

**CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE**

SESSION EXTRAORDINAIRE 2019

1^{er} octobre 2019**PROPOSITION DE LOI****instaurant la gratuité des consultations
chez le médecin généraliste**

(déposée par M. Raoul Hedebouw et consorts)

**BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS**

BUITENGEWONE ZITTING 2019

1 oktober 2019

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

(ingediend door de heer Raoul Hedebouw c.s.)

RÉSUMÉ

Tout le monde devrait pouvoir se rendre sans argent chez le médecin généraliste. Aujourd'hui, trop de personnes doivent reporter leur visite ou y renoncer pour des raisons financières. Une telle situation est inacceptable dans un pays riche comme la Belgique. Personne ne choisit d'être malade. Il faut donc éliminer autant que possible les obstacles qui compliquent l'accès au médecin généraliste.

La consultation d'un médecin généraliste est déjà entièrement gratuite dans la moitié des États membres de l'UE. Ce système devrait également pouvoir être instauré en Belgique. À cet effet, cette proposition de loi généralise le système du tiers payant à l'ensemble des patients, étant entendu que la mutualité verse directement au médecin généraliste la totalité des honoraires, en ce compris le ticket modérateur actuel.

SAMENVATTING

Zonder geld naar de huisarts moet kunnen voor iedereen. Vandaag moeten teveel mensen hun bezoek aan de huisarts uit- of afstellen omwille van financiële redenen. Dat is onaanvaardbaar voor een rijk land als België. Niemand kiest er voor om ziek te zijn. Alle drempels die een bezoek aan de huisarts bemoeilijken, moeten dan ook zoveel mogelijk weggewerkt worden.

In de helft van de EU-lidstaten is de huisarts vandaag al volledig gratis voor de patiënt. Dat moet ook in België kunnen. We veralgemenen daartoe het derde betalerssysteem voor alle patiënten, waarbij het ziekenfonds het volledige doktershonorarium onmiddellijk aan de huisarts betaalt, het huidige remgeld dus inbegrepen.

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
sp.a	: socialistische partij anders
cdH	: centre démocrate Humaniste
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
INDEP-ONAFH	: Indépendant - Onafhankelijk

Abréviations dans la numérotation des publications:		Afkorting bij de numering van de publicaties:	
DOC 55 0000/000	Document de la 55 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi	DOC 55 0000/000	Parlementair document van de 55 ^e 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 vertaald 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 (beigegekleurig papier)

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La présente proposition reprend le texte de la proposition DOC 54 3706/001.

La nécessité de soins de première ligne gratuits

Près de 800 000 Belges disent avoir des difficultés à payer une visite chez le médecin généraliste¹. Une telle situation est inadmissible dans un pays aussi riche que le nôtre. Il n'est pas normal de devoir payer pour pouvoir consulter un médecin généraliste. Car personne ne choisit d'être malade.

En matière d'accessibilité financière, les résultats de la Belgique ne sont donc pas bons, notre pays se trouvant à l'arrière du peloton européen. Un rapport récent du Réseau européen de politique sociale² indique que la Belgique est l'un des cinq pays d'Europe où l'accessibilité des soins de santé a le plus reculé depuis la récession économique de 2008. La proportion de patients ayant dû reporter un traitement médical ou une analyse liée à un problème de santé, voire ayant dû y renoncer, a en effet fortement augmenté en Belgique entre 2008 et 2016. Tandis que l'accès aux soins s'est à nouveau amélioré dans la plupart des pays européens ces dernières années, la Belgique est l'un des trois derniers pays où cet accès a continué à se détériorer.

Ce qui est frappant, c'est que la crise a surtout fortement accru les inégalités sociales à l'égard de l'accès aux soins. En effet, l'accès aux soins s'est surtout considérablement détérioré pour les patients ayant les revenus les plus modestes dans notre pays, où les inégalités entre les plus hauts et les plus bas revenus sont beaucoup plus élevées que la moyenne européenne. Tandis qu'elles restent stables, voire diminuent légèrement dans toute l'Europe, elles se creusent en Belgique.

La raison en est que les patients doivent encore payer une grande partie de leurs soins de santé par leurs propres moyens dans notre pays. La seule vraie solution est dès lors d'abaisser ce seuil financier. De plus, cette mesure pourrait produire des résultats rapidement: depuis que la visite annuelle chez le dentiste est remboursée intégralement pour les jeunes jusqu'à l'âge de dix-huit ans (depuis 2009), le nombre de jeunes

¹ Source: *European Quality of Life Survey*, 2016.

² Source: Buffel, V. & Nicaise, I., 2018. ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare. Belgium. European Commission.

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Dit voorstel neemt de tekst over van voorstel DOC 54 3706/001.

Een eerstelijns zonder betaling is nodig

Bijna 800 000 Belgen geven aan dat ze problemen ondervinden om de huisarts te betalen¹. Onaanvaardbaar voor een land met zoveel rijkdom als het onze. Het zou niet mogen zijn dat je moet betalen om een huisarts te zien. Niemand kiest er tenslotte voor om ziek te zijn.

Als het over financiële toegankelijkheid gaat, doet België het dus niet goed. We bengelen achteraan het Europees peloton. Een recent rapport van het *European Social Policy Network*² toonde aan hoe België een van de vijf Europese landen is waar de toegang tot de gezondheidszorg sinds de economische recessie van 2008 het sterkst afnam. Het aandeel personen dat een medische behandeling of analyse van een gezondheidsprobleem moest uit- of zelfs afstellen nam in ons land inderdaad sterk toe tussen 2008 en 2016. En daar waar de toegang tot de zorg de laatste jaren in de meerderheid van de Europese landen opnieuw verbeterde, is België een van de drie laatste landen waar deze toegankelijkheid gewoon verder bleef afnemen.

Opvallend is hoe de crisis vooral de sociale ongelijkheden inzake de toegang tot zorg sterk deed toenemen. De toegankelijkheid van de zorg ging er in ons land inderdaad vooral sterk op achteruit voor de laagste inkomens. In vergelijking met het Europese gemiddelde zijn de ongelijkheden tussen hoogste en laagste inkomens een stuk groter in België en daar waar ze voor heel Europa stabiel blijven en zelfs licht afnemen, nemen ze in ons land zelfs toe.

De oorzaak ligt in het feit dat patiënten in België nog steeds een groot deel van de kosten voor gezondheidszorg uit eigen zak moeten betalen. De enige echte oplossing is dan ook deze financiële drempel te verlagen. Zo'n maatregel kan trouwens snel resultaat opleveren: door het jaarlijks bezoek aan de tandarts voor jongeren tot achttien jaar (sinds 2009) volledig terug te betalen, steeg het aandeel jongeren dat zich jaarlijks liet controleren bij

¹ Bron: *European Quality of Life Survey*, 2016.

² Bron: Buffel, V. & Nicaise, I., 2018. ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare. Belgium. European Commission.

se rendant annuellement chez le dentiste pour une visite de contrôle a augmenté de façon spectaculaire, passant de 63 % en 2004 à 80 % en 2014³.

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. Souvent, elles sont même contre-productives.

Recourir à une politique sélective entraîne souvent la stigmatisation des personnes en difficulté, y compris dans le secteur des soins de santé. Les patients vont-ils oser porter plainte contre leur médecin généraliste si ce dernier refuse d'appliquer le régime du tiers payant? Une telle politique risque donc de compromettre la relation de confiance entre le médecin et le patient. C'est là une des principales raisons pour lesquelles les organisations de lutte contre la pauvreté et notamment l'asbl *Vlaamse patiëntenplatform* plaident en faveur d'une généralisation du régime du tiers payant.

La revue médicale *Huisarts Nu* a publié une étude sur les raisons qui poussent les patients à postposer une visite chez le médecin généraliste. Leur conclusion est que l'actuel régime du tiers payant n'est pas suffisant et qu'une généralisation s'avère nécessaire pour les deux raisons suivantes:

1) malgré la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leur médecin généraliste, les patients ont du mal à parler de leurs difficultés financières lors d'une consultation.

2) le phénomène s'observe de plus en plus dans des groupes qui auparavant n'étaient pas considérés comme des groupes à risque.

Pour défendre le point de vue des opposants, le Dr Rufij Baeke du SVH (Syndicat des médecins généralistes flamands) fait observer: "Que se passera-t-il si un patient vient juste de faire faillite, mais que l'INAMI n'est pas encore au courant et que je ne veux pas lui faire payer le ticket modérateur?" C'est là un exemple pertinent, qui démontre justement toute l'utilité d'un système universel. L'Association belge des syndicats médicaux (Absym) est également opposée à une application obligatoire ou une généralisation: "Pourquoi

de tandarts spectaculair van 63 % in 2004 naar 80 % in 2014³.

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 het 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. En vaak zijn ze zelfs contraproductief.

Een selectief beleid voor zij die het moeilijk hebben, leidt immers vaak tot stigmatisering, ook in de gezondheidszorg. Zullen patiënten durven klacht indienen tegen hun huisarts als die weigert om het systeem van derde-betaler toe te passen? Het heeft een aantal risico's voor de noodzakelijke arts-patiënt vertrouwensrelatie. Het is één van de belangrijkste redenen waarom zowel armoede-organisaties als het Vlaams Patiëntenplatform pleiten voor een veralgemening van de derde-betaler.

Het medisch vaktijdschrift *Huisarts Nu* publiceerde onderzoek naar redenen waarom patiënten een bezoek aan de huisarts uitstellen. Twee vaststellingen doen hen besluiten dat de huidige derde-betaler niet genoeg is en dat een veralgemening nodig is:

1) ondanks hun vertrouwensrelatie met de huisarts blijken patiënten het moeilijk te vinden zelf hun financiële moeilijkheden ter sprake te brengen tijdens een consult;

2) het uitstelgedrag manifesteert zich meer en meer in groepen die voorheen niet als risicovol aanzien werden.

Om het standpunt van de tegenstanders te verdedigen merkt Dr. Rufij Baeke van het Syndicaat Vlaamse Huisartsen (SVH) op: "Wat als een patiënt net een faillissement had? Te vroeg voor het Riziv om dat al te weten, maar toch wil ik niet dat hij remgeld betaalt." Een terecht voorbeeld. Maar bewijst dit niet net dat een universeel systeem veel beter is? Ook de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) is tegen een verplichting of veralgemening: "Waarom al die ophef? Misschien passen niet alle artsen de derde-betaler toe, maar de

³ Source: Enquête de santé 2013.

³ Bron: Gezondheidsenquête 2013.

tout ce tapage? Il est probable que tous les médecins n'appliquent pas le tiers payant, mais de leur côté les patients n'auront aucun mal à en trouver un qui le fait." C'est exactement là qu'est le problème. Si on applique des mesures sélectives, on risque de tomber dans une médecine à deux vitesses. Des médecins généralistes pour les riches et des médecins généralistes pour les pauvres. Est-ce vraiment ce que l'on veut?

Seule une approche universelle avec un système qui est le même pour tous est une solution durable. Tout le monde doit pouvoir consulter un médecin généraliste, même s'il n'en a pas les moyens. Nous voulons dès lors élargir le régime du tiers payant à tous les patients. Nous instaurerons ce régime pour toutes les disciplines de la première ligne. Au médecin généraliste, la mutuelle versera la totalité des honoraires immédiatement, y compris l'actuel ticket modérateur. À terme, nous entendons également appliquer la suppression du ticket modérateur à toutes les disciplines de la première ligne.

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

Dans la littérature médicale, il est admis depuis longtemps qu'une médecine générale forte et accessible apporte de nombreux avantages pour l'amélioration de la qualité et de la continuité des soins de tout le système de santé. L'accès à la première ligne dépend évidemment de plusieurs facteurs mais le rôle particulièrement important de l'aspect financier est incontestable.

L'amélioration de la qualité résulte principalement d'un meilleur échelonnement, ou "soins par palier". Des soins de santé où le médecin généraliste a une place plus centrale fonctionnent mieux. Le médecin généraliste gère le dossier médical, il développe une relation de confiance durable avec le patient, dans une approche non seulement médicale, mais aussi psychosociale. Il est donc le mieux placé pour savoir quels sont les soins dont le patient a besoin. Actuellement la situation est encore loin d'être idéale. Selon l'enquête de santé 2013, 63 % des patients déclarent avoir pris eux-mêmes l'initiative de consulter un spécialiste. Seuls 24 % de ces consultations se font à la demande du médecin généraliste.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) indique que de nombreux patients se rendent au service des urgences, alors qu'ils n'ont pas besoin de soins en urgence. Il ne fait aucun doute que les seuils financiers jouent également un rôle à cet égard.

Une première ligne accessible financièrement, avec l'inscription fixe de chaque patient, est le pilier le plus important pour garantir un échelonnement. Si le patient pouvait consulter gratuitement le médecin généraliste,

patiënten kunnen wel gemakkelijk degenen terugvinden die het wel doen.” Laat dat nu net het probleem zijn. Bij selectieve maatregelen loert het gevaar van tweesnelhedengeneeskunde om de hoek. Huisartsen voor rijken en huisartsen voor armen, is dat waar we naartoe willen?

Alleen een universele aanpak, eenzelfde systeem voor iedereen, is een duurzame oplossing. Zonder geld naar de huisarts moet voor iedereen kunnen. Wij willen de derde-betalersregeling dan ook uitbreiden naar alle patiënten. We voeren deze regeling in voor alle disciplines van de eerste lijn. Voor de huisarts betaalt het ziekenfonds het volledige doktershonorarium onmiddellijk aan de huisarts, het huidige remgeld dus inbegrepen. Op termijn willen ook deze afschaffing van het remgeld doorvoeren voor alle disciplines van de eerste lijn.

Een eerstelijnszorg zonder betaling is goed voor de kwaliteit

In de medische literatuur is men het er al lang over eens: een sterke en toegankelijke eerste lijn biedt veel voordelen voor de kwaliteit en de continuïteit van de zorg in het hele systeem. Toegankelijkheid wordt natuurlijk door verschillende factoren bepaald, maar het staat buiten kijf dat al dan niet betalen bij de arts daarbij een bijzonder grote rol speelt.

De verbetering van de kwaliteit heeft ten eerste veel te maken met echelonnering, meer “getrapte zorg”. Een gezondheidszorg waar de huisarts meer centraal staat, werkt gewoon beter. De huisarts beheert het hele medische dossier, heeft een vertrouwensrelatie met de patiënt, kent de patiënt goed – niet alleen medisch, maar ook psychosociaal. Daarom is de huisarts het best geplaatst om samen met de patiënt te oordelen welke zorg nodig is. Vandaag zijn we nog ver van dat ideaal verwijderd. In de gezondheidsenquête van 2013 zegt 63 procent van de patiënten dat ze zelf het initiatief genomen hebben om een specialist te raadplegen. Slechts 24 procent van de raadplegingen vindt plaats op verzoek van de huisarts.

Volgens de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) blijkt dat veel patiënten op de spoeddienst terechtkomen terwijl ze geen spoedverzorging nodig hebben. Het staat buiten kijf dat ook hier financiële drempels een rol spelen.

Samen met een vaste inschrijving van elke patiënt is een gratis eerste lijn de belangrijkste pijler voor meer echelonnering. Als patiënten eerst gratis hun huisarts kunnen raadplegen, kan die hen beter en efficiënter

il utiliserait plus volontiers cet accès de première ligne. Trop souvent le patient a l'impression de payer 2 fois pour la même question ou il va directement.

Parallèlement, des soins de première ligne accessibles ont également des retombées directes sur la santé de la population. Quand les patients expriment des doléances en matière de santé, ils peuvent généralement être pris en charge plus rapidement, ce qui permet d'éviter des interventions tardives, plus lourdes et, souvent, plus onéreuses. 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.

Des soins de première ligne sans paiement, une question de facilité

La gratuité des soins de médecine générale est facilement réalisable grâce à l'application généralisée du système du tiers payant et à l'abolition du ticket modérateur. La mutuelle paie directement et intégralement le médecin. On peut aussi utiliser le système de paiement forfaitaire, lequel implique que la mutuelle paie tous les mois au médecin généraliste ou à la maison médicale une somme fixe par patient.

Les protestations des médecins généralistes contre le tiers payant obligatoire sont essentiellement dues à la charge administrative qui résulte de cette mesure. Une généralisation résout en grande partie ce problème.

Des soins de première ligne sans paiement pour tous

Le médecin généraliste peut être payé directement par l'INAMI et les mutuelles par le biais de *MyCareNet*, ce qui peut parfaitement se faire par voie électronique. Les médecins généralistes ne doivent ainsi plus rédiger d'attestation et ne perdent plus de temps avec les paiements. Ce genre d'opération évitable prend actuellement en moyenne une minute et demie, soit 10 % du temps de consultation. Le patient ne doit plus apporter d'argent ou se rendre à sa mutualité avec une attestation en vue du remboursement. De cette manière, les coûts et les tracasseries administratifs sont réduits pour tout le monde. Il faut toutefois que les autorités s'attèlent à un tel système électronique efficace, car celui-ci n'est pas encore tout à fait au point aujourd'hui.

Une première ligne sans paiement, c'est financièrement réalisable et rentable

Le coût de cette mesure est relativement faible. Le montant total des tickets modérateurs pour les consultations

doorverwijzen. Nu hebben de patiënten te vaak het gevoel dat ze twee keer moeten betalen voor dezelfde vraag.

Daarnaast heeft een toegankelijke eerstelijns ook een directe impact op de gezondheid van de bevolking. Bij gezondheidsklachten wordt vaak sneller ingegrepen waardoor laattijdige, meer ingrijpende en vaak duurdere ingrepen vermeden kunnen worden. Preventie wordt versterkt, en bereikt ook meer die kwetsbare groepen die nu vaak door financiële drempels uit de boot vallen.

Een eerstelijnszorg zonder betaling is eenvoudig

Gratis eerstelijnszorg kan makkelijk ingevoerd worden, door het derde-betalerssysteem te veralgemenen en het remgeld af te schaffen. De huisarts ontvangt het volledige bedrag rechtstreeks van het ziekenfonds. Het systeem van forfaitaire betaling is een evenwaardige optie: daarbij betalen de ziekenfondsen maandelijks een vast bedrag per patiënt aan de huisartsenpraktijk.

Het protest van huisartsen tegen de verplichte derde-betaler heeft veel te maken met de administratieve overlast die de maatregel met zich meebrengt. Door een veralgemening wordt een groot deel van dit probleem opgelost.

Een eerstelijnszorg zonder betaling is voor iedereen

De huisarts kan via *MyCareNet* rechtstreeks door het RIZIV en de ziekenfondsen betaald worden. Dit kan perfect digitaal. De huisarts hoeft geen briefjes meer te schrijven of tijd te verspillen aan de afrekening. Zo'n vermijdbare handeling neemt nu gemiddeld anderhalve minuut in beslag, 10 % van de consultatietijd. De patiënt hoeft geen geld meer mee te brengen of met een briefje voor terugbetaling naar zijn ziekenfonds te gaan. Dat vermindert de administratieve kosten en rompslomp voor iedereen. Voorwaarde is wel dat de overheid werk maakt van zo'n efficiënt werkend elektronisch systeem, want dat staat vandaag nog niet helemaal op punt.

Een eerstelijnszorg zonder betaling is betaalbaar en kosteneffectief

De maatregel kost relatief weinig. Zo bedraagt het totale bedrag aan remgelden voor consultaties en huisbezoeken

et les visites à domicile des médecins généralistes ne représente ainsi que 0,6 % du budget total de l'INAMI. Il s'agit en outre d'une mesure dont le coût sera rapidement compensé grâce à un recours réduit aux soins de deuxième ligne et aux services d'urgence plus onéreux, à une prise en charge plus rapide des problèmes de santé permettant d'éviter des soins plus onéreux ultérieurement, à des soins préventifs accrus et à une réduction de l'actuelle perte de temps due à l'administration, au paiement et aux autres tracasseries au niveau du médecin généraliste, du patient et des mutualités, qu'il est possible d'éviter. Il ne faut pas oublier non plus l'effet bénéfique résultant du gain en termes d'observance thérapeutique et de continuité des soins.

Une étude du Centre de connaissances et de l'Agence Intermutualiste a comparé le coût du système forfaitaire (dans lequel les patients ne paient déjà rien aujourd'hui) et celui du système classique. Elle a conclu que le premier n'était pas plus cher que le second. Une plus grande accessibilité du médecin généraliste a en effet réduit le nombre de consultations inutiles chez le spécialiste ainsi que le nombre d'examens inutiles et le nombre de médicaments pris inutilement.

D'aucuns craignent que la gratuité des soins entraîne une surconsommation, mais cette crainte n'est pas fondée. La dernière enquête nationale de santé révèle 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. Après correction de l'âge, du sexe, de la formation, de la région et de l'état de santé, il est apparu que la différence entre ces moyennes n'était pas significative. De même, dans les autres pays d'Europe où les soins de première ligne sont gratuits, la consommation de soins n'a pas nécessairement explosé.

La médecine n'est pas un luxe, mais une nécessité pour tous. Aller chez son médecin généraliste et acheter une voiture sont deux choses totalement différentes. Ce n'est pas parce que le prix chute que la demande augmente ou comme l'a dit Ilse Weeghmans, directrice de l'ASBL Patiëntenplatform: "Un patient ne va pas voir son médecin par plaisir". On ne peut pas attendre des patients qu'ils fassent eux-mêmes la distinction entre une consultation utile et une consultation inutile. C'est la tâche du médecin généraliste qui a fait 7 ans d'études. Accroître le seuil financier pour éviter les consultations inutiles aura pour effet de freiner les consultations inutiles, mais également les consultations utiles. Il s'agit d'un constat démontré dans diverses études et résumé dans le rapport du Groupe d'experts de la Commission européenne.

bij de huisarts maar 0,6 % van het totale RIZIV-budget. Het is bovendien een maatregel die zichzelf snel terug verdient: minder gebruik van de duurdere tweedelijnszorg en spoeddiensten, het sneller oppikken van gezondheidsproblemen om zo latere en duurdere zorg te vermijden, meer preventieve zorg en het terugdringen van het huidige vermijdbare tijdsverlies door administratie, betaling en andere rompslomp bij de huisarts, de patiënt én de ziekenfondsen. En niet te vergeten: door de winst aan therapietrouw en aan continuïteit van de zorg.

Een studie van het Kenniscentrum en het Intermutualistisch Agentschap vergeleken de kost van het forfaitaire systeem (waar patiënten vandaag al niets betalen) en het klassieke systeem. Ze concludeerde dat het eerste niet duurder was dan het tweede. Het vergroten van de toegankelijkheid van de huisarts leidde namelijk tot minder onnodige raadplegingen bij de specialist, minder onnodige onderzoeken, en minder onnodige geneesmiddelen.

Sommige mensen vrezen dat gratis zorg leidt tot overconsumptie, maar die vrees is ongegrond. Uit de laatst beschikbare nationale gezondheidsenquête blijkt 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. Na correctie voor leeftijd, geslacht, opleiding, gewest en gezondheidstoestand zijn deze gemiddelden niet significant verschillend. Ook in andere landen van Europa waar het gratis is, gaan mensen niet noodzakelijk veel meer naar de huisarts dan bij ons.

Huisartsgeneeskunde is geen kwestie van luxe, maar van noodzaak voor iedereen. Naar de huisarts gaan is nog altijd iets anders dan een auto kopen. Het is niet omdat de prijs daalt dat de vraag daarom stijgt. Of zoals Ilse Weeghmans, de directeur van het Patiëntenplatform het verwoordde: "Een patiënt gaat toch niet voor zijn plezier in de wachtzaal zitten." Je kan niet van patiënten verwachten dat ze zelf het onderscheid kunnen maken tussen wat een nuttige en wat een onnuttige consultatie is. Daarvoor dient net de huisarts, die hiervoor zeven jaar gestudeerd heeft. Wie de drempels dus verhoogt om onnuttige consultaties te vermijden, zal zowel de onnuttige als de nuttige afremmen. Dat blijkt uit veel evidentie, samengevat in een rapport van het Expert Panel van de Europese Commissie.

Aujourd'hui, la Belgique est confrontée à un problème de sous-consommation des soins de médecine générale bien plus qu'à un problème de surconsommation comme le démontre une étude de la Commission européenne qui révèle que, sur une année, 900 000 Belges ont postposé une visite chez le médecin généraliste pour raison financière. Une autre étude réalisée par les Mutualités socialistes s'est penchée sur la consommation de soins avant et après l'octroi du régime du tiers payant et a constaté que pour les patients ayant droit à une intervention majorée, le nombre de consultations est passé de 3,2 à 5,3 par an, la preuve manifeste que les seuils financiers conduisent à une sous-consommation de soins médicaux.

Le paiement électronique et le traitement électronique des données permettraient de détecter et de corriger les éventuels abus commis tant par le médecin généraliste que par le patient. Ce monitoring et cette évaluation électroniques sont en outre également utiles pour améliorer la qualité des soins.

La difficulté réside d'ailleurs souvent moins dans la détection des tricheurs que dans leur punition. Même aujourd'hui, il est possible de voir rapidement qui franchit la ligne rouge, mais souvent on ne fait rien de l'information transmise par la mutuelle.

La généralisation du système du tiers payant doit également s'accompagner de l'instauration de la facture du patient. De cette façon, les patients restent conscients du coût des soins et peuvent d'emblée vérifier ce que le médecin déclare.

Des soins de première ligne gratuits, une question d'équité

Depuis la fin du XIX^e siècle, l'essentiel de nos soins de santé est pris en charge par notre sécurité sociale. L'objectif est que les personnes tombant malades n'aient pas à craindre les problèmes financiers. De bons soins coûtent de l'argent mais ces coûts, nous les supportons tous ensemble. Cette solution collective est bonne pour nous tous: nous savons que si jamais nous tombons malades, on s'occupera de nous.

La gratuité des soins de première ligne n'est ni plus ni moins qu'une extension de ce principe. Chacun d'entre nous paie pour ses soins de santé au moyen de cotisations de sécurité sociale prélevées sur son salaire. Pourquoi faut-il encore payer lorsque nous avons effectivement besoin d'un médecin généraliste?

Le système de sécurité sociale a également un effet redistributeur. Car tout le monde n'a pas besoin de la même quantité de soins. Les personnes en bonne santé

Vandaag in België is ondergebruik van de huisarts trouwens veel groter dan overgebruik. Dat blijkt uit de studie van de Europese commissie die aantoonde dat op één jaar tijd in ons land 900 000 mensen hun bezoek aan de huisarts uitstellen om financiële redenen. Een studie van de Socialistische Mutualiteiten volgde het consultatiegedrag van patiënten voor en na het mogelijk worden van het derde-betalersstelsel. Bij zij die in aanmerking komen voor een verhoogde tegemoetkoming, steeg het aantal consultaties per jaar van 3,2 naar 5,3, een duidelijk bewijs dat financiële drempels leiden tot onderconsumptie van onze zorg.

Eventuele misbruik door zowel de huisarts als de patiënt zou door de elektronische uitbetaling en verwerking van gegevens makkelijker opgespoord en gecorrigeerd kunnen worden. Die elektronische monitoring en evaluatie is bovendien ook nuttig om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Het moeilijke is trouwens vaak niet om de valsspelers eruit te halen, wel om ze te bestraffen. Ook nu al kun je snel zien wie buiten de lijntjes kleurt, maar vaak gebeurt er niets met de info die door het ziekenfonds wordt doorgespeeld.

De veralgemening van het derde-betalersstelsel gaat best ook gepaard met het invoeren van een patiëntenfactuur. Zo blijven patiënten bewust van de kostprijs van zorg, en kunnen ze meteen ook controle behouden op wat de arts declareert.

Een eerstelijnszorg zonder betaling is rechtvaardig

Sinds het eind van de 19^e eeuw wordt het grootste deel van onze gezondheidszorg betaald door onze sociale zekerheid. Bedoeling is dat wie ziek wordt, niet bang hoeft te zijn voor financiële problemen. Goede zorg kost geld, maar die kosten dragen we met zijn allen. Die collectieve oplossing is goed voor ons allemaal: we weten dat als wij ooit ziek worden, er voor ons gezorgd zal worden.

Een gratis eerstelijnszorg is niet meer en niet minder dan een uitbreiding van dat principe. Ieder van ons betaalt voor onze gezondheidszorg via de bijdragen aan de sociale zekerheid uit ons loon. Waarom moeten we dan nog eens betalen op het moment dat we effectief een huisarts nodig hebben?

Het systeem van de sociale zekerheid werkt ook herverdelend. Want niet iedereen heeft evenveel zorg nodig. Gezond draagt bij voor ziek, jong draagt bij voor

contribuent pour les malades, les jeunes contribuent pour les personnes âgées. Et les riches contribuent pour les pauvres. Dans notre pays aussi, les inégalités sociales entraînent encore d'importantes disparités en matière de santé. Plus le revenu ou le niveau d'études est faible, plus le risque de contracter de nombreuses maladies est élevé. C'est précisément pourquoi il est si important que la contribution financière du patient reste la plus faible possible. Plus une visite chez le médecin est onéreuse, plus ce fossé se creuse. Ce principe n'est nulle part aussi important qu'à l'égard des médecins généralistes, qui sont les premiers interlocuteurs en cas de problèmes de santé. Une médecine générale accessible ne devrait pas être un privilège mais bien un droit pour tous.

Les médecins généralistes sont également les interlocuteurs les plus proches du patient. Si les relations avec les patients ne sont pas entravées par des obstacles financiers, la première ligne pourra en outre plus facilement jouer un rôle dans l'identification de la fracture sociale en matière de santé et dans la lutte contre ce fléau. Cela permettra d'aborder sans entrave les problèmes liés à un mode de vie malsain, au manque de connaissances, aux difficultés rencontrées à domicile ou au travail, etc.

Soutien accru des soins de première ligne gratuits

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'il est intolérable de faire payer les patients qui se rendent chez le médecin généraliste. Elle estime, elle aussi, que c'est une question d'accessibilité, de qualité et de justice. Selon l'OMS, il n'est pas non plus prouvé que les systèmes payants réduisent le nombre de consultations inutiles.

Dans quinze des vingt-sept États membres de l'Union européenne, la visite chez le médecin généraliste est gratuite et la Belgique est l'un des rares pays d'Europe occidentale où ce n'est pas encore le cas. En Allemagne, le ticket modérateur chez le médecin généraliste a été introduit en 2004 mais cette mesure a été abrogée en 2012 en raison de protestations persistantes. Aux Pays-Bas, la visite chez le médecin généraliste demeure gratuite malgré la privatisation et la commercialisation croissantes des soins de santé.

En Belgique, le *Netwerk Tegen Armoede*, la *Vlaams Patiëntenplatform* et le *Gezinsbond* ont lancé un appel en faveur de la généralisation du régime du tiers payant. Le livre blanc de Médecins du monde et de l'INAMI recommande la même proposition.

oud. En rijk draagt bij voor arm. Ook in ons land leidt sociale ongelijkheid nog steeds tot belangrijke gezondheidsverschillen. Hoe lager je inkomen of scholingsgraad, hoe groter het risico is op heel wat ziektes. 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. Nergens is dit principe zo belangrijk als bij de huisartsen. Zij zijn het eerste aanspreekpunt bij gezondheidsproblemen. Een toegankelijke huisartsgeneeskunde mag geen privilege zijn, het zou een recht moeten zijn voor iedereen.

De huisartsen staan ook het dichtst bij de patiënt. Als de band met de patiënten niet gehinderd wordt door financiële drempels, dan kan de eerste lijn ook gemakkelijker een rol spelen in het signaleren en aanpakken van die sociale gezondheidskloof. Men kan zo op een laagdrempelige manier problemen van ongezonde levensstijl, gebrek aan kennis, problemen in huis of op het werk enzovoorts mee aanpakken.

Een eerstelijnszorg zonder betaling wordt steeds meer ondersteund

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) zegt dat het uit den boze is om mensen te laten betalen wanneer ze naar de huisarts gaan. Ook voor hen is dit een kwestie van toegankelijkheid, kwaliteit en rechtvaardigheid. Het is ook niet bewezen dat een betaalsysteem onnodige raadplegingen afremt, zegt de WHO.

In vijftien van de zevenentwintig landen in de EU is een bezoek aan de huisarts gratis. België is één van de weinige landen in West-Europa waar dat nog steeds niet het geval is. In Duitsland werd het remgeld voor de huisarts in 2004 ingevoerd, maar de maatregel werd na aanhoudend protest weer afgeschaft in 2012. In Nederland blijft de toegang tot de huisarts nog steeds kosteloos, ondanks de toenemende privatisering en commercialisering van de gezondheidszorg.

In eigen land lanceerden het Netwerk Tegen Armoede, het Vlaams Patiëntenplatform en de Gezinsbond een oproep voor een veralgemening van de derdebetalersregeling. In het Witboek van Dokters van de Wereld en het RIZIV wordt hetzelfde voorstel aanbevolen.

COMMENTAIRE DES ARTICLES**Art. 2**

La modification proposée dans l'article fait en sorte que la mutualité prend en charge l'intégralité des honoraires du médecin pour une consultation chez le médecin généraliste ou pour une visite à domicile de celui-ci. La quote-part personnelle due par le patient pour ces prestations, c'est-à-dire le ticket modérateur, est ainsi entièrement supprimée.

Art. 3

La modification proposée dans cet article généralise le régime du tiers-payant pour tous les patients, non seulement pour le médecin généraliste, mais aussi pour toutes les disciplines de première ligne.

Raoul HEDEBOUW (PVDA-PTB)
Marco VAN HEES (PVDA-PTB)
Sofie MERCKX (PVDA-PTB)
Thierry WARMOES (PVDA-PTB)

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING**Art. 2**

De in dit artikel voorgestelde wijziging zorgt ervoor dat het ziekenfonds het volledige doktershonorarium voor een raadpleging bij de huisarts of een huisbezoek van de huisarts op zich neemt. Het persoonlijk aandeel dat patiënten verschuldigd zijn voor deze prestaties, het zogenaamde remgeld, wordt hiermee volledig afgeschaft.

Art. 3

De in dit artikel voorgestelde wijziging veralgemeent de derdebetalersregeling voor alle patiënten en dit naast de huisarts ook voor alle disciplines in de eerste lijn.

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

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

Art. 2

Dans l'article 37, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par la loi du 11 août 2017, un alinéa rédigé comme suit est inséré avant le premier alinéa:

“Pour les consultations chez le médecin généraliste et les visites à domicile, l'intervention de l'assurance représente l'intégralité des honoraires conventionnels fixés à l'article 44, §§ 1^{er} et 2, des honoraires fixés par les accords visés à l'article 50 ou des honoraires déterminés par le Roi en exécution de l'article 52, de l'article 49, § 5, alinéa 2, ou de l'article 50, § 11, alinéa 1^{er}, de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier.”.

Art. 3

L'article 53, § 1^{er}, alinéa 14, de la même loi, remplacé par la loi du 17 juillet 2015 et modifié en dernier lieu par la loi du 11 août 2017, est remplacé par ce qui suit:

“L'obligation d'application du régime du tiers payant s'applique à toutes les prestations de santé de première ligne visées à l'article 34, 1^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.”.

28 août 2019

Raoul HEDEBOUW (PVDA-PTB)
Marco VAN HEES (PVDA-PTB)
Sofie MERCKX (PVDA-PTB)
Thierry WARMOES (PVDA-PTB)

WETSVOORSTEL**Artikel 1**

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

Art. 2

In artikel 37, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017, wordt vóór het eerste lid een lid toegevoegd, luidende:

“Voor consultaties bij de huisarts en huisbezoeken bedraagt de verzekeringstegemoetkoming de volledige overeenkomstenhonoraria zoals ze zijn vastgesteld in artikel 44, §§ 1 en 2, van de honoraria die zijn bepaald in de in artikel 50 bedoelde akkoorden of van de honoraria die door de Koning zijn bepaald ter uitvoering van artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel of ter uitvoering van artikel 49, § 5, tweede lid, of van artikel 50, § 11, eerste lid.”.

Art. 3

Artikel 53, § 1, veertiende lid, van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 17 juli 2015 en laatstelijk gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017, wordt vervangen als volgt:

“De verplichting tot toepassing van de derdebetalers-regeling geldt voor alle geneeskundige verstrekkingen in de eerste lijn zoals vermeld in artikel 34, punt 1^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.”.

28 augustus 2019