeld of de rechtstreekse betaling zou in die gevallen kunnen worden gebruikt om die misbruiken tegen te gaan. Indien men de hervormingen veralgemeent in plaats van een verplichting op te leggen, biedt dit een voordeel, namelijk dat men in de moeilijke situaties over die mogelijkheid beschikt. De spreker wijst er evenwel op dat die moeilijkheden geen belemmering vormen voor de veralgemening van de derdebetalersregeling en de afschaffing van het remgeld.



Les médecins généralistes qui perçoivent que ces mesures vont favoriser leur rôle central dans le dispositif de soins usent déjà largement des possibilités du tiers payant. D'autres médecins, par contre, se plaignent d'un sentiment de dévalorisation, de mise au rancart, de devenir un assistant social de luxe, de relations marchandes avec les patients. Certains pensent que le médecin gratuit n'aura aucune valeur. Les médecins pourraient donc ressentir ces réformes comme une injure. L'intervenant souligne dès lors l'importance de la communication envers les médecins, de sorte qu'ils voient ces changements comme quelque chose d'avantageux plutôt que comme un manque de respect.

L'intervenant confirme ensuite que le TM a un impact sur l'utilisation des soins en première ligne. Il utilise à cet effet des statistiques<sup>16</sup> qui détaillent la consommation de soins dans les maisons médicales (sans TM) en comparaison avec celle observée dans la population générale (avec TM). Le nombre de contacts/personne par an est plus élevé en maisons médicales, et ce aussi bien à Bruxelles qu'en Wallonie. Par contre, le taux de visites à domicile en maisons médicales est globalement inférieur à celui constaté dans la population générale. Enfin, le groupe de contact annuel est en général plus grand dans le cadre forfaitaire que dans le cadre à l'acte.

À l'aide d'un graphique sur l'utilisation de la garde de Seraing, l'intervenant démontre ensuite que le nombre de contacts a baissé suite à l'introduction du TM.

Puis, il renvoie à la thèse de A.-S Lambert qui démontre une corrélation entre la convention et l'utilisation des soins. En effet, l'utilisation de soins chez les médecins généralistes conventionnés est supérieure à celle chez les non conventionnés.

Pour réduire les inégalités de santé, le Dr. Drielsma s'inspire du médecin français Yann Bourgueil, qui préconise de rendre "les soins primaires gratuits pour une population plus large que les seuls bénéficiaires de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire)."<sup>17</sup>

Ensuite, l'intervenant adresse une série de questions aux parlementaires. Ne faudrait-il pas une approche

<sup>16</sup> [https://www.maisonmedicale.org/docrestreint.api/3730/c15e2eee0473ee667b6df5778669bb698960ebe5/pdf/rapport\\_popcons\\_2009.pdf](https://www.maisonmedicale.org/docrestreint.api/3730/c15e2eee0473ee667b6df5778669bb698960ebe5/pdf/rapport_popcons_2009.pdf), pp.18-19

<sup>17</sup> BOURGUEIL, Y. et al., "Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé?", Question d'économie de santé n° 179, septembre 2012, p.6

De huisartsen die van oordeel zijn dat die maatregelen hun centrale rol in de gezondheidszorg ten goede zullen komen, maken al ruimschoots gebruik van de mogelijkheden van de derdebetalersregeling. Andere artsen klagen daarentegen dat ze het gevoel hebben niet naar waarde te worden geschat, buiten spel te worden gezet, een luxemaatschappelijk werker te worden en dat hun relatie met de patiënten een commerciële inslag zal krijgen. Sommigen vrezen dat een gratis arts geen enkele waarde zal hebben. De artsen zouden die hervormingen dus als een belediging kunnen aanvoelen. De spreker benadrukt daarom het belang van een goede communicatie met de artsen, opdat ze inzien dat die veranderingen voordelig zijn voor hen en geen uiting van een gebrek aan respect vormen.

De spreker bevestigt vervolgens dat het remgeld een weerslag heeft op het gebruik van de eerstelijnszorg.<sup>16</sup> Daartoe toont hij statistieken met details over het zorggebruik in de wijkgezondheidscentra (zonder remgeld) in vergelijking met het zorggebruik binnen de bevolking in het algemeen (met remgeld). Zowel in Brussel als in Wallonië is het aantal contacten per patiënt en per jaar hoger in de wijkgezondheidscentra. Het aandeel van de huisbezoeken is bij de wijkgezondheidscentra daarentegen in het totaal lager dan binnen de bevolking in het algemeen. Tot slot is de groep met jaarlijks contact in het algemeen groter in geval van een forfaitair bedrag dan bij betaling per prestatie.

Aan de hand van een grafiek betreffende het gebruik van de wachtdienst in Seraing, toont de spreker vervolgens aan dat het aantal contacten is gedaald na de instelling van het remgeld.

Vervolgens verwijst hij naar het proefschrift van Anne-Sophie Lambert; daarin wordt een correlatie aangetoond tussen het bestaan van een conventie en het gebruik van de zorg. Het gebruik van zorg is hoger bij de geconventioneerde huisartsen dan bij de niet-geconventioneerde.

Om de ongelijkheid op gezondheidsvlak terug te dringen, haalt dr. Drielsma inspiratie bij de Franse arts Yann Bourgueil; die beveelt aan de basisgezondheidszorg gratis te maken "pour une population plus large que les seuls bénéficiaires de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire)."<sup>17</sup>

Vervolgens legt de spreker de parlementsleden een aantal vragen voor. Is geen alomvattende aanpak van

<sup>16</sup> [https://www.maisonmedicale.org/docrestreint.api/3730/c15e2eee0473ee667b6df5778669bb698960ebe5/pdf/rapport\\_popcons\\_2009.pdf](https://www.maisonmedicale.org/docrestreint.api/3730/c15e2eee0473ee667b6df5778669bb698960ebe5/pdf/rapport_popcons_2009.pdf), blz. 18-19

<sup>17</sup> BOURGUEIL, Y. et al., "Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé?", Question d'économie de santé, nr. 179, september 2012, blz. 6.

globale de la réforme des soins de santé? Il est en effet ennuyeux de parler uniquement de l'aspect financier des soins de santé. Ne faudrait-il pas confier au Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) une mission d'évaluation pour détecter d'éventuels abus locaux? Ne faudrait-il pas un DMG pour bénéficier de la suppression du TM? Ne faudrait-il généraliser le DMG? L'intervenant propose comme stratégie une attribution semi-automatique du DMG aux patients et aux médecins qui n'expriment pas de désaccord. Il suggère, enfin, de fusionner les quatre propositions de loi.

Ensuite, le Dr. Drielsma explique que les réformes devront s'accompagner d'une régulation dans le secteur pharmaceutique. Il estime que les pouvoirs publics devraient disposer d'actions en or dans le secteur pharmaceutique pour pouvoir infléchir certaines de ces attitudes, soit en matière de prix, soit en matière de disponibilité des produits.

Enfin, l'intervenant explique que les pratiques forfaitaires ont abandonné les TM en 1984. Il n'y a jamais eu de compensation pour cette perte. Un TM symbolique fut ensuite introduit (2,5 euros pour 40 euros de forfait moyen, soit 6 %). Il estime que si un effort budgétaire est réalisé pour les praticiens à l'acte, une dépense proportionnelle doit aussi être réalisée pour les soins forfaitaires.

### **7. Exposé de Mme Fanny Dubois (Fédération des Maisons Médicales – FMM)**

Mme Fanny Dubois rappelle pour commencer que la Fédération des maisons médicales (FMM) regroupe 123 maisons médicales (MM) francophones. Les MM sont ouvertes au plus grand nombre de citoyens. Elles défendent un principe de santé publique d'accessibilité maximale à la première ligne de soins de santé, au-delà de la vision philosophique ou politique des citoyens.

Même si elles ne sont plus à l'ordre du jour, les propositions de loi (DOC 55 1117/001), (DOC 55 1102/001) et (DOC 55 0150/001) permettent de faire prendre conscience à l'ensemble des parlementaires de l'intérêt de rendre plus accessible la première ligne de soins de santé à l'ensemble des citoyens. En effet, plus de mixité sociale en termes d'accessibilité permet une certaine efficience des dépenses publiques. Un meilleur équilibre dans les rapports de force entre les soins spécialisés et la médecine générale s'impose, car cela permet de mieux utiliser l'argent des citoyens.

de hervorming van de gezondheidszorg nodig? Het is immers vervelend het alleen over het financieel aspect van de gezondheidszorg te hebben. Zou men de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) geen evaluatie-opdracht moeten toevertrouwen om eventuele lokale misbruiken op te sporen? Moet men geen globaal medisch dossier hebben om gebruik te kunnen maken van de afschaffing van het remgeld? Zou het globaal medisch dossier niet moeten worden veralgemeend? Als strategie stelt de spreker voor om het globaal medisch dossier halfautomatisch toe te kennen aan de patiënten en aan de artsen die niet aangeven dat ze het daar niet mee eens zijn. Hij oppert tot slot de vier wetsvoorstellen samen te voegen in één wetsvoorstel.

Vervolgens geeft dr. Drielsma aan dat de hervormingen gepaard zullen moeten gaan met het instellen van een regeling in de farmaceutische sector. Hij meent dat de overheid zou moeten beschikken over aandelen met een vetorecht in de farmaceutische sector, teneinde bepaalde opstellingen van die sector op het vlak van prijs of productbeschikbaarheid te kunnen ombuigen.

Tot slot geeft de spreker aan dat de praktijken die op forfaitaire basis werken, in 1984 zijn afgestapt van de remgelden. Dat verlies werd nooit gecompenseerd. Nadien werd een symbolisch remgeld ingesteld (2,5 euro voor een gemiddeld forfait van 40 euro, dus 6 %). Hij meent dat wanneer een begrotingsinspanning wordt geleverd voor de beroepsbeoefenaars die per prestatie worden vergoed, een evenredige uitgave dient te gebeuren voor de forfaitaire zorg.

### **7. Uiteenzetting van mevrouw Fanny Dubois (Fédération des Maisons Médicales – FMM)**

Mevrouw Fanny Dubois herinnert er vooreerst aan dat de *Fédération des maisons médicales* 123 Franstalige wijkgezondheidscentra verenigt. De wijkgezondheidscentra staan open voor alle burgers. Ze huldigen een principe inzake volksgezondheid van maximale toegankelijkheid tot de eerstelijnszorg, ongeacht de levensbeschouwelijke of politieke overtuiging van de burgers.

Hoewel de wetsvoorstellen DOC 55 1117/001, DOC 55 1102/001 en DOC 55 0150/001 niet langer aan de orde zijn, geven zij alle parlementsleden de mogelijkheid om zich bewust te worden van het belang om de eerstelijnsgezondheidszorg toegankelijker te maken voor alle burgers. Een grotere sociale mix op het vlak van toegankelijkheid maakt immers een zekere doelmatigheid met betrekking tot de overheidsuitgaven mogelijk. Er moet een beter evenwicht komen tussen de gespecialiseerde zorg en de huisartsgeneeskunde want op die manier zou het geld van de burgers beter kunnen worden besteed.

La sécurité sociale vient des cotisations des citoyens. L'intervenante préfère dès lors ne pas parler non plus de gratuité. Il est, selon elle, important de rappeler à quel point la sécurité sociale est un mécanisme de financement et de répartition des richesses progressives en fonction des revenus, en vue de diminuer les inégalités sociales.

La FMM défend l'accessibilité de la première ligne via l'arrêt du TM pour les soins pluridisciplinaires de première ligne. Une première ligne renforcée permettrait de résoudre bien plus de problèmes de santé.

La FMM plaide aussi pour l'échelonnement du système de santé, à savoir plus de soins ambulatoires et moins d'institutionnalisation.

Le patient doit en outre être suivi de préférence de façon continue par la même équipe soignante de première ligne.

Chaque patient devrait par ailleurs avoir un DMG.

L'intervenante attire cependant l'attention sur les effets connexes, tels que la pénurie des médecins généralistes et infirmiers et le risque de sélection des patients. Une meilleure accessibilité via le remboursement intégral du TM doit aussi tenir compte de politiques qui régulent les *numerus clausus* des médecins généralistes et rendre plus attractives ces professions de santé de première ligne.

Il faut également faire attention à la régulation des suppléments d'honoraires.

L'intervenante considère que les MM pourraient être un bon laboratoire pour analyser en quoi cette accessibilité maximale ne représentera pas un coût supplémentaire pour l'assurance maladie-invalidité (AMI), mais permettra plutôt de réaliser certaines économies, d'assurer une meilleure accessibilité pour l'ensemble des citoyens aux soins de santé et une meilleure prévention.

Ensuite, l'intervenante rappelle que la majorité des MM assure le paiement forfaitaire. Il s'agit d'un contrat tripartite entre la mutuelle, la MM et le patient. La mutuelle s'engage à payer un forfait fixe à la MM. Celle-ci s'engage à dispenser des soins curatifs et préventifs. Le patient, quant à lui, s'engage à se soigner exclusivement à la MM

De sociale zekerheid wordt gefinancierd door de bijdragen van de burgers. Ook mevrouw Dubois geeft er daarom de voorkeur aan niet langer van gratis zorg te spreken. Het is volgens haar belangrijk erop te wijzen hoezeer de sociale zekerheid een regeling is van financiering en van spreiding van de progressieve rijkdommen afhankelijk van de inkomens, teneinde de sociale ongelijkheid te verminderen.

De FMM is voorstander van toegankelijke eerstelijnszorg door de afschaffing van het remgeld voor multidisciplinaire eerstelijnszorg. Dankzij een sterkere eerstelijnszorg zouden aanzienlijk meer gezondheidsproblemen kunnen worden opgelost.

De FMM pleit voorts voor een echelonnering van het gezondheidssysteem, met meer ambulante zorg en minder zorg in instellingen.

De follow-up van de patiënt moet bovendien bij voorkeur doorlopend gebeuren, door hetzelfde eerstelijnszorgteam.

Elke patiënt zou trouwens een globaal medisch dossier moeten hebben.

De spreekster vestigt echter de aandacht op de nevenverschijnselen, zoals het tekort aan huisartsen en verpleegkundigen en het risico op selectie van patiënten. Een betere toegankelijkheid via de volledige terugbetaling van het remgeld moet ook rekening houden met het beleid tot regeling van de *numerus clausus* voor huisartsen en moet die eerstelijnsgezondheidszorgberoepen aantrekkelijker maken.

Voorts moet aandacht worden besteed aan de regeling inzake honorariumsupplementen.

De spreekster meent dat de wijkgezondheidscentra een goed laboratorium zouden kunnen zijn om te ontleden hoe het komt dat die maximale toegankelijkheid geen bijkomende kosten voor de ziekte-en-invaliditeitsverzekering (ZIV) met zich zal brengen, maar het veeleer mogelijk zal maken om bepaalde besparingen te verwezenlijken, om alle burgers betere toegang tot de gezondheidszorg te verlenen en om een betere preventie tot stand te brengen.

Tot slot wijst de spreekster erop dat de meeste wijkgezondheidscentra de forfaitaire betaling toepassen. Het gaat daarbij om een overeenkomst tussen drie partijen, namelijk het ziekenfonds, het wijkgezondheidscentrum en de patiënt. Het ziekenfonds verbindt zich ertoe een vast bedrag te betalen aan het wijkgezondheidscentrum. Het

pour les soins de médecine générale, de kinésithérapie et infirmiers.

L'analyse des patients soignés au forfait permet de mieux comprendre en quoi les réformes proposées présenteront des avantages.

Selon le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) et l'Agence InterMutualiste (AIM), le financement au forfait permet d'assurer une consommation de médicaments plus axée sur les principes de santé publique et donc de trouver des alternatives à la médication. Il permet aussi moins de consommation de spécialistes, moins de recours aux urgences hospitalières, moins de recours à la rééducation, moins d'hospitalisations, etc.

Mme Dubois présente ensuite une comparaison des dépenses de soins réalisée par l'AIM<sup>18</sup>. Le tableau compare des patients soignés au forfait, des patients soignés à l'acte qui représentent les mêmes caractéristiques sociologiques et des patients soignés à l'acte dans la population générale.

Si en première ligne le groupe soigné au forfait représente une dépense supplémentaire pour l'AMI, des économies sont réalisées dans les autres lignes de soins. Les dépenses totales des patients soignés au forfait sont plus ou moins similaires à celles de ceux soignés à l'acte qui représentent les mêmes caractéristiques sociologiques. On observe, cependant, un grand écart avec les patients soignés à l'acte dans la population générale. Cet écart s'explique par des reports de soins dans les deux premiers groupes. Un patient sur deux de soins au forfait bénéficie de l'intervention majorée. On constate aussi dans cette patientèle une morbidité plus importante en raison de conditions de vie plus difficiles.

Une étude réalisée par l'INAMI concernant les prescriptions d'antibiotiques<sup>19</sup> démontre une prescription inférieure d'antibiotiques dans les pratiques au forfait par rapport aux pratiques à l'acte, et surtout un moins large spectre.

<sup>18</sup> BOUTSEN, M., CAMILOTTI, G., DI ZINNO, T., PIRSON, A.-F., VAN CUTSEM, P., VERVOORT, K., *Comparaison des coûts et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique: une mise à jour*, 08/12/2017, 126 p.: [https://www.aim-ima.be/IMG/pdf/maisons\\_medicales\\_ima.pdf](https://www.aim-ima.be/IMG/pdf/maisons_medicales_ima.pdf)

<sup>19</sup> INAMI, *Feedback individuel des médecins généralistes 2019*: [https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/resultaten\\_LOKs\\_2016\\_presetatiegeneeskunde\\_fr\\_thema1.pptx](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/resultaten_LOKs_2016_presetatiegeneeskunde_fr_thema1.pptx)

wijkgezondheidscentrum verbindt zich ertoe curatieve en preventieve zorg te verstrekken. De patiënt verbindt zich ertoe om voor zorg door huisartsen, kinesitherapeuten en verpleegkundigen uitsluitend op het wijkgezondheidszorgcentrum een beroep te doen.

Door de analyse van de patiënten die via een forfaitaire regeling zorg krijgen, begrijpt men beter op welk vlak de voorgestelde hervormingen voordelen bieden.

Volgens het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en het Inter mutualistisch Agentschap (IMA) zou de forfaitgebaseerde financiering ervoor zorgen dat het geneesmiddelenverbruik beter zou stroken met de beginselen inzake volksgezondheid en dat dus alternatieven voor medicatie zouden worden gevonden. Een dergelijk financieringsmodel zorgt ook voor minder consulten bij artsen-specialisten, minder gebruik van de spoeddiensten van de ziekenhuizen, minder gebruik van revalidatie, minder ziekenhuisopnames enzovoort.

Mevrouw Dubois stelt vervolgens een door het IMA tot stand gebrachte vergelijking van de uitgaven voor zorg voor<sup>18</sup>. De tabel maakt een vergelijking tussen de patiënten die een forfait betalen, de patiënten met dezelfde sociologische kenmerken die per prestatie betalen en de patiënten onder de algemene bevolking die per prestatie betalen.

Het IMA stelt dat verzorging in het forfaitaire systeem meer kost in de eerstelijnszorg, maar dat er besparingen zijn in de andere zorglijnen. De totale uitgaven van de in het forfaitaire systeem verzorgde patiënten zijn min of meer vergelijkbaar met die van wie dezelfde sociologische kenmerken vertoont en per prestatie wordt verzorgd. Er is echter een groot verschil met de patiënten onder de algemene bevolking die per prestatie worden verzorgd. Dat verschil wordt verklaard doordat zorg in de eerste twee groepen wordt uitgesteld. Één op de twee patiënten met verzorging in het forfaitaire systeem heeft recht op de verhoogde tegemoetkoming. Bij die patiënten ligt het ziektecijfer ook hoger, als gevolg van moeilijker levensomstandigheden.

Uit een studie van het RIZIV naar het voorschrijven van antibiotica<sup>19</sup> blijkt dat er minder antibiotica worden voorgeschreven in de forfaitaire zorg dan in de zorg per prestatie en dat er vooral voor een zo smal mogelijk spectrum wordt gekozen.

<sup>18</sup> BOUTSEN, M., CAMILOTTI, G., DI ZINNO, T., PIRSON, A.-F., VAN CUTSEM, P., VERVOORT, K., *Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België: een update*, 08/12/2017, blz. 18 – [https://www.aim-ima.be/IMG/pdf/maisons\\_medicales\\_ima.pdf](https://www.aim-ima.be/IMG/pdf/maisons_medicales_ima.pdf).

<sup>19</sup> RIZIV, *Individuele feedback huisartsen 2019*: [https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/voorbeeld\\_prestatiegeneeskunde\\_nl.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/voorbeeld_prestatiegeneeskunde_nl.pdf).

L'intervenante explique ensuite qu'une meilleure accessibilité des soins de première ligne entraîne une accessibilité grandissante. Dans un environnement où le TM est remboursé, 43 % des personnes bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) sont soignées en MM. Cela ne s'explique pas uniquement parce que les MM sont implantées dans les territoires plus précaires. Il ne faut pas prendre à la légère le montant que représente le TM pour les patients.

Comparé à d'autres choix politiques, comme les avantages extra-légaux octroyés aux entreprises, le remboursement du TM ne représenterait pas grand-chose pour l'AMI.

Il est donc important de prendre en considération ces éléments, surtout dans un contexte où la pandémie augmente les inégalités sociales.

Une étude de l'IWEPS sur les échantillons wallons montre aussi une plus grande accessibilité auprès de patients invalides et des personnes en situation de handicap.

Mme Dubois présente un tableau qui part de la population avec au moins un contact avec un médecin généraliste selon l'âge et le statut BIM. Le graphique des BIM au forfait et à l'acte montre qu'il n'y a pas de grande différence dans la consommation des soins. Par contre, on observe que le remboursement du TM via le forfait permet une meilleure accessibilité aux soins pour les basses tranches de la classe moyenne non BIM pour qui le TM représente encore un frein en matière d'accès aux soins de santé.

La suppression du TM permet également une meilleure prévention. Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, cela représente 5 % de plus pour les patients au forfait. Dans le cas du dépistage du cancer du sein, cela revient à 15 % de plus. Quant à la vaccination contre la grippe chez les 65+, cela se traduit par une augmentation de 23 à 28 %. Il est également question d'un meilleur suivi des diabétiques et d'un nombre de prescriptions d'antipsychotiques et d'antidépresseurs moins élevé. Le remboursement du TM n'explique pas à lui seul ces chiffres, mais bien en partie.

Pour conclure, l'intervenante souligne l'intérêt de calculer les économies et les coûts à prévoir pour l'AMI de l'instauration du remboursement des soins de médecine générale, mais aussi de kinésithérapie, infirmiers, de dentisterie générale et la fonction psychosociale pour toute la population.

Vervolgens licht de spreekster toe dat een betere toegang tot de eerstelijnszorg voor een grotere toegankelijkheid zorgt. Van wie het remgeld wordt terugbetaald, wordt 43 % van wie recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming verzorgd in een wijkgezondheidscentrum. Dat wordt niet alleen verklaard door het feit dat er zich in de meest kwetsbare gebieden meer wijkgezondheidscentra bevinden. Het bedrag dat het remgeld voor de patiënten vertegenwoordigt, mag niet worden onderschat.

Vergeleken met andere beleidskeuzes, zoals de aan de bedrijven toegekende bovenwettelijke voordelen, zou de terugbetaling van het remgeld geen zware gevolgen hebben voor het IMA.

Het is dus van belang dat die elementen in aanmerking worden genomen, vooral in een context waarbij de pandemie de sociale ongelijkheden doet toenemen.

Uit een studie van het IWEPS met Waalse steekproeven blijkt ook een grotere toegankelijkheid voor invalide patiënten en voor mensen met een handicap.

Mevrouw Dubois toont een tabel die vertrekt van de populatie met minstens één huisartsencontact, volgens leeftijd en recht op de verhoogde tegemoetkoming. Daaruit blijkt dat er qua zorgconsumptie geen groot verschil bestaat tussen wie in het forfaitaire systeem en wie per prestatie wordt verzorgd. Vastgesteld wordt wel dat de terugbetaling van het remgeld via het forfaitaire systeem leidt tot een betere toegankelijkheid tot de zorg voor de lagere middenklasse zonder recht op een verhoogde tegemoetkoming, voor wie het remgeld nog steeds een drempel vormt voor de toegang tot gezondheidszorg.

Het remgeld afschaffen zorgt ook voor een betere preventie. Voor de screening op baarmoederhalskanker betekent dit dat 5 % meer patiënten in het forfaitaire systeem worden onderzocht. Voor de screening op borstkanker komt dat neer op 15 % meer. Voor de griepvaccinatie bij de 65-plussers leidt dit tot een stijging van 23 tot 28 %. Er is ook sprake van een betere follow-up van de diabetici en van minder voorschriften voor antipsychotica en antidepressiva. Het ligt voor de hand dat die cijfers niet alleen aan de terugbetaling van het remgeld kunnen worden toegeschreven, maar toch gedeeltelijk.

Tot slot benadrukt de spreekster dat het belangrijk is de te verwachten besparingen en kosten voor het IMA te berekenen van de invoering van de terugbetaling voor de huisartsgeneeskunde, maar ook voor de fysiotherapie, de verpleegkunde, de algemene tandheelkunde en de psychosociale functie voor de gehele bevolking.

La philosophie des MM n'est pas qu'une philosophie d'accessibilité financière. Il s'agit d'une philosophie plus générale où l'éducation permanente, la promotion à la santé, la santé communautaire, le patient partenaire, le travail en équipe pluridisciplinaire, l'appartenance à une fédération, etc. sont autant d'éléments qui permettent aux prestataires de soins de mieux comprendre dans quel système de sécurité sociale ils travaillent, quelles sont les valeurs associées à leur métier et toute l'importance de travailler dans la prévention avec un contact plus direct avec son patient.

Le travail parlementaire devrait, selon Mme Dubois, avoir une vision plus globale sur le système de santé et ce que les MM peuvent apporter en termes d'alternatives plus sociales à ce système de santé.

### **8. Exposé du docteur Reinier Hueting (Cartel ASGB/GBO/MoDeS)**

Le docteur Reinier Hueting explique tout d'abord en quoi consiste le Cartel. Il s'agit de l'une des trois organisations représentatives des médecins officielles qui font partie de la Commission nationale médico-mutualiste de l'INAMI (ou Médico-mut).

Le Cartel ASGB/GBO/MoDeS est composé de trois membres: l'ASGB (*Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België*), le GBO (*Groupement Belge des Omnipraticiens*) et MoDeS (*Monde des Spécialistes*).

Lors des dernières élections médicales de 2018, le Cartel a obtenu 40,11 % des votes chez les médecins généralistes.

Le Cartel œuvre en faveur d'un système de soins de santé solidaire avec de faibles seuils qui garantissent des soins de qualité pour chaque patient. Une première ligne efficace et accessible, où les généralistes jouent un rôle crucial, garantit au patient de recevoir les soins adéquats, d'être pris en charge au bon endroit, par la bonne personne, au bon moment et moyennant un juste prix.

Malheureusement, on sait qu'en Belgique, de nombreux patients reportent les soins dont ils ont besoin pour des raisons financières. C'est pourquoi le Cartel encourage la suppression des tickets modérateurs pour les consultations et les visites à domicile des médecins généralistes et l'application généralisée obligatoire du régime du tiers payant pour les soins ambulatoires.

L'intervenant sait que certains peuvent se montrer réticents envers le terme "obligatoire", mais il sait, par

De filosofie van de wijkgezondheidscentra gaat niet alleen over financiële toegankelijkheid. Het betreft een algemenere filosofie waarin voortdurend leren, gezondheidsbevordering, gemeenschapsgezondheid, de patiënt als partner, multidisciplinair teamwerk, deel uitmaken van een federatie enzovoort allemaal elementen vormen die de zorgverstrekkers in de mogelijkheid stellen beter te begrijpen in welk sociaalzekerheidsstelsel ze werken, welke waarden met hun beroep verbonden zijn en in welke mate het belangrijk is om preventief te werken via een rechtstreekser contact met de patiënt.

Volgens mevrouw Dubois zouden de parlementaire werkzaamheden een alomvattendere visie moeten hebben op het gezondheidssysteem en op de rol die de wijkgezondheidscentra kunnen vervullen als socialere alternatieven voor dat gezondheidssysteem.

### **8. Uiteenzetting van dokter Reinier Hueting (Kartel ASGB/GBO/MoDeS)**

Dokter Reinier Hueting legt om te beginnen uit wat het Kartel is. Het is één van de drie officiële representatieve artsenorganisaties, die zetelen in de Nationale Commissie Artsen Ziekenfondsen van het RIZIV (of Medicomut).

Het Kartel ASGB/GBO/MoDeS telt drie leden: het ASGB (*Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België*), GBO (*Groupement Belge des Omnipraticiens*) en MoDeS (*Monde des Spécialistes*).

Bij de laatste medische verkiezingen in 2018 behaalde het Kartel 40,11 % van de stemmen bij de huisartsen.

Het Kartel ijvert voor een systeem van solidair gedragen gezondheidszorg met lage drempels dat kwaliteitsvolle zorg garandeert voor iedere patiënt. Een goed toegankelijke eerste lijn, waarin de huisarts een cruciale rol speelt, garandeert dat een patiënt de juiste zorg op de juiste plaats krijgt door de juiste persoon, op het juiste moment en aan een juiste prijs.

Omdat het helaas een bekend gegeven is dat vele mensen in België hun zorgvraag uitstellen om financiële redenen, is het Kartel voorstander van het afschaffen van remgelden voor consultaties en huisbezoeken door de huisarts en het verplicht veralgemenen van de derdebetalersregeling in de ambulante zorg.

De spreker beseft dat het woord "verplicht" sommigen tegen de borst kan stuiten, maar hij weet uit ervaring dat

expérience, qu'une bonne réglementation n'est acceptée que deux ou trois ans après sa mise en œuvre.

Le système actuel du ticket modérateur n'est plus d'aucune utilité et il représente même un réel obstacle pour certains. Il contribue uniquement à un cercle vicieux, justement pour ceux qui ont le plus besoin de soins. La généralisation obligatoire du système du tiers payant permet d'éviter l'arbitraire et la stigmatisation dans les soins de santé.

Par le passé, le Cartel a également déjà demandé de lever l'interdiction du système du tiers payant. Le Cartel avait demandé de ne pas intégrer cette interdiction dans le dernier arrêté royal relatif au régime du tiers payant. L'intervenant se réjouit que les mutualités, qui s'y étaient opposées auparavant, aient pris conscience qu'il était préférable de lever l'interdiction.

Une disposition relative à la suppression de cette interdiction figure dans l'accord médico-mutualiste 2020 et 2021<sup>20</sup> à la demande du Cartel. L'accord indique également que cela doit s'accompagner de mesures connexes afin de garantir une application correcte du tiers payant.

La suppression du ticket modérateur résoudra le problème du recours insuffisant à la médecine générale. Il ne s'agit donc en aucun cas de surconsommation.

Depuis la mise en place d'eFact, la généralisation du tiers payant n'entraîne plus aucune surcharge administrative pour les médecins. Le Cartel recommande cependant la suppression de l'obligation de fournir un document justificatif pour chaque consultation ou visite à domicile, si le patient n'a payé qu'un euro (comme actuellement) voire rien du tout, si le ticket modérateur n'est pas pris en compte. Cela n'est d'aucune utilité et engendre un gaspillage d'énergie et de papier, alors que la plupart des patients ne demandent pas de l'imprimer.

Le Cartel s'oppose au mécanisme de contrôle selon lequel le médecin généraliste doit lire la carte d'identité électronique des patients lors de chaque consultation. En effet, les personnes ne l'ont souvent pas sur elles. Le Cartel propose plutôt que les mutualités fournissent au patient, chaque trimestre, un récapitulatif clair et lisible des montants qui ont été versés par la mutualité aux médecins qui ont été consultés par le patient en question au cours des trois derniers mois. Cette mesure a une double fonction: premièrement, elle permet au patient de se rendre compte du coût réel des soins de santé et, deuxièmement, elle constitue un garde-fou contre

als iets een goed werkbare regel is het aanvaard wordt na twee à drie jaar.

Het huidige systeem van remgeld heeft geen enkele functie meer, behalve dat het voor sommigen een echte drempel is. Het werkt alleen perverse situaties in de hand, juist bij diegenen die het meest dringend zorg nodig hebben. Door de derdebetalersregeling verplicht te veralgemenen, worden willekeur en stigmatisering vermeden.

Het Kartel heeft er ook in het verleden al op aangedrongen het verbod op de derdebetalersregeling op te heffen. Bij de totstandkoming van het laatste koninklijk besluit over de derdebetalersregeling heeft het Kartel al aangedrongen om die verboden niet in te lassen. De spreker verheugt er zich over dat de mutualiteiten, die zich daar vroeger tegen verzetten, ook tot het inzicht zijn gekomen dat er beter geen verbod was geweest.

Op verzoek van het Kartel staat die opheffing in het akkoord artsen-ziekenfondsen van 2020 en 2021.<sup>20</sup> Het akkoord stelt evenwel dat dit dient gepaard te gaan met flankerende maatregelen die een correcte toepassing van de derdebetalersregeling kunnen verzekeren.

De opheffing van de derdebetalersregeling zal een correctie brengen van het ondergebruik in de huisartsgeneeskunde. Er is dus geen sprake van overconsumptie.

Sinds de invoering van eFact brengt de algemene invoering van de derdebetalersregeling geen administratieve overlast meer voor de artsen. Het Kartel dringt wel aan op het afschaffen van het verplicht afleveren van een bewijsstuk bij ieder consult of huisbezoek, als de patiënt (zoals nu) maar 1 euro heeft betaald of helemaal niets, als het remgeld niet wordt aangerekend. Dit heeft geen enkel nut, is pure energie- en papierverspilling, en de meeste patiënten vragen om het niet af te drukken.

Het Kartel verzet zich tegen het controlemechanisme waarbij de huisarts bij elke raadpleging de elektronische identiteitskaart van de patiënt moet inlezen. De mensen hebben die immers vaak niet bij. In plaats daarvan stellen zij voor dat de mutualiteit ieder trimester aan de patiënt een duidelijk leesbaar overzicht bezorgt met de bedragen die door de mutualiteit werden betaald aan de arts(en) die door de patiënt de laatste drie maanden geraadpleegd werd(en). Dit heeft een dubbele functie: ten eerste is de patiënt zich er op die manier van bewust wat de reële kosten van de gezondheidszorg zijn en ten tweede zal dit een barrière opwerpen voor misbruik

<sup>20</sup> [https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/akkoord\\_artsen\\_ziekenfondsen\\_2021.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/akkoord_artsen_ziekenfondsen_2021.pdf), punt 4.1, p.11

<sup>20</sup> [https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/akkoord\\_artsen\\_ziekenfondsen\\_2021.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/akkoord_artsen_ziekenfondsen_2021.pdf), punt 4.1, p.11

les abus des médecins, qui pourraient être tentés de profiter du système. En outre, les mutuelles peuvent facilement détecter les éventuels abus des médecins grâce aux outils électroniques actuels.

Selon le Cartel, la suppression du ticket modérateur et la généralisation du tiers payant ne suffisent pas. Ces mesures doivent faire partie d'un ensemble plus large. Dès lors, le Cartel estime que chaque citoyen en Belgique devrait être obligé d'avoir un médecin généraliste de référence et un dossier médical global (DMG). Cela ne doit pas nécessairement être compliqué à mettre en place. L'intervenant se réfère d'ailleurs à la proposition du Dr. Drielsma. Les expériences dans d'autres pays démontrent que réorganiser la première ligne de soins de cette manière est très bénéfique sur le plan de la prévention, mais permet également d'éviter le recours inapproprié à la deuxième ligne de soins et l'hospitalisation d'urgence.

Réduire les obstacles engendrera une augmentation considérable des contacts entre le patient et son médecin généraliste parce que cela permettra d'éviter les reports de soins et de favoriser un recours approprié à la première ligne de soins (par exemple, pour les suivis gynécologiques). Pour pouvoir mettre cela en place et y faire face avec le nombre actuel de médecins généralistes, il est urgent de leur apporter un meilleur soutien professionnel: les autorités devraient non seulement financer l'aide administrative, mais également les assistants, les infirmiers auxiliaires ou les responsables. Cela rendrait la médecine générale plus attrayante et permettrait de garantir un médecin généraliste de référence à chaque citoyen belge.

En outre, il faut pouvoir garantir un "trajet de soins conventionné" aux patients lorsqu'ils sont redirigés vers des spécialistes. Si le patient est redirigé par un médecin conventionné, il faut lui garantir que les examens ou traitements ultérieurs seront également pratiqués par des spécialistes conventionnés. Tout patient a le droit de recevoir des soins de qualité, même s'il ne peut se permettre de souscrire une assurance hospitalisation.

Afin d'améliorer l'accès à la deuxième ligne de soins et parvenir à réduire, voire supprimer le ticket modérateur, le Cartel demande de relancer le système de l'échelonnement soft. Certains obstacles ont toujours entravé le bon fonctionnement du système. C'est le cas de la facture et de l'attestation de soins, qui devaient être fournies à la mutualité. Le médecin généraliste devrait pouvoir informer la mutualité qu'il a redirigé un patient vers un spécialiste par le biais d'une simple notification électronique via MyCareNet. En outre, le système devrait

door artsen, die anders in de verleiding zouden kunnen komen het systeem "te gretig" te gebruiken. Eventueel misbruik door artsen is verder perfect op te sporen door de mutualiteiten, met de huidige elektronische middelen.

Volgens het Kartel volstaan de afschaffing van remgelden en het algemeen invoeren van de derdebetalersregeling niet. Deze maatregelen moeten passen in een groter geheel. Zo vindt het Kartel dat iedere inwoner in België verplicht een vaste huisarts en een Globaal Medisch Dossier (GMD) moet hebben. De organisatie hiervan hoeft niet zo moeilijk te zijn. De spreker verwijst hierbij naar het voorstel van Dr. Drielsma. Ervaringen in het buitenland tonen aan dat dergelijke organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg een grote meerwaarde heeft op het vlak van preventie, maar ook op het voorkomen van oneigenlijk gebruik van tweedelijnszorg en spoedopname.

Het verlagen van de drempels zal door het verdwijnen van uitgestelde zorg en een gepaster gebruik van de eerstelijnszorg (bijvoorbeeld voor gynaecologisch opvolgingen) aanleiding geven tot aanzienlijk meer patiëntcontacten bij de huisarts. Om dit te kunnen opvangen met het bestaande aantal huisartsen is dringend méér professionele ondersteuning van de huisarts nodig: niet alleen administratieve hulp, maar ook praktijkassistenten, praktijkverpleegkundigen of praktijkmanagers moeten door de overheid worden gefinancierd. Hiermee zou de huisartsengeneeskunde ook aantrekkelijker worden en zal het mogelijk zijn om voor iedere inwoner in België een vaste huisarts te garanderen.

Daarnaast moet het bij doorverwijzing naar specialistische geneeskunde mogelijk zijn een "conventietraject" te garanderen aan een patiënt. Als de patiënt wordt doorverwezen door een arts die de conventietarieven toepast, moet de garantie bestaan dat verdere onderzoeken of behandelingen door andere specialisten ook allemaal aan conventietarieven kunnen gebeuren. Iedere patiënt heeft recht op de meest kwalitatieve zorg, ook als hij zich geen hospitalisatieverzekering kan permitteren.

Om de toegankelijkheid in de tweedelijnszorg te verbeteren en te kunnen komen tot een vermindering en hopelijk zelfs afschaffing van het remgeld, pleit het Kartel ervoor om de *soft* echeloning te "reanimeren". Enkele hinderpalen hebben er altijd voor gezorgd dat het systeem niet goed functioneerde. Dat is het geval van het briefje dat, samen met het getuigschrift voor verstrekte hulp, aan de mutualiteit moest worden bezorgd. Met een eenvoudige elektronische notificatie via MyCarenet moet de huisarts aan de mutualiteit kunnen laten weten dat



être étendu à tous les domaines de spécialisation et valable pour plusieurs consultations par an.

En conclusion, l'intervenant estime que si l'on appliquait la suppression du ticket modérateur et la généralisation du régime du tiers payant dans un système de soins de santé où le médecin généraliste joue un rôle central, on parviendrait alors à améliorer considérablement le trajet de soins des patients et éviter le report de soins pour des raisons financières.

## B. Questions et observations des membres

*Mme Kathleen Depoorter (N-VA)* souhaiterait tout d'abord connaître le délai de paiement pour le régime du tiers payant.

Depuis la précédente législature, il existe une réglementation pour le remboursement des implants auditifs. Les associations de patients notent que les appareils auditifs de type BAHA sont onéreux. Existe-t-il des études sur lesquelles nous pourrions nous baser pour la mise en place d'un remboursement des appareils auditifs?

Certains intervenants estiment que nous devrions nous concentrer davantage sur la prévention que sur la gratuité des soins médicaux. La prévention est une compétence qui relève toujours des entités fédérées. Existe-t-il un moyen d'associer la prévention au DMG? En effet, la prévention n'est pas suffisamment abordée lors des formations.

Dans le cadre du maximum à facturer, l'intervenante évoque ensuite une étude menée par l'organisme "Kom op tegen kanker". Cet organisme estime que le cancer, en tant que maladie chronique, peut plonger les patients dans la précarité ou que ces derniers peuvent rencontrer des difficultés à payer leurs factures. Est-il possible de détecter les abus? En tant que pharmacienne, elle constate qu'en fin d'année, des personnes viennent parfois chercher leurs médicaments pour six mois. Cependant, si le traitement est modifié au bout de deux mois, cette dépense aura représenté un coût pour l'assurance maladie, mais n'aura, dans le même temps, rien apporté au patient. Peut-on résoudre ce problème? Dispose-t-on d'une vue d'ensemble de cette mauvaise utilisation des moyens publics en ce qui concerne les médicaments, mais également pour d'autres traitements auxquels on peut appliquer le maximum à facturer?

Dans son étude sur l'accès aux soins<sup>21</sup>, le KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) indique que le

<sup>21</sup> <https://annualreport.kce.be/2019/nl/toegankelijkheid-van-de-zorg/>

hij een patiënt heeft doorverwezen naar een specialist. Bovendien zou het systeem moeten worden uitgebreid naar alle specialiteiten en voor meerdere consultaties per jaar.

Samengevat, meent de spreker dat indien de afschaffing van het remgeld en het veralgemenen van de derdebetalersregeling zouden worden toegepast in een systeem van gezondheidszorg waarbij de huisarts een cruciale rol vervult, een veel beter traject voor de patiënten tot stand kan komen en het uitstellen van zorg om financiële redenen kan worden weggewerkt.

## B. Vragen en opmerkingen van de leden

*Mevrouw Kathleen Depoorter (N-VA)* wil om te beginnen graag weten wat de termijn van uitbetaling is bij de derdebetalersregeling.

Sinds de vorige zittingsperiode bestaat er een regelgeving voor de terugbetaling van hoorimplantaten. Patiëntenorganisaties merken op dat BAHA-hoorapparaten duur zijn. Bestaan er studies waarop men zich zou kunnen baseren voor de invoering van een terugbetaling van die hoorapparaten?

Volgens sommige sprekers zou men beter inzetten op preventie dan op gratis geneeskunde. Preventie is nog altijd een bevoegdheid van de deelstaten. Bestaat er een mogelijkheid om preventie te koppelen aan de GMD's? Preventie komt in opleidingen immers te weinig aan bod.

In het kader van de maximumfactuur verwijst de spreker vervolgens naar een studie van "Kom op tegen kanker". Die stelt dat kanker, als chronische ziekte, aanleiding kan geven tot armoede of tot het moeilijk kunnen betalen van de facturen. Kunnen misbruiken worden vastgesteld? Als apotheker stelt ze vast dat op het einde van het jaar mensen soms voor zes maanden hun medicatie komen halen. Als na twee maanden dat medicatieschema echter wijzigt, had die besteding voor de ziekteverzekering een kostprijs en voor de patiënt geen meerwaarde. Kan daaraan worden tegemoetgekomen? Heeft men zicht op dat niet optimaal gebruik van openbare middelen voor wat medicatie betreft, maar ook voor andere behandelingen die onder die maximumfactuur zouden kunnen vallen?

In zijn studie rond toegankelijkheid<sup>21</sup> van zorg stelt het KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg)

<sup>21</sup> <https://annualreport.kce.be/2019/nl/toegankelijkheid-van-de-zorg/>

taux d'activité des ménages qui ne peuvent suivre les soins dont ils ont besoin pour des raisons financières est moins élevé que chez les patients qui sont en mesure de s'offrir les soins nécessaires. Comment le secteur des soins de santé peut-il répondre à ce problème? En effet, les patients qui participent à la société se sentent souvent mieux dans leur peau.

Quand un patient consulte un médecin conventionné qui le redirige vers un spécialiste, le patient peut généralement vérifier si ce dernier est conventionné ou non. Il arrive que le patient n'ait pas la possibilité de choisir. Serait-il envisageable que, lorsqu'un patient consulte un médecin conventionné, les examens complémentaires nécessaires demandés par ce médecin soient automatiquement pratiqués au tarif conventionné ou que le patient puisse être redirigé vers un spécialiste conventionné?

L'intervenante estime que la transparence sur les suppléments d'honoraires revêt une importance majeure. Des mécanismes permettant de renforcer cette transparence existent-ils?

Mme Depoorter se demande ensuite quel serait le budget nécessaire afin d'octroyer la gratuité de la première ligne de soins psychologiques aux enfants. L'étude du KCE, sur laquelle se base la présente proposition de loi, indique qu'il y a peu de données relatives à l'utilisation des besoins en matière de soins chez les enfants et les jeunes de moins de 18 ans. Ne serait-il pas possible de mener d'abord une étude approfondie à ce sujet, à moins que le besoin actuel n'exige une action urgente? Dispose-t-on d'autres données à ce sujet?

Même si de nombreux progrès ont déjà été réalisés en matière d'accès aux soins dentaires, les patients s'inquiètent parfois des interventions à réaliser et du coût de ces dernières. Ne serait-il pas judicieux d'instaurer un dossier global des soins dentaires qui permet aux patients de mieux s'informer sur les prix des interventions? Enfin, des évaluations démontrent-elles que la gratuité des soins dentaires offre à tous les publics un meilleur suivi dans ce domaine?

Mme Fanny Dubois évite de parler de gratuité des soins, car il est, selon elle, primordial que les patients soient conscients que ces soins ne sont pas gratuits. Dans un souci de sensibilisation, fournit-elle aux patients un aperçu du coût que représentent leurs besoins en matière de soins?

L'intervenante soutient l'idée d'un DMG pour tous. Le docteur Reinier Hueting demande également l'obligation de déterminer un médecin traitant. Quelles conditions doivent être remplies pour que le patient puisse changer

dat de activeringsgraad bij gezinnen die om financiële redenen niet aan de zorgnood kunnen voldoen minder groot is dan bij patiënten waar de zorgnood wel wordt ingevuld. Hoe kan daar vanuit de zorg aan worden tegemoetgekomen? Patiënten die deelnemen aan de maatschappij voelen zich immers vaak beter in hun vel.

Wanneer een patiënt zich begeeft naar een geconventioneerde arts en wordt doorverwezen, kan de patiënt meestal nagaan of een specialist geconventioneerd is of niet. Soms heeft de patiënt die keuze niet. Is het denkbaar dat wanneer een patiënt naar een geconventioneerde arts gaat, de daaruit volgende onderzoeken automatisch onder conventie zouden moeten vallen of dat de patiënt zou moeten kunnen worden doorverwezen naar een geconventioneerde specialist?

De spreker vindt dat transparantie over de ereloon-supplementen heel belangrijk is. Bestaan er mechanismen om die transparantie te verhogen?

Mevrouw Depoorter vraagt zich vervolgens af welk budget gratis eerstelijnspsychologie bij kinderen zou vereisen. De studie van het KCE waarop het huidige wetsvoorstel is gestoeld stelt dat er weinig gegevens zijn over het benutten van de zorgnoden bij kinderen en jongeren onder 18 jaar. Zou het geen optie zijn om dat eerst grondig te onderzoeken of vereist de nood vandaag dat er dringend wordt ingegrepen? Of bestaan er andere data hieromtrent?

Hoewel al veel gewerkt is aan de toegankelijkheid van tandzorg maken patiënten zich soms zorgen over de ingrepen en de kostprijs ervan. Zou het geen idee zijn om een globaal dentaal dossier in te voeren waarbij de patiënten beter ingelicht worden over de kostprijzen? Bestaan er eigenlijk evaluaties die aantonen dat gratis tandzorg ook resulteert in een betere tandzorg voor alle doelgroepen?

Mevrouw Fanny Dubois vermijdt te spreken over gratis zorg omdat ze het belangrijk vindt dat de patiënten moeten weten dat deze zorg niet gratis is. Geeft zij aan de patiënten, om die bewustwording te bewerkstelligen, een overzicht van de kostprijzen van hun zorgnoden?

De spreker is voorstander van een GMD voor iedereen. Dokter Reinier Hueting pleitte ook voor een vaste huisarts. Aan welke voorwaarden moet worden voldaan vooraleer de patiënt kan veranderen van huisarts? Wat

de médecin généraliste? Qu'en est-il du recours à un autre avis médical lorsqu'un patient n'est pas convaincu du diagnostic de son médecin?

Les questions suivantes s'inspirent du rapport 334A du KCE.<sup>22</sup> Comment expliquer que la proportion de patients n'ayant pas recours aux soins dont ils ont besoin pour des raisons financières soit plus élevée chez les patients qui sont inscrits en maison médicale? Comment les changements relatifs au ticket modérateur influencent-ils le comportement des patients? Pourquoi certains soins, qui sont pourtant presque gratuits aujourd'hui, ne font-ils pas l'objet d'un meilleur suivi par les patients? L'intervenante pense précisément aux soins bucco-dentaires préventifs et curatifs jusqu'à l'âge de 18 ans. Comment l'accès aux soins influence-t-il le comportement des patients sur le long terme?

Selon *Mme Laurence Zanchetta (PS)* le témoignage de M. Johan Vanherweghen prouve à quel point l'accès aux soins de santé pour une majorité de personnes est extrêmement difficile. Le groupe PS plaide pour une meilleure accessibilité de soins de santé de première ligne, spécifiquement chez le médecin généraliste.

Si notre système de soins de santé prévoit déjà des mécanismes pour protéger les personnes les plus fragiles et permettre à chacun de se faire soigner, force est de constater que les citoyens ont de plus en plus tendance à reporter les soins de santé. De ce fait, plus on reporte les soins de santé, plus la facture risque d'être salée. En effet, la prévention permet de réaliser de grandes économies.

L'intervenante souligne les pistes intéressantes mises en avant par les intervenants pour améliorer le tiers payant et la prise en charge des soins pour les jeunes, notamment les soins de santé mentale, particulièrement préoccupante en cette période de pandémie.

En ce qui concerne la proposition de loi à l'étude, l'intervenante s'inquiète des aspects techniques et opérationnels des mesures.

*Mme Dominiek Sneppe (VB)* se pose la question suivante: si le tiers payant n'est pas rendu obligatoire, comment va-t-on déterminer les personnes qui peuvent en bénéficier et celles qui ne peuvent pas?

<sup>22</sup> De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_334A\\_Billijkheid\\_Belgisch\\_gezondheidssysteem\\_Synthese.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf)

met de *second of third opinions* wanneer een patiënt zich niet comfortabel voelt bij een diagnose?

Volgende vragen zijn geïnspireerd door het rapport 334As van het KCE.<sup>22</sup> Hoe komt het dat het aandeel van patiënten met onvervulde zorgbehoeften om financiële redenen hoger ligt bij patiënten die ingeschreven zijn bij de wijkgezondheidscentra? Welke gedragseffecten brengen remgeldveranderingen met zich mee? Waarom resulteren bepaalde vorm van zorg die nu zo goed als gratis zijn niet in een meer kwalitatieve opvolging van de zorg van de patiënt? De spreekster denkt hierbij concreet aan de preventieve en curatieve mondzorg tot 18 jaar. Welke gedragseffecten op lange termijn brengt de toegankelijkheid van zorg met zich mee?

*Mevrouw Laurence Zanchetta (PS)* is van oordeel dat uit de getuigenis van de heer Johan Vanherweghen blijkt hoe moeilijk de toegang tot de gezondheidszorg voor het merendeel van de mensen is. De PS-fractie roept op tot toegankelijker eerstelijnsgezondheidszorg, in het bijzonder bij de huisarts.

Hoewel het Belgische gezondheidszorgsysteem al voorziet in mechanismen om de meest kwetsbare mensen te beschermen en om iedereen in de mogelijkheid te stellen te worden verzorgd, kan men niet om de vaststelling heen dat de burgers steeds meer geneigd zijn om de gezondheidszorg uit te stellen. Daaruit vloeit voort dat hoe meer de gezondheidszorg wordt uitgesteld, hoe hoger de rekening dreigt te worden. Dankzij preventie kan immers enorm worden bespaard.

De spreekster benadrukt de interessante mogelijkheden waarop de gastsprekers hebben gewezen om het derdebetalerssysteem en de tenlasteneming van de zorg voor de jongeren te verbeteren, met name inzake de geestelijke gezondheidszorg. Wat dat betreft heeft de huidige pandemie voor een bijzonder verontrustende evolutie gezorgd.

De spreekster wijst erop dat de technische en operationele aspecten van de in het voorliggende wetsvoorstel vervatte maatregelen haar zorgen baren.

Indien de derdebetalersregeling niet verplicht wordt, hoe wordt dan bepaald wie wel van een derdebetalersregeling geniet en wie niet, vraag *mevrouw Dominiek Sneppe (VB)* zich af.

<sup>22</sup> De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_334A\\_Billijkheid\\_Belgisch\\_gezondheidssysteem\\_Synthese.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf)

Le Dr. Reinier Hueting (Cartel) avait proposé que les mutualités soient chargées de repérer les éventuels abus du système du tiers payant. Que pense le CIN de cette idée?

Mme Regina De Paepe (CIN) propose de miser sur les médecins conventionnés. Qu'entend-elle exactement par-là? Pourquoi certains médecins sont-ils conventionnés et pas d'autres? Comment les tarifs fixés par la convention sont-ils contrôlés?

Ensuite, l'intervenante demande ce que pense le Réseau belge de lutte contre la pauvreté de l'obligation de déterminer un médecin traitant. Est-ce conforme à l'article 6 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient selon lequel le patient a droit au libre choix du praticien professionnel et a le droit de modifier son choix? Le DMG doit-il et peut-il devenir obligatoire? L'intervenante soutient la proposition du Dr. Pierre Drielsma à cet égard. Que pensent les autres intervenants de la méthode proposée?

Ensuite, Mme Sneppe se demande s'il est bien réaliste de demander que la suppression du ticket modérateur ne soit pas récupérée ailleurs. En effet, rien n'est véritablement gratuit. Toute gratuité octroyée est récupérée ailleurs. Envisage-t-on plutôt d'injecter des ressources financières supplémentaires dans le secteur des soins de santé afin de compenser cette mesure?

L'intervenante demande des précisions concernant le système forfaitaire. Est-il encore d'application actuellement ou a-t-il été supprimé?

Elle souhaiterait également connaître la fonction initiale du ticket modérateur. S'il n'est plus d'aucune utilité, comme l'affirme le Dr. Reinier Hueting, pourquoi n'a-t-il pas été supprimé depuis longtemps? La suppression du ticket modérateur revient-elle au législateur?

Existe-t-il des différences régionales concernant le nombre de patients qui ont un DMG, les médecins conventionnés et l'application du tiers payant?

Mme Sofie Merckx (PVDA-PTB) explique que la première pratique de groupe de Médecine pour le Peuple fête précisément ses 50 ans. Même si l'on note encore une certaine réticence et qu'il y a encore du pain sur la planche avant de convaincre tout le monde, elle trouve intéressant de constater qu'aujourd'hui de nombreux médecins appliquent et défendent l'idée d'un accès complet à la première ligne de soins (notamment dans les maisons médicales). Elle estime que cette méthode constitue un modèle pour l'avenir et espère pouvoir travailler davantage à son développement tant sur le terrain qu'au sein de ce parlement.

Dr. Reinier Hueting (Kartel) had voorgesteld om eventueel misbruik van de derdebetalersregeling door de mutualiteiten te laten opsporen. Wat vindt het NIC van dit idee?

Mevrouw Regina De Paepe (NIC) stelt voor om in te zetten op geconventioneerde artsen. Hoe ziet ze dat precies? Waarom is de ene arts wel geconventioneerd en de andere niet? Hoe worden de conventietarieven gecontroleerd?

Daarna vraagt de spreker wat het *Belgian Anti-Poverty Network* vindt van de verplichting van een vaste huisarts. Hoe sluit dit aan bij artikel 6 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt dat stelt dat de patiënt recht heeft op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar en recht op wijziging van deze keuze? Moet en kan het GMD worden verplicht? De spreker steunt het voorstel van Dr. Pierre Drielsma hieromtrent. Wat vinden de andere sprekers over de voorgestelde werkwijze?

Vervolgens vraagt mevrouw Sneppe zich af of het wel realistisch is te vragen dat de afschaffing van het remgeld niet elders wordt teruggevorderd. Gratis bestaat immers niet. Als iets gratis is, wordt het elders weer vandaan gehaald. Denkt men dan eerder aan een bijkomende injectie van financiële middelen in de gezondheidszorg om die maatregel op te vangen?

De spreker vraagt dan om verduidelijking in verband met de forfaitaire praktijk. Is die nu afgeschaft of niet?

Ze wil ook graag weten wat de oorspronkelijke functie van remgeld was. Waarom is dat niet al lang afgeschaft als het geen functie meer heeft, zoals Dr. Reinier Hueting stelt? Komt het de wetgever toe om het remgeld af te schaffen?

Zijn er regionale verschillen in het aantal patiënten met een GMD, bij de geconventioneerde artsen en bij het toepassen van de derdebetalersregeling?

Mevrouw Sofie Merckx (PVDA-PTB) legt uit dat de eerste groepspraktijk van Geneeskunde voor het Volk precies 50 jaar geleden is opengegaan. Hoewel er nog enige weerstand is en er werk aan de winkel is om iedereen te overtuigen, vindt ze het interessant te zien hoe vele artsen tegenwoordig het idee van volledige toegankelijkheid van de eerstelijnszorg toepassen (onder andere in wijkgezondheidscentra) en verdedigen. Ze beschouwt deze werkwijze als een model voor de toekomst en hoopt er zowel op het terrein als in het Parlementaan verder te kunnen werken.

Selon les calculs de l'INAMI, le financement de la mesure proposée devrait coûter 154 millions d'euros. Cette somme semble certes considérable, souligne l'intervenante, mais cela ne représente pas grand-chose en comparaison avec le budget global de l'INAMI (30 milliards d'euros). En outre, le budget consacré aux spécialistes est 4 à 5 fois supérieur à celui des médecins généralistes (1 milliard d'euros). L'intervenante le perçoit comme un investissement dans la première ligne de soins qui peut, en outre, contribuer à l'attractivité du métier. À cet égard, elle souhaite également que les mesures favorisant l'accès à la première ligne de soins s'accompagnent d'un investissement efficace dans la médecine générale. Il n'appartient pas aux médecins généralistes de simplement laisser tomber le ticket modérateur, comme c'est souvent le cas aujourd'hui.

L'étude du KCE sur l'équité (voir note de bas de page N°7) indique qu'un tiers des personnes vivant dans la pauvreté ne bénéficient pas de l'intervention majorée. L'intervenante est choquée par ce constat. L'observe-t-on également sur le terrain? Ceux qui bénéficient de l'intervention majorée ont un accès relativement aisé aux soins de santé, même si les médecins et les maisons médicales n'appliquent pas tous le système du tiers payant.

Certains intervenants ont évoqué les potentiels abus liés à la gratuité des prestations des médecins généralistes et ont formulé des propositions afin de lutter contre de tels abus. L'intervenante estime également que les potentiels abus ne peuvent constituer une raison pour sanctionner les patients qui n'ont pas accès aux soins de santé.

La crise sanitaire a soudainement permis de mettre en place les téléconsultations. Il s'agit en quelque sorte de "médecine gratuite". Des abus ont-ils été constatés à ce niveau?

M. *Robby Decaluwé (Open Vld)* indique que tout le monde souhaite favoriser l'accès aux soins de santé. Il doit s'agir de soins abordables et de qualité. La question est de savoir comment atteindre cet objectif au mieux. En Belgique, il existe de nombreux mécanismes de solidarité qui permettent de rendre ces soins abordables. Néanmoins, d'autres étapes peuvent encore être franchies en la matière.

Les choses gratuites ne sont pas toujours appréciées à leur juste valeur. Si l'on instaure la gratuité des soins de santé, les personnes seront-elles encore capables de se rendre réellement compte de la valeur de ces derniers? Ne court-on pas le risque que les patients ne respectent pas leurs rendez-vous, justement parce que c'est gratuit? Si les soins médicaux sont onéreux, ils

Het RIZIV heeft uitgerekend dat de financiering van de voorgestelde maatregelen 154 miljoen euro zou kosten. Dat lijkt veel geld, zegt de spreker, maar in vergelijking met het globale budget van het RIZIV (30 miljard euro) is dat geen grote som. Bovendien is het budget dat voorzien is voor specialisten 4 à 5 keer hoger dan het huisartsenbudget (1 miljard euro). De spreker ziet het als een investering in de eerstelijnszorg, die bovendien kan bijdragen aan de aantrekkelijkheid van het beroep. In die zin pleit ze er ook voor dat het toegankelijk maken van de eerstelijnszorg gepaard zou gaan met een effectieve investering in de huisartsengeneeskunde. Het is niet aan de huisarts om het remgeld gewoon te laten vallen, zoals dat vandaag vaak het geval is.

De studie van het KCE over billijkheid (zie voetnoot 7) stelt dat een derde van de mensen die in armoede leven geen RVT-statuut hebben. Daar schrok de spreker van. Wordt dat ook op het terrein vastgesteld? Voor wie het RVT-statuut heeft, is er een redelijk goede toegankelijkheid van de gezondheidszorg, al zijn er niet overal wijkgezondheidscentra of artsen die de derdebetalersregeling toepassen.

Een aantal sprekers hebben gewezen op het mogelijk misbruik van gratis huisartsenprestaties en voorstellen gedaan om die fraude te bestrijden. De spreker vindt evenwel dat mogelijk misbruik geen reden mag zijn om patiënten te straffen die geen toegang hebben tot gezondheidszorg.

Door de sanitaire crisis is teleconsultatie plots ingevoerd. Dat is een vorm van "gratis" geneeskunde. Worden daar misbruiken vastgesteld of niet?

*De heer Robby Decaluwé (Open Vld)* stelt dat iedereen streeft naar toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Het moet daarbij om kwalitatieve en betaalbare zorg gaan. De vraag is hoe we dat het best bereiken. In België bestaan er heel wat solidariteitsmechanismen om die zorg betaalbaar te maken. Daarin kunnen nog stappen vooruit worden gezet.

Zaken die gratis zijn worden niet altijd naar waarde geschat. Als de gezondheidszorg gratis wordt gemaakt, zal de waarde ervan nog voldoende duidelijk aan de mensen kunnen worden meegegeven? Loopt men niet het risico dat patiënten hun afspraken niet nakomen omdat het toch gratis is? Geneeskunde is kostbaar maar het heeft ook een belangrijke kostprijs voor de overheid.

représentent également un coût important pour les autorités. Les citoyens doivent en être également conscients. Ne devrait-on pas craindre que le coût des soins de santé devienne une donnée inconnue?

La gratuité des soins de santé n'engendre pas nécessairement une augmentation de la consommation des soins en question. Par exemple, la gratuité des soins dentaires préventifs pour les moins de 18 ans n'a pas provoqué une augmentation des visites chez le dentiste pour ce groupe-cible. Cependant, certains intervenants pensent que si l'on supprime le ticket modérateur, les personnes qui ont besoin de consulter un généraliste seront plus enclines à prendre rendez-vous. L'intervenant estime qu'il n'y a pas assez d'arguments pour soutenir ce point de vue. Il semble que peu d'études, voire aucune, ne confirme cela. Comment peut-on approfondir les recherches à ce sujet?

Dans l'un de ses derniers rapports, Zorgnet-Icuro indique que les personnes qui ne consultent pas de psychologue ne le font pas pour des raisons financières, mais parce qu'elles estiment ne pas avoir besoin des services de santé mentale. Ce raisonnement peut-il également s'appliquer aux soins de santé au sens large?

L'intervenant estime que les 154 millions d'euros nécessaires à la suppression du ticket modérateur représentent une somme considérable. Ces ressources doivent être utilisées judicieusement et efficacement. Si les intervenants étaient ministre de la Santé publique et devaient prendre une initiative afin d'améliorer l'accès aux soins, et ce, avec un montant de 154 millions d'euros, à quoi consacraient-ils ce budget?

Enfin, l'intervenant demande comment résoudre le problème du (dé)conventionnement et, surtout, comment encourager les spécialistes à se conventionner malgré tout.

Comme le Dr. Roel Van Giel, Mme Regina De Paepe (CIN) souhaite lever l'interdiction du tiers payant, mais pas le rendre obligatoire. Mme De Paepe a fait le lien avec les prestataires de soins conventionnés. Mme *Gitta Vanpeborgh (s.pa)* demande davantage de précisions sur le sujet.

La suppression du ticket modérateur est coûteuse. C'est pourquoi le CIN et le Gezinsbond préconisent la gratuité des soins de santé de préférence pour les moins de 18 ans. Le Réseau belge de lutte contre la pauvreté soutient également cette idée. Cette mesure n'implique pas l'obligation de déterminer un médecin traitant et de posséder un DMG. N'est-il pas dans l'intérêt de ce groupe-cible que cela soit tout de même mis en place?

Daar moeten mensen zich ook bewust van zijn. Leeft de vrees niet dat de kostprijs van gezondheidszorg een onbekende factor zou worden?

Gratis gezondheidszorg leidt niet noodzakelijk tot meer consumptie van die zorg. Zo heeft gratis preventieve tandzorg voor minderjarigen er niet voor gezorgd dat die doelgroep meer naar de tandarts gaat. Sommige sprekers stellen echter dat als het remgeld wordt afgeschaft, mensen die het nodig hebben sneller naar de huisarts zullen gaan. De spreker mist onderbouwing van dat standpunt. Er blijken weinig of geen studies te zijn die dit bevestigen. Hoe kan dit onderzocht worden?

In één van zijn laatste verslagen stelt Zorgnet-Icuro dat mensen die niet naar de psycholoog gaan dat niet doen wegens de kostprijs maar omdat ze denken dat ze geen nood hebben aan geestelijke-gezondheidszorg. Kan die redenering ook niet toegepast worden op gezondheidszorg in de brede zin?

De spreker vindt 154 miljoen euro voor het afschaffen van het remgeld veel geld. Die middelen moeten op een zinvolle en efficiënte manier worden ingezet. Als de sprekers minister van Volksgezondheid waren en een initiatief moesten nemen om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren met 154 miljoen euro, waaraan zouden zij dat budget besteden?

Tot slot vraagt de spreker hoe het probleem van (de)conventionering kan worden opgelost en vooral hoe specialisten kunnen worden aangezet om zich toch te conventioneren.

Net als Dr. Roel Van Giel pleit mevrouw Regina De Paepe (NIC) voor de opheffing van het verbod van de derdebetalersregeling, niet voor de verplichting ervan. Mevrouw De Paepe heeft hierbij de link gemaakt met de geconventioneerde gezondheidsverstrekkers. *Mevrouw Gitta Vanpeborgh (s.pa)* vraagt hier meer verduidelijking over.

Het remgeld afschaffen is kostelijk. Daarom pleiten het NIC en de Gezinsbond om gratis gezondheidszorg bij voorkeur aan min 18-jarigen toe te kennen. Dat werd ook benadrukt door het Belgian Anti-Poverty Network. Deze maatregel is niet gekoppeld aan een vaste huisarts en een GMD. Is het niet in het belang van die doelgroep dat dat toch gebeurt?

Mme Vanpeborgh demande également aux intervenants quels choix ils feraient s'ils étaient ministre de la Santé publique et qu'ils avaient dès lors un budget à respecter.

Plusieurs intervenants ont indiqué que ces obligations inquiétaient les médecins. Pourquoi?

Mme Fanny Dubois et le Dr. Reinier Hueting défendent la suppression du ticket modérateur et l'obligation du régime du tiers payant. D'autres intervenants soulignent que des études sur le sujet sont primordiales. Les deux intervenants estiment-ils que de telles études sont superflues?

Enfin, le vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Frank Vandebroucke, indique dans sa note de politique générale que de nombreuses initiatives ont déjà été prises et sont encore prises dans les administrations de soins de santé afin de réduire la facture des patients. Les intervenants sont-ils au courant de ces initiatives? Prennent-ils ces informations en compte dans les débats sur l'accès aux soins de santé?

### C. Réponses des orateurs invités

*Mme Regina De Paepe (CIN)* indique que les conditions d'obtention d'un appareil auditif de type BAHA ont été adaptées depuis le 1<sup>er</sup> février 2019. Pour les moins de 18 ans, le remboursement est passé de 100 euros à 1600 euros, sans quote-part personnelle. En cas de remplacement de l'appareil, le remboursement est passé à 1100 euros. Pour les 18-65 ans, le remboursement est passé à 747 euros, avec une quote-part personnelle de 46 euros.

Ensuite, l'intervenant souligne qu'une visite chez le médecin peut également avoir un impact préventif. De nombreux traitements préventifs figurent également dans la nomenclature des prestations de santé.

Il est vrai qu'en général, le taux d'activité est souvent faible chez les personnes qui ne peuvent bénéficier des soins dont elles ont besoin. La perte d'un emploi se répercute effectivement sur les revenus, mais il arrive aussi que l'on bénéficie automatiquement d'un régime préférentiel lorsque l'on devient chômeur. Les mutualités tentent d'inciter les personnes à reprendre le travail. Elles se concentrent sur la réintégration des malades de longue durée. Des contacts ont également été pris avec les services de l'emploi.

Ensuite, Mme De Paepe aborde la question de la réorientation du patient par le médecin généraliste vers un spécialiste non conventionné. Une initiative a déjà été

Mevrouw Vanpeborgh vraagt ook aan de sprekers welke keuzes ze zouden maken indien ze morgen minister van Volksgezondheid waren met een budget waar ze niet van mogen afwijken.

Verschillende sprekers hebben gesteld dat dokters zenuwachtig worden van verplichtingen. Waarom is dat?

Mevrouw Fanny Dubois en Dr. Reinier Hueting verdedigen de afschaffing van het remgeld en een verplichte derdebetalersregeling. Andere sprekers stelden dat studies hieromtrent belangrijk zijn. Vinden beide sprekers die studies overbodig?

Uit de beleidsnota van vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Frank Vandebroucke, blijkt ten slotte dat er al een flink aantal initiatieven genomen zijn en nog steeds lopen in gezondheidsadministraties om de patiëntenfactuur te verlagen. Zijn de sprekers daarvan op de hoogte? Nemen ze die info mee in de debatten over toegankelijkheid van gezondheidszorg?

### C. Antwoorden van de genodigde sprekers

*Mevrouw Regina De Paepe (NIC)* geeft aan dat met ingang van 1 februari 2019 de voorwaarden voor het verkrijgen van BAHA-hoorapparaten zijn aangepast. Voor min-18-jarigen ging de terugbetaling van 100 euro naar 1600 euro, zonder persoonlijk aandeel. Ook de terugbetaling van de hernieuwing is verhoogd naar 1100 euro. Voor de 18- tot 65-jarigen ging de terugbetaling naar 747 euro, met een persoonlijk aandeel van 46 euro.

Verder wijst de spreekster erop dat een bezoek aan de huisarts ook een preventieve impact kan hebben. Er zitten ook veel preventieve handelingen in de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen.

Het klopt over het algemeen dat er vaak een lage activeringsgraad is bij mensen die niet aan de zorgnood kunnen voldoen. Wanneer men zijn werk verliest heeft dat immers een impact op het inkomen, maar men krijgt soms ook automatisch een voorkeurregeling wanneer men werkloos wordt. De ziekenfondsen trachten mensen aan te moedigen om terug aan het werk te gaan. Ze zetten in op herintegratie van langdurig zieken. Er worden ook contacten onderhouden met de diensten voor arbeidsbemiddeling.

Vervolgens bespreekt mevrouw De Paepe de kwestie van de doorverwijzing door de huisarts naar een niet-geconventioneerde specialist. Er is reeds één initiatief

prise concernant la réorientation du patient par le médecin généraliste vers des biologistes cliniques (laboratoires). Le médecin généraliste doit préalablement vérifier si le laboratoire auquel il s'adresse emploie des biologistes cliniques conventionnés. En outre, il est interdit de facturer des suppléments sur ce genre de prestations.

Les mutualités prennent des initiatives afin d'accroître la transparence sur les suppléments d'honoraires. Elles encouragent la facturation électronique, car celle-ci met en évidence les suppléments facturés, conformément aux dispositions de la loi relative à la transparence. La transparence ne suffit évidemment pas, il faut aussi traiter le problème des suppléments d'honoraires. Les mutualités tentent d'introduire des changements par le biais des accords médico-mut et des accords dento-mutualistes. Elles travaillent sans relâche afin de limiter les suppléments, voire de les supprimer. Un groupe de travail a été mis sur pied au sein de l'INAMI afin de traiter cette question.

Il sera également nécessaire d'adapter le financement des hôpitaux, car ces derniers ont réellement besoin des moyens dégagés par les suppléments d'honoraires à l'heure actuelle.

L'intervenante explique ensuite plus en détail le fonctionnement du régime du tiers payant via l'e-facturation. Il s'agit en fait d'une application automatique du tiers payant. Le patient ne paye que sa quote-part. L'attestation électronique est une méthode similaire. Le patient paye, dans ce cas, l'entièreté des honoraires et la mutualité reverse au patient le montant qu'elle prend en charge maximum deux jours plus tard.

Les délais actuellement d'application pour le régime du tiers payant social sont les suivants: s'il s'agit d'une facture papier, le prestataire de soins doit attendre au moins un mois pour être payé. Dans le cas d'une facture électronique, ce délai n'est plus que de deux semaines.

Les mutualités soutiennent la mise en place d'un dossier global des soins dentaires. En règle générale, elles soutiennent les systèmes de dossiers électroniques partagés pour tous les types de prestations.

Le CIN réfléchit beaucoup à la question du non-recours aux soins dentaires gratuits. Plusieurs éléments pourraient expliquer ce phénomène: premièrement, certains arrondissements, comme Anvers et Malines, n'ont pas assez de dentistes conventionnés. Deuxièmement, les patients pourraient craindre que des suppléments soient malgré tout facturés. En outre, les enfants ont souvent peur du dentiste, cela n'a pas changé. Troisièmement,

genomen, namelijk met betrekking tot de doorverwijzing door de huisarts naar de klinisch bioloog (labo). De huisarts moet daarbij nagaan of het labo waarnaar hij doorverwijst geconventioneerde klinisch biologen tewerkstelt. Bovendien is er een verbod op supplementen bij die doorverwijzing.

De ziekenfondsen nemen initiatieven om de transparantie rond de ereloon-supplementen te verhogen. Ze bevorderen de elektronische facturatie, om een duidelijk beeld te krijgen van aangerekende supplementen, zoals voorgeschreven door de wet op de transparantie. Transparantie is uiteraard niet voldoende, men moet ook iets doen aan de ereloon-supplementen zelf. De ziekenfondsen trachten veranderingen teweeg te brengen door middel van de medicomut- en dento-mut-akkoorden. Zij werken hard om de supplementen te beperken of ze zelfs af te schaffen. Er is ook een werkgroep binnen het RIZIV die hier op inzet.

Het zal ook wel nodig zijn om de ziekenhuisfinanciering aan te passen, omdat de ziekenhuizen de middelen die door ereloon-supplementen gegenereerd worden momenteel echt nodig hebben.

De spreekster geeft vervolgens meer uitleg over de derdebetalersregeling via e-facturatie. Dat is eigenlijk een automatische toepassing van de derdebetalersregeling. De patiënt betaalt enkel zijn persoonlijk aandeel. Een gelijkaardige methode is de e-attestering. Hier betaalt de patiënt het volledige honorarium. Het ziekenfonds stort maximum twee dagen later het bedrag terug aan de patiënt.

De termijnen die van toepassing zijn bij de sociale derdebetalersregeling zijn de volgende: indien papieren facturen worden gebruikt, duurt het één maand voor de zorgverstrekker wordt betaald. In het geval van elektronische facturatie bedraagt de termijn twee weken.

De ziekenfondsen zijn voorstander van een globaal dentaal dossier. In het algemeen zijn zij voorstander van een gedeeld elektronisch dossier voor alle soorten verstrekkingen.

Het NIC denkt veel na over het probleem van de gratis tandzorg die niet wordt opgenomen. Eén mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat bepaalde arrondissementen, zoals Antwerpen en Mechelen, over weinig geconventioneerde tandartsen beschikken. Een andere mogelijke verklaring is dat patiënten vrezen dat er toch nog supplementen aangerekend zullen worden. Daarnaast is het nog steeds zo dat veel kinderen bang



les patients n'ont pas encore bien pris conscience de l'importance de ce type de soins préventifs.

Ensuite, l'intervenante répond à une question de Mme Sneppe sur les médecins conventionnés. Elle explique que les médecins se conventionnent parce que cela leur offre certains avantages extra-légaux. Il s'agit également souvent de l'expression d'un réflexe social de la part du médecin. Quand les mutualités reçoivent les factures, elles contrôlent les montants facturés au patient. S'il s'avère que le médecin facture systématiquement plus cher, la mutualité peut alors contacter le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, qui interpellera à son tour le prestataire de soins. La mutualité peut également contacter elle-même le prestataire de soins via le service de défense des membres. Cependant, il s'agit souvent d'une erreur.

Le conventionnement des dentistes semble être problématique. Le quorum des 60 % de dentistes conventionnés n'est généralement pas atteint. Quand les associations professionnelles consultent leurs membres à ce sujet, ces derniers évoquent souvent le fait que ce n'est pas suffisamment bien remboursé et que pratiquer les tarifs conventionnés n'est plus rentable pour le prestataire.

Il existe certainement des différences générales en ce qui concerne le nombre de patients disposant d'un dossier médical global. Bruxelles affiche le plus mauvais score parmi les trois régions.

Si l'intervenante était ministre de la Santé publique, elle tenterait de résoudre le problème des prestations non remboursables au lieu de supprimer le ticket modérateur. Elle prévoirait également un budget plus élevé pour certains médicaments et pour les soins de santé mentale. L'argent consacré à la suppression du ticket modérateur pourrait être utilisé à bien meilleur escient pour des mesures ciblées en faveur de certains groupes spécifiques. Investir pour aider les personnes qui en ont le plus besoin engrangera de bien meilleurs résultats sur le plan de l'accès aux soins.

*Mme Tanja Nuelant (Gezinsbond)* rappelle que le Gezinsbond ne demande pas la gratuité des soins pour les adultes, mais bien l'introduction d'un système de tiers payant automatique et généralisé pour tous les prestataires de soins de la première ligne.

Il a été évoqué que peu de données sont disponibles sur les besoins en soin des enfants et des jeunes. L'intervenante estime cependant que suffisamment d'indices démontrent que les enfants et les jeunes ont certains besoins en soins et qu'ils veulent également faire appel à des établissements de soins de santé

zijn van de tandarts. In de derde plaats is het besef dat die preventieve zorg noodzakelijk is nog niet voldoende ingeburgerd.

Vervolgens gaat de spreekster in op een vraag van mevrouw Sneppe over geconventioneerde artsen. Ze legt uit dat artsen zich conventioneren omdat het bepaalde extralegale voordelen biedt. Het is vaak ook een uiting van een sociale reflex van de arts. Wanneer de mutualiteiten de facturen ontvangen, wordt er gecontroleerd wat aan de patiënt aangerekend wordt. Indien blijkt dat de arts systematisch meer aanreken, dan kan de mutualiteit de Dienst Geneeskundige Controle en Evaluatie inschakelen, die de zorgverstreker zal aanspreken. De mutualiteit kan de zorgverstreker ook zelf contacteren via de dienst ledenverdediging. Vaak gaat het echter om een vergissing.

Conventioning bij tandartsen lijkt problematisch te zijn. Het quorum van 60 % conventioning wordt meestal niet behouden. Wanneer beroepsverenigingen hun leden hierop aanspreken, geven de leden vaak als reden op dat er niet voldoende terugbetaald wordt en dat aan het conventietarief werken niet meer loont voor de verstreker.

Er zijn zeker globale verschillen met betrekking tot het aantal patiënten met een globaal medisch dossier. Van de drie gewesten scoort Brussel het slechtst.

Als de spreekster minister van Volksgezondheid was, zou ze, in plaats van het remgeld af te schaffen, het probleem van de niet-terugbetaalde verstrekkingen proberen op te lossen. Ze zou ook een hoger budget voor bepaalde geneesmiddelen en voor psychologische zorg voorzien. Het geld dat besteed zou kunnen worden aan de afschaffing van remgelden, zou veel beter gebruikt kunnen worden voor gerichte maatregelen voor specifieke doelgroepen. Investerings in personen die het echt nodig hebben, zullen veel meer vruchten afwerpen op het vlak van toegankelijkheid.

*Mevrouw Tanja Nuelant (Gezinsbond)* herhaalt dat de Gezinsbond niet pleit voor gratis zorg voor volwassenen, maar wel voor de invoering van een automatische en algemene derdebetalersregeling voor alle zorgverstrekers in de eerste lijn.

Er werd aangehaald dat er weinig gegevens zijn over de zorgnood bij kinderen en jongeren. De spreekster is echter van mening dat er voldoende indicaties zijn dat kinderen en jongeren een bepaalde zorgnood ervaren en dat zij ook onafhankelijk van hun ouders gebruik willen maken van zorgvoorzieningen. Ze verwijst daarbij naar

indépendamment de leurs parents. Elle se réfère d'ailleurs à TEJO, une organisation qui offre aux jeunes une assistance thérapeutique.

En outre, le Gezinsbond estime que familiariser les jeunes avec les soins le plus tôt possible portera ses fruits sur le long terme.

La promotion de la littératie en santé (*health literacy*) est une tâche qui incombe à la société civile. Des organisations officielles et non officielles ont également un rôle important à jouer à cet égard.

L'intervenante ignore si le Gezinsbond a une opinion officielle sur l'obligation de déterminer un médecin traitant et de posséder un dossier médical global pour les jeunes et les enfants. L'intervenante estime qu'il est intéressant de se pencher sur le sujet qui nécessite de répondre à différentes questions: déterminer un médecin traitant favorise-t-il la confiance? Les enfants doivent-ils consulter le même médecin généraliste que les parents ou peuvent-ils choisir eux-mêmes?

En tant que ministre de la Santé publique, l'intervenante consacrerait le budget des 154 millions d'euros à la prévention, en accordant une attention particulière aux enfants et aux jeunes afin de familiariser les jeunes avec les soins de santé, mais également afin de rapprocher davantage les ménages et les soins de santé.

Mme Caroline Vanderhoeven (BAPN) explique que l'amélioration de l'accès aux soins dentaires est une priorité absolue pour le BAPN. En effet, les obstacles financiers et d'autre nature empêchent les personnes de recevoir les soins dentaires dont elles ont besoin. L'absence de soins dentaires de qualité engendre, sur le long terme, de lourdes conséquences sur la santé des personnes ainsi que sur leur vie sociale et professionnelle.

L'intervenante confirme que l'important *non take-up* de l'intervention majorée est un problème pour les groupes vulnérables. C'est pourquoi le BAPN préconise l'octroi automatique de l'intervention majorée.

Mme Vanderhoeven estime que les personnes en situation de pauvreté sont bien conscientes des coûts importants que représentent les soins de santé, même si les coûts sont pris en charge par la sécurité sociale. En effet, ces personnes doivent faire des choix au quotidien sur les dépenses qu'elles peuvent effectuer et doivent parfois estimer s'il leur restera suffisamment d'argent à la fin du mois pour aller chez le médecin. L'expérience au sein des maisons médicales démontre en outre qu'il n'y a pas de surconsommation des soins médicaux dans ces centres.

TEJO, een organisatie voor therapeutische hulpverlening aan jongeren.

Bovendien meent de Gezinsbond dat wanneer men jongeren zo jong mogelijk vertrouwd maakt met de zorg, dit op lange termijn vruchten zal afwerpen.

Om de *health literacy* te bevorderen, is er een taak weggelegd voor het middenveld. Ook formele en informele organisaties hebben een belangrijke rol te spelen.

De spreekster weet niet of de Gezinsbond een officieel standpunt heeft over de verplichting van de vaste huisarts en het globaal medisch dossier voor jongeren en kinderen. De spreekster vindt het wel interessant om de denkoefening te maken. Verschillende vragen moeten beantwoord worden: komt een vaste huisarts het vertrouwen ten goede? Moeten de kinderen naar dezelfde huisarts gaan als de ouders of kiezen ze zelf?

Als minister van Volksgezondheid zou de spreekster het budget van 154 miljoen euro besteden aan preventie, met een sterke nadruk op kinderen en jongeren, om jongeren vertrouwd te maken met gezondheidszorg, maar ook om gezinnen en gezondheidszorg dichter bij elkaar te brengen.

Mevrouw Caroline Vanderhoeven (BAPN) legt uit dat de verbetering van de toegankelijkheid van tandzorg een absolute prioriteit is voor het BAPN. Financiële en andere barrières zorgen er immers voor dat mensen niet de nodige tandzorg krijgen. Een gebrek aan goede tandzorg heeft op lange termijn een grote impact op de gezondheid van mensen, maar ook op het sociaal leven en werk.

De spreekster bevestigt dat de grote *non take-up* van de verhoogde tegemoetkoming een probleem is bij kwetsbare groepen. Daarom pleit het BAPN voor de automatisering van de verhoogde tegemoetkoming.

Mevrouw Vanderhoeven is van mening dat mensen in armoede zich zeker bewust zijn van de ware kostprijs van gezondheidszorg, ook als de kosten door de sociale zekerheid worden opgenomen. Zij moeten immers elke dag keuzes maken over welke kosten ze kunnen betalen en moeten soms inschatten of er aan het einde van de maand voldoende geld over is om naar de dokter te gaan. Uit de praktijk van de wijkgezondheidscentra blijkt overigens dat er in deze centra geen overconsumptie van medische zorg is.

Pour l'intervenante, la création automatique du dossier médical global (GMD) semble être une idée intéressante. L'un des médecins présents souligne cependant que seulement 90 % de la population possède un DMG. L'intervenante se demande donc qui est exclu et comment intégrer ces 10 % restants. Pour le BAPN, il est primordial que l'on n'impose pas de sanction financière aux personnes qui ne seraient pas en ordre concernant leur DMG.

L'intervenante reconnaît qu'il est nécessaire de mettre en place des mesures ciblées pour les groupes spécifiques. Il faut cependant faire preuve d'une certaine prudence. Par exemple, les personnes dont le revenu se situe juste au-dessus du seuil de pauvreté risquent encore d'être exclues. En outre, nous devons être attentifs au phénomène de stigmatisation. Troisième problème, les personnes ne sont pas toujours au courant des mécanismes dont elles peuvent bénéficier.

*Mme Kristien Dierckx (Vlaams Patiëntenplatform)* répond à la question sur le faible taux d'activité au sein des ménages qui ne subviennent pas à leurs besoins en termes de soins. Elle précise que de nombreux bénévoles de la VPP sont des malades chroniques et qu'elle admire leur engagement dans le bénévolat. Pour la VPP, le bénévolat est une manière aussi précieuse et judicieuse de participer à la société que le travail.

La VPP a connaissance du problème de réorientation du patient par les médecins conventionnés vers des spécialistes non conventionnés. Les représentants des patients dénoncent également cela. La négociation peut être utilisée pour inciter les spécialistes à se conventionner.

La gratuité des soins dentaires ne semble pas avoir l'effet escompté. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les personnes craignent les visites chez le dentiste. En outre, il se peut que les personnes craignent que les consultations de suivi soient payantes. On peut, par exemple, penser à des traitements plus complexes comme la pose de prothèses. En outre, dans certaines régions, moins de la moitié des dentistes sont conventionnés, ce qui est problématique.

Les décisions politiques relatives à la répartition du budget de la santé incombent aux responsables politiques. La Vlaams Patiëntenplatform mène une enquête auprès des membres tous les quatre ans. Les difficultés récurrentes concernent souvent l'aspect financier de l'accès aux soins de santé. Avant les élections, la VPP rédige également un mémorandum qui sera soumis aux partis politiques. Plus spécifiquement, la VPP ne souhaiterait cependant pas que l'on supprime le ticket modérateur, si cela doit être compensé ailleurs par des économies.

Het automatisch maken van het Globaal Medisch Dossier (GMD) lijkt de spreker een interessant idee. Eén van de aanwezige artsen stelde echter dat het GMD slechts 90 % van de bevolking dekt. De spreker vraagt zich dus af wie er uit de boot valt en hoe deze laatste 10 % ook betrokken zouden kunnen worden. Belangrijk voor het BAPN is dat personen niet financieel gesanctioneerd worden indien zij niet in orde zijn met het GMD.

De spreker erkent dat doelgerichte maatregelen voor specifieke groepen nodig zijn. Men moet wel een zekere voorzichtigheid aan de dag leggen. Zo dreigen bepaalde personen alsnog uit de boot te vallen, wanneer hun inkomen net boven de armoedegrens valt. Daarnaast moet men opletten voor stigmatisering. Een derde probleem is dat mensen niet altijd op de hoogte zijn van de regelingen waar zij recht op hebben.

*Mevrouw Kristien Dierckx (Vlaams Patiëntenplatform)* reageert op de vraag over de lage activiteitsgraad bij gezinnen met een niet-gevulde zorgbehoefte. Zij merkt op dat vele vrijwilligers van het VPP chronisch ziek zijn en dat zij hun engagement als vrijwilliger bewondert. Vrijwilligerswerk is voor het VPP een even waardevolle en zinvolle manier om te participeren aan de maatschappij als arbeid.

Het probleem van de doorverwijzing door geconventioneerde artsen naar niet-geconventioneerde specialisten is bekend bij het VPP. Patiëntenvertegenwoordigers klagen dit ook aan. Door middel van onderhandeling kan men specialisten aanzetten om zich te conventioneren.

Het gratis aanbieden van tandzorg lijkt niet het gewenste effect te behalen. Een mogelijke verklaring is dat mensen bang zijn voor het tandartsbezoek. Bovendien kan het zijn dat mensen vrezen dat de vervolggconsultaties wel betalend zullen zijn. Men kan dan bijvoorbeeld denken aan meer complexe behandelingen als het plaatsen van protheses. Daarnaast is het problematisch dat in bepaalde regio's minder dan de helft van de tandartsen geconventioneerd zijn.

De politieke beslissingen over de verdeling van het gezondheidsbudget moeten de beleidsmakers nemen. Het Vlaams Patiëntenplatform voert om de vier jaar een ledenbevraging uit. De knelpunten die dan terugkomen hebben vaak te maken met financiële toegankelijkheid van de zorg. Voor de verkiezingen maakt het VPP ook telkens een memorandum op waarmee het langsgaat bij de politieke partijen. Meer specifiek zou het VPP het echter niet graag hebben dat het remgeld afgeschaft zou worden en er dan elders bespaard zou worden.

Mme Dierckx partage l'avis des représentants du BAPN concernant l'estimation de la valeur des soins de santé par les personnes disposant de faibles revenus. Ces personnes sont généralement bien conscientes du coût des soins. Afin d'accroître la sensibilisation, il pourrait être envisagé de faire parvenir les factures reprenant les montants réels des soins qui ont été remboursés.

Le remboursement limité des soins de santé mentale reste un problème. C'est également l'une des raisons pour lesquelles les personnes qui en ont besoin ne consultent pas de psychologue.

*Le Docteur Pierre Drielsma (GBO/Cartel) estime que les mesures prises par la Belgique pour renforcer la première ligne sont encore insuffisantes.*

Ensuite, l'intervenant explique comment le ticket modérateur symbolique de 2,5 euros a été instauré.

L'intervenant indique que même en instaurant un DMG automatique, il y aura toujours des personnes sans DMG. En effet, dans toutes les régions, il y a des personnes qui consomment très peu de soins. Même s'il n'existe pas de solution miracle, rendre le DMG automatique reste une bonne avancée.

Après la suppression du ticket modérateur, on peut effectivement observer un changement d'attitude chez les patients qui se traduit par une augmentation de la consommation. Cette augmentation n'est en aucun cas problématique, puisqu'il ne s'agit que du rééquilibrage de la sous-utilisation des soins, que le docteur Hueting a déjà évoquée. En outre, les patients auront moins recours aux postes de garde, aux services de garde des hôpitaux et à la deuxième ligne.

On constate également que les patients sont inquiets, car ils craignent qu'il y ait un piège et que les soins ne soient pas réellement gratuits.

L'intervenant a constaté, par expérience, que les patients consomment davantage au départ, car ils veulent tester le système. Cependant, après un certain temps, cette surconsommation cesse et l'on revient alors à un niveau de consommation normal des soins.

Concernant la question "que feriez-vous si vous étiez ministre de la Santé publique?", le docteur Drielsma répond qu'il n'est pas possible de réformer les soins de santé sans l'implication des médecins. Il est dès lors nécessaire de négocier avec ces derniers. L'intervenant perçoit actuellement un certain nombre de signaux positifs indiquant que la situation évolue également dans cette direction. Par exemple, l'INAMI a travaillé à une réforme de la nomenclature. En outre, on commence

Mevrouw Dierckx treedt de vertegenwoordigers van het BAPN bij met betrekking tot het naar waarde schatten van gezondheidszorg door personen met een beperkt budget. Deze personen zijn zich meestal erg bewust van de kostprijs van de zorg. Een mogelijkheid tot sensibilisering zou kunnen zijn om de facturen te bezorgen met daarop de werkelijke bedragen van de terugbetaalde zorg.

De beperkte terugbetaling van de psychologische zorg blijft een pijnpunt. Dat is ook één van de redenen waarom mensen die het nodig hebben toch niet naar de psycholoog gaan.

*Dokter Pierre Drielsma (GBO/Cartel) is van mening dat België nog te timide is in het versterken van de eerste lijn.*

Vervolgens legt de spreker uit hoe het symbolische remgeld van 2,5 euro is ontstaan.

De spreker geeft aan dat men, wanneer men een automatisch GMD invoert, nog steeds niet iedereen zal bereiken. Er zijn immers in alle regio's personen die zeer weinig zorg consumeren. Hoewel het dus geen perfecte oplossing is, zou de automatisering van het GMD toch een stap in de goede richting zijn.

Na het schrappen van het remgeld kan men zeker een gedragsverandering vaststellen bij de patiënten. Men ziet dan een toename van de consumptie. Dit is zeker geen problematische toename, gezien het eigenlijk gaat om de correctie van het ondergebruik, waarnaar dokter Hueting reeds verwees. Bovendien wordt er minder gebruik gemaakt van de wachtpost, van de wachtdienst in het ziekenhuis en van de tweede lijn.

Wat men ook ziet, is dat de patiënten zich ongerust voelen, omdat ze vrezen dat er een addertje onder het gras zit en de zorg niet echt gratis kan zijn.

In zijn eigen praktijk heeft de spreker vastgesteld dat patiënten aanvankelijk veel meer beginnen te consumeren, omdat ze het systeem willen testen. Na een tijd valt deze overconsumptie echter stil, en keert men terug naar een normale consumptie van de zorg.

Op de vraag over wat hij zou doen als hij minister van Volksgezondheid was, antwoordt dokter Drielsma dat de hervorming van de gezondheidszorg niet mogelijk is zonder de artsen erbij te betrekken. Onderhandeling met de artsen is dus nodig. De spreker ziet momenteel een aantal positieve signalen dat men ook in die richting evolueert. Zo wordt er bij het RIZIV gewerkt aan een correctie van de normenclatuur. Daarnaast begint men stilaan na te denken over welk loon de verschillende

progressivement à réfléchir à la rémunération qui devrait être versée aux différentes catégories de médecins, afin que l'on parvienne à une répartition équitable du budget entre les médecins.

*Mme Fanny Dubois (FMM)* indique que les patients inscrits dans les maisons médicales ne reçoivent pas d'aperçu des coûts réels que leurs consultations représentent. Les maisons médicales préfèrent ne pas jouer un rôle moralisateur. Elles accordent davantage d'importance à sensibiliser les patients et les informer sur la sécurité sociale.

En effet, le système de sécurité sociale dépend de choix politiques. Les maisons médicales sensibilisent leurs patients sur le fait que leurs représentants politiques doivent faire des choix dans l'intérêt général, et donc, dans l'intérêt des patients. C'est pourquoi les maisons médicales informent les patients de leurs droits et obligations.

Les patients dans les maisons médicales sont ceux qui répondent le moins à leurs besoins en soins parce que les personnes qui bénéficient de faibles revenus ont, par conséquent, moins de moyens pour des consultations préventives. Pendant la pandémie de coronavirus, les ménages composés de plusieurs personnes vivant dans un petit appartement ont, par exemple, rencontré plus de difficultés à se protéger correctement contre la transmission du virus. L'explication réside donc souvent dans les conditions de vie et non pas dans le comportement individuel des personnes. L'adoption d'une approche multidisciplinaire, qui vise aussi à la sensibilisation du public, permettra aux patients d'être plus autonomes et, finalement, de consommer moins de soins. En effet, aucun patient ne souhaite réellement surconsommer des soins.

Les patients ne veulent également pas surconsommer les soins au niveau de la deuxième ligne. La plupart des patients préfèrent de loin être pris en charge dans leur environnement familial plutôt qu'être soignés à l'hôpital ou dans un autre établissement.

L'intervenante estime qu'il ne faut pas infantiliser le patient et supposer qu'il ou elle n'a pas conscience du coût des soins. Il ne faut pas anticiper et considérer que le patient est un fraudeur. Ce n'est pas non plus le rôle du député. Ce dernier doit justement défendre l'intérêt général.

*Mme Dubois* souligne que sa vision des soins de santé n'est pas naïve. Comme le docteur Drielsma l'a précédemment démontré, cette vision repose sur des fondements scientifiques suffisamment solides. Même les organisations d'employeurs ont intérêt à comprendre les

catégorieën artsen zouden moeten verdienen, zodat men naar een eerlijkere verdeling van het budget onder de artsen kan evolueren.

*Mevrouw Fanny Dubois (FMM)* geeft aan dat de patiënten in de wijkgezondheidscentra geen overzicht van de reële kosten van hun consultaties te zien krijgen. De wijkgezondheidscentra geven er de voorkeur aan om niet moraliserend te werk te gaan. Zij zetten wel in op sensibilisering van patiënten, en brengen hen kennis bij over de sociale zekerheid.

Achter het systeem van sociale zekerheid zitten immers politieke keuzes. De wijkgezondheidscentra sensibiliseren hun patiënten over het feit dat hun politieke vertegenwoordigers keuzes in het algemeen belang, in het belang van de patiënten zouden moeten maken. Daarom krijgen de patiënten in de wijkgezondheidscentra kennis mee over hun rechten en plichten.

Patiënten in de wijkgezondheidscentra hebben meer onvervulde zorgnoden, omdat mensen met minder financiële middelen ook minder middelen hebben om aan preventie te doen. Tijdens de coronapandemie kunnen personen die met velen in één klein appartement wonen zich bijvoorbeeld minder goed beschermen tegen besmetting met het coronavirus. De verklaring ligt dus vaak in de levensomstandigheden en niet in het individuele gedrag van personen. Wanneer men een multidisciplinaire aanpak hanteert, die ook gericht is op bewustmaking, zullen patiënten autonomer worden en uiteindelijk minder zorg consumeren. Geen enkele patiënt wil immers echt overconsumeren.

Patiënten willen ook niet overconsumeren in de tweede lijn. De meeste patiënten willen veel liever in hun vertrouwde omgeving worden opgevangen, dan verzorgd te moeten worden in het ziekenhuis of een andere instelling.

De spreekster vindt dat men de patiënt niet mag infantiliseren en ervan uitgaan dat hij of zij de kostprijs van zorg niet kan inschatten. Men mag de patiënt niet op voorhand beschouwen als een fraudeur. Dat is ook niet de rol van de volksvertegenwoordiger. Deze laatste moet net opkomen voor het algemeen belang.

*Mevrouw Dubois* benadrukt dat haar visie van de gezondheidszorg niet naïef is. Zoals dokter Drielsma reeds aantoonde, is deze visie voldoende wetenschappelijk onderbouwd. Zelfs de werkgeversorganisaties hebben er belang bij om de voordelen van dit meer gemutualiseerde

avantages d'un système davantage mutualisé. Instaurer la gratuité des consultations chez le médecin généraliste ne coûtera pas plus cher à la société que le système actuel. Le renforcement de la première ligne permet de réaliser des économies, car moins de soins devront être pris en charge à des niveaux supérieurs.

Enfin, l'intervenante songe aux actions qu'elle mènerait si elle était ministre de la Santé publique. L'intervenante se réjouit qu'il y ait davantage de stabilité financière dans les soins de santé grâce au ministre Vandembroucke et que ce dernier soit plus à l'écoute des associations de patients et du personnel soignant. En tant que ministre, elle opterait pour un remboursement complet du ticket modérateur. Les autorités peuvent financer cela et pourront compenser cette dépense ailleurs.

*Le docteur Reinier Hueting (ASGB/Cartel) confirme qu'il est en faveur de la généralisation obligatoire du tiers payant pour les soins ambulatoires. Si l'on ne le rend pas obligatoire, on risque qu'il y ait encore des décisions arbitraires et davantage de stigmatisation. La dernière chose que souhaitent certaines personnes en situation précaire est de devoir l'avouer à leur médecin traitant. Ces personnes sauvent généralement les apparences pendant longtemps.*

L'influence des changements relatifs au ticket modérateur sur l'attitude des patients est évidente. Tous les médecins peuvent remarquer que certains patients consultent davantage après l'introduction du tiers payant social. Dans certains cas, le médecin ne soupçonnait pas que le patient se trouvait en difficulté financière. Cela démontre également qu'il ne revient pas au médecin de décider si un patient en particulier doit payer ou non le ticket modérateur.

L'intervenant convient que la prévention doit également être incluse dans le DMG. Le dernier accord médico-mutualiste prévoit de mettre l'accent sur l'amélioration de la qualité du DMG. L'objectif n'est pas de prévoir une consultation spécifiquement consacrée à la prévention, mais de voir le patient régulièrement, ce qui, par conséquent, permet de faire de la prévention.

Il est vrai que, peu après l'introduction du système du tiers payant, les délais de remboursement étaient trop longs. L'intervenant a toujours soutenu la mise en place d'un tiers payant social, mais uniquement lorsque cela pourrait se faire par voie électronique. Malheureusement, la ministre De Block a mis en place le système avant que tous les problèmes techniques soient résolus. Certains députés se sont opposés à ce système en raison de ces problèmes techniques. Cependant, le logiciel eFact fonctionne désormais très bien et permet aux médecins d'être payés dans un délai de deux semaines.

système in te zien. Het gratis maken van de consultatie bij de huisarts kost de gemeenschap niet meer dan het huidige systeem. Een versterking van de eerste lijn zorgt voor besparingen, omdat de zorg minder op de hogere niveaus moet worden opgenomen.

Tot slot denkt de spreekster na over wat zij als minister van Volksgezondheid zou willen verwezenlijken. De spreekster is tevreden dat er onder minister Vandembroucke meer financiële stabiliteit in de gezondheidszorg komt en dat de minister meer naar de verenigingen van patiënten en zorgverleners luistert. Zelf zou zij als minister opteren voor de volledige terugbetaling van het remgeld. De overheid kan dit betalen en zal elders kunnen besparen.

*Dokter Reinier Hueting (ASGB/Kartel) bevestigt dat hij voorstander is van het verplicht veralgemenen van de derdebetalersregeling in de ambulante zorg. Indien men het niet verplicht, dreigt er toch weer willekeur op te treden en is er ook meer kans op stigmatisering. Het laatste dat sommige mensen in een precare financiële situatie willen, is dat moeten toegeven aan de huisarts. De façade wordt vaak lang opgehouden.*

Gedragseffecten van remgeldveranderingen zijn duidelijk. Iedere huisarts kan merken dat bepaalde patiënten vaker op consultatie komen na de invoering van de sociale derdebetalersregeling. Daar zitten ook patiënten bij van wie men niet verwachtte dat zij eerder een financiële drempel ervoeren. Dat toont ook aan dat het niet aan de arts is om te beslissen of een bepaalde patiënt wel of niet remgeld moet betalen.

De spreker is het ermee eens dat preventie ook in het GMD zou moeten worden opgenomen. In het kader van het laatste akkoord artsen-ziekenfondsen zal er worden ingezet op de kwaliteit van het GMD. De bedoeling is niet om een aparte consultatie te voorzien die gewijd wordt aan preventie, maar om de patiënt regelmatig te zien en op die manier aan preventie te doen.

Het klopt dat de termijnen van uitbetaling kort na invoering van de derdebetalersregeling te lang waren. De spreker is altijd voorstander geweest van de invoering van een sociale derdebetalersregeling, maar wel pas op het moment dat het elektronisch kon. Helaas voerde minister De Block de regeling reeds in voordat alle technische problemen opgelost waren. Die technische problemen hebben voor weerstand tegen de regeling gezorgd bij sommige collega's. Het systeem eFact werkt nu echter goed en maakt het mogelijk dat de artsen binnen de twee weken worden betaald.

Une question relative aux conditions dans lesquelles un patient devrait pouvoir changer de médecin traitant a été posée. L'intervenant estime que l'on pourrait faire preuve de flexibilité à ce niveau, comme c'est déjà le cas actuellement, notamment quand le patient déménage ou quand la relation entre le médecin généraliste et le patient n'est pas bonne. Dans la pratique, nous constatons que les patients ne veulent pas changer de médecin traitant très souvent. Demander un second avis n'est pas monnaie courante chez les médecins généralistes. Si un patient n'est pas satisfait d'un diagnostic, le médecin redirige généralement le patient.

L'intervenant estime qu'il est certainement possible de rendre obligatoire la désignation d'un médecin traitant. Les personnes qui sont affiliées à une mutualité doivent indiquer leur médecin traitant. Si les patients n'ont pas de médecin traitant, il est facile de le vérifier dans le système lorsqu'ils se rendent à une consultation et il est alors possible, avec leur accord, de déterminer un médecin traitant.

Mme Sneppe a demandé pourquoi le ticket modérateur n'avait pas déjà été supprimé, s'il ne sert à rien. L'intervenant pense effectivement qu'il n'est plus d'aucune utilité. Il n'empêche en aucun cas une éventuelle surconsommation. Un travail législatif de grande envergure sera nécessaire pour le supprimer, car la législation relative au ticket modérateur est très complexe. Elle est répartie dans plusieurs arrêtés royaux.

La téléconsultation a effectivement vu le jour au début de la crise sanitaire. Cette prestation ne prévoit pas de ticket modérateur. De nombreux spécialistes ont également organisé des consultations à distance de cette façon. Il pourrait y avoir eu des abus, mais il serait possible de les identifier en mettant en place des mécanismes de contrôle adéquats. L'INAMI tentera d'entériner la réglementation provisoire relative aux consultations à distance mise en place pendant la pandémie. Plusieurs critères seront établis afin de garantir la qualité de ce type de consultations.

Le docteur Hueting estime que la valeur des soins de santé est suffisamment ancrée dans notre éducation. Ses collègues et lui tentent également de cette manière d'instaurer un respect mutuel avec les patients. L'intervenant ne craint pas tellement que les patients ne respectent pas les rendez-vous. Il réitère en outre sa proposition de prévoir un bilan trimestriel des consultations dressé par les mutualités.

L'intervenant consacrerait le budget des 154 millions d'euros à l'amélioration de l'accès à la première ligne. De nombreuses études menées en médecine générale démontrent clairement que ces investissements porteront

Er werd gevraagd onder welke voorwaarden een patiënt zou moeten kunnen veranderen van vaste huisarts. De spreker meent dat dit flexibel moet kunnen gebeuren, zoals dit vandaag ook gebeurt, namelijk wanneer de patiënt verhuist of wanneer de band tussen huisarts en patiënt niet goed is. In de praktijk ziet men dat patiënten niet erg vaak van huisarts willen veranderen. *Second opinions* komen niet vaak voor bij huisartsen. Als een patiënt niet tevreden is met een diagnose, is het gebruikelijker om de patiënt door te verwijzen.

De spreker is van mening dat het zeker mogelijk is om het hebben van een vaste huisarts te verplichten. Personen die in een systeem van verzekeraarbaarheid zitten, moeten aangeven wie hun vaste huisarts is. Als patiënten geen vaste huisarts hebben, kan men dat makkelijk zien in het systeem wanneer zij op consultatie gaan en kunnen zij, met hun toestemming, toegewezen worden aan een huisarts.

Mevrouw Sneppe vroeg waarom het remgeld niet is afgeschaft, als het toch geen functie heeft. De spreker meent dat het inderdaad geen functie heeft. Het remt eventuele overconsumptie helemaal niet af. Om het af te schaffen zal er heel wat wetgevend werk nodig zijn, want de wetgeving rond het remgeld is erg complex. Het is verdeeld over allerlei koninklijke besluiten.

De teleconsultatie is inderdaad aan het begin van de gezondheids crisis in het leven geroepen. Het gaat om een prestatie zonder remgeld. Ook een flink aantal specialisten heeft op deze manier consultaties op afstand gehouden. Het zou kunnen dat er misbruiken zijn gebeurd, maar deze zouden met de juiste controlemechanismen opgespoord kunnen worden. Er zal binnen het RIZIV getracht worden om de voorlopige COVID-regeling om te zetten in een definitieve regeling voor consultaties op afstand. Er zullen een aantal criteria worden geformuleerd om de kwaliteit van de consultaties te waarborgen.

Dokter Hueting meent dat het naar waarde schatten van gezondheidszorg voldoende ingebakken zit in onze opvoeding. Hijzelf en zijn collega's trachten ook op zulke wijze met patiënten om te gaan dat er wederzijds respect is. Voor afspraken die niet nagekomen zullen worden heeft de spreker niet veel angst. Hij herhaalt daarnaast zijn voorstel voor een driemaandelijks overzicht van de consultaties dat door de mutualiteiten wordt opgesteld.

Het budget van 154 miljoen euro zou de spreker besteden aan een betere toegankelijkheid van de eerste lijn. Vele studies in de huisartsgeneeskunde tonen duidelijk aan dat deze investering winst op zal leveren.

leurs fruits. En effet, la deuxième ligne sera beaucoup moins sollicitée inutilement. L'intervenant prévoirait une mesure d'accompagnement visant à rendre le recours aux urgences moins systématique.

L'intervenant souhaite en outre souligner l'importance de réformer la nomenclature. L'objectif de cette réforme est de faire en sorte que les médecins généralistes et les spécialistes aient le sentiment qu'ils seront payés décentement pour les prestations effectuées. Nous espérons que cela encouragera davantage de médecins à se conventionner.

Selon le docteur Hueting, il n'est pas nécessaire de mener davantage d'études sur la gratuité de la médecine générale. Des études existent déjà. En outre, l'intervenant suppose que l'opposition va s'estomper assez rapidement, comme ce fut le cas avec la réglementation relative au tiers payant social. De plus, ce système comporte un avantage supplémentaire: si le ticket modérateur disparaît, de nombreux médecins généralistes recevront enfin ce qui leur est dû. Actuellement, certains médecins généralistes qui donnent à leur mission un aspect plus social ne facturent pas certaines prestations et prennent même en charge le ticket modérateur.

#### D. Répliques et réponses complémentaires

*M. Robby De Caluwé (Open Vld)* précise ses propos: il n'a pas affirmé que les patients frauderaient ou surconsommeraient si le ticket modérateur était supprimé. Il souhaitait uniquement savoir comment il était possible d'informer les patients du coût des soins. L'intervenant défend lui-même fermement l'idée d'impliquer le patient dans les décisions relatives à sa santé et estime qu'il faut, pour ce faire, lui fournir les informations nécessaires. C'est l'objectif de la proposition de résolution DOC 55 0256 qu'il a déposée. L'intervenant est convaincu que le patient est capable de prendre lui-même des décisions relatives à sa santé, en concertation avec son médecin, et s'il dispose des connaissances nécessaires.

*Mme Kathleen Depoorter (N-VA)* souhaite également clarifier ses propos. Elle souhaitait savoir comment il était possible que les patients qui se trouvent le plus dans l'incapacité financière de se soigner soient inscrits en maisons médicales, comme l'a démontré l'étude du KCE.

Selon *Mme Fanny Dubois (FMM)*, cela s'explique par les circonstances particulières dans lesquelles vivent de nombreux patients inscrits en maison médicale. Des choix politiques devront être faits afin de changer ces conditions de vie. Ces choix ne devront pas porter uniquement sur la santé, mais également sur d'autres matières, comme la mobilité et l'environnement.

Er zal immers veel minder onnodig gebruik gemaakt worden van de tweede lijn. Als flankerende maatregel zou de spreker de toegang tot de spoeddiensten minder algemeen maken.

De spreker wenst verder het belang van de herziening van de nomenclatuur te benadrukken. De bedoeling van die herziening is dat elke huisarts en elke specialist het gevoel zal krijgen correct betaald te worden voor de geleverde prestatie. Op die manier zullen hopelijk meer artsen beslissen om zich te conventionneren.

Dokter Hueting denkt niet dat er nog meer studies nodig zijn over gratis huisartsgeneeskunde. De studies zijn er. Bovendien vermoedt de spreker dat het verzet wel snel zal afnemen, zoals dat ook gebeurde bij de regeling voor de sociale derde betaler. Er is bovendien nog een ander voordeel: wanneer het remgeld wegvalt, zullen heel wat huisartsen eindelijk krijgen waar ze recht op hebben. Er zijn wel wat sociaal voelende huisartsen die vandaag bepaalde zaken niet aanrekenen en het remgeld zelf voor hun rekening nemen.

#### D. Replieken en bijkomende antwoorden

*De heer Robby De Caluwé (Open Vld)* verduidelijkt dat hij niet heeft gesteld dat patiënten fraudeurs zouden zijn of aan overconsumptie zouden doen wanneer het remgeld afgeschafte zou worden. Hij wilde enkel weten hoe men patiënten bewust kan maken van de kostprijs van zorg. De spreker is zelf een groot voorstander van het mee laten beslissen van de patiënt over zijn gezondheid en denkt dat de patiënt hiertoe de nodige kennis moet worden aangeboden. Daartoe heeft hij het voorstel van resolutie DOC 55 0256 ingediend. De spreker is ervan overtuigd dat de patiënt, indien hij over de nodige kennis beschikt, in overleg met zijn huisarts zelf kan beslissen over zijn gezondheid.

*Mevrouw Kathleen Depoorter (N-VA)* wenst ook haar vraag te verduidelijken. Zij vroeg hoe men kan verklaren dat de patiënten van de wijkgezondheidscentra om financiële redenen meer niet-vervulde zorgnoden hebben, zoals aangetoond in de studie van het KCE.

*Mevrouw Fanny Dubois (FMM)* legt uit dat dit te maken heeft met de specifieke omstandigheden waarin vele patiënten van de wijkgezondheidscentra leven. Om deze omstandigheden te veranderen zullen er politieke keuzes moeten worden gemaakt die verder gaan dan enkel het domein Gezondheid. Het gaat ook om Mobiliteit, Leefmilieu, enzovoort.



*Mme Gitta Vanpeborgh (Vooruit)* demande à Mme De Paepe si les mutualités soutiennent effectivement la levée de l'interdiction du régime du tiers payant et l'obligation d'application auprès des prestataires de soins conventionnés. Elle demande au docteur Hueting s'il soutient la suppression du ticket modérateur uniquement chez le médecin généraliste ou pour toutes prestations de la première ligne.

*Mme Regina De Paepe (CIN)* précise qu'en 2018, le CIN ne soutenait pas l'idée d'étendre l'obligation du tiers payant, mais plutôt la levée de l'interdiction. Dans son dernier avis, le CIN se montre favorable à une généralisation du système du tiers payant, pour autant qu'elle soit liée au statut d'adhésion à la convention du personnel soignant. Les mutualités indépendantes maintiennent la position qu'elles avaient adoptée en 2018.

*Le docteur Reinier Hueting (ASGB/Cartel)* indique que, selon le point de vue du Cartel ASGB/GBO/MoDeS, le ticket modérateur doit être supprimé pour tous les prestataires de soins de la première ligne, en ce compris les kinésithérapeutes, les logopèdes, les psychologues, et cetera.

*Mevrouw Gitta Vanpeborgh (Vooruit)* vraagt aan mevrouw De Paepe of de ziekenfondsen inderdaad voorstander zijn van de opheffing van het verbod op de derdebetalersregeling, en een verplichting bij geconventioneerde verstrekkers. Aan dokter Hueting vraagt zij of hij enkel voorstander is van de afschaffing van het remgeld bij de huisarts, of voor de volledige eerste lijn.

*Mevrouw Regina De Paepe (NIC)* verduidelijkt dat het NIC in 2018 geen voorstander was van de uitbreiding van het verplicht karakter van de derdebetalersregeling, maar wel van de opheffing van het verbod. In zijn meest recente advies is het NIC wel voorstander van een veralgemening van de derdebetalersregeling, mits de koppeling aan het conventiestatuut van de zorgverleners. De onafhankelijke ziekenfondsen blijven bij hun standpunt van 2018.

*Dokter Reinier Hueting (ASGB/Kartel)* geeft aan dat in de visie van het Kartel ASGB/GBO/MoDeS het remgeld voor de volledige eerste lijn wordt afgeschaft, dus ook voor kinesisten, logopedisten, psychologen enzovoort.