

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

3 décembre 2020

PROPOSITION DE LOI

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

AVIS DE LA COUR DES COMPTES

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

3 december 2020

WETSVOORSTEL

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

ADVIES VAN HET REKENHOF

Voir:

Doc 55 **0476/ (2019/2020):**

001: Proposition de loi de M. Hedebouw et consorts.
002: Amendement.

Zie:

Doc 55 **0476/ (2019/2020):**

001: Wetsvoorstel van de heer Hedebouw c.s.
002: Amendement.

03600

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)



Cour des comptes

AVIS DE LA COUR DES COMPTES

Impact budgétaire de la proposition de loi DOC 55 0476/001 instaurant la gratuité des consultations chez le médecin généraliste

Approuvé en assemblée générale du 2 décembre 2020



1 Demande d'avis

En vertu de l'article 79, alinéa 1^{er}, du règlement de la Chambre des représentants, le président de la Chambre a demandé à la Cour des comptes, par lettre du 8 octobre 2020, d'estimer l'incidence budgétaire qu'entraînerait l'éventuelle approbation de la proposition de loi instaurant la gratuité des consultations chez le médecin généraliste (doc. parl., Chambre, n°55-0476/001, déposée le 1^{er} octobre 2019 par M. Raoul Hedebouw et consorts).

2 Modifications amenées par la proposition de loi

Les articles 2 et 3 de la proposition de loi modifient les articles 37 et 53 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

2.1 Article 2 de la proposition de loi

L'article 2 de la proposition de loi est rédigé comme suit :

« 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. » »

L'interprétation de cet article pose plusieurs difficultés.



2.1.1 Cadre légistique

La Cour des comptes a relevé dans l'article 2 des difficultés en matière légistique, notamment en ce qui concerne les références légales. À ce niveau, les versions française et néerlandaise de la proposition de loi ne correspondent pas et, dans sa version française, la proposition de loi se réfère aux articles 49 et 50 de la loi du 14 février 1961, alors que ceux-ci ont été abrogés.

La Cour des comptes a relevé une ambiguïté concernant les professions visées par l'article 2. En effet, cet article évoque « *les consultations chez le médecin généraliste et les visites à domicile* » mais sans préciser si ces dernières ne concernent que les médecins généralistes.

La possibilité que la proposition de loi concerne les visites à domicile d'autres professions ne peut être écartée, car l'article 44, § 1^{er}, de la loi du 14 juillet 1994, auquel il est fait référence, ne vise pas les médecins généralistes mais d'autres professions : « *les sages-femmes, les praticiens de l'art infirmier et les services de soins infirmiers à domicile, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les fournisseurs de prothèses et d'appareils* ».

Ces incohérences ou imprécisions nécessitent une révision attentive sur le plan juridique.

2.1.2 Estimation de l'impact de l'article 2

Champ d'application estimé

En conséquence, la Cour des comptes a réalisé son étude d'impact budgétaire en se basant sur l'objectif poursuivi par la proposition de loi, tel qu'il se dégage du titre et du résumé de celle-ci, à savoir offrir la gratuité des honoraires pour les consultations et visites du médecin généraliste.

Plus précisément, d'après le résumé, le développement et le commentaire des articles, l'objectif est de rembourser le ticket modérateur, c'est-à-dire la part que le patient paie dans le tarif conventionné du médecin. La simulation n'inclut donc pas la part payée par le patient pour un supplément d'honoraire, au-delà du tarif conventionné.

Année de référence

L'année 2019 est choisie comme année de référence pour ce calcul parce qu'il s'agit de l'année la plus récente pour laquelle les données sont disponibles.

L'estimation budgétaire consiste à calculer le montant qui aurait été nécessaire en 2019 pour rembourser les tickets modérateurs pour les consultations et les visites à domicile réalisées par les médecins généralistes.

Impact budgétaire à variables constantes

Le 4 novembre 2020, l'Inami a communiqué à la Cour des comptes les montants des remboursements de l'assurance obligatoire soins de santé et ceux des tickets modérateurs dans le cadre des consultations et visites effectuées par les médecins généralistes en 2019 :

- Pour les consultations, les remboursements se montaient à 871.757.532,52 euros et les tickets modérateurs à 117.730.518,18 euros.
- Pour les visites, les remboursements se montaient à 237.929.247,69 euros et les tickets modérateurs à 36.025.239,73 euros.



Dès lors, le montant annuel supplémentaire nécessaire pour appliquer la proposition de loi serait de 153.755.757,91 euros, soit 117.730.518,18 euros pour rembourser les tickets modérateurs des consultations et 36.025.239,73 euros pour ceux des visites.

L'application de la proposition de loi aurait pour conséquence que le total des remboursements pour les consultations et visites effectuées par le médecin généraliste se monterait à 1.263.442.538,12 euros sur les données de 2019, c'est-à-dire

- 989.488.050,70 euros pour les consultations
- et 273.954.487,42 euros pour les visites.

Selon l'Inami, l'adoption de la proposition de loi conduirait aussi à des économies directes. En effet, lorsque les dépenses annuelles d'un patient dépassent le montant du maximum à facturer, l'assurance soins de santé rembourse au patient le surplus. Dès lors, si le patient ne paie plus les tickets modérateurs du médecin généraliste, ses dépenses annuelles diminuent ainsi que son surplus par rapport au maximum à facturer et, par conséquent, l'intervention de l'assurance soins de santé.

Conséquences indirectes

Cette mesure aura également des conséquences financières indirectes en matière de consommation des soins de santé.

D'une part, en diminuant l'obstacle financier constitué par le ticket modérateur, le nombre de prestations effectuées par le médecin généraliste augmentera. En effet, l'Observatoire social européen constatait dans son étude de juillet 2020 sur l'inégalité d'accès aux soins de santé en Belgique que « 4,1 % de la population avait des besoins non satisfaits pour des raisons financières en matière de soins médicaux et/ou dentaires » en 2017¹.

Selon l'Inami, une augmentation de ces prestations entraînera une augmentation des prescriptions de médicaments et des renvois vers les médecins spécialistes, ce qui pourrait entraîner une augmentation des hospitalisations pour des pathologies traitées plus rapidement. Donc, cette meilleure accessibilité se traduira par une augmentation des soins prodigués et des dépenses qui y sont liées.

D'autre part, l'amélioration de la prise en charge des patients par les généralistes conduira aussi à des économies. Elle se traduira d'abord par une diminution du recours aux urgences pour les problèmes qui peuvent être traités par les médecins généralistes.

Ensuite, cette prise en charge plus rapide diminuera, en milieu hospitalier, les soins lourds et coûteux qui sont la conséquence des pathologies qui se sont aggravées par manque de soins. Cet impact positif se marquera particulièrement chez les personnes qui ne venaient pas en consultation chez le médecin généraliste à cause d'obstacles financiers.

Cependant, pour estimer ces conséquences indirectes, il est nécessaire de connaître l'état de santé des personnes qui, actuellement, ne font pas appel aux médecins généralistes pour des

¹ Rita Baeten et Sophie Cès, *Les inégalités d'accès aux soins de santé en Belgique - Rapport de synthèse*, Bruxelles : European Social Observatory, Juillet 2020, p. 12.



raisons financières et qui, dans le futur, y auront recours à cause du remboursement du ticket modérateur. Cet état de santé conditionne en effet le nombre de consultations et de visites à domicile mais aussi le volume des médicaments prescrits, des consultations auprès de spécialistes ou encore des hospitalisations. De surcroît, le coût, pour l'assurance soins de santé, des médicaments, des honoraires et des hospitalisations varie selon la pathologie traitée.

Ces inconnues rendent impossible une estimation des conséquences financières indirectes de l'article 2.

Par ailleurs, la Cour des comptes souhaite attirer l'attention sur un autre effet indirect de la proposition de loi qui pourrait être défavorable pour les patients. En effet, des objectifs budgétaires sont fixés pour les dépenses en soins de santé. Or, la proposition de loi pourrait mener à un dépassement de ceux-ci. Dans ce contexte, des mesures d'économie pourraient être imposées en vertu de l'article 18 de la loi du 14 juillet 1994. Ces éventuelles mesures d'économie pourraient générer de nouveaux coûts à supporter par le patient pour des prestations autres que celles des médecins généralistes.

2.2 Article 3 de la proposition de loi

L'article 3 généralise le tiers payant pour une série de prestations, sans condition supplémentaire : « 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. »

Les prestations citées dans l'article 34, 1^o, de la loi du 14 juillet 1994 sont les suivantes :

- « les visites et les consultations des médecins de médecine générale et des médecins-spécialistes ;
- « les soins donnés par des praticiens de l'art infirmier et par des services de soins infirmiers à domicile ; »
- « les soins donnés par des kinésithérapeutes ; »
- « les prestations techniques de diagnostic et de traitement qui ne requièrent pas la qualification de médecin-spécialiste ; »
- « les soins dentaires, tant conservateurs que réparateurs y compris les prothèses dentaires ».

2.2.1 Champ d'application

L'article 3 généralise le tiers-payant pour toutes « les prestations de santé de première ligne visées à l'article 34, 1^o ». Mais ni l'article 3 de la proposition de loi ni l'article 34 de la loi du 14 juillet 1994 ne définissent clairement ce qu'est une prestation de première ligne. Parmi les prestations citées dans l'article 34, 1^o, du 14 juillet 1994, certaines pourraient être considérées comme étant de deuxième ligne, telles que les prestations des médecins spécialistes.



2.2.2 Estimation de l'impact budgétaire

De même que le remboursement du ticket modérateur pour les consultations et visites réalisées par le médecin généraliste, l'application du tiers-payant renforcera l'accessibilité des soins. Mais, pour les raisons évoquées ci-avant à propos de l'article 2, il est impossible d'évaluer les conséquences positives ou négatives de cette mesure sur les dépenses de l'assurance soins de santé. D'autant plus, que la proposition de loi ne définit pas la notion de prestation de première ligne.

3 Conclusion

Sur la base des données communiquées par l'Inami et sans tenir compte du mécanisme du maximum à facturer, pour le nombre de prestations effectuées en 2019, le montant supplémentaire nécessaire pour rembourser le ticket modérateur pour les consultations et les visites à domicile réalisées par les médecins généralistes aurait été de 154 millions d'euros, soit une augmentation de 14 % par rapport aux remboursements effectués en 2019 qui étaient de 1.10 millions. Il s'agit d'un impact annuel.

Si la proposition de loi était adoptée, le remboursement de ces tickets modérateurs ainsi que l'application du tiers-payant auraient également des effets indirects de nature à augmenter ou à alléger les dépenses de soins de santé. L'incidence budgétaire de ces effets indirects est cependant impossible à évaluer. Une telle évaluation nécessiterait notamment de connaître l'état de santé des personnes qui ne recouraient pas aux soins de santé pour des raisons financières et qui y auraient recours à la suite de cette mesure.



ADVIES VAN HET REKENHOF

Budgettaire impact van het wetsvoorstel DOC 55 0476/001 om patiënten zonder geld naar de huisarts te laten gaan

Goedgekeurd in de algemene vergadering van 2 december 2020



1 Vraag om advies

In een brief van 8 oktober 2020 heeft de voorzitter van de Kamer van Volksvertegenwoordigers op grond van artikel 79, 1^e lid, van het reglement van de Kamer aan het Rekenhof gevraagd een raming te maken van de budgettaire impact die zou voortvloeien uit de eventuele goedkeuring van het wetsvoorstel om patiënten zonder geld naar de huisarts te laten gaan (parl. stuk Kamer, DOC 55 0476/001, op 1 oktober 2019 ingediend door de heer Raoul Hedebouw c.s.).

2 Door het wetsvoorstel aangebrachte wijzigingen

De artikelen 2 en 3 van het wetsvoorstel wijzigen de artikelen 37 en 53 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, die werd gecoördineerd op 14 juli 1994.

2.1 Artikel 2 van het wetsvoorstel

Artikel 2 van het wetsvoorstel luidt als volgt:

« 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”. »

1/5



De interpretatie van dat artikel stuit op diverse moeilijkheden.

2.1.1 Wetgevingskader

Het Rekenhof heeft in artikel 2 moeilijkheden qua wetgevingstechniek vastgesteld, meer bepaald wat de wettelijke referenties betreft. De Franse en de Nederlandse tekst van het wetsvoorstel stemmen niet met elkaar overeen en de Franse tekst verwijst naar de artikelen 49 en 50 van de wet van 14 februari 1961, die werden opgeheven.

Het Rekenhof heeft een dubbelzinnigheid vastgesteld in verband met de door artikel 2 beoogde beroepen. Het artikel spreekt van « *consultaties bij de huisarts en huisbezoeken* » maar preciseert niet of het enkel huisbezoeken door de huisarts betreft.

De mogelijkheid dat het wetsvoorstel ook betrekking heeft op huisbezoeken door andere beroepen kan niet worden uitgesloten want artikel 44, § 1, van de wet van 14 juli 1994 waarnaar wordt verwezen, beoogt niet enkel huisartsen maar ook andere beroepen, namelijk « *de vroedvrouwen, de verpleegkundigen, de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten en de verstrekkers van prothesen en toestellen* ».

Die incoherenties en onduidelijkheden vergen een aandachtige revisie op juridisch vlak.

2.1.2 Raming van de impact van het artikel 2

Geraamd toepassingsveld

Het Rekenhof heeft zijn impactstudie bijgevolg uitgevoerd op basis van de doelstelling van het wetsvoorstel zoals het naar voren komt in de titel en in de samenvatting, namelijk kosteloze huisartsenraadplegingen en -huisbezoeken.

Volgens de samenvatting, de toelichting en de commentaar bij de artikelen is het de bedoeling het remgeld terug te betalen (het remgeld is het deel van het geconventioneerde artsentarief dat de patiënt uit eigen zak betaalt). In de simulatie is dus geen rekening gehouden met ereloonsupplementen die patiënten betalen bovenop het geconventioneerde tarief.

Referentiejaar

Het jaar 2019 werd als referentiejaar gekozen voor deze berekening omdat 2019 het meest recente jaar is waarvan de gegevens beschikbaar zijn.

De budgettaire raming bestaat erin het bedrag te berekenen dat in 2019 nodig zou zijn geweest om het remgeld terug te betalen voor alle huisartsenraadplegingen en -huisbezoeken.

Budgettaire impact bij constante variabelen

Op 4 november 2020 ontving het Rekenhof van het RIZIV de bedragen die de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging terugbetaalde en de bedragen van het remgeld van de raadplegingen en huisbezoeken door huisartsen in 2019:

- voor de raadplegingen beliepen de terugbetalingen 871.757.532,52 euro en de remgelden 117.730.518,18 euro;



- voor de huisbezoeken beliepen de terugbetalingen 237.929.247,69 euro en de remgelden 36.025.239,73 euro.

Om het wetsvoorstel toe te passen zou op jaarbasis dus 153.755.757,91 euro extra nodig zijn: 117.730.518,18 euro om de remgelden van raadplegingen terug te betalen en 36.025.239,73 voor die van de huisbezoeken.

De toepassing van het wetsvoorstel zou tot gevolg hebben dat de totale terugbetalingen voor huisartsenraadplegingen en -huisbezoeken 1.263.442.538,12 euro zouden belopen op de gegevens van 2019, te weten:

- 989.488.050,70 euro voor de raadplegingen;
- en 273.954.487,42 euro voor de huisbezoeken.

Volgens het RIZIV zou de goedkeuring van het wetsvoorstel ook directe besparingen opleveren want als de uitgaven van een patiënt in de loop van het jaar het bedrag van de maximumfactuur bereiken, dan betaalt het ziekenfonds de kosten die daar later nog bijkomen volledig terug. Als patiënten niet langer remgeld moeten betalen bij de huisarts, dalen hun jaarlijkse uitgaven alsook de kosten die nog volgen nadat het bedrag van de maximumfactuur is bereikt, en daalt bijgevolg ook de tussenkomst van de verzekering geneeskundige verzorging.

Onrechtstreekse gevolgen

De maatregel zal ook indirecte financiële gevolgen hebben op het vlak van de zorgconsumptie.

Enerzijds zal het aantal verstrekkingen door huisartsen toenemen omdat het remgeld, dat voor sommigen een financieel struikelblok is, wegvalt. In zijn studie van juli 2020 over de ongelijkheden in de toegang tot gezondheidszorg in België stelde het Onderzoekscentrum Sociaal Europa: « *Globaal genomen had 4,1% van de bevolking in België onvervulde behoeften aan medische en/of tandheelkundige zorg om financiële redenen* » in 2017¹.

Volgens het RIZIV zal een toename van het aantal verstrekkingen leiden tot een toename van het aantal geneesmiddelenvoorschriften en van het aantal doorverwijzingen naar specialisten, wat zou kunnen leiden tot een toename van ziekenhuisopnames voor pathologieën die sneller worden behandeld. De betere toegankelijkheid zal zich dus vertalen in toename van de verleende zorg en van de daarmee gepaard gaande uitgaven.

Anderzijds zal de betere tenlasteneming van patiënten door de huisartsen ook tot besparingen leiden. Dat zal vooral tot uiting komen in het feit dat minder patiënten naar de spoeddiensten zullen gaan voor problemen die door huisartsen kunnen worden aangepakt.

¹ Rita Baeten en Sophie Cès, *Ongelijkheden in de toegang tot gezondheidszorg in België - Syntheserapport*, Brussel. European Social Observatory, juli 2020, p. 11.



Door de snellere tenlasteneming zullen ziekenhuizen bovendien de zware en dure verstrekkingen als gevolg van niet-behandelde pathologieën zien dalen. Die positieve impact zal vooral tot uiting komen bij personen die om financiële redenen niet naar de huisarts gaan.

Om een raming te maken van die onrechtstreekse gevolgen, moet men echter de gezondheidstoestand kennen van personen die thans om financiële redenen niet naar de huisarts gaan en die dat in de toekomst wel zullen doen omdat het remgeld wordt terugbetaald. Die gezondheidstoestand is bepalend voor het aantal raadplegingen en huisbezoeken maar ook voor het volume aan voorgeschreven geneesmiddelen, het aantal raadplegingen bij specialisten en het aantal ziekenhuisopnames. Bovendien zijn de kosten van de geneesmiddelen, de erelonen en de ziekenhuisopnames verschillend voor de verzekering geneeskundige verzorging, naargelang de behandelde pathologie.

Door die onbekende factoren zijn de onrechtstreekse financiële gevolgen van het artikel 2 onmogelijk te ramen.

Het Rekenhof wil overigens de aandacht vestigen op een ander onrechtstreeks effect van het wetsvoorstel dat nadelig zou kunnen zijn voor de patiënten. Er zijn namelijk begrotingsdoelstellingen vastgelegd voor de uitgaven inzake geneeskundige verzorging, maar het wetsvoorstel zou kunnen leiden tot een overschrijding. In die context zouden besparingsmaatregelen kunnen worden opgelegd op grond van artikel 18 van de wet van 14 juli 1994. Die mogelijke besparingsmaatregelen zouden ertoe kunnen leiden dat de patiënt nieuwe kosten zal moeten dragen voor andere verstrekkingen dan die van de huisarts.

2.2 Artikel 3 van het wetsvoorstel

Artikel 3 veralgemeent de derdebetalersregeling voor een aantal verstrekkingen, zonder bijkomende voorwaarden op te leggen: « 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 derdebetalersregeling geldt voor alle geneeskundige verstrekkingen in de eerste lijn zoals vermeld in artikel 34, punt 1° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.” »

Dit zijn de verstrekkingen die zijn vermeld in artikel 34, 1°, van de wet van 14 juli 1994:

- bezoeken en raadplegingen van algemeen geneeskundigen en van artsen-specialisten;
- door verpleegkundigen en door diensten thuisverpleging verstrekte hulp;
- kinesitherapeutenhulp;
- technische verstrekkingen voor diagnose en behandelingen welke niet de bekwaliging van arts-specialist vereisen;
- tandheelkundige hulp zo bewaarshalve als herstelshalve met inbegrip van tandprothesen.



2.2.1 Toepassingsveld

Artikel 3 veralgemeent de derdebetalersregeling « voor alle geneeskundige verstrekkingen in de eerste lijn zoals vermeld in artikel 34, punt 1° », maar noch artikel 3 van het wetsvoorstel noch artikel 34 van de wet van 14 juli 1994 definiëren duidelijk wat bedoeld wordt met eerstelijnszorg. Sommige verstrekkingen die zijn vermeld in artikel 34, 1°, van de wet van 14 juli 1994 zouden als tweedelijnszorg kunnen worden gezien (bv. verstrekkingen door specialisten).

2.2.2 Raming van de budgettaire impact

Net zoals de terugbetaling van het remgeld voor huisartsenraadplegingen en -huisbezoeken, zal de toepassing van de derdebetalersregeling de zorg toegankelijker maken. Omwille van de redenen die al ter sprake kwamen met betrekking tot het artikel 2, zijn de positieve of negatieve gevolgen van die maatregel voor de verzekering geneeskundige verzorging onmogelijk te ramen, te meer daar het wetsvoorstel het concept 'eerstelijnszorg' niet definieert.

3 Conclusie

Op basis van de gegevens die het RIZIV meedeelde en zonder rekening te houden met het mechanisme van de maximumfactuur zou voor het aantal verstrekkingen die in 2019 werden uitgevoerd een bijkomend bedrag van 154 miljoen euro nodig zijn om het remgeld van de huisartsenraadplegingen en -huisbezoeken terug te betalen. Dat is een stijging met 14% in vergelijking met de terugbetalingen die in 2019 werden gedaan en die 1.110 miljoen euro beliepen. Het betreft een impact op jaarbasis.

Als het wetsvoorstel zou worden goedgekeurd, zouden de terugbetaling van het remgeld en de toepassing van de derdebetalersregeling ook onrechtstreekse gevolgen hebben die de uitgaven voor geneeskundige verzorging kunnen doen stijgen of dalen. De budgettaire impact van die onrechtstreekse gevolgen is echter onmogelijk te ramen. Om die raming te kunnen maken, zou men de gezondheidstoestand moeten kennen van de personen die om financiële redenen niet naar de huisarts gaan maar dat wel zouden als de financiële drempel wegvalt.