

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2009-2010

12 JANUARI 2010

Voorstel van resolutie betreffende uitbreiding van het systeem van de sociale derde betaler

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE VOOR
DE SOCIALE AANGELEGENHEDEN
UITGEBRACHT DOOR
MEVROUW LIJNEN EN
DE HEER FOURNAUX

I. INLEIDING

Het voorstel van resolutie betreffende uitbreiding van het systeem van de sociale derde betaler (stuk

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2009-2010

12 JANVIER 2010

Proposition de résolution visant à étendre le régime du tiers payant social

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DES AFFAIRES SOCIALES
PAR
MME LIJNEN ET
M. FOURNAUX

I. INTRODUCTION

La proposition de résolution visant à étendre le régime du tiers payant social (doc. Sénat, n° 4-1185/1)

Samenstelling van de commissie / Composition de la commission :

Voorzitter / Présidente : Nahima Lanjri.**Leden / Membres :**

CD&V	Dirk Claes, Cindy Franssen, Nahima Lanjri, Els Schelfhout.
MR	Richard Fournaux, Caroline Persoons, Dominique Tilmans.
Open VLD	Jean-Jacques De Gucht, Nele Lijnen.
Vlaams Belang	Jurgen Ceder, Nele Jansegers.
PS	Franco Seminara, Christiane Vienne.
SP.A	Marleen Temmerman, Myriam Vanlerberghe.
CDH	Jean-Paul Procureur.
Écolo	Zakia Khattabi.

Plaatsvervangers / Suppléants :

Wouter Beke, Sabine de Bethune, Elke Tindemans, Pol Van Den Driessche, Els Van Hoof.
Christine Defraigne, Alain Destexhe, Philippe Fontaine, Philippe Monfils.
Ann Somers, Bart Tommelein, Patrik Vankrunkelsven.
Yves Buysse, Hugo Coveliers, Karim Van Overmeire.
Caroline Désir, Philippe Mahoux, Olga Zrihen.
fatma Pehlivan, Guy Swennen, Johan Vande Lanotte.
Céline Fremault, Vanessa Matz.
Benoit Hellings, Cécile Thibaut.

*Zie:***Stukken van de Senaat :****4-1185 - 2008/2009 :**

Nr. 1 : Voorstel van resolutie van mevrouw Lanjri c.s.

4-1185 - 2009/2010 :

Nr. 2 : Amendementen.

*Voir:***Documents du Sénat :****4-1185 - 2008/2009 :**

N° 1 : Proposition de résolution de Mme Lanjri et consorts.

4-1185 - 2009/2010 :

N° 2 : Amendements.

Senaat, nr. 4-1185/1) is ingediend op 17 februari 2009. De commissie voor de Sociale Aangelegenheden heeft dit voorstel besproken tijdens haar vergaderingen van 30 juni en 24 november 2009 en 5 en 12 januari 2010, in aanwezigheid van mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, en de heer Jean-Marc Delizée, toenmalig staatssecretaris voor Armoedebestrijding.

Tijdens de vergadering van 24 november 2009 organiseerde de commissie een hoorzitting met de volgende personen :

— de heer Emmanuel Quintin, adjunct-administrateur-generaal van de Kruispuntbank van de sociale zekerheid;

— de heer H. De Ridder, directeur-generaal van het RIZIV;

— de heer Herman Moeremans, voorzitter van het Syndicaat Vlaamse Huisartsen;

— de heer Michel Vermeyleen, voorzitter van de *Association des Médecins de Famille*;

— mevrouw Ingrid Fleurquin, Landsbond der Christelijke Mutualiteiten;

— mevrouw Renée Van der Veken, Nationale Vereniging van Socialistische mutualiteiten,

— professor Jan De Maeseneer, UGent.

Deze hoorzitting vindt men terug als bijlage bij dit verslag.

II. INLEIDENDE UITEENZETTING DOOR DE HOOFDINDIENER VAN HET VOORSTEL VAN RESOLUTIE

Mevrouw Lanjri verklaart dat het voorstel van resolutie een proefproject wil opzetten om het systeem van de sociale derde betaler, dat bijvoorbeeld vandaag bestaat in de ziekenhuizen, uit te breiden tot de huisartsen. Voor vele mensen begint de factuur voor gezondheidszorg zeer zwaar door te wegen. Een zeer laag loon of een zeer beperkte uitkering kunnen risicofactoren zijn. Het leefloon en ook vele andere uitkeringen in België liggen onder de drempel van het armoederisico.

Bovendien versterken langdurige uitkeringen en kosten versterken elkaar negatief. Dat bleek ook uit recent onderzoek. Door dat onderzoek werd zeer duidelijk dat de financiële situatie van de meeste chronisch zieken problematisch is. Van de ruim 220 000 mensen in ons land die aangewezen zijn op een invaliditeitsuitkering ontvangt meer dan de helft de minimumuitkering. Deze uitkering is lager dan het

a été déposée le 17 février 2009. La commission des Affaires sociales l'a examinée au cours de ses réunions des 30 juin et 24 novembre 2009 et des 5 et 12 janvier 2010, en présence de Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, et de M. Jean-Marc Delizée, qui était alors secrétaire d'État à la Lutte contre la pauvreté.

Au cours de la réunion du 24 novembre 2009, la commission a organisé une audition des personnes suivantes :

— M. Emmanuel Quintin, administrateur général adjoint de la Banque-carrefour de la sécurité sociale;

— M. H. De Ridder, directeur général de l'INAMI;

— M. Herman Moeremans, président du *Syndicaat Vlaamse Huisartsen*;

— M. Michel Vermeyleen, président de l'Association des médecins de Famille;

— Mme Ingrid Fleurquin, Alliance nationale des mutualités chrétiennes;

— Mme Renée Van der Veken, Union nationale des mutualités socialistes;

— le professeur Jan De Maeseneer, UGent.

Le compte rendu de cette audition est annexé au présent rapport.

II. EXPOSÉ INTRODUCTIF DE L'AUTEURE PRINCIPALE DE LA PROPOSITION DE RÉSOLUTION

Mme Lanjri déclare que la proposition de résolution a pour but de mettre sur pied un projet-pilote visant à étendre aux médecins généralistes le système du tiers payant social qui est déjà appliqué actuellement dans les hôpitaux par exemple. Pour de nombreuses personnes, la facture des soins de santé commence à peser extrêmement lourd. Parmi les facteurs à risque, on peut citer un très bas salaire ou une allocation fort réduite. En Belgique, le revenu d'intégration et de nombreuses autres allocations se situent sous le seuil de risque de pauvreté.

Il existe en outre entre les allocations de longue durée et les frais de soins de santé correspondants une influence réciproque négative. Une enquête récente le prouve en montrant très clairement que la plupart des malades chroniques souffrent de problèmes financiers. Parmi les plus de 220 000 personnes qui doivent vivre d'une allocation d'invalidité dans notre pays, plus de la moitié reçoivent l'allocation minimale, qui est infé-

bestaanszekere inkomen. Dit lage inkomen gecombineerd met hoge gezondheidskosten maakt dat veel chronisch zieke mensen en hun gezinnen in armoede leven.

Een onderzoek van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten in 2000 wees uit dat 90 000 chronisch zieke mensen een uitkering krijgen die lager ligt dan het bestaanszekere inkomen. Bijna 20 000 chronisch zieken moeten leven met een leefloon. 50 % van de chronisch zieken hebben een uitkering die iets hoger ligt dan dit leefloon. Slechts 6 % ontvangt de maximum invaliditeitsuitkering.

Meer recente cijfers tonen aan dat de situatie niet verbeterd is. In het tweede kwartaal van 2005 kregen 33 % van de invalide personen met gezinslast, 49 % van de alleenstaande invaliden en 75 % van de samenwonende invalide personen een minimumuitkering.

Het is ook zeer moeilijk leven van een invaliditeitsuitkering: 72 % van de alleenstaanden en 81 % van de gezinshoofden met een uitkering zegt moeilijk tot zeer moeilijk te kunnen rondkomen. Meer dan 70 % van de alleenstaanden en 80 % van de gezinshoofden besparen daardoor op kledij, inrichting van het huis en vrije tijd. Zorgwekkend is dat 32 % van de alleenstaanden bespaart op consultaties bij de arts, terwijl 50 % beroep doet op spaargeld om rond te komen. 50 % krijgt financiële steun van derden en 50 % heeft langlopende onbetaalde rekeningen. Slechts 10 % kan nog sparen.

Daarnaast is er ook een grote groep mensen die schulden hebben of die een programma van schuldbemiddeling volgen. Ook zij kunnen onder deze drempel zakken. Voor al deze groepen neemt een consultatie bij de arts een zeer grote hap uit hun kleine budget. Het voorschieten van de kosten voor eerstelijnszorg blijkt een hoge drempel te zijn die leidt tot het uitstellen en in sommige gevallen zelfs tot het afstellen van gezondheidszorgen. Men weet dat dit vaak leidt tot hogere kosten in een later stadium, niet enkel voor de patiënt maar ook voor de samenleving in zijn geheel.

Dankzij het mechanisme van de derdebetalersregeling is de patiënt niet genoodzaakt een som geld voor te schieten: de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor de geleverde verstrekking wordt rechtstreeks door de verzekering van de patiënt uitbetaald aan de zorgverlener, terwijl de patiënt enkel het remgeld betaalt. De huidige reglementering is het resultaat van de zoektocht naar een evenwicht tussen twee bekommernissen: één van sociale aard, de toegang tot de geneeskundige verzorging voor iedereen waarborgen, de andere van financiële aard, het beheersen van de uitgaven van de geneeskundige verzorging.

rieure au seuil de pauvreté. Ce revenu faible conjugué à des frais de soins de santé élevés a pour effet de plonger dans la précarité beaucoup de malades chroniques et leur famille.

Une étude réalisée en l'an 2000 par l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes révélait que 90 000 malades chroniques recevaient une allocation se situant sous le seuil de pauvreté. Près de 20 000 malades chroniques doivent vivre du revenu minimum d'intégration et 50 % des malades chroniques bénéficient d'une allocation légèrement supérieure à ce revenu. Seuls 6 % des malades chroniques reçoivent l'indemnité d'invalidité maximale.

Des chiffres plus récents montrent que la situation ne s'est pas améliorée. Au deuxième trimestre de l'année 2005, 33 % des invalides avec charge de famille, 49 % des invalides isolés et 75 % des invalides cohabitants recevaient une allocation minimale.

Vivre d'une indemnité d'invalidité n'est pas non plus une sinécure: 72 % des isolés et 81 % des chefs de famille bénéficiant d'une indemnité de ce type déclarent s'en sortir difficilement voire très difficilement. Dès lors, plus de 70 % des isolés et 80 % des chefs de famille font des économies sur les vêtements, l'aménagement du domicile et les loisirs. Il est inquiétant de constater que 32 % des isolés économisent sur les consultations médicales, alors que 50 % puisent dans leurs économies pour s'en sortir. 50 % sont aidés financièrement par des tiers et 50 % ont des factures impayées à longue échéance. Ils ne sont que 10 % à pouvoir encore faire des économies.

D'autre part, un grand nombre de personnes sont endettées ou en médiation de dettes et peuvent également se retrouver sous le seuil de pauvreté. Pour toutes ces catégories de personnes, une consultation chez le médecin grève lourdement un budget déjà réduit. Le fait de devoir avancer les frais des soins de première ligne s'avère représenter un frein important qui incite ces personnes à les reporter ou même à y renoncer dans certains cas. L'on sait que cela entraîne souvent des frais plus élevés à un stade ultérieur, non seulement pour le patient mais aussi pour la société dans son ensemble.

Grâce au mécanisme du tiers payant, le patient n'est pas obligé d'avancer de l'argent: l'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation fournie est directement versée au prestataire de soins par l'assurance du patient, tandis que ce dernier paie uniquement le ticket modérateur. La réglementation actuelle est le fruit de la recherche d'un équilibre entre deux préoccupations: la première est de nature sociale et vise à garantir à chacun l'accès aux soins de santé, la seconde est de nature financière et vise à maîtriser les dépenses de soins de santé.

De huidige regeling is vervat in het koninklijk besluit van 10 oktober 1986, dat de uitvoering is van artikel 53, § 1, negende lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Het koninklijk besluit voorziet drie soorten regimes met betrekking tot de derdebetalersregeling naargelang de aard van de verstrekkingen :

1. Er zijn een aantal toepassingen waarbij de derdebetalersregeling verplicht is, zoals bijvoorbeeld bij een ziekenhuisopname of hiermee gelijkgestelde tegemoetkomingen;

2. Daarnaast zijn er een aantal gevallen waarbij de derdebetalersregeling verboden is, bijvoorbeeld bij bezoeken aan en raadplegingen en adviezen van huisartsen en specialisten;

3. Ten slotte zijn er toepassingen waarbij de derdebetalersregeling facultatief of toegestaan is. De zorgverlener kan dan zelf vragen om de regeling te mogen toepassen, bijvoorbeeld voor geneesheren en tandheelkundigen. Dit is het geval bij de verstrekkingen waarvoor de derdebetalersregeling noch verboden, noch verplicht is.

Naast dit algemene systeem van de derde betaler, bestaat er ook een systeem van de sociale derde betaler. Dat is namelijk de uitzondering die wordt toegestaan op het algemeen verbod. Dat verbod wordt namelijk afgezwakt door het bestaan van uitzonderingen die tot doel hebben de toegang tot die verzorging niet te verhinderen voor de personen waarvoor de voorafbetaling van de kosten een obstakel vormt.

Het bestaande systeem is niet zonder kritiek. Op basis van de studies en de verslagen die over de derdebetalersregeling zijn verschenen, bereikt de regeling zoals ze is ontworpen niet helemaal haar doel waar het gaat om de toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging. De cijfers variëren van 4 tot 10 % van de prestaties momenteel. Vanuit zowel de hoek van de zorgverleners, de ziekenfondsen, als van de patiënten komen kritische reacties.

De zorgverleners zijn allen kleine zelfstandigen die er natuurlijk baat bij hebben dat hun geld snel ter hun beschikking is. Het systeem werkt momenteel nog iets te omslachtig. De administratieve last ontmoedigt die zorgverleners die de regeling willen toepassen. Er is dus administratieve vereenvoudiging vereist en een snellere vergoeding van de zorgverleners. De ziekenfondsen hebben schrik voor misbruik. Transparantie is dan ook de boodschap. Voor de patiënten blijft dit systeem iets stigmatiserend hebben. Het moet op eigen initiatief bij de huisarts aangebracht worden. Gêne houdt vele patiënten dan ook tegen om deze vraag op te werpen. Een automatisch recht voor bepaalde patiënten zou hierbij een mogelijke oplossing kunnen zijn.

Le régime actuel est inscrit dans l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Cet arrêté royal prévoit trois types de régimes de tiers payant suivant la nature des prestations :

1. Dans certains cas, le régime du tiers payant est obligatoire, par exemple pour une hospitalisation ou pour les prestations y assimilées;

2. Dans d'autres cas, l'application du régime du tiers payant est interdite, par exemple pour les visites, les consultations et les avis des médecins généralistes et spécialistes;

3. Enfin, dans certains cas, le régime du tiers payant est facultatif ou autorisé. Le dispensateur de soins peut demander lui-même l'application du régime (par exemple, les médecins et les praticiens de l'art dentaire). C'est le cas pour les prestations pour lesquelles le régime du tiers payant n'est ni interdit ni obligatoire.

À côté de ce régime général du tiers payant, il existe également un régime du tiers payant social. L'interdiction générale de l'application du tiers payant peut en effet faire l'objet d'exceptions qui ont pour but de ne pas entraver l'accès aux soins des personnes pour lesquelles l'avance des frais constitue un obstacle.

Le système existant n'est pas à l'abri de toute critique. Les études et rapports publiés sur le régime du tiers payant montrent que dans sa conception actuelle, il n'atteint pas tout à fait son but en ce qui concerne l'accessibilité aux soins de santé. À l'heure actuelle, 4 à 10 % des prestations sont soumises à ce régime. Des réactions critiques fusent, tant de la part des dispensateurs de soins que de la part des mutualités et des patients.

Les dispensateurs de soins sont tous des petits indépendants qui ont naturellement intérêt à être payés rapidement. Actuellement, le système est encore trop complexe. La charge administrative décourage les dispensateurs de soins désireux d'appliquer ce régime. Il convient donc de simplifier les procédures et de rémunérer plus rapidement les dispensateurs de soins. Les mutualités craignent les pratiques abusives. La transparence est donc de mise. Pour les patients, ce régime conserve un effet stigmatisant. Ils doivent en demander eux-mêmes la mise en œuvre au médecin traitant. La gêne empêche dès lors de nombreux patients de formuler cette demande. À cet égard, la solution pourrait être d'accorder un droit automatique à certains patients.

In het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2009-2010 werden onder het hoofdstuk «Toegankelijkheid voor de patiënt» evenwel specifieke bepalingen opgenomen betreffende de derdebetalersregeling. Zo wordt de facultatieve derdebetalersregeling op hun verzoek toegankelijk gemaakt voor de geneesheren die niet tot het akkoord zijn toegetreden, voor zover zij aan het Nationaal Intermutualistisch College te kennen geven dat zij onder dezelfde voorwaarden als de geneesheren met akkoord de tarieven van het akkoord zullen toepassen voor de verstrekkingen die gedekt zijn door de derdebetalersregeling. Bovendien zal, met het oog op het verzekeren van een optimale toegankelijkheid van de zorg voor bepaalde groepen verzekerden, vanaf midden 2009 de regeling inzake de derde betaler worden toegepast voor de honoraria met betrekking tot het globaal medisch dossier, met en zonder preventiemodule, waarom de patiënt verzoekt alsook voor de honoraria in het kader van zorgtrajecten. De verzekeringsinstellingen verbinden zich ertoe een gemeenschappelijke en eenvoudige procedure te ontwikkelen om een snelle uitbetaling van de verschuldigde honoraria te verzekeren.

Ook het nieuwe nationale akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen 2009-2010 bevat specifieke bepalingen. Zo bepaalt het akkoord dat de geconventioneerde tandheelkundige zich ertoe verbindt om ten hoogste 75 % van zijn verstrekkingen uit te schrijven in de derdebetalersregeling en in ten hoogste 5 % ervan gebruik te maken van de financiële noodsituatie. Indien de tandarts die maxima overschrijdt, kan hij na een procedure van de derdebetalersregeling worden uitgesloten.

De uitbreiding van het systeem van sociale derde betaler is één van de actiepunten die door Welzijnzorg naar voor werden geschoven bij hun najaarscampagne van 2008 «Armoede schaadt de gezondheid». Samen met de mede-indieners van de resolutie heeft spreekster deze actie, die ook de uitdrukkelijke steun heeft gekregen van de staatssecretaris voor Armoedebestrijding, ondersteund. Zeer recent heeft ook de minister van Binnenlandse Zaken aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid laten weten dat hij pleit voor de uitbreiding van het systeem, dit voor hem vanuit het oogpunt van de veiligheid: minder geld aanwezig bij de huisarts, betekent minder kans op een overval.

Ook het Syndicaat van Vlaamse huisartsen (SVH) heeft zich al positief uitgesproken voor dit systeem. Het is een normale werkwijze in de gezondheidszorg, behalve bij de meest courante prestaties bij de huisarts. Ze willen dan ook absoluut vermijden dat de indruk zou ontstaan dat er ongelijkheid in behandeling is. Dit geeft namelijk aan de patiënt de indruk alsof de huisarts duur is in vergelijking met bijvoorbeeld ziekenhuisgeneeskunde. Door de invoering van het systeem bij de huisarts zal niet alleen de veiligheid

L'accord national médico-mutualiste 2009-2010 énonce des dispositions spécifiques à propos du régime du tiers payant en son chapitre «Accessibilité pour le patient». Ainsi, l'accès au système du tiers payant facultatif est ouvert à leur demande aux médecins qui n'ont pas adhéré à l'accord dans la mesure où ils notifient au Collège intermutualiste national qu'ils respecteront les tarifs de l'accord pour les prestations couvertes par le système du tiers payant dans les mêmes conditions que les médecins engagés. En outre, en vue d'assurer une accessibilité optimale aux soins à certains groupes d'assurés, le régime du tiers payant sera appliqué à partir de la mi-2009 pour les honoraires concernant le dossier médical global, avec et sans module de prévention, demandé par le patient, ainsi que pour les honoraires dans le cadre des trajets de soins. Les organismes assureurs s'engagent à développer une procédure commune et simple afin d'assurer un paiement rapide des honoraires dus.

Le nouvel accord national dento-mutualiste 2009-2010 contient également des dispositions spécifiques. Il prévoit notamment que le dentiste conventionné s'engage à attester au maximum 75 % de ses prestations via le régime du tiers payant, et à invoquer la situation financière de détresse pour maximum 5 % de ses prestations. Si le dentiste dépasse ces plafonds, il pourra être exclu du régime du tiers payant à l'issue d'une procédure spécifique.

L'extension du régime du tiers payant social est l'un des points d'action mis en exergue par l'ASBL *Welzijnzorg* lors de sa campagne d'automne 2008 «*Armoede schaadt de gezondheid*» (la pauvreté nuit à la santé). Conjointement avec les coauteurs de la proposition de résolution, l'intervenante a appuyé cette action, qui a également bénéficié du soutien explicite du secrétaire d'État à la Lutte contre la pauvreté. Tout récemment, la ministre de l'Intérieur a également fait savoir à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique qu'elle plaide pour l'extension du régime, surtout sous l'angle de la sécurité: moins le médecin généraliste a d'argent à manipuler, moins il risque de se faire attaquer.

Le *Syndicaat van Vlaamse huisartsen* (SVH) s'est, lui aussi, déjà prononcé en faveur de ce système. C'est une procédure normale dans le secteur des soins de santé, sauf pour les prestations les plus courantes chez le médecin généraliste. Il s'agit donc d'éviter à tout prix de donner l'impression qu'il existe une inégalité de traitement. En effet, le patient pourrait croire que les prestations du médecin généraliste sont plus chères que celles de la médecine hospitalière par exemple. L'extension du régime du tiers payant aux prestations

verhogen maar ook de gezondheidszorg verbeteren. Door de drempel te verlagen zullen minderbedeelden sneller een beroep doen op de huisarts, terwijl ze dat nu vaak uitstellen.

De resolutie omvat de volgende elementen :

1. Proefproject lanceren ter uitbreiding van het systeem. Alle betrokken partijen moeten in project worden opgenomen (huisartsen, tandartsen, patiënten (verenigingen), ziekenfondsen, mogelijk een aantal specialisten).

2. Evolutie naar systeem van automatisch recht voor een begunstigde patiënt in plaats van vrijblijvende keuze voor zorgverlener.

3. Bepaalde doelgroepen hebben automatisch recht. Voornamelijk denken we aan : rechthebbenden op OMNIO, verhoogde tegemoetkoming, zorgforfait, personen met recht op financiële tegemoetkoming wegens handicap.

Hierbij wordt aandacht geschonken aan de administratieve homogenisering, bijvoorbeeld via de SIS-kaart of de klever van het ziekenfonds.

4. Bepaalde andere groepen kunnen in aanmerking komen op eigen vraag.

5. Op termijn uitbreiding naar andere zorgverleners.

Mevrouw Lanjri benadrukt ten slotte dat zij geen wetsvoorstel, maar een voorstel van resolutie heeft ingediend, en dat zij pleit voor de opstart van een proefproject en niet zozeer voor een onmiddellijke uitbreiding van het systeem van sociale derde betaler.

III. ALGEMENE BESPREKING

A. Bespreking

De heer Fournaux wijst erop dat voor het eerst in een tekst die de sociale zekerheid betreft — een aangelegenheid die tot de bevoegdheid van de federale overheid behoort en alle inwoners aanbelangt — een onderscheid wordt gemaakt al naargelang de gemeente of stad waarin men woont. Dit lijkt hem zeer bizar.

Mevrouw Lanjri antwoordt dat het de bedoeling is om een proefproject op te starten. Dit moet men doen in een of enkele gemeenten, niet in het ganse land. De minister van Sociale Zaken moet, samen met de staatssecretaris voor Armoedebestrijding, deze gemeenten selecteren. Vanzelfsprekend moet de maatregel, wanneer ze daadwerkelijk van kracht zou

du médecin généraliste contribuera non seulement à renforcer la sécurité mais aussi à améliorer la qualité des soins. En rendant ceux-ci plus accessibles, on amènera les personnes précarisées à faire appel plus rapidement au médecin généraliste alors qu'elles ont souvent tendance à l'heure actuelle à retarder ce moment.

La résolution prévoit :

1. de lancer un projet-pilote en vue d'étendre le système et de faire en sorte que toutes les parties concernées y soient impliquées (les médecins généralistes, les dentistes, les patients (et associations de patients), les mutualités et peut-être aussi un certain nombre de médecins spécialistes).

2. de faire évoluer le système d'un libre choix pour le prestataire de soins vers un droit automatique pour le patient bénéficiaire.

3. d'établir, pour certains groupes cibles, un droit automatique. Nous pensons principalement aux bénéficiaires du statut OMNIO, de l'intervention majorée et du forfait de soins et aux personnes bénéficiant d'une aide financière en raison d'un handicap.

À cette fin, il conviendra d'uniformiser les régimes sur le plan administratif, par exemple par le biais de la carte SIS ou de la vignette de mutuelle.

4. de faire en sorte que certains autres groupes puissent solliciter le bénéfice de ce régime.

5. d'étendre ce régime à terme à d'autres prestataires de soins.

Enfin, Mme Lanjri souligne qu'elle a déposé non pas une proposition de loi mais une proposition de résolution et qu'elle y plaide pour le lancement d'un projet-pilote et non pas tant en faveur d'une extension immédiate du système du tiers payant social.

III. DISCUSSION GÉNÉRALE

A. Discussion

M. Fournaux souligne que c'est la première fois que l'on établit dans un texte relatif à la sécurité sociale — une matière qui relève de la compétence de l'autorité fédérale et qui concerne tous les citoyens — une distinction selon la commune ou la ville de résidence. Cela lui paraît très curieux.

Mme Lanjri répond que l'objectif est de lancer un projet-pilote et qu'il faut le faire dans une ou plusieurs communes et non dans l'ensemble du pays. La ministre des Affaires sociales doit sélectionner ces communes, conjointement avec le secrétaire d'État à la Lutte contre la pauvreté. Une fois que la mesure sera opérationnelle, elle devra évidemment être traduite

worden, worden vertaald in een wettelijke bepaling die dan voor eenieder zou gelden.

Mevrouw Van Ermen begrijpt dat de resolutie werd opgesteld vanuit zeer nobele doelstellingen en met een sociaalvoelende reflex voor de allerarmsten. Vaak stelt men echter een misbruik vast van goedbedoelde maatregelen. Men moet vermijden dat zoiets gebeurt in een wettelijke bepaling. Er worden immers bepaalde nummers toegevoegd om het bedrag van de factuur op te trekken. Verschillende personen gebruiken soms dezelfde SIS-kaart. Er zijn nog andere vormen van sociale fraude. Wanneer een proefproject wordt opgestart, moet men derhalve een streng controlemechanisme inbouwen om misbruiken te vermijden. Een « alles gratis-beleid » zal misbruiken enkel in de hand werken.

Mevrouw Lanjri is het eens met de strijd tegen misbruiken en ook zij vindt controlemechanismen belangrijk. Vandaar dat eerst pilootprojecten moeten worden opgestart. De strijd tegen misbruiken in de verzekering tegen geneeskundige verzorgingen, zoals het gebruik van één SIS-kaart door verschillende personen, is evenwel een algemeen gegeven en heeft niet zozeer te maken met het voorliggend voorstel. Spreekster verwijst naar de plannen van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid om in de toekomst ook kaarten met chips én foto's in het leven te roepen, maar heeft er geen probleem mee dat een punt aan de resolutie zou worden toegevoegd waarin aandacht wordt gevraagd voor eventuele misbruiken, zowel van de kant van de gebruiker maar ook van de verstrekkers van geneeskundige verzorgingen.

Mevrouw Lijnen meent dat het betalen van remgeld ook de bedoeling heeft van de medische consumptie enigszins af te remmen en mensen ook bewust te maken van de globale kost van de medische verstrekkingen. Bovendien bestaan er vandaag reeds heel wat uitzonderingen voor huisartsen, waardoor zij het systeem van de sociale derde betaler mogen toepassen, zoals bijvoorbeeld voor patiënten met verhoogde sociale tegemoetkomingen, comapatiënten, patiënten wier gezinsinkomen kleiner dan het leefloon is, en dergelijke. Daarbij mag men niet vergeten dat het systeem niet erg gunstig is voor de betrokken artsen, die vaak 3 maanden moeten wachten todat zij hun ereloon ontvangen. Met deze elementen moet men toch rekening houden wanneer men het systeem van de sociale derde betaler wenst uit te breiden.

Spreekster is het ten slotte ook eens met diegenen die wijzen op het belang van de controlemechanismen. Dit moet zeker een element zijn in de evaluatie van een eventueel proefproject.

Mevrouw Lanjri antwoordt dat ook bij het betalen van ziekenhuisfacturen duidelijk wordt wat de globale kostprijs is, hoewel de patiënten enkel het remgeld

sous la forme d'une disposition légale valable pour tous.

Mme Van Ermen comprend que la résolution a été dictée par des objectifs très nobles et par le souci de venir en aide aux plus démunis. Toutefois, on constate souvent que les mesures bien intentionnées font l'objet d'abus. Il faut éviter que cela se produise dans le cadre d'une disposition légale. Il arrive en effet que certains numéros soient ajoutés afin de gonfler le montant de la facture ou qu'une même carte SIS soit utilisée par des personnes différentes. Et ce ne sont pas là les seules formes de fraude sociale. En cas de lancement d'un projet-pilote, il faut donc prévoir un mécanisme de contrôle strict en vue d'éviter les abus. Une politique de la gratuité totale ne ferait qu'encourager ceux-ci.

Mme Lanjri estime, elle aussi, qu'il faut lutter contre les abus et mettre en place des mécanismes de contrôle. C'est pourquoi il est prévu dans un premier temps de lancer des projets pilotes. Elle précise toutefois que la lutte contre les abus dans le cadre de l'assurance soins de santé, comme l'utilisation par des personnes différentes d'une même carte SIS, est une donnée générale qui ne présente pas de lien direct avec la proposition à l'examen. L'intervenante renvoie aux projets de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique qui prévoient de créer aussi à l'avenir des cartes dotées à la fois de puces et de photos, mais précise n'avoir aucune objection à ce que l'on ajoute un point dans la résolution afin d'attirer l'attention sur les abus possibles tant du côté de l'utilisateur que de celui des prestataires de soins de santé.

Mme Lijnen estime que le paiement du ticket modérateur vise également à freiner quelque peu la consommation médicale et à sensibiliser aussi les patients au coût global des prestations médicales. En outre, de nombreuses exceptions permettent d'ores et déjà aux médecins généralistes d'appliquer le système du tiers payant social, notamment pour les patients bénéficiant d'interventions sociales majorées, pour les patients comateux, pour ceux dont les revenus du ménage sont inférieurs au revenu d'intégration, etc. D'autre part, il ne faut pas oublier que le système n'est pas très favorable aux médecins concernés car ils doivent souvent attendre trois mois avant de percevoir leurs honoraires. Il faudra bien que l'on tienne compte de ces éléments si l'on souhaite étendre le système du tiers payant social.

Enfin, l'intervenante partage également le point de vue de ceux qui soulignent l'importance des mécanismes de contrôle. Ils représenteront certainement un élément de poids lors de l'évaluation d'un projet-pilote éventuel.

Mme Lanjri répond que le coût global apparaît aussi clairement sur les factures d'hôpitaux à payer, bien que les patients n'aient que le ticket modérateur à leur

moeten betalen. Zij herhaalt dat uit verschillende onderzoeken al is gebleken dat mensen hun bezoek aan de huisarts vaak uitstellen omwille van financiële redenen en daardoor vaak nog zieker worden wat de globale kostprijs van de ziekteverzekering alleen maar opdrijft. Een opname in een ziekenhuis is dan vaak onvermijdelijk. Het gezegde « arm maakt ziek en ziek maakt arm » is hier zeker van toepassing. De bedoeling is om deze spiraal te doorbreken.

Spreekster is het wel eens met de opmerking dat artsen vaak te lang moeten wachten alvorens zij hun ereloon mogen ontvangen, maar de betaling daarvan kan vervroegd worden. Het voordeel van haar voorstel is dat precies de administratieve overlast voor huisartsen wordt verminderd vermits zij in de huidige, uitzonderingsprocedure allerhande formaliteiten moeten vervullen. Wie voor de sociale derde betalingsregeling in aanmerking komt, zal er automatisch recht op krijgen, bijvoorbeeld via een code op de SIS-kaart of op de zelfklever. Op deze wijze vermijdt men ook dat mensen het niet aandurven om de toepassing ervan te vragen aan de huisarts en wordt bovendien een administratieve vereenvoudiging doorgevoerd.

Mevrouw Lanjri benadrukt dat in de resolutie enkel wordt gevraagd om een proefproject op te zetten. Op dit ogenblik zijn verschillende ziekenfondsen overigens reeds bezig met de voorbereiding ervan, voor het geval de regeling zou worden uitgebreid.

Mevrouw Tilmans begrijpt dat de resolutie vertrekt vanuit een sociale bewogenheid, maar tegelijk stelt zij vast dat het systeem van sociale derde betaler vandaag niet optimaal functioneert. Men moet zich afvragen hoe dit komt. Het lijkt haar dan ook wenselijk om de verantwoordelijken van het RIZIV, van de mutualiteiten en van de vertegenwoordigers van de huisartsen daarover te horen. Men spreekt voortdurend van een administratieve vereenvoudiging maar op het terrein stelt men vast dat deze helemaal niet wordt gerealiseerd. Het voorstel van resolutie dreigt dan ook het beroep van huisarts nog minder aantrekkelijker te maken dan het reeds is, en het probleem van het tekort aan huisartsen alleen maar groter te maken.

De vraag rijst overigens hoe de huisarts de juistheid van de gegevens van de betrokken patiënt kan controleren. Moet deze een verklaring op eer afleggen of bepaalde formaliteiten vervullen om in aanmerking te komen voor het systeem van sociale derde betaler? Nu reeds blijken er 11 verschillende tarieven te bestaan in verband met het remgeld. Voegt de resolutie hieraan een twaalfde tarief toe?

Mevrouw Lanjri heeft er geen enkel probleem mee om een hoorzitting te organiseren waarin de verschillende actoren hun standpunt kunnen weergeven. Zij herhaalt dat het precies de bedoeling is om de

charge. Elle répète que plusieurs études ont déjà démontré que certaines personnes tardent souvent à consulter leur médecin traitant pour des raisons financières, ce qui aggrave souvent leur état et ne fait qu'accroître le coût global de l'assurance maladie, car une hospitalisation s'avère alors souvent inévitable. Le constat « la pauvreté rend malade et la maladie rend pauvre » prend assurément ici toute sa dimension. Il s'agit de briser cette spirale négative.

L'intervenante admet que les médecins doivent souvent attendre trop longtemps avant de percevoir leurs honoraires, mais elle pense qu'on pourrait en anticiper le paiement. Sa proposition présente précisément l'avantage de réduire les tracasseries administratives qui pèsent sur les médecins généralistes, étant donné que dans l'état actuel de la procédure d'exception, ils ont toutes sortes de formalités à remplir. Toute personne qui peut bénéficier du régime du tiers payant social y aura droit automatiquement, par exemple par le biais d'un code indiqué sur sa carte SIS ou sur sa vignette de mutuelle. Ce système permettra également de résoudre le problème des personnes qui n'osent pas demander à leur médecin traitant l'application du tiers payant social et introduira en même temps une simplification administrative.

Mme Lanjri insiste sur le fait que la résolution prévoit seulement la mise en place d'un projet-pilote. Il n'en demeure pas moins que plusieurs mutualités sont déjà en train d'anticiper l'extension éventuelle du régime du tiers payant social.

Mme Tilmans comprend l'engagement social à la base de la résolution mais constate en même temps que le système du tiers payant social ne fonctionne pas encore de manière optimale. Il convient de s'interroger sur les causes de ces dysfonctionnements. Elle estime dès lors qu'il serait souhaitable d'entendre à cet égard les responsables de l'INAMI, des mutualités et des représentants des médecins généralistes. L'on ressasse sans cesse les simplifications administratives mais, sur le terrain, l'on constate qu'elles sont loin d'être réalisées. La proposition de résolution risque donc de rendre la profession de médecin généraliste encore moins attrayante et d'accentuer la pénurie de médecins.

En outre, l'on peut se demander comment le médecin généraliste pourra contrôler l'exactitude des données du patient concerné. Ce dernier devra-t-il faire une déclaration sur l'honneur ou remplir certaines formalités pour pouvoir bénéficier du système du tiers payant social? À l'heure actuelle, l'on recense déjà 11 tarifs différents de tickets modérateurs. La présente résolution entend-elle en ajouter un douzième?

Mme Lanjri ne voit aucun inconvénient à organiser une audition durant laquelle les différents acteurs pourront communiquer leur position. Elle répète que l'objectif est justement de réduire la complexité

administratieve complexiteit te verminderen en de categorieën van patiënten die in aanmerking komen — diegenen die vallen onder het OMNIO-statuu, verhoogde tegemoetkoming, het verhoogd zorgforfait en dergelijke — automatisch recht te geven op de derdebetalersregeling. Zij verduidelijkt bovendien dat niets nieuws wordt gevraagd, enkel maar de uitbreiding van wat vandaag reeds bestaat. Er wordt dus helemaal geen nieuw tarief van remgeld in het leven geroepen.

Mevrouw Van Ermen stelt zich vragen bij het argument dat sociaal zwakkere patiënten zich om financiële redenen geen bezoek aan de huisarts zouden kunnen veroorloven. Men stelt immers vast dat zij vaak wel geld hebben om tabak of alcohol te kopen. Wat de controle betreft, meent spreekster dat men waakzaam moet zijn voor het fenomeen dat, eens een patiënt al dan niet terecht wordt opgenomen in het systeem van sociale derde betaler, hij steeds in deze categorie zal worden ingedeeld terwijl sommige patiënten na verloop van tijd wellicht niet meer tot de doelgroep behoren.

Mevrouw Lanjri antwoordt dat patiënten ook vandaag reeds worden gevolgd door de ziekenfondsen en men desgevallend hun profiel aanpast. Vanzelfsprekend zullen gepensioneerden steeds tot deze doelgroep behoren, maar anderzijds kunnen werklozen actief worden op de arbeidsmarkt en in dat geval wordt het profiel van de patiënt aangepast. Voorts pleit spreekster voor een preventieve aanpak inzake tabaks- en alcoholgebruik.

De heer Fournaux stelt vast dat er in onze samenleving steeds minder dan vroeger een middenklasse bestaat. Heel wat mensen met een vervangingsinkomen genieten van allerhande voordelen en tussenkomsten terwijl mensen die werken voor een bescheiden loon daar niet van kunnen genieten. Dit houdt heel wat mensen tegen om te proberen uit de sociale bijstand te raken en actief te worden op de arbeidsmarkt. Wellicht zal de uitbreiding van het systeem van sociale derde betaler dit fenomeen nog versterken en bovendien de medische overconsumptie in de hand werken.

Mevrouw Lanjri is het met de vorige spreker eens, in die zin dat de sociale wetgeving zo moet worden opgevat dat ze mensen aanmoedigt om een job te zoeken en niet langer in allerhande bijstandsregelingen te houden. Er moeten altijd personen de kar trekken, anderen moeten ze duwen, en slechts een klein gedeelte mag op de kar zitten en meerijden. Maar het mag niet zo zijn dat slechts enkelen trekken of duwen en de meerderheid op de kar zit. Daarom moet men bijvoorbeeld werkloosheidsvallen vermijden.

Niettemin wijst zij erop dat het voorstel van resolutie los staat van deze problematiek. Vandaag

administrative et d'accorder aux catégories de patients concernées — celles qui relèvent du statut OMNIO, de l'intervention majorée, du forfait de soins majoré, etc. — un droit automatique à l'application du régime du tiers payant. Elle précise par ailleurs que la résolution ne demande pas d'introduire de nouvelles choses mais seulement d'étendre ce qui existe déjà. Il n'est donc nullement question d'instaurer un nouveau tarif de ticket modérateur.

Mme Van Ermen ne comprend pas l'argument selon lequel des considérations financières empêcheraient les patients les plus défavorisés de consulter un médecin généraliste. En effet, l'on constate souvent qu'ils trouvent malgré tout de l'argent pour acheter du tabac ou de l'alcool. En ce qui concerne le contrôle, l'intervenante estime qu'il faut être attentif au fait qu'une fois le patient inclus — à tort ou à raison — dans le système du tiers payant social, il sera toujours classé dans cette catégorie, alors qu'il peut arriver qu'après quelque temps, il ne fasse plus partie de ce groupe cible.

Mme Lanjri répond qu'actuellement, les mutualités suivent déjà leurs patients et adaptent au besoin leur profil. Bien entendu, les pensionnés feront toujours partie de ce groupe cible, tandis que les chômeurs pourraient réintégrer le marché du travail et voir leur profil adapté. D'autre part, l'intervenante plaide pour une approche préventive de la consommation de tabac et d'alcool.

M. Fournaux constate que la classe moyenne se réduit de plus en plus dans notre société. Beaucoup de personnes bénéficiant d'un revenu de remplacement reçoivent toutes sortes d'avantages et d'interventions dont ne peuvent pas bénéficier les personnes qui travaillent pour un salaire modeste. Cela retient les gens d'essayer de sortir de l'aide sociale et à devenir actifs sur le marché de l'emploi. Il est possible que l'extension du régime du tiers payant social accentue encore ce phénomène et favorise de surcroît la surconsommation médicale.

Mme Lanjri est d'accord avec l'intervenant précédent dans le sens où la législation sociale doit avoir pour objectif d'encourager les gens à chercher un emploi et à ne plus dépendre de toutes sortes de régimes d'aide. Il doit toujours y avoir des personnes qui tirent le wagon, d'autres doivent le pousser et seul un petit nombre de personnes peuvent monter dans le wagon et se laisser porter. En revanche, il faut éviter que la majorité soit assise dans le wagon pendant qu'une minorité le tire ou le pousse. C'est la raison pour laquelle il faut empêcher les pièges à l'emploi.

Elle indique toutefois que la proposition de résolution à l'examen n'a rien à voir avec cette probléma-

reeds betalen alle patiënten het volledige ereloon van de huisarts en betaalt het ziekenfonds daarvan een groot stuk terug. Zij betalen dus nu reeds alleen maar het remgeld, zij het dat ze moeten wachten op de tussenkomst van de mutualiteit. Wanneer het systeem van sociale derde betaler zou worden uitgebreid zouden de betrokken patiënten meteen, bij het bezoek aan de huisarts, enkel het remgeld betalen. De uiteindelijk door de patiënt betaalde som blijft dus gelijk en de kost voor de ziekteverzekering blijft identiek, zij het dat een administratieve last wordt weggenomen omdat de terugbetaling van het ziekenfonds niet langer vereist is.

Mevrouw Lanjri zou er overigens geen probleem mee hebben dat het systeem van de sociale derde betaler, dat nu reeds bestaat voor iedereen, wordt afgeschaft voor de hogere inkomsten. Het is dus helemaal niet de bedoeling om een extra rem op de stap naar de arbeidsmarkt te plaatsen. Bovendien zal de medische overconsumptie niet worden aangemoedigd. Vaak gaan de patiënten van de betrokken doelgroep immers nu reeds niet naar de huisarts maar onmiddellijk naar de spoedafdeling van een ziekenhuis, precies omdat daar het systeem van de sociale derde betaler wél geldt, terwijl dit niet zo is voor een bezoek aan de huisarts. Het zou nochtans voor de ziekteverzekering goedkoper zijn mochten deze patiënten zich eerst tot de huisarts wenden, maar vaak gebeurt dit niet omwille van financiële redenen. Het voorstel van resolutie wil deze financiële drempel doen verdwijnen.

Mevrouw Van Ermen meent dat patiënten vaak uit gemakzucht naar de spoedafdeling van een ziekenhuis gaan, eerder dan wegens financiële motieven.

B. Standpunt van de heer Delizée, staatssecretaris voor Armoedebestrijding

De heer Delizée, staatssecretaris voor Armoedebestrijding, verklaart voorstander te zijn van het voorstel van resolutie, hoewel de technische uitwerking ervan eerder een aangelegenheid is van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

Hij meent dat er twee grote risico's zijn wanneer men het systeem van de sociale derde betaler wil uitbreiden: het risico op fraude en het risico op een extra kost voor de ziekteverzekering. Wat dit laatst betreft, onderschrijft spreker de argumenten die reeds door de indiener van het voorstel van resolutie werden gehanteerd. De kosten van een behandeling op het niveau van een ziekenhuis liggen veel hoger dan een bezoek aan een huisarts; men moet er dan ook alles aan doen om de toegang tot de huisarts te vergemakkelijken.

tique. Dans le système actuel, les patients paient tous les honoraires complets du médecin généraliste, et la mutualité leur rembourse une grande partie de ces honoraires. À l'heure actuelle, ils ne paient donc déjà que le ticket modérateur, la différence étant qu'ils doivent attendre l'intervention de la mutualité. Si le système du tiers payant social était étendu, les patients concernés ne paieraient que le ticket modérateur directement lors de la visite chez le médecin généraliste. La somme finalement payée par le patient et le coût pour l'assurance-maladie demeurent donc identiques. Le seul changement serait la suppression d'une charge administrative grâce au fait que le remboursement par la mutualité ne serait plus nécessaire.

Par ailleurs, Mme Lanjri ne serait pas opposée au fait que le système du tiers payant social, qui existe déjà aujourd'hui pour tout le monde, soit supprimé pour les revenus supérieurs. Le but n'est donc absolument pas de créer un frein supplémentaire à l'accès au marché de l'emploi. En outre, la surconsommation médicale ne sera pas encouragée. En effet, on constate déjà aujourd'hui que les patients appartenant au groupe cible visé ne se rendent pas chez le médecin généraliste mais vont directement aux urgences d'un hôpital, précisément parce qu'ils peuvent y bénéficier du régime du tiers payant social, ce qui n'est pas le cas lors d'une visite chez le médecin traitant. Il serait pourtant moins onéreux pour l'assurance-maladie que ces patients se rendent d'abord chez le médecin généraliste, mais ils ne le font pas souvent, et ce pour des raisons financières. La proposition de résolution à l'examen entend supprimer cet obstacle financier.

Mme Van Ermen estime que les patients se rendent souvent aux urgences d'un hôpital par facilité plutôt que pour des raisons financières.

B. Point de vue de M. Delizée, secrétaire d'État à la Lutte contre la pauvreté

M. Delizée, secrétaire d'État à la Lutte contre la pauvreté, déclare soutenir la proposition de résolution à l'examen, bien que sa mise en œuvre technique relève plutôt de la compétence de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

Selon lui, l'extension du régime du tiers payant social comporte deux risques importants: le risque de fraude et le risque d'un coût supplémentaire pour l'assurance-maladie. En ce qui concerne ce dernier point, l'intervenant souscrit aux arguments présentés par l'auteur de la proposition de résolution. Un traitement dans un hôpital est beaucoup plus coûteux qu'une visite chez le médecin généraliste; il faut donc tout mettre en œuvre pour faciliter l'accès au médecin généraliste.

Fraude stelt men in elke sector van het maatschappelijke leven vast. Dit geldt ook voor misbruiken in de fiscaal- en sociaalrechtelijke sfeer, maar dit mag niet tot gevolg hebben dat bepaalde sociale rechten, zoals bijvoorbeeld de werkloosheidsverzekering, worden aangetast. Voor het systeem van de sociale derde betaler bestaan er op het niveau van het RIZIV tal van controlemechanismen die de risico's op fraude moeten vermijden. Wanneer er toch zouden zijn — zoals dit bijvoorbeeld is gebleken bij de uitbreiding van het systeem van sociale derde betaler naar de tandartsen — dan moet men ze aanpakken. Er zou volgens spreker pas een probleem zijn wanneer de risico's op fraude zodanig groot zouden zijn dat de eigenlijke doelstelling van de maatregel naar de achtergrond verdwijnt. Concreet betekent dit dat werkgroepen nu reeds aan de slag zijn om controlemechanismen te onderzoeken die het risico op sociale fraude zoveel als mogelijk moeten doen verdwijnen.

Samenvattend, meent de heer Delizée, staatssecretaris voor Armoedebestrijding, dat de toegang tot de eerstelijnszorg moet worden verbreed. Dit betekent dat het systeem van sociale derde betaler voor sommige groepen automatisch, of zelfs verplicht, moet worden gemaakt. Nu reeds kunnen de patiënten van de betrokken doelgroep de toepassing van het systeem reeds vragen aan de huisarts, maar sommigen doen dit niet en bovendien kunnen de huisartsen ook weigeren om het toe te passen.

Dit neemt niet weg dat men aandacht moet schenken aan de beperking van de administratieve overlast voor huisartsen die nu reeds te maken hebben met een hoge werkdruk. Deze mag zeker niet vergroot worden door extra administratie. Ook hier is een werkgroep aan de slag om dergelijke administratieve overlast te vermijden wanneer het systeem van sociale derde betaler zou worden geautomatiseerd of zelfs verplicht worden gemaakt. Dit kan bijvoorbeeld door de gegevens in de SIS-kaart aan te passen. Spreker meent dat dit wellicht niet vóór 2011 kan worden gerealiseerd.

C. Voortzetting van de bespreking

De heer Fournaux wil de indruk vermijden dat hij bepaalde groepen zou hebben beschuldigd van fraude. Hij wil enkel een bepaald model van gezondheidszorg verdedigen en het is belangrijk dat de mensen ook de kostprijs daarvan kennen.

Hij wijst erop dat een van de belangrijkste elementen waarom geneesheren er niet voor kiezen om huisarts te worden is dat zij op de meest onmogelijke uren van de dag én van de nacht, ook in het weekend, worden gecontacteerd voor eerder futiele aandoeningen. Wordt het systeem van sociale derde betaler ook dan toegepast?

La fraude existe dans tous les secteurs de la vie sociale. Il y a donc aussi des abus dans la sphère du droit fiscal et social, mais ceux-ci ne peuvent pas remettre en cause certains droits sociaux, comme l'assurance-chômage. Pour ce qui est du régime du tiers payant social, l'INAMI dispose de nombreux mécanismes de contrôle visant à empêcher la fraude. Si l'on constatait malgré tout des abus — comme ce fut le cas par exemple lors de l'extension aux dentistes du régime du tiers payant social — il faudrait les éliminer. Selon l'intervenant, il y aurait un problème à partir du moment où les risques de fraude seraient à ce point élevés que le véritable objectif de la mesure passerait au second plan. Concrètement, des groupes de travail sont déjà en train d'analyser des mécanismes de contrôle qui pourraient réduire au maximum le risque de fraude sociale.

En résumé, M. Delizée, secrétaire d'État à la Lutte contre la pauvreté, juge qu'il faut étendre l'accès aux soins de première ligne. Cela signifie que le régime du tiers payant social doit être rendu automatique voire obligatoire pour certains groupes. Les patients appartenant au groupe cible visé peuvent déjà aujourd'hui demander au médecin généraliste d'appliquer ledit régime, mais certains ne le font pas et les médecins généralistes peuvent également le refuser.

Il n'empêche qu'il faut veiller à limiter la surcharge administrative pour les médecins généralistes. Ceux-ci doivent déjà assumer un volume de travail élevé, et il ne faut certainement pas y ajouter une charge administrative supplémentaire. Sur ce point aussi, un groupe de travail examine la manière d'éviter pareille surcharge administrative au cas où le régime du tiers payant social serait rendu automatique voire obligatoire. Pour ce faire, on pourrait par exemple modifier les données sur la carte SIS. L'intervenant pense que cela ne pourra peut-être pas être réalisé avant 2011.

C. Suite de la discussion

M. Fournaux ne veut pas donner l'impression d'avoir accusé certains groupes de fraude. Il veut simplement défendre un certain modèle de soins de santé et il est important que les citoyens en connaissent également le coût.

Il souligne que le fait d'être contacté pour des affections relativement futiles à toute heure du jour et de la nuit, y compris le week-end, est une des principales raisons pour laquelle les médecins n'embrassent pas la carrière de médecin généraliste. Le système du tiers payant social est-il appliqué dans ce cas également?

Mevrouw Tilmans meent dat de huisarts vandaag ook kan weigeren om het systeem van sociale derde betaler toe te passen. Volgens de resolutie zou dit automatisch en verplicht worden. Men moet evenwel vaststellen dat personen die onder het OMNIO-statuuft vallen hiervan vaak ook misbruik maken en bijvoorbeeld de huisarts op visite laten komen omdat dit voor hen gemakkelijker dan op consultatie te komen en de kostprijs daarvan voor hen minimaal is. Spreekster meent dat het systeem van de sociale derde betaler wel werkt voor huisartsen die hun patiënten goed kennen, maar vaak wordt er ook « geshopt » tussen verschillende huisartsen. In dat geval lijkt het haar logisch dat de huisarts de mogelijkheid moet hebben om de toepassing van het systeem te weigeren.

Mevrouw Lanjri herhaalt dat de bedoeling van het voorstel van resolutie — dat geen wetswijziging wil doorvoeren — erin bestaat om een pilootproject op te starten zodat eventuele anomalieën aan de oppervlakte komen. Het is geenszins de bedoeling om eventuele misbruiken nog aan te moedigen. Zij oppert de mogelijkheid om in verschillende regio's het systeem op een andere manier te implementeren, zoals de Vlaamse overheid dit heeft gedaan voor de kinderopvang aan de hand van dienstencheques waar « proeftuinen » werden opgestart die onderling sterk van mekaar verschillen. Precies dat levert interessante gegevens op die, na afloop van het pilootproject, kunnen worden gebruikt bij een definitieve beslissing over de uitbreiding van het systeem van sociale derde betaler. Men zou bijvoorbeeld een pilootproject opstarten waar, bij een doktersvisite aan huis, het remgeld het dubbele zou bedragen van een consultatie in de dokterspraktijk, precies om misbruiken van het systeem te voorkomen.

Mevrouw Lijnen waarschuwt voor een eventuele discriminatie van personen met een handicap of minder mobiele mensen in het algemeen.

Mevrouw Lanjri stelt voor om een technische werkgroep de opdracht te geven om de praktische modaliteiten uit te werken voor de opstart van de pilootprojecten.

IV. BESPREKING VAN HET DISPOSITIEF

Amendementen nrs. 1 en 4

De dames Lijnen en Lanjri dienen amendement nr. 1 in (stuk Senaat, nr. 4-1185/2), dat beoogt het dispositief van het voorstel van resolutie aan te vullen met de punten 7 tot en met 10, luidend als volgt :

«7. het systeem voor de derdebetalersregeling in het kader van het project administratief drastisch te vereenvoudigen voor de zorgverlener waarbij de

Mme Tilmans croit savoir qu'aujourd'hui, le médecin généraliste peut aussi refuser d'appliquer le système du tiers payant social. D'après la résolution, son application deviendrait automatique et obligatoire. Force est toutefois de constater que les personnes qui relèvent du statut OMNIO en abusent souvent, en faisant par exemple venir le médecin généraliste à domicile parce que c'est plus commode pour elles que de se rendre à une consultation. En outre, cela ne leur coûte pratiquement rien. L'intervenante estime que le système du tiers payant social fonctionne correctement pour les médecins généralistes qui connaissent bien leurs patients. Les patients font cependant souvent du shopping médical entre plusieurs médecins généralistes. Dans ce cas, il lui semble logique que le médecin généraliste ait la possibilité de refuser l'application du système.

Mme Lanjri répète que l'objet de la proposition de résolution, qui ne vise pas à opérer une modification législative, consiste à lancer un projet-pilote de manière à déceler d'éventuelles anomalies et non à encourager davantage les abus. Elle suggère la possibilité d'une mise en œuvre du système distincte dans les différentes régions, comme l'ont fait les autorités flamandes pour l'accueil des enfants au moyen de titres-services en créant des garderies-pilotes très différentes les unes des autres. C'est précisément la variété qui fournit des données intéressantes qui, à l'issue du projet-pilote, pourront servir à prendre une décision définitive au sujet de l'extension du système du tiers payant. L'on pourrait, par exemple, lancer un projet-pilote consistant à doubler le ticket modérateur pour la visite d'un médecin à domicile par rapport à la consultation dans son cabinet, précisément dans le but d'empêcher les abus du système.

Mme Lijnen met en garde contre une discrimination éventuelle des personnes handicapées ou à mobilité réduite en général.

Mme Lanjri propose de charger un groupe de travail technique d'élaborer les modalités pratiques du lancement des projets-pilotes.

IV. DISCUSSION DU DISPOSITIF

Amendements n^{os} 1 et 4

Mmes Lijnen et Lanjri déposent l'amendement n^o 1 (doc. Sénat, n^o 4-1185/2), visant à compléter le dispositif de la proposition de résolution par les points 7 à 10 rédigés comme suit :

«7. dans le cadre du projet, d'apporter des simplifications administratives considérables dans le système du régime du tiers payant au bénéfice du

communicatie met de verzekeringsinstelling maximaal verloopt via elektronische weg. De betaling door de verzekeringsinstelling van het honorarium aan de zorgverlener gebeurt binnen de 14 werkdagen met duidelijke vermelding welke honoraria voor welke patiënten worden betaald. Op termijn moet de gegevensuitwisseling online gebeuren evenals de betaling van het honorarium;

8. tijdens de duur van het project het aantal verschillende voorkeurstarieven met betrekking tot het remgeld te reduceren;

9. in het kader van het project de niet-geconventioneerde zorgverlener toe te laten de derdebetalersregeling toe te passen voorzover hij de tarieven aanrekenet die volgens het jongste akkoord als grondslag dienen voor de berekening van de verzekerings tegemoetkoming.

10. het project te evalueren op verhoogde toegankelijkheid van de gezondheidszorg, de meerkost, de mogelijke misbruiken en het kostenbewustzijn van de patiënt. Er wordt rekening gehouden met de evaluatie van de derbetalersregeling door de Dienst van Geneeskundige Controle.»

Mevrouw Lijnen verklaart dat deze amendementen tot doel hebben om rekening te houden met een aantal conclusies uit de hoorzittingen.

Vandaag is de administratieve last van de toepassing van de derdebetalersregeling een belangrijke reden van zijn beperkt succes bij huisartsen. Daarenboven stelt men vast dat huisartsen lang moeten wachten op de betaling van hun honorarium en dat zij onwetend zijn welke honoraria voor welke patiënten door de verzekeringsinstellingen worden betaald. In het amendement wordt dan ook gevraagd dat tijdens het project de administratieve rompslomp tot een minimum wordt beperkt, dat de communicatie met de verzekeringsinstellingen maximaal verloopt via elektronische weg en dat de betaling van het honorarium gebeurt binnen de vijf werkdagen.

Gedurende het project zal het aantal voorkeursregelingen ook gereduceerd worden. De veelheid van tarieven was een belangrijke klacht tijdens de hoorzitting.

Gelet op de deconventioneringsgraad en de stijging ervan in Vlaanderen voor bepaalde zorgverleners wordt in het amendement gevraagd dat niet-geconventioneerde artsen toelating zouden krijgen de derdebetalersregeling toe te passen op voorwaarde dat zij de tarieven zoals voorzien in de conventie toepassen.

Ten slotte vraagt het amendement nr. 1 een evaluatie van dit project die betrekking heeft op de mate waarin de toegankelijkheid van de gezondheidszorg is ver-

prestataire de soins par le biais d'une maximalisation des communications par voie électronique avec l'organisme assureur. L'organisme assureur paiera au prestataire de soins ses honoraires dans les 14 jours ouvrables, en indiquant clairement quels sont les honoraires qui sont payés et pour quels patients. À terme, l'échange des données devra s'effectuer en ligne, de même que le paiement des honoraires;

8. de réduire, pendant la durée du projet, le nombre de régimes tarifaires préférentiels pour ce qui est du ticket modérateur;

9. dans le cadre du projet, d'autoriser le prestataire de soins non conventionné à appliquer le régime du tiers payant pour autant qu'il applique les tarifs prévus dans l'accord le plus récent, qui servent de base de calcul pour l'intervention de l'assurance.

10. de soumettre le projet à une évaluation portant sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé, les surcoûts, les abus éventuels et la sensibilisation du patient aux coûts. L'évaluation du régime du tiers payant effectuée par le Service de contrôle médical sera prise en compte.»

Mme Lijnen déclare que cet amendement vise à prendre en compte les diverses conclusions qui se sont dégagées des auditions.

À l'heure actuelle, le succès limité de l'application du régime du tiers payant auprès des médecins généralistes est principalement dû à la charge administrative qui en découle. En outre, nous constatons que les médecins généralistes doivent patienter longtemps avant d'obtenir le paiement de leurs honoraires et que les organismes assureurs ne leur précisent pas quels honoraires ils paient pour quels patients. En conséquence, il est demandé dans l'amendement que pendant la durée du projet, les tracasseries administratives soient limitées à un strict minimum, que les communications avec les organismes assureurs s'effectuent le plus possible par voie électronique et que le paiement des honoraires intervienne dans les cinq jours ouvrables.

Pendant la durée du projet, le nombre de régimes tarifaires préférentiels sera également limité. La multiplicité des tarifs a été dénoncée à plusieurs reprises lors des auditions.

Étant donné le degré de déconventionnement et son augmentation en Flandre pour certains prestataires de soins, il est demandé dans l'amendement que les médecins non conventionnés soient autorisés à appliquer le régime du tiers payant à la condition qu'ils appliquent les tarifs prévus par la convention.

Enfin, il est demandé dans l'amendement n° 1 que le présent projet fasse l'objet d'une évaluation portant sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé, les

hoogd, de meerkost die is ontstaan, de mogelijke misbruiken en de mate waarin de uitbreiding het kostenbewustzijn van de patiënt heeft aangetast.

Er loopt een evaluatie door de Dienst voor Geneeskundige Controle van het derdebetalersregeling. Mevrouw Lijnen vraagt dat met de resultaten van deze evaluatie rekening wordt gehouden bij de evaluatie van het project.

Mevrouw Lanjri is het ermee eens om de administratieve vereenvoudiging tot een minimum te beperken en ook een termijn voorop te stellen binnen dewelke het honorarium van de huisartsen moet betaald worden. Zij wijst er evenwel op dat, vermits het hier gaat om een voorstel van resolutie en er geen wetgeving wordt gemaakt, een dergelijke termijn enkel kan worden nagestreefd maar niet worden opgelegd.

Spreekster heeft evenmin een bezwaar tegen het feit dat ook gedeconventioneerde artsen kunnen deelnemen aan het proefproject, zoals amendement nr. 1 voorop stelt.

Mevrouw Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, waarschuwt voor een al te strikte formulering in verband met de modaliteiten van terugbetaling van het honorarium aan de huisartsen. De bindende termijn van 14 dagen, die in het amendement nr. 1 wordt vooropgesteld, lijkt haar te strikt en dreigt alle betrokken actoren, en in het bijzonder de verzekeringsinstellingen, met een onmogelijke opdracht op te zadelen. Ook de elektronische betaling is minder vanzelfsprekend als hier wordt voorgesteld.

Mevrouw Lanjri wijst erop dat het hier slechts gaat om een proefproject en aarzelt daarom in het voorstel van resolutie een vaste termijn voorop te stellen. Het is ook mogelijk dat na afloop van het proefproject blijkt dat een termijn van 14 dagen veel te lang is en dat de terugbetaling ook binnen een kortere termijn mogelijk is.

Mevrouw Lijnen vindt het belangrijk dat, ook in een voorstel van resolutie, de termijn van 14 dagen behouden blijft om aldus concrete doelstellingen naar voor te schuiven. Dit element is immers duidelijk naar voor gebracht tijdens de hoorzittingen. Daarom stelt zij voor om te werken met een maximumtermijn van 14 dagen.

De heer Ide sluit zich hierbij aan.

De heer Claes stelt voor om in de resolutie in te schrijven dat de communicatie maximaal via elektronische weg zal verlopen, dit wil zeggen dat de betaling door de verzekeringsinstelling van het honorarium aan de zorgverlener gebeurt binnen de 14 werkdagen.

De dames Lijnen en Lanjri dienen vervolgens amendement nr. 4 in als subamendement op amende-

surcoûts engendrés, les abus éventuels et la mesure dans laquelle l'extension a altéré la sensibilisation du patient aux coûts.

Le Service de contrôle médical procède actuellement à une évaluation du régime du tiers payant, dont Mme Lijnen souhaite qu'il soit tenu compte dans le cadre de l'évaluation du projet.

Mme Lanjri est d'accord de limiter à un minimum la simplification administrative ainsi que de préconiser un délai à respecter pour le paiement des honoraires des médecins généralistes. Vu qu'il s'agit en l'occurrence d'une proposition de résolution et non de l'élaboration d'une législation, elle souligne toutefois que l'on ne peut que tendre vers un tel délai et non l'imposer.

L'intervenante ne s'oppose pas non plus à ce que des médecins déconventionnés puissent également participer au projet-pilote comme le préconise l'amendement n° 1.

Mme Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, souligne qu'il faut éviter de formuler trop strictement les modalités de remboursement des honoraires des médecins généralistes. Le délai maximum de 14 jours qui est avancé à l'amendement n° 1 lui semble trop strict et risque de charger tous les acteurs concernés, notamment les organismes assureurs, d'une mission impossible. De même, le paiement électronique s'avère être moins évident que ce qui est proposé ici.

Mme Lanjri rappelle qu'il ne s'agit que d'un projet-pilote et hésite dès lors à avancer un délai ferme dans la proposition de résolution. Il se peut également que l'on s'aperçoive, à l'issue du projet-pilote, qu'un délai de 14 jours est beaucoup trop long et que le remboursement peut aussi se faire dans un délai plus court.

Mme Lijnen trouve important de maintenir le délai de 14 jours, y compris dans une proposition de résolution, ce qui permet de déterminer des objectifs concrets. Cet élément a en effet été clairement mis en avant lors des auditions. C'est la raison pour laquelle elle propose de prévoir un délai maximum de 14 jours.

M. Ide se rallie à cette idée.

M. Claes propose de stipuler dans la proposition de résolution que les communications se feront le plus possible par voie électronique et que l'organisme assureur paiera les honoraires du prestataire de soins dans les 14 jours ouvrables.

Mmes Lijnen et Lanjri déposent ensuite l'amendement n° 4, qui sous-amende l'amendement n° 1 (doc.

ment nr. 1 (stuk Senaat, nr. 4-1185/2) dat ertoe strekt om het voorgestelde punt 7 te vervangen als volgt :

«7. ernaar te streven om het systeem voor de derdebetalersregeling in het kader van het project administratief drastisch te vereenvoudigen voor de zorgverlener waarbij de communicatie met de verzekeringsinstelling maximaal verloopt via elektronische weg. Er wordt getracht om de betaling door de verzekeringsinstelling van het honorarium aan de zorgverlener te laten gebeuren binnen maximum 14 werkdagen met duidelijke vermelding welke honoraria voor welke patiënten worden betaald. Op termijn moet de gegevensuitwisseling online gebeuren evenals de betaling van het honorarium.»

Mevrouw Van Ermen meent dat uit de libellering van het voorgestelde punt 9 ten onrechte zou kunnen worden geconcludeerd dat de niet-geconventioneerde zorgverleners nu geen gebruik zouden kunnen maken van het systeem van de sociale derde betaler. Dit klopt helemaal niet.

Mevrouw Lijnen antwoordt dat dit geenszins de bedoeling is. In het amendement nr. 1 wordt enkel een antwoord gegeven op een opmerking die tijdens de hoorzitting werd gemaakt, met name dat het niet voor alle niet-geconventioneerde zorgverleners even duidelijk is om welke patiënten het gaat en welke tarieven moeten worden toegepast.

De amendementen nrs. 1 en 4 worden aangenomen met 10 stemmen bij 2 onthoudingen.

Mevrouw Temmerman wenst haar onthouding te verklaren. Zij is het op het inhoudelijke vlak eens met de draagwijdte van de amendementen maar meent dat deze elementen thuis horen in een wet, eerder dan in een resolutie. Zij verwijst in dat verband naar het wetsvoorstel ter veralgemening van de derdebetalersregeling dat zij heeft ingediend (stuk Senaat, nr. 4-1425).

Amendement nr. 2

Mevrouw Tilmans dient amendement nr. 2 in (stuk Senaat, nr. 4-1185/2), dat beoogt om het voorstel van resolutie aan te vullen met een punt 2/1, luidend als volgt :

«2/1. te voorzien in een administratieve vereenvoudiging van het systeem en te zorgen voor een snellere terugbetaling van de zorgverlener in het kader van de toepassing van het systeem».

Mevrouw Tilmans meent dat dit element echter reeds aan bod komt in de amendementen nrs. 1 en 4 en verwijst naar de bespreking van deze amendementen.

Amendement nr. 2 wordt ingetrokken.

Sénat, n° 4-1185/2), et qui vise à remplacer le point 7 proposé par le texte suivant :

«7. de tendre, dans le cadre du projet, vers une simplification administrative drastique, pour le prestataire de soins, du système d'application du régime du tiers payant en privilégiant la communication par voie électronique dans les rapports avec l'organisme assureur. Ce dernier s'efforcera quant à lui de payer les honoraires au prestataire de soins dans un délai ne dépassant pas 14 jours ouvrables, en indiquant clairement quels sont les honoraires qui sont payés et les patients auxquels ils correspondent. À terme, les échanges de données devront s'effectuer en ligne, de même que le paiement des honoraires.»

Mme Van Ermen pense que l'on pourrait inférer à tort de la formulation du point 9 proposé que les prestataires de soins non conventionnés ne pourraient actuellement pas recourir au système du tiers payant social. C'est totalement inexact.

Mme Lijnen répond que ce n'est nullement l'objectif poursuivi. L'amendement n° 1 répond seulement à une observation formulée lors des auditions, à savoir que les prestataires de soins non conventionnés ne voient pas tous aussi clairement de quels patients il s'agit et quels tarifs doivent être appliqués.

Les amendements n^{os} 1 et 4 sont adoptés par 10 voix et 2 abstentions.

Mme Temmerman souhaite justifier son abstention. Elle est d'accord, sur le fond, avec la portée des amendements mais estime que ces éléments ont leur place dans une loi plutôt que dans une résolution. Elle se réfère à ce propos à la proposition de loi qu'elle a déposée, généralisant le régime du tiers payant (doc. Sénat, n° 4-1425).

Amendement n° 2

Mme Tilmans dépose l'amendement n° 2 (doc. Sénat, n° 4-1185/2), visant à compléter la proposition par un point 2/1 rédigé comme suit :

«2/1. de prévoir une simplification administrative du système et d'accélérer le remboursement du prestataire de soins dans le cadre de l'application du régime».

Mme Tilmans trouve néanmoins que cet élément apparaît déjà dans les amendements n^{os} 1 et 4 et se réfère à leur discussion.

L'amendement n° 2 est retiré.

Amendement nr. 3

Mevrouw Tilmans dient amendement nr. 3 in (stuk Senaat, nr. 4-1185/2), dat beoogt om punt 3 van het voorstel van resolutie aan te vullen door na de woorden «wegens een handicap» de woorden «of personen die aan een chronische ziekte lijden» toe te voegen.

Mevrouw Tilmans meent dat dit element ook tijdens de hoorzitting aan bod is gekomen.

Mevrouw Lanjri sluit zich aan bij deze opmerking.

Amendement nr. 3 wordt aangenomen met 11 stemmen bij 1 onthouding.

V. STEMMINGEN

Het geamendeerde voorstel van resolutie betreffende uitbreiding van het systeem van de sociale derde betaler in zijn geheel wordt aangenomen met 11 stemmen bij 1 onthouding.

Mevrouw Khattabi wenst haar onthouding te verklaren. Zij kan op het inhoudelijke vlak haar instemming betuigen met het voorstel van resolutie maar meent dat deze elementen beter aan bod zouden komen in een wetsvoorstel.

Dit verslag is goedgekeurd met eenparigheid van de 9 aanwezige leden.

De rapporteurs,
Nele LIJNEN.
Richard FOURNAUX.

De voorzitter,
Nahima LANJRI.

*
* *

Amendement n° 3

Mme Tilmans dépose l'amendement n° 3 (doc. Sénat, n° 4-1185/2) visant à compléter le point 3 de la proposition de résolution par l'insertion, après les mots «en raison d'un handicap» des mots «ou encore aux personnes atteintes de maladies chroniques».

Mme Tilmans estime que cet élément a également été souligné lors des auditions.

Mme Lanjri se rallie à cette observation.

L'amendement n° 3 est adopté par 11 voix et 1 abstention.

V. VOTES

L'ensemble de la proposition de résolution amendée visant à étendre le régime du tiers payant social est adopté par 11 voix et 1 abstention.

Mme Khattabi souhaite expliquer son abstention. Elle peut souscrire, sur le fond, à la proposition de résolution mais estime que ces éléments seraient plus à leur place dans une proposition de loi.

Le présent rapport a été approuvé à l'unanimité des 9 membres présents.

Les rapporteurs,
Nele LIJNEN.
Richard FOURNAUX.

La présidente,
Nahima LANJRI.

*
* *

BIJLAGE**HOORZITTING****A. Uiteenzetting van de heer Emmanuel Quintin, adjunct-administrateur-generaal van de Kruispuntbank van de sociale zekerheid**

De heer Quintin geeft een overzicht van de technische mogelijkheden die een sociaal verzekerde heeft om automatisch het recht te krijgen op de toepassing van de derdebetaleregeling.

De Kruispuntbank heeft niet te oordelen over de opportuniteit of de noodzaak om de derdebetaleregeling al dan niet uit te breiden. Haar wettelijke opdracht bestaat erin de rol van motor en coördinator op zich te nemen van het *e-government* in de Belgische sociale sector. Ze is er om diensten te verlenen aan de sociaal verzekerden en aan de beroepsmensen uit de sociale sector, maar ze moet er tevens op toezien dat ze die initiatieven bevordert met oog voor de veiligheid van de gegevens en de maximale bescherming van de privacy.

Die opdrachten, die de Kruispuntbank sinds haar oprichting in 1990 uitvoert, worden nu aangevuld met de werkzaamheden van het *eHealth*-Platform, voor zover de uit te wisselen gegevens en diensten van medische aard zijn. Voor de toepassing van de derdebetaleregeling zijn de uit te wisselen gegevens evenwel niet medisch, maar administratief.

De belangrijkste toepassing van de Kruispuntbank is de SIS-kaart. Momenteel zijn er 10 983 000 SIS-kaarten geactiveerd. Ze worden dagelijks gebruikt door alle apothekers en ziekenhuizen, alsook door enkele andere categorieën van zorgverleners.

De SIS-kaart is een middel om de sociaal verzekerden in de hele sociale zekerheid elektronisch te identificeren. Het is tevens een middel om administratieve gegevens op te slaan over de rechten van de sociaal verzekerden op terugbetaling van gezondheidszorg.

Het gebruik van de SIS-kaart garandeert de apothekers de terugbetaling van het gedeelte dat niet door de sociaal verzekerde wordt betaald, voor de medische zorg die door middel van de derdebetaleregeling wordt betaald.

De SIS-kaart, die sinds tien jaar bestaat, wordt weldra afgeschaft. Het gebruik ervan kent immers twee limieten: enerzijds biedt de SIS-kaart geen zekerheid dat de houder ervan wel degelijk de sociaal verzekerde is die op de kaart vermeld wordt; anderzijds is er geen zekerheid dat de gegevens betreffende de rechten van de sociaal verzekerde over de terugbetaling van de gezondheidszorg *up-to-date* zijn.

Er bestaan andere elektronische diensten voor het bekendmaken van rechten inzake gezondheidszorgverzekering. Men kan databanken bij de verzekeringsinstellingen raadplegen. Ze worden geraadpleegd door het RIZIV en de OCMW's voor de rechten inzake verzekeraarbaarheid en gezondheidszorg, alsook door bepaalde instanties die aanvullende rechten toekennen voor de verhoogde tegemoetkoming in de gezondheidszorg en de OMNIO-status. Talrijke instanties die los staan van de sociale zekerheid maken immers gebruik van de verzekeraarbaarheidsstatus in de gezondheidszorg om sociale voordelen toe te kennen: vermindering van federale, gewest-, provincie-, of gemeentetaksen of -bijdragen, maar ook voordelige tarieven voor het openbaar vervoer, sociaal telefoontarief, sociaal gas- en elektriciteitstarief.

ANNEXE**AUDITION****A. Exposé de M. Emmanuel Quintin, administrateur-général adjoint de la Banque carrefour de la sécurité sociale**

M. Quintin présente un aperçu des possibilités techniques offertes à un assuré social pour se voir accorder automatiquement le droit à l'application du régime du tiers payant.

La Banque carrefour n'a pas à préjuger de l'opportunité ou de la nécessité d'élargir ou non le tiers payant. Sa mission légale consiste à jouer le rôle de moteur et de coordinateur de l'*e-government* dans le secteur social belge. Elle est là pour rendre des services efficaces aux assurés sociaux et aux professionnels du secteur social, mais elle doit veiller à promouvoir ces initiatives dans le cadre d'une sécurité des informations et d'une protection maximale de la vie privée.

Ces missions que la Banque carrefour exerce depuis sa création en 1990 sont maintenant complétées par les travaux de la Plateforme *eHealth*, dans la mesure où les données et services à échanger ont un caractère médical. Notons toutefois que pour l'application du régime du tiers payant, les données à échanger n'ont pas un caractère médical mais administratif.

L'application principale de la Banque carrefour concerne la carte SIS. Actuellement, 10 983 000 cartes SIS sont actives et quotidiennement utilisées par tous les pharmaciens et tous les hôpitaux, ainsi que par quelques autres catégories de dispensateurs de soins.

La carte SIS est un moyen d'identification électronique des assurés sociaux au sein de l'ensemble de la sécurité sociale. Elle est également un moyen de stockage des données administratives relatives aux droits de l'assuré social au remboursement des soins de santé.

L'utilisation de la carte SIS garantit aux pharmaciens le remboursement de la partie qui n'est pas prise en charge par l'assuré social, pour les prestations de soins payées selon le régime du tiers payant.

La carte SIS qui existe depuis dix ans arrive bientôt en fin de vie. Son utilisation comporte en effet deux limites: d'une part, la carte SIS n'offre pas de certitude que son porteur est bien l'assuré social mentionné sur cette carte; d'autre part, il n'y a pas de certitude que les données relatives aux droits de l'assuré social concernant le remboursement des soins de santé sont à jour.

D'autres services électroniques existent pour la communication des droits en matière d'assurance soins de santé. Des banques de données sont consultables auprès des organismes assureurs. Elles sont consultées par l'INAMI et les CPAS pour les droits en matière d'assurabilité et soins de santé, ainsi que par certaines instances d'octroi de droits supplémentaires pour l'intervention majorée dans les soins de santé et le statut Omnio. Beaucoup d'instances externes à la sécurité sociale utilisent en effet le statut d'assurabilité en soins de santé pour accorder des avantages sociaux: diminution de taxes ou redevances fédérales, régionales, provinciales ou communales, mais aussi tarifs avantageux dans les transports publics, tarif social téléphonique, tarif social pour le gaz et l'électricité.

Er zijn echter beperkingen. De toestand die men krijgt in de databanken van de verzekeringsinstellingen en bij het RIZIV zijn momentopnamen op een datum « X », meestal op 1 januari van een kalenderjaar. Die toepassingen zijn niet 24 uur op 24 en zeven dagen op zeven beschikbaar. Ten slotte verkiezen de instanties die aanvullende rechten toekennen vaak de authentieke bronnen te raadplegen die de verhoogde tegemoetkoming in de gezondheidszorg toekennen, dat wil zeggen de gehandicaptensector, de sector gewaarborgde pensioenen voor bejaarden of de OCMW-sector voor het leefloon.

De SIS-kaart moet geleidelijk aan worden vervangen door de elektronische identiteitskaart. Die vervanging is slechts mogelijk indien er een beveiligde online toegang beschikbaar is tot de verzekerbaarheidsgegevens en tot de gegevens inzake gezondheidszorgverzekering voor alle zorgverstrekkers. Het project is onderweg en moet tegen 2012 verwezenlijkt zijn. Gedurende een overgangperiode, waarvan nog niet is bepaald hoelang ze zal duren, zal het oude systeem met de SIS-kaart naast het nieuwe systeem met de elektronische identiteitskaart bestaan.

Het nieuwe systeem met de elektronische identiteitskaart zal verscheidene voordelen bieden. Zo biedt de elektronische identiteitskaart de zekerheid dat de houder van de kaart wel degelijk de sociaal verzekerde is die erop vermeld wordt. Men kan er gebruik van maken door middel van een wachtwoord en de zorgverlener kan controleren of de foto op de kaart wel degelijk die is van de persoon die tegenover hem staat.

Om ervoor te zorgen dat alle zorgverleners de identificatiegegevens elektronisch kunnen ontvangen, zal op alle elektronische identiteitskaarten een streepjescode worden aangebracht.

Er moet echter een technisch probleem worden overwonnen: het persoonlijke toepassingsgebied van de SIS-kaart verschilt van dat van de elektronische identiteitskaart. Voor kinderen jonger dan twaalf jaar die geen elektronische identiteitskaart hebben (« KidsID »), moet er een ander identificatiesysteem komen. De buitenlandse onderdanen van de Europese Unie of van buiten de Europese Unie zullen een elektronisch verblijfsdocument hebben, maar het is nog niet zeker of dat in 2012 algemeen verspreid zal zijn. Ten slotte vallen bepaalde personen onder het Belgische socialezekerheidsstelsel en kunnen zij de derdebetaleregeling genieten, terwijl ze niet in België wonen en nooit een elektronische identiteitskaart zullen hebben, te weten de grensarbeiders. Voor die categorieën moet er een aanvullend identificatiesysteem worden uitgewerkt.

Het systeem moet tevens een oplossing bieden voor het geval waarin de sociaal verzekerde zich niet persoonlijk bij de zorgverlener aanbiedt. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer iemand geneesmiddelen in de apotheek gaat kopen voor iemand anders. Dat is ook het geval in de laboratoria, die hun prestaties verrichten op grond van vaststaande identificatiegegevens, zonder samen met het bloedstaal over de elektronische identiteitskaart van de sociaal verzekerde te beschikken.

Rekening houdend met die twee problemen, moet men behalve voor de elektronische identiteitskaart, kiezen voor een betrouwbaar identificatiesysteem dat neerkomt hetzij op een eID-kaart light, hetzij op een SIS-kaart light, of nog op een systeem van kleefbriefjes met streepjescode dat beter beveiligd is dan het huidige.

Om dat project tot een goed einde te brengen, moeten alle zorgverleners online toegang krijgen tot de verzekerbaarheidsgegevens inzake gezondheidszorg: de verzekerbaarheidsgegevens van gemeen recht, maar ook de gegevens inzake verhoogde tegemoetkoming (WIGW, IGO, personen met een handicap, leefloners en bepaalde categorieën langdurige werklozen), de gegevens betreffende de OMNIO-status, de gegevens betreffende chronisch zieken en de gegevens betreffende de maximumfactuur (MAF). Al die gegevens moeten 24 uur op 24, zeven dagen op

Des contraintes existent cependant. Les situations consultées dans les banques de données des organismes assureurs et de l'INAMI sont figées à une date « X », généralement au 1^{er} janvier d'une année civile. Ces applications ne sont pas disponibles 24h sur 24 et sept jours sur sept. Enfin, de manière générale, les instances qui octroient des droits supplémentaires préfèrent parfois accéder aux sources authentiques qui sont à l'origine de l'intervention majorée dans les soins de santé, c'est-à-dire le secteur handicapés, le secteur des pensions garanties pour les personnes âgées ou le secteur des CPAS pour l'intégration sociale.

La carte SIS doit être remplacée progressivement par la carte d'identité électronique. Ce remplacement ne peut s'effectuer que dans la mesure où il y a un accès disponible, sécurisé et en ligne aux données d'assurabilité et aux données d'assurance soins de santé pour tous les dispensateurs de soins. Le projet est en cours et l'objectif doit être atteint à l'horizon 2012. Pendant une période transitoire dont la durée n'a pas encore été fixée, l'ancien système basé sur la carte SIS coexistera avec le nouveau système fondé sur la carte d'identité électronique.

Le nouveau système basé sur la carte d'identité électronique offrira plusieurs avantages. Ainsi, la carte d'identité électronique offre la certitude que le porteur de la carte est bien l'assuré social identifié sur celle-ci. On peut l'utiliser au moyen d'un mot de passe et le dispensateur de soins peut contrôler que la photo sur la carte représente bien la personne qui est en face de lui.

Pour faciliter la capture électronique des données d'identification par tous les dispensateurs de soins, le code barre sera généralisé sur la carte d'identité électronique.

Il y a cependant un problème technique à surmonter: le champ d'application personnel de la carte SIS est différent de celui de la carte d'identité électronique. Pour les enfants de moins de douze ans qui n'ont pas de carte d'identité électronique (« KidsID »), il faudra un autre système d'identification. Les ressortissants étrangers de l'Union européenne ou hors Union européenne disposeront d'un titre de séjour électronique mais il n'est pas encore acquis que cela sera généralisé en 2012. Enfin, certaines personnes relèvent du système de sécurité sociale belge et peuvent profiter du tiers payant alors qu'elles n'habitent pas en Belgique et n'auront jamais de carte d'identité électronique, à savoir notamment les travailleurs transfrontaliers. Pour ces catégories de personnes, un système complémentaire d'identification certaine doit être mis au point.

Le système doit également offrir une solution pour le cas où l'assuré social ne se présente pas en personne auprès du dispensateur de soins. C'est le cas par exemple lorsqu'une personne va chercher des médicaments à la pharmacie pour le compte d'autrui. C'est aussi le cas dans les laboratoires, ceux-ci effectuant leurs prestations sur base de données d'identification certaines mais ne disposant pas de la carte d'identité électronique de l'assuré social en même temps que de la pochette de sang.

Compte tenu de ces deux difficultés, il faut choisir, en plus de la carte d'identité électronique, un système d'identification certaine qui sera, soit une carte eID light, soit une carte SIS light, soit encore un système de vignettes à code-barre plus sécurisé que l'actuel.

Pour mener à bien ce projet, il faut que tous les dispensateurs de soins puissent accéder en ligne aux données d'assurabilité soins de santé: les données d'assurabilité de droit commun, mais aussi les données en matière d'intervention majorée (Vipo, Grapa, personnes handicapées, personnes bénéficiant du revenu d'intégration et certaines catégories de chômeurs de longue durée), les données relatives au statut OMNIO, les données relatives aux malades chroniques et les données relatives au maximum à facturer (MAF). Toutes ces données devront être accessibles 24h sur 24, sept jours

zeven online toegankelijk zijn bij de zeven verzekeringsinstellingen die gecoördineerd worden door het NIC, de DOSZ voor de overzeese werknemers, door het NIOO voor de oorlogsinvaliden en ten slotte voor het stelsel van de zeelieden.

Er zullen business-toepassingen van het *MyCarenet*-type ter beschikking moeten worden gesteld in het raam van het beveiligde netwerk van het *eHealth*-platform. Er zullen verscheidene beveiligingsmiddelen worden verstrekt opdat de zorgverlener toegang krijgt tot de volledige informatie: elektronisch portaal, geïntegreerd beheer van gebruikers en toegangen, beheer van de veiligheidslogins, elektronische brievenbus.

Parallel met dit project werkt de Kruispuntbank mee aan een ander project dat door de POD Maatschappelijke Integratie wordt gecoördineerd en waaraan de RIZIV en de verzekeringsinstellingen, alsook de OCMW's, meewerken. Dat project behelst de personen die niet gedekt zijn door een gezondheidszorgverzekering of die niet voldoende middelen hebben om nieuwe medische uitgaven te doen. Het zal gaan om een medische kaart die door de OCMW's wordt verspreid, waardoor aan de zorgverleners de formele waarborg moet worden gegeven dat de OCMW's de verrichtingen terug zal betalen.

Tot slot moeten beide projecten de ambities van voorliggend voorstel van resolutie maximaal waarmaken. Er bestaan dus technische mogelijkheden om alle eisen inzake de toegang van alle zorgverleners tot de gegevens inzake verzekeraarbaarheid en gezondheidszorg tegen 2012 in te lossen. De regering steunt die ambitie.

De sociaal verzekerden moeten niet zelf het bewijs leveren dat ze in aanmerking komen voor de derdebetalerregeling. Die bewijzen moeten online bij de authentieke bronnen beschikbaar zijn.

Dat nieuwe systeem moet worden gezien in de context van het project op lange termijn om algemeen gebruik te maken van elektronische voorschriften, waardoor het opnemen van de identificatiegegevens van de sociaal verzekerden zal verschuiven naar de voorschrijvende zorgverleners.

B. Uiteenzetting door de heer Herman Moeremans, voorzitter van het Syndicaat Vlaamse Huisartsen

De heer Moeremans is er zich van bewust dat sommige personen bij het uitbreiden van een regeling derde betaler vooral vrezen voor tegenstand bij de artsen. Dit verbaast hem enigszins; omdat het Syndicaat Vlaamse Huisartsen (SVH) al langer pleit voor de regeling derde betaler. Hij wil hun argumenten daarvoor hier graag toelichten.

Herwaardering van huisartsgeneeskunde is een belofte sinds jaren. De realiteit is dat huisartsgeneeskunde wegwijnt in de schaduw van de blitse *high-tech*-geneeskunde. Ondanks alle inspanningen van de laatste jaren blijft huisartsgeneeskunde het zwakke broertje. Jonge collega's kiezen niet meer voor de huisartsgeneeskunde, misschien deels uit schroom omdat ze dan alles zelf moeten regelen bij de patiënt.

Op het terrein worden steeds vaker initiatieven genomen die, openlijk of verdoken, patiënten wegzuigen uit de huisartsgeneeskunde om ze meteen op te vangen op de duurdere hoger echelons in het ziekenhuismilieu.

Desondanks daalt de kwaliteit van de Belgische geneeskundige zorg: tussen 2005 en nu daalde België in de *Euro Health Consumer Index* van de 4de naar de 11de plaats. Ook de Wereldgezondheidsorganisatie WHO («*Primary care now more than ever*») en de Organisatie voor Economische Samenwerking

sur sept, en ligne, auprès des sept organismes assureurs coordonnés par le CIN, par l'OSSOM pour les travailleurs d'Outre-mer, par l'INIG pour les invalides de guerre et enfin pour le régime des marins.

Des applications business, de type *MyCarenet*, devront être mises à disposition dans le cadre du réseau sécurisé de la plateforme *eHealth*. Divers moyens de sécurité seront fournis pour que le dispensateur de soins puisse avoir accès à l'entièreté de ces informations: portail électronique, gestion intégrée des utilisateurs et des accès, gestion des loggings de sécurité, boîte aux lettres électronique.

Parallèlement à ce projet, la Banque carrefour collabore à un autre projet coordonné par le SPP Intégration sociale auquel participent la l'INAMI et les organismes assureurs, ainsi que les CPAS. Ce projet concerne les personnes non couvertes par l'assurance soins de santé ou qui ne disposent pas de moyens suffisants pour engager de nouvelles dépenses médicales. Il s'agira d'une carte médicale distribuée par les CPAS, qui devrait permettre d'offrir aux dispensateurs de soins la garantie formelle que le CPAS remboursera les prestations effectuées.

En conclusion, ces deux projets devraient permettre une couverture maximale des ambitions de la proposition de résolution à l'examen. Il existe donc des possibilités techniques pour couvrir l'entièreté des souhaits au niveau de l'accès de tous les dispensateurs de soins aux données d'assurabilité et soins de santé à l'horizon 2012. Cette ambition est soutenue par le gouvernement.

Les assurés sociaux ne doivent pas présenter eux-mêmes les preuves qu'ils peuvent bénéficier du tiers payant. Ces preuves doivent être disponibles en ligne auprès des sources authentiques.

Ce nouveau système doit être mis en perspective avec le projet, à long terme, d'une généralisation des prescriptions électroniques qui entraînera un déport de la capture des données d'identification des assurés sociaux vers les dispensateurs de soins prescripteurs.

B. Exposé de M. Herman Moeremans, président du Syndicaat Vlaamse Huisartsen

S'agissant du projet d'extension du régime du tiers payant, M. Moeremans est conscient du fait que la résistance des médecins est la principale crainte de certaines personnes. Cela le surprend quelque peu, étant donné que le *Syndicaat Vlaamse Huisartsen* (SVH) défend depuis longtemps le régime du tiers payant. L'orateur souhaite présenter ici les arguments des médecins généralistes qui plaident en faveur de ce régime.

Cela fait des années que l'on promet une revalorisation de la médecine générale. En réalité, celle-ci souffre de l'ombre que lui fait la médecine de pointe et son aura. Malgré tous les efforts consentis ces dernières années, la médecine générale reste le parent pauvre. Nos jeunes confrères ne choisissent plus la médecine générale, peut-être en partie par crainte de devoir s'occuper eux-mêmes de tous les problèmes du patient.

Sur le terrain, l'on essaie de plus en plus souvent, ouvertement ou subrepticement, de dérober des patients à la médecine générale pour les envoyer directement aux échelons supérieurs, plus onéreux, des milieux hospitaliers.

Et pourtant, la qualité des soins de santé est en baisse en Belgique: entre 2005 et aujourd'hui, la Belgique est passée de la 4e à la 11e place dans l'*Euro Health Consumer Index*. L'OMS — Organisation mondiale de la santé («*Primary care now more than ever*») et l'OCDE — Organisation de coopération et de

en Ontwikkeling (OESO) leggen al jaren de nadruk op het belang van de eerste lijn als waarborg voor de kwaliteit van de zorg.

Wat kan de regeling derde betaler betekenen voor de huisartseneeskunde? In feite is deze regeling de normale gang van zaken in de hele gezondheidszorg. De apothekersrekening, de ziekenhuisfactuur: telkens betaalt de patiënt enkel het remgeld. Alleen bij de huisarts wordt de patiënt nog verplicht om eerst een volledig honorarium te betalen. En hoewel iedereen weet dat de huisartseneeskunde de goedkoopste zorg biedt, toch blijft bij de patiënt enkel de herinnering aan wat er betaald werd. De perceptie van «dure dokter» blijft onterecht achter bij de in wezen goedkoopste (huis)arts.

Hoewel huisartsen niet de gewoonte hebben om in «commerciële modellen» te denken, moet er toch vastgesteld worden dat het hier gaat over oneigenlijke, vervalste concurrentie, door een vertekende perceptie.

Een regeling derde betaler in de eerstelijns geeft tenminste aan de huisartsen de kans om vanuit dezelfde principes te vertrekken als in de hogere zorgschelons en laat de «concurrentie» tenminste eerlijk verlopen.

Nu gaan een aantal patiënten onterecht rechtstreeks naar de Spoeddienst van het ziekenhuis, waar de regeling derde betaler aan de patiënt geen onmiddellijke betaling vraagt. De factuur van het ziekenhuis komt later en omvat alleen het remgeld. Het gevolg is een foute oriëntatie van de patiënt en een overbelasting van de Spoeddiensten van de ziekenhuis.

SVH is een huisartsensyndicaat. De heer Moeremans schaamt er zich niet voor om hier te vertellen dat SVH dit vraagt ten voordele van de huisartsen, om het huisartsenberoep te redden.

Toch laat ook nu de «ingebakken natuur» van de huisarts hem meteen zeggen dat zij dit willen voor de patiënten! Eerstelijnszorg is basiszorg. Zorg waarvan SVH vindt dat iedereen er recht op heeft. Basiszorg moet de meest laagdrempelige zorg zijn. Het is dank zij basiszorg dat in een latere fase dure specialistische zorg kan vermeden worden.

De heer Moeremans stelt echter vast dat voor sommigen zelfs 23 euro een te hoge drempel is. Dit is een element van discriminatie en zet de wereld op zijn kop. Net de toegang tot de eerstelijns zou moeten meest laagdrempelig zijn.

Het ontbreken van regeling derde betaler in huisartseneeskunde is een bepalende factor in het ontstaan van een geneeskunde met twee snelheden. Enkel de financieel zwakkeren zullen elementaire zorg uitstellen omdat ze geen 23 euro kunnen «voorschieten».

Deze patiënten zullen ook vaker rechtstreeks naar de Spoeddienst van een ziekenhuis gaan, waar geen onmiddellijke betaling wordt gevraagd. Buiten de hierboven reeds geschatte problemen van deze werkwijze is dit tevens een bepalende factor voor de minder goede score op gezondheidszorgschalen van de lagere sociale klassen. Het niet raadplegen op eerste lijn houdt immers in dat deze mensen vaak raadplegen op een te laat tijdstip. Vaak is hun medisch probleem al te ver gevorderd om het nog met eenvoudige adviezen of preventieve behandelingen bij te sturen.

Daarnaast is er het argument waarvoor mevrouw Onkelinx, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, zich reeds in januari 2008 bereid verklaarde om derdebetalersregeling te overwegen: de veiligheid. Huisartsen worden de laatste jaren meer geconfronteerd met agressie. Het feit dat iedereen weet dat die

développement économiques insistent, elles aussi, depuis des années sur l'importance de la première ligne pour garantir des soins de qualité.

Quel peut être l'apport du régime du tiers payant pour la médecine générale? En fait, ce régime représente la normalité dans l'ensemble des soins de santé. Que ce soit chez le pharmacien ou à l'hôpital, le patient ne paie que le ticket modérateur. C'est seulement quand il se rend chez le médecin généraliste que le patient est encore obligé d'avancer les honoraires complets. Et bien que tout le monde sache que la médecine générale propose les soins les moins chers, le patient se souvient uniquement de ce qu'il a dû sortir de son portefeuille. L'image du «médecin cher» reste collée à tort au médecin (généraliste), pourtant le moins onéreux.

Bien que les médecins généralistes n'aient pas l'habitude de réfléchir en «modèles commerciaux», force est de constater qu'il existe une concurrence déloyale et faussée causée par une image déformée de la réalité.

Étendre le régime du tiers payant aux soins de première ligne donnerait au moins la possibilité aux médecins généralistes d'affronter les échelons supérieurs de soins sur un pied d'égalité et permettrait déjà une «concurrence» équitable.

À l'heure actuelle, des patients se rendent à tort au service des urgences de l'hôpital, où le régime du tiers payant permet un paiement différé. Ils reçoivent la facture de l'hôpital par la suite et ne doivent payer que le ticket modérateur. Il en résulte une mauvaise orientation du patient et une surcharge des services d'urgences des hôpitaux.

Le SVH est un syndicat de médecins généralistes. M. Moeremans n'a pas honte de dire que le SVH demande l'extension du régime du tiers payant au profit des médecins généralistes, en vue de sauver cette profession.

Mais s'ils laissent parler leur nature profonde, les médecins généralistes ajouteront immédiatement qu'ils souhaitent cette extension pour les patients! Les soins de première ligne sont des soins de base, auxquels tout le monde a droit selon le SVH. Les soins de base doivent être les plus accessibles. Ce sont eux qui permettent d'éviter des soins spécialisés onéreux dans une phase ultérieure.

Or, M. Moeremans constate que pour certaines personnes, même une somme de 23 euros est déjà trop élevée. Une telle discrimination, c'est le monde à l'envers puisque ce sont justement les soins de première ligne qui devraient être les plus accessibles.

La non-application du régime du tiers payant en médecine générale est un facteur déterminant pour l'apparition d'une médecine à deux vitesses. Seules les personnes financièrement précarisées retarderont les soins élémentaires dont elles ont besoin parce qu'elles sont dans l'impossibilité «d'avancer» une somme de 23 euros.

Elles auront aussi plus souvent tendance à se rendre directement au service des urgences d'un hôpital puisque les prestations ne doivent pas être payées immédiatement. C'est là un autre facteur déterminant qui explique, en plus de tous les problèmes précités dus à l'absence de tiers payant, que les personnes issues de classes sociales défavorisées bénéficient de prestations de soins de moindre qualité. En effet, en faisant l'impasse sur les soins de première ligne, ces personnes font un mauvais calcul car elles sont souvent amenées à devoir consulter quand il est trop tard. En effet, dans l'intervalle, leur problème médical se sera aggravé au point que de simples conseils ou des traitements préventifs ne seront plus d'aucun secours.

En outre, il y a l'argument qui a amené Mme Onkelinx, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, à se déclarer favorable, en janvier 2008, à l'extension du tiers payant, à savoir l'argument de la sécurité. Ces dernières années en effet, les médecins généralistes sont de plus en plus confrontés à des actes

huisarts voornamelijk in contanten int maakt hem (of haar) tot een gemakkelijke prooi.

Gisteren nog was er aandacht voor het initiatief van de minister van Binnenlandse Zaken. Haar voorganger had zich al duidelijk uitgesproken voor een uitbreiding van het systeem van regeling derde betaler omwille van de veiligheidsproblematiek en ook de brochure van de minister verwijst naar regeling derde betaler, maar met behoud van « stigma » omdat er een stempel moet geplaatst worden van financiële nood.

Een laatste dringend argument voor de regeling derde betaler vindt de heer Moeremans ten slotte in de extra opdracht die de huisartsen in het kader van de griepandemie kregen toebedeeld. Het leek allemaal vanzelfsprekend: vanuit de commissie voor informatieverwerking van het RIZIV werd begin november toegezegd dat specifiek voor de vaccinatiecampagne AH1N1 via regeling derde betaler zou kunnen afgerekend worden voor de prestaties tijdens het vaccineren. Spreker citeert uit de documenten van deze RIZIV-instelling: « Aangezien het gaat om consultaties en bezoeken, zullen deze verstrekkingen voornamelijk via contante betaling of via manuele derdebetalersregeling afgerekend worden. »

Deze vaccinatiecampagne kon niet wachten. Duizenden huisartsen hebben zich toegelegd op deze « extra opdracht » die snel moest gaan. De huisarts had een complexe taak die verder ging dan enkel een grieprik toedienen. Ze hadden de opdracht een correcte risicoselectie door te voeren en hebben in het kader van de farmacovigilantie steeds lotnummers van vaccin en van adjuvans genoteerd. En zoals bij elke vaccinatie hebben ze ook een minimum aan toezicht gehouden de eerste momenten na de toediening van het vaccin.

Het toedienen van honderdduizenden vaccins op een zo korte periode vereist een snelle en vlotte behandeling. Vele artsen hebben meteen de kans gegrepen om deze prestaties via een regeling derde betaler te organiseren. De belangrijkste ziekenfondsen hadden immers hun steun voor regeling derde betaler toegezegd en er waren ook lokale afspraken met ziekenfondsen. Bovendien heeft de bevoegde minister van meet af aan consequent gesproken over « gratis vaccinaties ». De vaccinatie moest immers voor de bevolking gratis zijn, wat betekende dat patiënten zich zonder geld op zak bij hun huisarts aanboden.

Op het ogenblik dat alle huisartsen reeds twee volle weken hun inzet bewijzen door ook hun vrije weekends en avonden aan deze taak op te offeren, voert de heer De Ridder van het RIZIV in een omzendbrief een discriminatie in, doordat hij enkel een vaccinatie « buiten de spreekkamer van een huisarts » wil aanvaarden voor uitbetaling via regeling derde betaler.

Dit is voor SVH onaanvaardbaar. Honderden huisartsen hebben de voorbije weken hun getuigschriften opzij gelegd om ze via regeling derde betaler te laten uitbetalen. En voor velen van die collega's geldt dat in hun regio de huisartsenkring en lokale overheden samen beslisten om de vaccinatiecampagne in de spreekkamer van de huisartsen zelf te laten doorgaan. De inzet van deze collega's wordt nu bestraft door hen een ander inningsregime op te leggen dan wat er geldt voor de collega van een naburige regio waar de gemeente wel de sporthal inschakelde voor de vaccinatieactie.

d'agression. Un médecin généraliste devient une proie facile dès lors que chacun sait que ses consultations sont payables au comptant.

Hier encore, une attention toute particulière a été accordée à l'initiative de Mme Turtelboom, ministre de l'Intérieur. Son prédécesseur s'était déjà exprimé clairement en faveur de l'extension du régime du tiers payant en raison de la problématique de la sécurité. La brochure éditée par la ministre renvoie, elle aussi, au régime du tiers payant, mais elle en subordonne l'application au respect d'un certain nombre de conditions stigmatisantes liées à la situation financière du patient.

Enfin, un dernier argument impérieux en faveur de l'extension du régime du tiers payant est, selon M. Moeremans, la tâche supplémentaire qui a été confiée aux médecins généralistes dans le cadre de la pandémie de grippe. Au début du mois de novembre, la Commission informatique de l'INAMI avait tout naturellement décidé que dans le cadre spécifique de la campagne de vaccination contre la grippe AH1N1, les prestations liées à la vaccination pourraient être réglées par le biais du régime du tiers payant. Et l'intervenant de citer un extrait d'un document de cette commission de l'INAMI, dans lequel il est précisé que comme il s'agit de consultations et de visites, les prestations de soins liées à cette vaccination seront réglées essentiellement par des paiements au comptant ou par l'application manuelle du régime du tiers payant.

Cette campagne de vaccination ne pouvait pas attendre. Des milliers de médecins généralistes se sont concentrés sur cette tâche supplémentaire qui devait être réalisée au plus vite et qui était plus complexe que la simple injection d'un vaccin. En effet, les médecins devaient aussi opérer une sélection correcte des risques et enregistrer des numéros de lots de vaccins et d'adjuvants dans le cadre de la pharmacovigilance. Et, comme c'est le cas lors de chaque vaccination, les médecins ont également assuré un minimum de surveillance durant la période suivant l'administration du vaccin.

L'administration de centaines de milliers de vaccins en un délai aussi court requiert une action rapide et fluide. C'est ainsi que de nombreux médecins ont décidé d'emblée de gérer ces prestations par le biais du tiers payant. En effet, les principales mutualités avaient soutenu leur initiative et quelques-unes d'entre elles avaient conclu des conventions au niveau local. En outre, le ministre compétent avait évoqué d'emblée, à juste titre, l'idée de procéder gratuitement à des vaccinations. En effet, la vaccination devait être gratuite pour la population, ce qui signifiait que les patients n'ayant pas d'argent pouvaient se présenter chez leur médecin généraliste.

Alors que tous les médecins généralistes démontraient depuis deux semaines déjà leur bonne volonté en allant jusqu'à sacrifier leurs week-ends et soirées libres pour accomplir leur tâche, M. De Ridder de l'INAMI émit une circulaire qui introduisait une discrimination puisqu'elle prévoyait que les vaccinations effectuées en dehors du cabinet de consultation d'un médecin généraliste ne seraient autorisées que si elles étaient réglées par le biais du tiers payant.

C'est inacceptable pour le SVH. Des centaines de médecins ont mis leurs attestations de côté ces dernières semaines pour les faire régler par le régime du tiers payant. En outre — beaucoup de confrères concernés sont dans le cas — le cercle de médecins généralistes et les autorités locales de leur région ont décidé d'un commun accord que la campagne de vaccination aurait lieu dans les cabinets des médecins généralistes. L'enthousiasme de ces confrères est à présent sanctionné en leur imposant un régime de recouvrement différent de celui qui est en vigueur pour le confrère d'une région voisine dans laquelle la commune mis le hall omnisports à disposition dans le cadre de la campagne de vaccination.

Alhoewel de heer Moeremans er zich van bewust is dat zijn oproep niet meteen het onderwerp van deze hoorzitting is, wil hij hier nadrukkelijk vragen om alle middelen te gebruiken om minister Onkelinx vandaag nog zover te krijgen dat ze onmiddellijk haar «griepvolmachten» gebruikt om deze discriminatie meteen op te heffen.

Er zijn natuurlijk wel een aantal aspecten verbonden aan een regeling derde betaler, waar de huisartsen graag van in het begin duidelijke afspraken over maken.

Vooreerst herinnert hij aan het feit dat huisartsen reeds opgezadeld zitten met een meer dan overdreven administratie. Hij pleit ervoor een regeling derde betaler administratief zo duidelijk en helder mogelijk te organiseren.

In feite kan dat wel. Met een beetje goede wil en het correct gebruik van de informatica is een regeling derde betaler mogelijk zonder één enkel papier. Zelfs een getuigschrift voor verstrekte hulp kan volledig vervangen worden door een elektronisch signaal, dat geactiveerd wordt vanuit de computer van de arts. Met de elektronische identiteitskaart of de SIS-kaart van de patiënt, samen met elektronische identiteitskaart (of de SAM-kaart?) van de arts beschikt men over twee sleutels die de elektronische code voor de geleverde prestatie kunnen bevestigen.

Een regeling derde betaler hoeft geen «gratis geneeskunde» te zijn. Spreker pleit voor een correcte inning van het remgeld.

Een probleem dat hierbij in de loop van de voorbije jaren ontstond is dat er steeds meer verschillende categorieën van remgeld gecreëerd werden. Er is niet alleen het verschil in remgeld tussen de OMNIO-patiënt en de gewone verzekerde. Ook de status inzake het globaal medisch dossier (GMD) bepaalt mee het remgeld. Sinds kort komen daar de remgeldverlagingen bij voor huisbezoeken bij jongere kinderen en de remgeldverminderingen in functie van de zorgtrajecten. Om een goed systeem van regeling derde betaler uit te bouwen moet getracht worden het aantal categorieën remgeld te beperken. Een eenvoudig systeem, waarin snel herkend wordt welk type remgeld van toepassing is, wordt een noodzaak.

Een regeling derde betaler moet starten op vrijwillige basis. Vrijwillig zowel van de kant van de arts als van de kant van de patiënt. Enkel zo zullen de artsen vertrouwen hebben in dergelijk systeem. Op die manier kan ook zonder probleem de vraag van de patiënt uit zelf gesteld worden. Maak de regeling niet complex door «vooraf» in te dienen formulieren of toestemming die door ziekenfondsen moet gegeven worden.

Tot slot merkt de heer Moeremans op dat bij de praktische uitwerking van de regeling derde betaler, ook de rol van de verschillende partners in ons gezondheidssysteem langzaam wijzigt. De uitbetalingsfunctie van de ziekenfondsen kan sterk vereenvoudigd worden. Hun rol als verdedigers van de patiënten, hun leden, kan zinvoller worden ingevuld. Naast die ziekenfondsen ziet het SVH bijvoorbeeld ook een grotere rol voor de tarificatiediensten, voor hen een soort *third trusted party*.

C. Uiteenzetting van de heer Michel Vermeylen, voorzitter van de Vereniging van Vlaamse Huisartsen

De heer Vermeylen meent dat de uitbreiding van het systeem van de sociale derdebetaler in de huidige situatie een goed idee is.

Bien que M. Moeremans soit conscient que son appel s'écarte quelque peu du sujet de la présente audition, il tient à demander formellement de tout mettre en œuvre afin d'amener la ministre Onkelinx aujourd'hui encore à faire immédiatement usage de ses «pouvoirs spéciaux gripe» afin de supprimer cette discrimination sans plus attendre.

Le régime du tiers payant a bien sûr un certain nombre d'implications à propos desquelles les médecins généralistes voudraient que l'on se mette d'accord d'entrée de jeu pour que les choses soient claires.

Il rappelle tout d'abord que les médecins généralistes sont déjà astreint à des formalités administratives des plus excessives. Il plaide pour qu'un régime du tiers payant soit organisé de la façon la plus claire et la plus limpide possible du point de vue administratif.

En fait, c'est parfaitement possible. Un régime du tiers payant ne nécessitant qu'un document papier unique est tout à fait réalisable pour peu que l'on y mette un peu de bonne volonté et que l'on utilise correctement l'informatique. L'attestation de soins pourrait même être carrément remplacée par un signal électronique activé depuis l'ordinateur du médecin. L'utilisation combinée de la carte d'identité électronique ou de la carte SIS du patient et de la carte d'identité électronique (ou carte SAM?) du médecin met à disposition deux clefs permettant de confirmer le code électronique de la prestation fournie.

Un régime du tiers payant ne doit pas nécessairement être une «médecine gratuite». L'intervenant plaide pour une perception correcte du ticket modérateur.

Un problème qui s'est fait jour à cet égard au cours des dernières années est la multiplication croissante des catégories de ticket modérateur. Outre la différence de ticket modérateur entre le patient OMNIO et l'assuré ordinaire, le statut en termes de dossier médical global (DMG) joue aussi un rôle déterminant pour le montant du ticket modérateur. Depuis peu, le ticket modérateur a été abaissé pour les visites à domicile pour les jeunes enfants et des réductions du ticket modérateur sont accordées en fonction des trajets de soins. Si l'on veut mettre en place un système efficace de règlement du tiers payant, il faut essayer de limiter le nombre de catégories de ticket modérateur. Il y a lieu de prévoir un système simple permettant d'identifier rapidement le type de ticket modérateur qui est d'application.

Un régime du tiers payant doit débiter sur base volontaire tant de la part du médecin que de la part du patient. C'est la seule manière pour qu'un tel système gagne la confiance des médecins. C'est ainsi que la demande pourra aussi être faite par le patient sans le moindre problème. Il faut éviter de compliquer le régime du tiers payant en instaurant des préalables tels que des formulaires à déposer ou une autorisation à recevoir de la mutuelle.

Enfin, M. Moeremans signale qu'au niveau de la mise en œuvre du régime du tiers payant dans la pratique, le rôle des différents partenaires dans notre système de santé est aussi lentement en train de changer. La fonction de paiement des mutuelles pourrait être fortement simplifiée. Leur rôle de défenseurs des patients, leurs affiliés, peut être défini de façon plus judicieuse. Hormis les mutuelles, le SVH considère que les services de tarification par exemple, qui représentent à ses yeux une espèce de tiers de confiance, seront eux aussi appelés à jouer un rôle plus important.

C. Exposé de M. Michel Vermeylen, président de l'association des médecins de famille

M. Vermeylen estime que l'extension du régime du tiers payant social dans la situation actuelle est une bonne idée. Les différents

Uit verschillende verslagen over de sociale evolutie van onze maatschappij blijkt immers dat de bevolking in toenemende mate verarmt en dat bepaalde patiënten het steeds moeilijker hebben om hun gezondheidsfactuur te betalen. Toch wil spreker enkele nuanceringsaanbrengen in verband met dit initiatief, bekeken vanuit het standpunt van de artsen, en in het bijzonder de huisartsen.

De uitbreiding van het derdebetalerssysteem kan de situatie verbeteren, maar is verre van de enige oplossing.

Het huidige systeem probeert een sociaal doel — de mensen minder laten betalen — en financiële beperkingen met elkaar te verzoenen, maar de maatschappij kan niet alles ten laste nemen. Men moet echter weten dat het remgeld voor eerstelijnszorg in België één van de hoogste in Europa is. In heel wat landen is de eerstelijnszorg gratis en direct toegankelijk. Die optie heeft echter nadelen zoals overconsumptie en een soms oneigenlijk gebruik van de eerstelijnszorg.

In België heeft ongeveer 20 % van de bevolking al recht op het derdebetalerssysteem. Dat systeem kan met name nuttig zijn om het globaal medisch dossier vooruit te helpen dat al verschillende jaren bestaat, maar veel gangbaarder is in het noorden van het land.

Het toenemend papierwerk ontmoedigt de artsen echter om het derdebetalerssysteem te gebruiken. Er moeten dus absoluut oplossingen worden gevonden om de administratieve werklust te verlichten.

De heer Vermeylen meent dat men het systeem van de sociale derdebetalers kan uitbreiden, maar niet de derdebetalersregeling in het algemeen want overconsumptie en misbruiken moeten worden voorkomen.

Bovendien moet het systeem eenvoudig zijn. In de praktijk is het nu zo dat, wanneer een arts een getuigschrift voor verstrekte hulp naar het ziekenfonds stuurt, hij alle details van de patiënt specificceert. Maar de meeste ziekenfondsen geven bij de betaling, die slechts twee of drie maanden later wordt uitgevoerd, geen enkele verduidelijking. De arts kan onmogelijk nagaan of hij correct werd vergoed. In die omstandigheden kan er dus geen sprake zijn van een uitbreiding van het systeem van de sociale derdebetalers.

Het systeem wijzigen hoeft geen jaren aan te slepen. In Frankrijk werd de Vital-kaart ingevoerd om de inning van de getuigschriftente verbeteren voor de beroepsbeoefenaars. Elke arts heeft een kaartlezer gekregen en het systeem ging meteen van start.

In een systeem waarbij het getuigschrift rechtstreeks naar het ziekenfonds kan worden gestuurd aan de hand van de kaart van de patiënt, kan de arts op de dag zelf of 's anderendaags worden uitbetaald. In feite is het duidelijk dat met een dergelijk systeem heel wat bedienden die de terugbetalingen afhandelen in de lokale afdelingen van de ziekenfondsen, overbodig worden. Dat is misschien de ware rem op de invoering van dat systeem.

Tot slot heeft spreker twee opmerkingen. Enerzijds moet men voorkomen dat mensen die recht hebben op de derdebetalersregeling gestigmatiseerd worden. Anderzijds mag men bij hen ook niet de indruk wekken dat het recht op gezondheidszorg een onvoorwaardelijk recht is dat aan al hun eisen moet voldoen.

D. Uiteenzetting van mevrouw Fleurquin, Landsbond der Christelijk Mutualiteiten

Mevrouw Fleurquin heeft vastgesteld dat ook de mutualiteiten volop met de problematiek van de derdebetalers worden gecon-

cernant l'évolution sociale de notre société montrent en effet une paupérisation grandissante de la population et des difficultés accrues pour certains patients d'arriver à régler leur facture de soins de santé. Néanmoins, l'orateur souhaite apporter quelques nuances quant à la perception qu'ont les médecins, en particulier les généralistes, de cette initiative.

L'extension du système du tiers payant pourra améliorer la situation mais c'est loin d'être la seule solution.

Le système actuel tente d'instaurer une sorte d'équilibre entre un but social — permettre aux gens de payer moins — et les contraintes financières — la société ne peut pas tout prendre en charge. Toutefois, il faut savoir que le ticket modérateur de première ligne en Belgique est parmi les plus élevés d'Europe. Dans nombre de pays, la première ligne est gratuite et d'accès direct. Cette option présente cependant des inconvénients tels que surconsommation et usage parfois inadéquat de la première ligne.

En Belgique, environ 20 % de la population a déjà droit au tiers payant. Le système du tiers payant peut se révéler notamment utile pour donner une impulsion au dossier médical global, lequel existe déjà depuis plusieurs années mais est beaucoup plus répandu au nord du pays.

Cependant, l'abondance de tâches administratives décourage les médecins d'utiliser le tiers payant. Il faut donc absolument trouver des solutions pour alléger la charge administrative.

M. Vermeylen est d'avis qu'on peut étendre le système du tiers payant social mais pas le tiers payant en général car il doit subsister un frein à la surconsommation et à l'utilisation abusive.

En outre, le système doit être simple. En pratique, aujourd'hui, quand le médecin envoie une attestation de soins à la mutuelle, il précise toutes les spécifications du patient. Or, pour la plupart des mutuelles, le paiement, qui n'est effectué que deux ou trois mois plus tard, ne comporte aucune précision. Il est impossible pour le médecin de vérifier s'il a été correctement rémunéré ou non. Il n'est donc pas question d'étendre le tiers payant social dans le cadre actuel.

La modification du système ne nécessite pas des années. En France, pour améliorer la perception des attestations pour les prestataires, la carte Vital a été instaurée, chaque médecin a reçu un lecteur de cartes et le système a démarré immédiatement.

Dans un système où l'attestation peut être directement envoyée à la mutuelle au moyen de la carte du patient, le médecin peut obtenir le paiement de sa prestation le jour même ou le lendemain. En réalité, il est clair qu'un tel système va rendre inutiles un nombre considérable d'employés qui sont chargés de rembourser les prestations dans les sections locales des mutuelles. C'est peut-être là le véritable frein à la mise en œuvre du système que l'on réclame.

L'orateur conclut par deux remarques. D'une part, il faut éviter de stigmatiser les personnes qui auront droit au tiers payant social. D'autre part, il ne faut pas non plus leur donner l'impression que le droit aux soins de santé leur est acquis sans condition et conformément à leurs exigences.

D. Exposé de Mme Fleurquin, de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes

Mme Fleurquin a constaté que les mutualités sont également confrontées à la problématique du tiers payant. Les Mutualités

fronteerd. De CM heeft een aantal proefprojecten rond het systeem van sociale derdebetalers opgezet in enkele gemeenten voor de doelgroepen waarvoor het systeem bedoeld is, namelijk personen voor wie de drempel van 23 euro te hoog ligt.

Ook de artsen ervaren drempels, maar volgens de CM gaat het dan vooral om de administratieve formaliteiten die vereist zijn voor de toepassing van de derdebetalersregeling. De patiënt ervaart ook moeilijkheden wanneer hij zich in een systeem bevindt dat zeer vrijblijvend is en stigmatiserend werkt. Hij moet immers aan de arts vragen of hij rechtstreeks wil afrekenen met het ziekenfonds en de arts is niet verplicht op die vraag in te gaan.

De CM pleit voor enkele zaken. In de eerste plaats wenst zij geen algemene verruiming van het systeem betalende derde, maar selectieve maatregelen die passen in het kader van de derdebetalersregeling. Zij wenst tevens een uitbreiding van de doelgroep, waardoor niet enkel personen met een laag inkomen maar ook personen die met veel gezondheidszorgen worden geconfronteerd (bijvoorbeeld chronisch zieken, palliatieve patiënten, comapatiënten, ...) van de derdebetalersregeling gebruik kunnen maken. Zij pleit verder voor het wegwerken van de drempels die vandaag bij de artsen bestaan door het realiseren van een administratieve vereenvoudiging van de documenten en van de remgelden. Voor de remgelden pleit spreekster voor één systeem, waarbij eventueel een *incentive* kan behouden worden voor personen met een globaal medisch dossier.

Mevrouw Fleurquin is voorstander van een automatische toepassing van de derdebetalersregeling voor de beoogde doelgroepen, zoals in het voorstel van resolutie wordt gevraagd. De patiënt moet zich wel identificeren, waarbij moet worden nagegaan hoe dit creatief kan worden opgelost zolang een volledig elektronische identificatie niet mogelijk is. Hierin kan zeker een rol weggelegd zijn voor de mutualiteiten. Een automatische toekenning van de derdebetalersregeling moet minstens een verplichting inhouden van de toekenning van de regeling indien de patiënt dit vraagt.

E. Uiteenzetting van mevrouw Renée Vanderveken, Nationale Vereniging van Socialistische mutualiteiten

Mevrouw Vanderveken stelt allereerst dat de Socialistische Mutualiteiten de uitbreiding steunen van de regeling voor sociale derde betaler omdat de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg één van de prioriteiten van elk ziekenfonds is.

Voor een goed begrip wenst zij wat achtergrondinformatie mee te geven, om te beginnen over de regeling van de derde betaler. Deze procedure is voor een stuk geregeld in artikel 53 van de ZIV-wet (wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994). Dit artikel stelt dat de Koning, bij een in Ministerraad overlegd besluit en na advies van het Verzekeringscomité, de hoogste instantie van het RIZIV, de voorwaarden en de regels kan vaststellen waaronder de derdebetalersregeling kan worden toegekend, verboden of verplicht. Er zijn dus drie categorieën te onderscheiden: verboden, toegestaan, verplicht. Artikel 53 stelt ook dat elke overeenkomst die afwijkt van de regels die door de Koning zijn uitgevaardigd, nietig zijn.

In uitvoering van dit artikel heeft de Koning in 1986 een koninklijk besluit uitgevaardigd dat de verschillende categorieën bepaalt. In deze regeling wordt heel duidelijk gezegd dat voor de facturatie, dus de wijze waarop de attesten worden overgemaakt door de zorgverstrekker aan de ziekenfondsen, een aantal bepalingen dienen te worden nageleefd. Dit werd uitgewerkt door het verzekeringscomité. Één van de voorwaarden waaraan moet worden voldaan is dat er een verzamelstaat en een inschrijving in een factuurboek moeten zijn. Het bestaan van enkele regels is

chrétiennes ont mis sur pied plusieurs projets pilotes dans le cadre du du système du tiers payant social dans plusieurs communes pour les groupes cibles visés par le système, à savoir les personnes pour lesquelles le seuil de 23 euros est trop élevé.

Des médecins font également l'expérience de certains seuils mais selon les MC, il s'agit surtout ici des formalités administratives à remplir pour l'application du régime du tiers payant. Le patient rencontre lui aussi des difficultés lorsqu'il se trouve dans un système qui est totalement facultatif et qui a un effet stigmatisant. En effet, il doit demander au médecin de traiter directement avec la mutuelle mais ce dernier n'a aucune obligation de répondre à sa demande.

Les MC défendent plusieurs revendications. Tout d'abord, elles ne prônent pas une généralisation du système du tiers payant, mais des mesures sélectives s'inscrivant dans le cadre du tiers payant. Elles souhaitent également une extension du groupe cible afin que le régime du tiers payant soit accessible non seulement aux personnes à bas revenus mais aussi aux personnes qui nécessitent de nombreux soins de santé (p. ex. les malades chroniques, les patients en soins palliatifs, les patients comateux, etc.). Elles plaident en outre pour la suppression des seuils actuellement imposés aux médecins, par le biais d'une simplification administrative des documents et des tickets modérateurs. Pour les tickets modérateurs, l'intervenante est favorable à un système unique, dans le cadre duquel on pourrait éventuellement conserver un incitant pour les personnes disposant d'un dossier médical global.

Mme Fleurquin prône une application automatique du système du tiers payant pour les groupes cibles visés, ainsi que le demandent les auteurs de la proposition de résolution. Le patient doit effectivement s'identifier, et il faudra vérifier comment résoudre ce problème de manière créative tant qu'une identification entièrement électronique ne sera pas possible. Les mutualités pourront certainement jouer un rôle dans ce domaine. Une attribution automatique du régime du tiers payant doit à tout le moins impliquer une obligation d'attribution du régime si le patient le demande.

E. Exposé de Mme Renée Vanderveken, de l'Union nationale des Mutualités socialistes

Mme Vanderveken affirme tout d'abord que les Mutualités socialistes soutiennent l'extension du régime du tiers payant social parce que l'une des priorités de toute mutualité est de rendre les soins accessibles et financièrement abordables.

Pour que l'on comprenne bien, elle souhaite rappeler quelques informations de base, en commençant par le régime du tiers payant. Cette procédure est en partie réglée par l'article 53 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Cet article prévoit que le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Comité de l'assurance — la plus haute instance de l'INAMI — les conditions et règles conformément auxquelles le régime du tiers payant peut être accordé, interdit ou rendu obligatoire. On distingue donc trois catégories: interdit, autorisé, obligatoire. L'article 53 dispose également que toute convention qui déroge à la réglementation édictée par le Roi est nulle.

En exécution de cet article, le Roi a promulgué en 1986 un arrêté royal fixant les différentes catégories. Cette réglementation prévoit très clairement qu'il existe plusieurs dispositions à respecter pour la facturation, c'est-à-dire pour la manière dont le prestataire de soins transmet les attestations aux mutualités. Ces modalités ont été définies par le Comité de l'assurance. L'une des conditions à remplir est de disposer d'un état récapitulatif et d'une inscription dans un facturier. Il est nécessaire d'imposer certaines règles. Si les attestations sont transmises à la mutualité, tout le

noodzakelijk. Als de attestaten toekomen bij het ziekenfonds wordt iedereen op een gelijke manier bedeed, dit wil zeggen dat er geen bevoordeling is van bepaalde artsen. Dezelfde regeling geldt ook voor de derde betaler in het ziekenhuismilieu.

De betaling voor een gewone derde betaler wordt normaal gezien betaald uiterlijk binnen twee maanden. Voor een sociale derde betaler is de betalingstermijn korter en bedraagt één maand.

Naast de wettelijke en reglementaire regeling zijn er een aantal initiatieven genomen om de sociale derde betaler te vergemakkelijken. In punt 12, 4, van het Medicomut-akkoord van 2008-2010, wordt uitdrukkelijk bepaald dat men zou werken rond de elektronische facturering van ambulante vertrekkingen, in toepassing van de derde betalingsregeling. Daarbij zou ook de mogelijkheid worden onderzocht om de derde betalingsregeling via elektronische facturering mogelijk te maken voor verstrekkingen die momenteel zijn uitgesloten van de derde betalingsregeling.

Samengevat kan worden gezegd dat er verschillende uitdagingen zijn. Voor de patiënt is een derde betalingsregeling duidelijk gemakkelijker. Hij moet enkel het remgeld betalen, wat het voor hem ook financieel interessant maakt. Hij moet niet meer naar het ziekenfonds komen en het geld niet meer voorschieten. Ook voor de overheid biedt de derde betalingsregeling enkele voordelen, met name binnen het kader van de administratieve vereenvoudiging voor de zorgverstreker en de patiënt. Het verlaagt in elk geval de drempel voor de toegang tot de zorg. Er is echter ook een risico voor attestering van niet-verleende prestaties. Bovendien kan een derde betalingsregeling een negatieve impact hebben op het kostenbewustzijn van de patiënt. Zoals elk systeem moet ook de derde betalingsregeling verlopen volgens bepaalde regels, met name «*first in, first out*».

Ook voor de verstreker kan de derde betalingsregeling een positieve impact hebben. De administratieve relatie met zijn patiënt zal erdoor vereenvoudigen. Ook zijn relatie tot de verzekeringsinstelling verandert, het risico op niet-betaalde honoraria neemt af, evenals het risico dat deze zorgverstreker het slachtoffer wordt van een overval. Het impliceert echter ook de toegang en de zekerheid omtrent de juiste verzekeringsstoestand van de patiënt omdat anders de arts niet het correcte remgeld in rekening kan brengen. Uiteraard is een snelle betaling door de verzekeringsinstelling eveneens belangrijk.

Een verruiming van de sociale derde betaler in het kader van een aantal proefprojecten zou de mogelijkheid geven te zien welke mogelijke neveneffecten zouden kunnen opduiken. De proefprojecten moeten volgens spreker niet enkel betrekking hebben op de gerechtigden met het voorkeurtarief, maar ook de andere categorieën van personen omvatten die nu reeds in het kader van de sociale derde betaler toegelaten zijn.

Men moet er ook zeker van zijn dat de identificatie van de patiënten op een correcte wijze gebeurt. Daar werd reeds naar verwezen door de heer Quintin. Er zijn verschillende middelen om patiënten te identificeren, waaronder de SIS-kaart. De elektronische identiteitskaart biedt meer zekerheid. In afwachting daarvan kan gewerkt worden met de lezing van de SIS-kaart, eventueel de lezing van de ziekenhuislever of het attest dat kan worden uitgereikt door de verzekeringsinstelling op vraag van de patiënt. Vanzelfsprekend moet ook het RIZIV zijn taak vervullen in die zin dat zij instructies moeten geven over de wijze waarop de derde betaler moet worden afgerekend aan het ziekenfonds. Deze instructies moeten zo eenvoudig mogelijk zijn.

monde est traité sur un pied d'égalité, ce qui signifie qu'aucun médecin en particulier n'est privilégié. Les mêmes règles s'appliquent au tiers payant en milieu hospitalier.

Normalement, le paiement d'un tiers payant ordinaire est effectué au plus tard dans les deux mois. Pour le tiers payant social, le délai de paiement est plus court : il est d'un mois.

Outres les dispositions légales et réglementaires, plusieurs initiatives ont été prises pour faciliter l'application du tiers payant social. Le point 12.4 de l'accord Medicomut 2009-2010 prévoit explicitement la poursuite des travaux concernant la facturation électronique des prestations ambulatoires en application du régime du tiers payant. En outre, il est également prévu d'envisager la possibilité de permettre l'application du régime du tiers payant, par le biais de la facturation électronique, aux prestations qui en sont actuellement exclues.

En bref, on peut dire que les défis à relever en la matière sont multiples. Un régime de tiers payant est nettement plus simple pour le patient. En effet, celui-ci ne doit payer que le ticket modérateur, ce qui, pour lui, est intéressant financièrement, et il ne doit plus aller à la mutualité ni avancer l'argent. Le régime du tiers payant présente également quelques avantages pour les pouvoirs publics, en particulier dans le cadre de la simplification administrative, pour le prestataire de soins et pour le patient. Ce régime abaisse en tout cas le seuil d'accès aux soins. Néanmoins, il comporte aussi un risque d'attestation de prestations non effectuées. En outre, un régime de tiers payant risque d'avoir un impact négatif sur la conscientisation aux coûts du patient. Par ailleurs, comme tout système, ce régime doit respecter certaines règles, notamment celle du «*first in, first out*».

Le régime du tiers payant peut également avoir des effets bénéfiques pour le prestataire de soins, dont la relation administrative avec le patient se trouvera simplifiée. En outre, sa relation avec l'organisme assureur changera tandis que le risque d'honoraires non payés diminuera, tout comme le risque d'être victime d'une agression. Cependant, le régime en question implique aussi que le praticien ait accès, avec certitude, à la situation exacte du patient en matière d'assurance, sans quoi il ne pourra pas facturer le montant correct du ticket modérateur. Naturellement, un paiement rapide de la part de l'organisme assureur est également important.

Une extension du régime du tiers payant social dans un certain nombre de projets pilotes permettrait d'identifier les effets connexes susceptibles de se manifester. Selon l'intervenante, les projets pilotes ne doivent pas se limiter aux bénéficiaires du tarif préférentiel, mais doivent inclure également les autres catégories de personnes qui sont déjà admises dans le cadre du tiers payant social.

Il faut aussi s'assurer que l'identification des patients se fera correctement. Ce sujet a déjà été évoqué par M. Quintin. Il existe différents moyens pour identifier les patients, parmi lesquels la carte SIS. La carte d'identité électronique offre davantage de sécurité. En attendant sa généralisation, il est possible de procéder en lisant la carte SIS ou, éventuellement, l'autocollant de l'hôpital ou l'attestation que peut fournir l'organisme assureur à la demande du patient. L'INAMI doit bien entendu également remplir la tâche qui est la sienne, en ce sens qu'il doit donner des instructions sur la manière dont il convient de facturer le tiers payant à la mutualité. Soulignons que ces instructions doivent être aussi simples que possible.

F. Uiteenzetting van de heer H. De Ridder, directeur-generaal van het RIZIV

De heer H. De Ridder, directeur-generaal van het RIZIV, wijst erop dat het stelsel van de sociale derde betaler vandaag reeds van toepassing is in 3 sectoren, met name bij de artsen, de tandartsen en de kinesitherapeuten, zij het dat de toepassing ervan facultatief is en in sommige gevallen dan weer verboden is, enkele uitzonderingen niet te na gesproken. De verboden zijn enerzijds het gevolg van de geldende reglementering en anderzijds van de akkoorden die tussen de zorgverstrekkers en de mutualiteiten werden gesloten.

De profielgegevens van 2007 geven een globaal beeld van de actuele toepassing van de derde betalingsregeling. Voor de artsen — huisartsen en specialisten — werd de regeling toegepast in 12 % van de ambulante zorgverstrekking. Voor gehospitaliseerde patiënten is de toepassing echter veel groter, namelijk 84 %. Voor de tandartsen liggen deze cijfers op respectievelijk 17,64 % en 96,86 % en voor de kinesitherapeuten bedragen ze 12,88 % en 100 %. Bij de ambulante zorgverstrekking is de contante betaling dan ook de regel, bij de gehospitaliseerde zorgverlening is de derde betalingsregeling de norm.

Er zijn wel regionale verschillen, zoals blijkt uit de cijfers voor de tandheelkundigen. Zo wordt de derde betalingsregeling beduidend meer toegepast in Brussel (40,18 %) en in Wallonië (23,59 %) dan in Vlaanderen. Er is ook een meer nadrukkelijke toename van het gebruik van deze regeling in deze beide gewesten, terwijl dit in Vlaanderen al enkele jaren eerder stabiel blijft rond ongeveer 10 %.

Het is ook belangrijk om na te gaan welke het verband is tussen de conventioneerings van de zorgverstrekkers en de toepassing van de derdebetalingsregeling. In een aantal sectoren moet men immers geconventioneerde zijn om van de derdebetalingsregeling gebruik te kunnen maken. Tijdens de laatste jaren valt bijvoorbeeld een tendens op tot deconventieering bij de tandartsen, weliswaar op een zeer ongelijkmatige wijze gespreid over het land. In het Vlaamse landsgedeelte neemt de deconventieering toe, daar waar deze in Wallonië daalt. Wanneer men bijvoorbeeld de situatie in Antwerpen neemt, stelt men vast dat het aantal geconventioneerde tandartsen gestegen is van 14,83 % in 1988 tot 44,82 % in 2008. Andersom is dit aantal in Luik gedaald van 46,66 % naar 20,32 %. Deze cijfers zijn belangrijk omdat het gebruik van de derdebetalingsregeling toch ook moet worden gezien in functie van het sociaal risico en de tariefzekerheid voor de patiënt, die wordt geboden door de conventies die in het RIZIV worden gesloten.

De heer De Ridder verwijst vervolgens naar het juridisch kluwen rond de derdebetalingsregeling. De huidige regelgeving is alleszins geen voorbeeld van transparantie, met verplichtingen, mogelijkheden en verboden en uitzonderingen daarop. Men kan zich vragen stellen rond de toepassing ervan op het terrein. Zo is het volstrekt onduidelijk in welke mate het aantal rechthebbenden op de derdebetalingsregeling ook overeenstemt met het reële gebruik ervan. Er zijn heel wat drempels, zowel voor de zorgverstrekkers — de administratieve last, het tijdstip van uitbetaling of zelfs de weigering van de terugbetaling aan de zorgverstrekkers —, op het vlak van de tarificatiediensten en vanzelfsprekend ook voor de verzekeringsinstellingen. Er is immers een grote financiële massa in het geding.

Vandaar de visie van het RIZIV dat men vooral moet inzetten op het automatiseren van de processen inzake de derdebetalingsregeling als een sociaal instrument en in het kader van de veiligheid. De heer De Ridder pleit voor een parallelisme in de uitbouw van het zogenaamde «*My CareNet*» aan de ene kant en de aanpassingen van de derdebetalingsregeling. Daarbij gaat het vooral over het raadplegen van de artsen, aanpassingen in de tandheelkundige zorg waar thans heel wat misbruiken zijn in de toepassing van de derdebetalingsregeling, en dergelijke.

F. Exposé de M. H. De Ridder, directeur général de l'INAMI

M. H. De Ridder, directeur général de l'INAMI, souligne que le régime du tiers payant social est déjà d'application dans trois secteurs, à savoir chez les médecins, les dentistes et les kinésithérapeutes, même si l'application de ce régime est facultative et même interdite dans certains cas, à quelques exceptions près. Les interdictions résultent, d'une part, de la réglementation en vigueur et, d'autre part, des accords conclus entre les prestataires de soins et les mutualités.

Les données relatives aux profils de l'année 2007 donnent un aperçu global de l'application actuelle du régime du tiers payant. Dans le cas des médecins (généralistes et spécialistes), ce régime a été appliqué pour 12 % des soins ambulatoires. En ce qui concerne les patients hospitalisés, le pourcentage est toutefois beaucoup plus élevé, pas moins de 84 %. L'application du régime se chiffre à respectivement 17,64 % et 96,86 % pour les dentistes, et 12,88 % et 100 % pour les kinésithérapeutes. Le paiement comptant est donc la norme pour les soins ambulatoires tandis que le régime du tiers payant est la règle pour les soins hospitaliers.

Les chiffres relatifs aux praticiens de l'art dentaire montrent qu'il existe toutefois des différences régionales : le recours au régime du tiers payant est sensiblement plus répandu à Bruxelles (40,18 %) et en Wallonie (23,59 %) qu'en Flandre. L'utilisation de ce régime y connaît également un accroissement plus marqué, tandis qu'en Flandre, elle reste stable depuis plusieurs années, aux environs de 10 %.

Il faut également examiner quel est le lien entre le conventionnement des dispensateurs de soins et l'application du régime du tiers payant. En effet, dans certains secteurs, il faut être conventionné pour pouvoir avoir recours au régime du tiers payant. Une tendance au déconventionnement s'est ainsi dessinée ces dernières années chez les dentistes, mais selon une répartition géographique très irrégulière. Alors que le déconventionnement augmente en Flandre, il diminue en Wallonie. Lorsque l'on analyse la situation à Anvers par exemple, on constate que le nombre de dentistes déconventionnés est passé de 14,83 % en 1988 à 44,82 % en 2008. À Liège par contre, ce nombre est passé de 46,66 % à 20,32 % au cours de la même période. Ces chiffres sont intéressants, car l'utilisation du régime du tiers payant doit aussi être considérée en fonction du risque social et de la sécurité tarifaire pour le patient qui découle des conventions conclues au sein de l'INAMI.

M. De Ridder évoque ensuite l'imbroglio juridique autour du régime du tiers payant. Avec tout son arsenal d'obligations, de possibilités, d'interdictions et d'exceptions à ces interdictions, la réglementation actuelle est tout sauf un modèle de transparence. On peut se poser des questions sur son application sur le terrain. Ainsi, on ignore totalement dans quelle mesure le nombre de bénéficiaires du régime du tiers payant correspond à l'utilisation réelle de ce régime. Il existe de nombreux obstacles non seulement pour les dispensateurs de soins (la charge administrative, le délai de paiement, voire le refus de paiement aux dispensateurs de soins) en matière de tarification, mais aussi évidemment pour les organismes assureurs. La masse financière en jeu est en effet énorme.

C'est la raison pour laquelle l'INAMI estime qu'il faut miser surtout sur l'automatisation des processus liés au régime du tiers payant, en tant qu'instrument social et dans le cadre de la sécurité. M. De Ridder prône un parallélisme entre le développement du système «*My CareNet*» et les adaptations du régime du tiers payant. Les priorités à cet égard sont la consultation des médecins, les modifications opérées dans le secteur des soins dentaires où un grand nombre d'abus sont commis dans l'application du régime du tiers payant, etc.

Ook vanuit het perspectief van de burger kunnen maatregelen over een grotere toepasbaarheid van de derdebetalersregeling een enorme zichtbaarheid geven, vooral in de ambulante sector waar vandaag de contante betaling de norm is hoewel het vaak gaat om grote bedragen, met alle problemen inzake toegankelijkheid vanden. Vele mensen beschikken immers niet over zoveel contant geld dat onmiddellijk beschikbaar is. Als men slechts het persoonlijk aandeel zou aanrekenen, zou dit voor de burger ook veel duidelijker zijn wanneer er eventuele supplementen zouden worden gevraagd. De verschillen in de bedragen zullen immers veel meer uitgesproken is. Spreker wijst erop dat ook voor het RIZIV en voor de verzekeringsinstellingen de uitbreiding van de sociale derdebetalersregeling heel wat gevolgen met zich zou meebrengen, zoals bijvoorbeeld een drastische vermindering van het loketwerk. Belangrijk is dat ook het RIZIV moet kunnen beschikken over goede parameters voor opvolging, zodanig dat de nodige rapporten en opvolging kan plaatsvinden, onder meer op het vlak van de toegankelijkheid. De heer De Ridder verwijst in dat verband naar het recente rapport van het RIZIV inzake gestandaardiseerde uitgavecijfers, waarin de vraag werd gesteld over de daling van de gemiddelde kostprijs in Brussel in vergelijking met Wallonië en Vlaanderen verband houdt met de verminderde toegankelijkheid tot de gezondheidszorg. Spreker heeft op deze vraag nog steeds geen sluitend antwoord gekregen.

Indien de sociale derdebetalersregeling zou worden uitgebreid, moet men zich bepaalde beleidsmatige vragen stellen. Wat is de beste weg die men ter zake moet volgen om vooruitgang te boeken? Moet men op algemene wijze tewerk gaan en algemene rechten in het leven roepen, dan wel zich richten tot specifieke doelgroepen? Moet het gaan om een recht of gaat het om een vrijwillige toepassing van de derdebetalersregeling? *Quid* met de afstemming op de totstandkoming van het «*My CareNet*»? Hoe garandeert men de transparantie naar de burger, bijvoorbeeld over het bedrag dat wordt aangerekend aan de verzekeringsinstellingen voor de zorgen die hem worden verstrekt? Dit alles moet worden besproken tijdens de debatten over de invoering van een patiëntenfactuur. Ook de risico's op misbruiken en fraude moeten goed worden ingeschat teneinde deze tot een minimum te beperken. Mogelijk moet ook een reflectie plaatsvinden over de huidige complexiteit van de remgelden, zoals bijvoorbeeld bij de raadplegingen bij de huisartsen waar het remgeld verschilt al naargelang men beschikt over een globaal medisch dossier, de leeftijd, het zorgtraject, en dergelijke.

Specifiek wat de resolutie betreffende uitbreiding van het systeem van de sociale derde betaler (stuk Senaat, nr. 4-1185/1) betreft wenst de heer De Ridder op te merken dat, bij het opzetten van experimenten op het lokaal niveau, het juridische kader goed moet worden uitgewerkt. Dit vergt nog enige analyse en denkwerk. Een andere bezorgdheid is dat de doelgroepen duidelijk moeten worden afgebakend, waarbij de coherentie met reeds bestaande regelgeving een belangrijk element is, bijvoorbeeld wat de informatie op de SIS-kaart en op het vignet betreft. Anders dreigt de toepasbaarheid immers in het gedrang komen.

De heer De Ridder verwijst verder naar het wetsvoorstel ter veralgemening van de derdebetalersregeling (stuk Senaat, nr. 4-1425), waar men zou moeten vermijden dat de wettelijke grondslag voor de betaling van de verzekeringsinstellingen aan de zorgverstrekkers niet verdwijnt. Hij waarschuwt ook dat de soepelheid, die vandaag bestaat voor sommige financiële nood-situaties, dreigt te verdwijnen wanneer men de doelgroepen te strak afbakt. De de patiënten die kunnen beroep doen op het OMNIO-statuut kunnen vandaag reeds genieten van de toepassing van de derdebetalersregeling. Ten slotte moet men ook vermijden dat patiënten de toepassing van het systeem van de maximumfactuur in de gezondheidszorg niet zouden kwijt raken door de administratieve traagheid die aan dit systeem verbonden is.

Du point de vue du citoyen également, des mesures visant à une plus large application du régime du tiers payant peuvent fortement contribuer à améliorer la transparence, en particulier dans le secteur ambulatoire où le paiement comptant est la norme actuelle, en dépit du fait que les montants réclamés sont souvent élevés, avec tous les problèmes qui en résultent en matière d'accessibilité. En effet, rares sont les personnes qui peuvent disposer immédiatement d'une telle somme d'argent liquide. Si l'on ne facturait au patient que sa quote-part personnelle, il verrait aussi beaucoup plus clairement quels suppléments lui sont éventuellement facturés. Les différences entre les montants seraient en effet beaucoup plus marquées. L'intervenant indique que l'extension du régime du tiers payant social aurait aussi d'importantes répercussions pour l'INAMI et les organismes assureurs, comme, par exemple, la réduction drastique du travail au guichet. L'important est que l'INAMI puisse disposer de bons paramètres en vue du suivi, notamment en matière d'accessibilité, de manière à être en mesure de rédiger les rapports nécessaires et d'assurer le suivi qui s'impose. À ce propos, M. De Ridder renvoie au récent rapport de l'INAMI présentant les statistiques standardisées sur les variations géographiques des dépenses, dans lequel on se posait la question de savoir si la diminution du coût moyen à Bruxelles par rapport à la Wallonie et à la Flandre était liée à la baisse de l'accessibilité des soins de santé. L'intervenant n'a toujours pas reçu de réponse définitive à cette question.

Si le régime du tiers payant était étendu, il faudrait se poser certaines questions d'ordre politique. Quelle est la meilleure voie à suivre pour enregistrer des progrès? Faut-il agir de manière générale et créer des droits universels, ou plutôt se concentrer sur des groupes cibles spécifiques? L'application du régime du tiers payant est-elle un droit ou relève-t-elle d'une démarche volontaire? Faut-il harmoniser l'adaptation du régime du tiers payant avec la création du système «*My CareNet*»? Comment la transparence est-elle garantie pour le citoyen, par exemple sur le montant facturé aux organismes assureurs pour les soins qui lui sont administrés? Toutes ces questions doivent être examinées au cours des débats sur l'introduction d'une facture du patient. Il convient aussi de bien évaluer les risques d'abus et de fraude afin de les réduire au maximum. En outre, il serait peut-être nécessaire de mener une réflexion sur la complexité actuelle des tickets modérateurs, par exemple sur le fait que, lors d'une consultation chez le médecin généraliste, le ticket modérateur diffère si l'on dispose ou non d'un dossier médical global, ainsi qu'en fonction de l'âge, du trajet de soins, etc.

Spécifiquement en ce qui concerne la résolution visant à étendre le régime du tiers payant social (doc. Sénat, n° 4-1185/1), M. De Ridder souhaite faire remarquer qu'il convient de mettre soigneusement au point le cadre juridique lors de la mise en place d'expériences au niveau local. Cela requiert encore une certaine analyse et une certaine réflexion. Par ailleurs, il faut veiller à définir clairement les groupes cibles, sous peine de compromettre l'applicabilité. À cet égard, la cohérence avec la réglementation existante est un élément important par exemple, en ce qui concerne les informations figurant sur la carte SIS et sur la vignette.

M. De Ridder renvoie ensuite à la proposition de loi généralisant le régime du tiers payant (doc. Sénat, n° 4-1425), dans le cadre de laquelle il faudrait veiller à ne pas faire disparaître la base légale du paiement des organismes assureurs aux prestataires de soins. Il met également en garde contre le risque de disparition de la souplesse qui existe aujourd'hui dans certaines situations d'urgence financières si les groupes cibles sont délimités de façon trop rigide. Les patients qui peuvent prétendre au statut OMNIO peuvent d'ores et déjà bénéficier de l'application du régime du tiers payant. Enfin, il faut également éviter que les patients soient privés de l'application du système du maximum à facturer dans les soins de santé en raison de la lenteur administrative inhérente à ce système.

G. Uiteenzetting door de heer Jan De Maeseneer, UGent

De heer De Maeseneer heeft vanuit zijn positie als hoogleraar huisartsengeneeskunde de literatuur doorgenomen om de argumenten voor het systeem zoals het momenteel in België wordt toegepast te onderzoeken.

Zijn eerste vaststelling, die hij ook als voorzitter van de «*European Forum for Primary Care*» reeds heeft ondervonden, is dat ons systeem niet uit te leggen is aan een buitenlander. Een systeem dat je niet uitgelegd krijgt, is op zich al problematisch. Bij het examen sociaal recht is het één van de moeilijkste vragen die de student kan krijgen. De complexiteit is reeds een reden op zich om het systeem onder de loep te houden.

Volgens de heer De Maeseneer is de tijd aangebroken om de situatie kritisch te onderzoeken. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft ons namelijk gevraagd veel aandacht te besteden aan de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg. Uit internationale voorbeelden blijkt dat er een duidelijke relatie is tussen de afschaffing van de «*out of pocket*» betaling op de plaats waar mensen de zorg ontvangen en de verhoging van de toegang tot zorg. Wat mensen moeten betalen op het ogenblik dat ze zorg krijgen is wel degelijk van belang.

Overigens heeft België zich op 22 mei ll. aangesloten bij de resolutie van de *World Health Assembly* waarin wordt gevraagd de toegankelijkheid van onze systemen te onderzoeken, met de nadruk op de eerstelijnsgezondheidszorg.

Een tweede vaststelling is dat België een absolute uitzondering vormt wat betreft zijn systeem van derde betaler. De regeling derde betaler is standaard in veel Europese landen, bijvoorbeeld Duitsland en de Scandinavische landen.

Uit het doornemen van de literatuur op zoek naar wetenschappelijk bewijs, komt spreker tot de conclusie dat niet blijkt dat «*out of pocket*» betaling zoals wij die nu kennen, leidt tot een beter of minder oneigenlijk zorggebruik. Er is in de literatuur ook geen enkel bewijs dat de regeling derde betaler leidt tot oneigenlijk zorggebruik of misbruik door de patiënt. Er zijn dus geen wetenschappelijke elementen om het systeem zoals we dat vandaag kennen verder te zetten en niet te vervangen door een veralgemeende regeling derde betaler.

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt wel dat elke financiële drempel, via remgeld of «*out of pocket*» betaling, die effectief het zorggebruik afremt ook sociaal selectief is. Dit betekent dat dergelijke maatregel met zich meebrengt dat de sociaal meest kwetsbare groepen essentiële zorg niet meer zullen gebruiken. Deze stelling is in het bijzonder van belang omdat men zich kan afvragen of op de meest kosteneffectieve niveau van zorg, namelijk de eerste lijn, überhaupt een rem moet geplaatst worden.

Alhoewel de heer De Maeseneer in de literatuur geen meta-analyse heeft gevonden die een globale analyse maakt, heeft hij wel wat casuïstiek opgespoord. Een experiment in Nieuw-Zeeland heeft aangetoond dat de meest kwetsbare groep van de bevolking door de invoering van een veralgemeend systeem van regeling derde betaler inderdaad een betere toegang had tot zorg. In Georgië werd het omgekeerde gedocumenteerd: de invoering van de «*out of pocket*» betaling zorgde ervoor dat sociaal kwetsbare groepen niet meer de nodige zorg ontvingen.

De bewijzen die uit de literatuur naar voren komen gaan duidelijk in de richting van de stelling dat «*out of pocket*» betaling een afremmend effect heeft en dat een veralgemening van de derde betaler regeling de toegankelijkheid van de zorg stimuleert.

G. Exposé de M. Jan De Maeseneer, Université de Gand

En sa qualité de professeur de médecine générale, M. De Maeseneer a parcouru la littérature afin d'examiner les arguments en faveur du système actuellement en vigueur en Belgique.

Son premier constat, auquel il est déjà arrivé en tant que président du «*European Forum for Primary Care*», est que notre système est incompréhensible pour un étranger. Un tel système est déjà problématique en soi. Il s'agit d'une des questions les plus difficiles que l'on puisse poser à un étudiant à l'examen de droit social. La complexité constitue déjà en soi une raison d'examiner le système à la loupe.

M. De Maeseneer estime que le moment est venu d'examiner la situation d'un oeil critique. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) nous a en effet demandé d'accorder une grande attention à l'accessibilité des soins de santé. Des exemples internationaux montrent qu'il existe un lien évident entre la suppression de l'obligation de déboursier de l'argent à l'endroit où l'on reçoit les soins et l'amélioration de l'accès aux soins. La somme à payer au moment de recevoir les soins est effectivement un élément important.

Le 22 mai dernier, la Belgique s'est d'ailleurs ralliée à la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé demandant d'examiner l'accessibilité de nos systèmes, en mettant l'accent sur les soins de première ligne.

Une deuxième constatation est que le système belge du tiers payant fait de notre pays une exception absolue. De nombreux pays européens, comme l'Allemagne et les pays scandinaves, par exemple, appliquent un régime de tiers payant standard.

L'étude de la littérature en quête de preuves scientifiques amène l'intervenant à conclure qu'il n'est pas établi que le fait de devoir déboursier de l'argent, tel que nous le connaissons aujourd'hui donne lieu à une consommation de soins meilleure ou moins abusive. Rien ne prouve non plus dans la littérature que le régime du tiers payant entraîne un recours impropre ou abusif aux soins par le patient. En conséquence, aucun élément scientifique ne justifie le maintien du système actuel ni son non-remplacement par un régime du tiers payant généralisé.

La recherche scientifique révèle en revanche que tout seuil financier, qu'il s'agisse du ticket modérateur ou du fait de devoir déboursier de l'argent, freinant effectivement le recours aux soins a également un effet sélectif au niveau social. En d'autres termes, une mesure de cette nature implique que les groupes les plus vulnérables socialement ne recourront plus à des soins essentiels. Ce point de vue est particulièrement important, car il est permis de se demander s'il faut absolument freiner l'accès au niveau de soins le plus efficient en termes de coûts, à savoir les soins de première ligne.

Bien que M. De Maeseneer n'ait pas trouvé dans la littérature de méta-analyse donnant une analyse globale, il a quand même trouvé bon nombre de cas illustratifs. En Nouvelle-Zélande, une expérience a démontré que la généralisation du régime du tiers payant a effectivement permis d'améliorer l'accès aux soins pour les groupes les plus fragilisés de la population. Par contre, l'instauration du paiement «*out of pocket*» («*de sa poche*») a eu pour effet en Géorgie de priver les groupes socialement défavorisés des soins indispensables.

De nombreuses études documentées dans la littérature spécialisée montrent clairement que le fait de devoir déboursier de l'argent constitue un frein considérable à l'accès aux soins, tandis que la généralisation du régime du tiers payant les rend plus accessibles.

De grote vraag in het debat is of men moet kiezen voor een selectieve of een universele benadering. België kiest vandaag voor een selectieve benadering waar een kat haar jongen bijna niet in terug vindt.

De heer De Maeseneer beschikt over een aantal elementen om te zeggen dat een universele benadering wellicht te verkiezen is. Een eerste element is het feit dat een selectieve benadering administratief complex is, wat door de voorgaande sprekers overigens uitvoerig gedocumenteerd werd. Een tweede element van een selectieve benadering is het belangrijk sociaal gevolg van de stigmatisering. De patiënt moet zijn staat van behoefte tentoon spreiden en documenteren om een sociaal grondrecht, namelijk toegang tot zorg, te verkrijgen. Hierbij kunnen nogal wat ethische vraagtekens geplaatst worden. Een derde argument tegen een selectieve benadering is dat het leidt tot dualisering die de solidariteit aantast. Als er twee patiënten in de wachtzaal zitten waarvan er één wel en één niet moet betalen, dan zal de patiënt die wel moet betalen zich afvragen waarom hij dat moet doen. Hij draagt immers meer bij tot de gezondheidszorg van de niet-betalende patiënt dan omgekeerd. Om het draagvlak van de sociale zekerheid te behouden is een systeem van solidariteit zeer belangrijk. Daar moet goed over nagedacht worden wanneer men rechten van patiënten wil opsplitsen. De perceptie daarvan is immers dat er ongelijkheid ontstaat waarna steeds de vraag volgt: «Waarom hij wel en ik niet?». Ten slotte is het akkoord van de zorgverstrekkers in de meeste gevallen noodzakelijk.

Een universele benadering valt veruit te verkiezen. Dit betekent voor iedereen en altijd een regeling derde betaler, wat het systeem uiteraard ook veel eenvoudiger maakt.

Vanuit de internationale literatuur is een volledige systematische toepassing derde betaler in de eerstelijns gezondheidszorg veruit te verkiezen. Dit geldt voor raadplegingen, huisbezoeken en adviezen in technische prestaties. Er is immers geen enkele reden om het meest kosteneffectieve niveau van zorg af te remmen. Indien men de persoonlijke bijdragen hierin nog een plaats wil geven, pleit de heer De Maeseneer voor één variant, namelijk «on» of «off», waarbij de personen die een globaal medisch dossier hebben, vrijgesteld worden van de persoonlijke bijdrage. De meerkost zal terugverdiend worden door een meer adequaat zorggebruik op de tweede lijn, wat vandaag werd aangetoond.

Het rapport 85A van het Nationaal Kenniscentrum heeft aangetoond dat, wanneer mensen niet moeten betalen voor de eerstelijnszorg, zij veel kosteneffectiever gebruik maken van de tweede lijn. Dit betekent dat meer zorgen toegediend worden op de eerste lijn waardoor wordt bespaard op de tweede lijn. Investeren in de toegankelijkheid van de eerste lijn worden terugverdiend door de mindere uitgaven op de tweede lijn. Ook de patiënt verdient hieraan omdat de persoonlijke bijdragen op de tweede lijn belangrijk zijn. Overigens kent België volgens spreker één van de hoogste persoonlijke bijdragen in West-Europa.

Een van de reacties die men vaak krijgt is de vraag of de mensen dan niet voor hun plezier naar de dokter zullen gaan. De heer De Maeseneer heeft in beide systemen gewerkt en heeft geen verschillen tussen beiden opgemerkt. Mensen gaan niet zomaar naar de dokter en maken geen systematisch misbruik van het systeem. En verschil dat wel kon worden opgemerkt is dat, wanneer de patiënt niet moet betalen, hij de noodzakelijke zorg niet uitstelt.

De mondzorg is één van de delen van de gezondheidszorg waar sociale verschillen in hoge mate spelen door financiële en andere drempels. De Christelijke Mutualiteit heeft duidelijk aangetoond dat gebruik van mondgezondheidszorg sociaal gebonden is, waarbij er een ondergebruik kan worden vastgesteld bij de laagste sociale klassen. Uit een zelf gevoerd experiment is gebleken dat de

Dans ce débat, la véritable question est de savoir s'il faut opter pour une approche sélective ou universelle. La Belgique fait aujourd'hui le choix d'une approche sélective tellement embrouillée qu'une chatte n'y retrouverait pas ses petits.

M. De Maeseneer dispose d'une série d'éléments l'incitant à dire qu'une approche universelle serait peut-être préférable. Premièrement, l'approche sélective génère des procédures administratives complexes, comme l'ont d'ailleurs largement attesté les précédents intervenants. Deuxièmement, l'approche sélective est stigmatisante, ce qui a des lourdes conséquences sociales. Le patient doit faire étalage de son état de nécessité à l'appui de divers documents pour bénéficier d'un droit social fondamental, en l'occurrence l'accès aux soins. Cette démarche suscite pas mal de questions d'ordre éthique. Troisièmement, l'approche sélective entraîne une dualisation qui remet en cause la solidarité. Si vous avez dans une salle d'attente deux patients dont l'un doit payer sa consultation et l'autre n'a rien à payer, celui qui doit payer se demandera toujours pourquoi il est moins bien loti que l'autre. En effet, il contribue bien plus au système de soins de santé que les patients qui ne paient rien. Pour maintenir l'assise de la sécurité sociale, un système de solidarité est essentiel. Il faut bien réfléchir avant de mettre en place des droits à géométrie variable pour les patients. En effet, toute différence dans ces droits sera toujours perçue comme une inégalité: «Pourquoi lui et pas moi?». Enfin, l'approche sélective nécessite généralement l'accord des prestataires de soins.

L'approche universelle est de loin préférable. Elle universalise le régime du tiers payant et simplifie en même temps le système de manière considérable.

La littérature internationale montre qu'une application intégrale systématique du régime du tiers payant est de loin préférable pour les soins de santé de première ligne. C'est le cas pour les consultations, les visites à domicile et les avis fournis lors de prestations techniques. Il n'y a en effet aucune raison de ne pas opter pour le meilleur rapport coût/efficacité des soins. Si l'on souhaite maintenir une quote-part personnelle, M. De Maeseneer plaide pour qu'il n'y ait qu'une seule variante («on» ou «off») permettant de dispenser de quote-part personnelle les personnes qui ont un dossier médical global. Le surcoût sera récupéré par le biais d'une utilisation plus adéquate des soins de seconde ligne, comme la démonstration en a été faite aujourd'hui.

Le rapport 85A du Centre fédéral d'expertise a établi que lorsque les patients n'ont rien à payer pour les soins de première ligne, le rapport coût-efficacité des soins de seconde ligne qu'ils consomment est nettement meilleur. Cela signifie que davantage de soins sont administrés en première ligne, ce qui génère des économies sur les soins de seconde ligne. Les sommes investies pour augmenter l'accessibilité des soins de première ligne sont donc compensées par la réduction des dépenses relatives aux soins de seconde ligne. Pour le patient, c'est également tout profit car la quote-part personnelle sur les soins de seconde ligne peut parfois atteindre des sommes importantes. L'intervenant souligne d'ailleurs que les quotes-parts personnelles payées en Belgique sont parmi les plus élevées d'Europe occidentale.

Une des réactions auxquelles on est souvent confronté consiste à se demander si les gens ne risquent pas d'aller chez le médecin pour le plaisir. M. De Maeseneer a travaillé dans les deux systèmes, sans remarquer de différences. Les gens ne vont pas chez le médecin pour un rien et ils n'abusent pas systématiquement du système. Une différence a toutefois pu être relevée: quand le patient ne doit pas payer, il ne reporte pas les soins nécessaires.

Dans le secteur des soins de santé, les soins bucco-dentaires sont l'un des domaines où les différences sociales sont les plus marquées en raison de freins financiers et autres. Les Mutualités chrétiennes ont clairement mis en avant le lien entre la situation sociale et la consommation de soins bucco-dentaires, une sous-consommation étant constatée dans les couches sociales inférieures.

regeling zoals die vandaag geldt, enkel kan indien een door de patiënt eigenhandig geschreven verklaring is toegevoegd waarin hij zegt dat hij zich in een situatie bevindt waarin de reglementering de toepassing van de regeling derde betaler mogelijk maakt. Uiteraard is dergelijke voorwaarde in de praktijk niet werkbaar. Uit het experiment bleek dat veel van de personen die dankzij de lage drempel gebruik konden maken van de mondgezondheidszorg, vroeger nog nooit een tandarts geconsulteerd hadden.

De heer De Maeseneer is er van overtuigd dat een veralgemening van het systeem derde betaler leidt tot een grotere toegankelijkheid voor iedereen, tot veiligere situaties voor huisartsen en tot een meer kosteneffectief gebruik van gezondheidszorg. Een beter toegankelijke eerste lijn betekent minder volk op de spoedopnames en leidt tot minder gebruik van de tweede lijn. Spreker verwijst nogmaals naar het verslag 85A van het Kenniscentrum dat duidelijk heeft aangetoond dat het gedrag van patiënten, en vooral van maatschappelijk kwetsbare groepen, inderdaad kan gewijzigd worden wanneer ze een gratis eerstelijnsgezondheidszorg aangeboden krijgen.

Belangrijk bij de universele benadering is dat mensen het gevoel krijgen dat ze allemaal gelijk zijn. Dit is essentieel voor de sociale cohesie. Als voorbeeld verwijst de heer De Maeseneer naar een onderzoek bij daklozen door zijn vakgroep, huisartsengeneeskunde UGent. Er werd gevraagd naar hun perceptie van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Uit onderzoeken overall ter wereld leidt men af dat daklozen de gezondheidszorg als ontoegankelijk percipiëren. Tot verbazing van de vakgroep bleek dit in Gent niet het geval te zijn en zagen de daklozen de gezondheidszorg wel als toegankelijk, ook op de eerste lijn, doordat er voldoende voorzieningen zijn waar, ofwel door de regeling derde betaler of via een systeem van forfaitaire betaling, geen remmen worden ingebouwd.

Op technisch gebied meent de heer De Maeseneer dat moet worden gekozen voor een systeem waar men, via SIS-kaarten en later elektronische identiteitskaarten, de situatie volledig transparant maakt en waar het geld in « *real time* » van de ene rekening naar de andere gaat. Fraude kan zo onmiddellijk gedetecteerd worden, maar spreker wijst er op dat ook het huidige systeem niet vrij is van misbruiken. Bovendien moet men er van uitgaan dat zorgverstrekkers eerlijke mensen zijn die in hoge mate hun beroep eerlijk uitoefenen vanuit een sociale betrokkenheid.

De heer De Maeseneer besluit dat, op basis van zijn onderzoek in de wetenschappelijke literatuur, een universele regeling derde betaler het enige perspectief is dat zich aandient. Het leidt tot een betere toegankelijkheid, het is meer kosteneffectief in gebruik van zorg, het vermindert de administratie waardoor veel mensen zinvoller werk kunnen doen, het creëert meer veiligheid en het leidt tot meer sociale cohesie. Er is geen enkel wetenschappelijk argument om niet, op korte termijn, over te gaan naar een veralgemeende regeling derde betaler in België. Indien men dit laat samenvallen met de elektronische mogelijkheden kan dit op een performante manier doorgevoerd worden. Op die wijze kan België zich positioneren als een land dat aan de uitstekende inzet en motivatie van zijn zorgverstrekkers en een goede kwaliteit van zorg ook een goede toegankelijkheid van de zorg koppelt.

H. Gedachtewisseling

Mevrouw Tilmans merkt op dat het voorstel van resolutie hoofdzakelijk betrekking heeft op mensen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming en op het OMNIO-statuu. Moeten er nog andere doelgroepen worden beoogd?

res. Il ressort d'une expérience que l'intervenant a menée personnellement que le régime, tel qu'il est prévu actuellement, n'est possible que moyennant une déclaration écrite de la main du patient, par laquelle il certifie se trouver dans une situation pour laquelle la réglementation prévoit la possibilité d'appliquer le régime du tiers payant. Il va de soi qu'une telle condition n'est pas praticable. L'expérience a montré que parmi les personnes qui ont pu bénéficier de soins bucco-dentaires grâce à un abaissement du seuil d'accès, beaucoup n'avaient jamais consulté de dentiste auparavant.

M. Maeseneer est convaincu qu'une généralisation du système du tiers payant mène à une plus grande accessibilité des soins de santé pour tous, à une sécurité accrue pour les généralistes et à une consommation de soins plus efficiente en termes de coûts. Une meilleure accessibilité des soins de santé de première ligne entraînera aussi une diminution de l'affluence aux urgences et un recours plus restreint aux soins de deuxième ligne. L'intervenant se réfère à nouveau au rapport 85A du Centre d'expertise, qui a clairement démontré que le comportement des patients, et particulièrement des groupes sociaux les plus vulnérables, est une donnée sur laquelle on peut effectivement influencer en offrant aux intéressés la gratuité des soins de santé de première ligne.

Un aspect important de l'approche universelle est qu'elle donne le sentiment que tout le monde est traité sur le même pied. C'est un élément essentiel pour la cohésion sociale. À titre d'exemple, M. De Maeseneer fait référence à une étude réalisée auprès de sans-abri par son département, le département de médecine générale de l'Université de Gand. L'objet de cette étude était leur perception de l'accessibilité des soins de santé. Il ressort d'études menées aux quatre coins du globe que les sans-abri perçoivent les soins de santé comme quelque chose d'inaccessible. Or, à la surprise du département, l'étude a révélé que ce n'était pas le cas à Gand où les sans-abri trouvent les soins de santé accessibles, y compris en première ligne, car il existe un nombre suffisant de dispositifs qui ne sont soumis à aucun frein grâce au régime du tiers payant ou à un système de paiement forfaitaire.

D'un point de vue technique, M. De Maeseneer estime qu'il faut opter pour un système qui joue la carte de la transparence totale, grâce à la carte SIS et — dans une phase ultérieure — à la carte d'identité électronique, et où l'argent passe d'un compte à l'autre en « temps réel ». Les fraudes pourront ainsi être détectées immédiatement, même si l'intervenant souligne que le système actuel n'est pas non plus exempt d'abus. Par ailleurs, il faut partir du principe que les prestataires de soins sont des personnes honnêtes qui, pour la plupart, exercent leur profession avec probité et par engagement social.

Sur la base des recherches qu'il a effectuées dans la littérature scientifique, M. De Maeseneer conclut qu'un régime de tiers payant universel est l'unique perspective qui se présente. Ce régime permet une meilleure accessibilité des soins de santé et une meilleure efficacité en termes de coûts; il réduit les formalités administratives, permettant ainsi à de nombreux acteurs de fournir un travail plus en adéquation avec les besoins; il crée davantage de sécurité et assure une plus grande cohésion sociale. Il n'existe aucun argument scientifique justifiant de ne pas passer, à court terme, à un régime généralisé de tiers payant en Belgique. Combiné aux possibilités offertes par l'électronique, ce régime pourra être mis en œuvre de manière efficace. La Belgique a ainsi l'occasion de se positionner comme un pays cumule les atouts que sont l'engagement et la motivation remarquables de ses prestataires de soins, la qualité des soins et leur bonne accessibilité.

H. Échange de vues

Mme Tilmans relève que la proposition de résolution vise essentiellement les ayants-droit à une intervention majorée et au statut OMNIO. D'autres groupes devraient-ils être ciblés?

Spreekster vermeldt het geval van een koppel dat al 23 jaar aan hepatitis C lijdt. Zij krijgen geen bijzondere terugbetaling van het ziekenfonds, tenzij voor insuline. Die mensen hebben een gewoon inkomen en na al die jaren is hun financiële toestand ronduit rampzalig. Wat kan men doen voor mensen die aan een langdurige zware ziekte lijden en van wie het inkomen maar nipt boven de maximale tegemoetkoming ligt?

Een huisarts raadplegen tijdens het weekend en de feestdagen is veel duurder. Als de derdebetalersregeling ook tot het weekend en de feestdagen wordt uitgebreid, dreigt er dan geen overconsumptie te ontstaan tijdens die dagen, terwijl men tegelijk de weekend- en/of wachtdienst van de huisartsen wil verlichten?

Kunnen niet-geconventioneerde huisartsen ook het derdebetalerssysteem toepassen?

Ten slotte onthoudt spreekster uit de uiteenzettingen dat de administratieve werklust voor de huisartsen niet zwaarder mag worden.

Mevrouw Temmerman is verheugd te vernemen dat de meeste experts pleiten voor een veralgemening van de regeling derde betaler omwille van een betere toegankelijkheid tot zorg en omwille van een nood aan administratieve vereenvoudiging.

Zij zou graag de mening van de experts vernemen rond de idee om dergelijke veralgemening in te voeren gespreid in de tijd, waarbij zou kunnen voorgesteld worden om vanaf volgend jaar iedereen het recht te geven een regeling derde betaler aan te vragen zonder dat dit kan geweigerd worden. In een tweede fase kan dit zo vlug mogelijk geïmplementeerd worden voor de doelgroepen. Volgens senator Temmerman bestaat daarover een consensus omdat de complexe regelgeving de toegankelijkheid van de zorg in de weg staat. Als ten slotte alle systemen op punt staan, kan er overgegaan worden tot een veralgemening van de regeling derde betaler. Zij is verheugd te vernemen dat de Kruispuntbank dit voorbereidt.

Zij is blij te vernemen dat er wordt nagedacht over de vraag of een veralgemeende derde betalersregeling misbruik en fraude in de hand zou werken. Zelf is zij de mening toegedaan dat dit niet het geval zal zijn vermits weinig personen enkel voor hun plezier een arts consulteren. Elk systeem, ook het huidige, leidt tot misbruiken, wat vandaag bijvoorbeeld blijkt uit het misplaatste gebruik van de spoedopnamediensten. Een zorgvuldige reflectie over het tegengaan van misbruiken is steeds nodig.

Na het horen van de experts, stelt mevrouw Vanlerberghe vast dat niemand een veralgemening van het systeem derde betaler afraadt. Zij heeft intengendeel veel signalen opgevangen dat dergelijke veralgemening een positieve invloed zou hebben op de gezondheidszorg. Voor spreekster is het essentieel te weten wat de invloed zal zijn voor de patiënten en zij heeft van geen enkele expert vernomen dat de veralgemeende invoering van het systeem negatief zou zijn voor de gebruikers van de gezondheidszorg. Uiteraard is het nodig misbruiken zoveel als mogelijk te voorkomen, maar zij is er van overtuigd dat mensen niet voor hun plezier bij de tandarts zullen binnenstappen. Los van het technische aspect is de vraag volgens senator Vanlerberghe vooral: waar wachten we op? Kunnen de experts meer informatie geven over de problemen die zij, elk op hun domein, ondervinden of zouden kunnen ondervinden en die hen beletten snel over te gaan tot een invoering van een veralgemeend systeem derde betaler?

Mevrouw Vienne vraagt of het systeem beheersbaar is als niet alle artsen eraan deelnemen, gelet op het feit dat sommigen niet geconventioneerd zijn.

Spreekster vreest nauwelijks voor overconsumptie die als een pervers gevolg van het systeem wordt vermeld. Zij wil daarentegen de aandacht vestigen op onderconsumptie. Mensen met een

L'intervenante cite le cas d'un couple de personnes atteintes depuis 23 ans d'hépatite C. Aucune remboursement particulier de la mutuelle n'est prévu, si ce n'est pour l'insuline. Ces gens disposant de revenus normaux se retrouvent après toutes ces années dans une situation financière catastrophique. Que peut-on faire pour ces personnes atteintes de maladies graves de très longue durée, dont les revenus dépassent de très peu le plafond d'intervention?

Les consultations de généralistes coûtent plus cher pendant le week-end et les jours fériés. Si l'on étend le régime du tiers payant également pendant le week-end et les jours fériés, ne risque-t-on pas une surconsommation ces jours-là alors qu'on vise parallèlement à alléger les gardes des médecins généralistes?

Les médecins généralistes non conventionnés pourront-ils aussi appliquer le tiers payant?

Enfin, la sénatrice retient de l'ensemble des exposés qu'il faudra veiller à ne pas augmenter encore la charge administrative qui pèse sur les médecins.

Mme Temmerman se réjouit d'apprendre que la plupart des experts plaident en faveur d'une généralisation du régime du tiers payant en vue d'améliorer l'accessibilité des soins et de procéder à la simplification administrative nécessaire.

Elle souhaiterait avoir l'avis des experts sur l'idée d'étaler dans le temps une telle généralisation. On pourrait proposer, dès l'année prochaine, de donner à chacun le droit de demander l'application du régime du tiers payant sans que cela ne puisse être refusé. Au cours d'une deuxième phase, ce système serait mis en œuvre au plus vite pour les groupes cibles. Selon Mme Temmerman, il existe un consensus à cet égard, étant donné que la réglementation complexe nuit à l'accessibilité des soins. Enfin, lorsque tous les systèmes seront au point, on pourra généraliser le régime du tiers payant. L'intervenante est ravie d'apprendre que la Banque-carrefour prépare ce processus.

Il est heureux que l'on se demande si la généralisation du régime du tiers payant pourrait favoriser les abus et la fraude. Elle-même est convaincue que ce ne sera pas le cas; en effet, rares sont ceux qui consultent un médecin uniquement pour leur plaisir. Tout système, y compris le système existant, mène à des abus. Le recours impropre aux services d'urgence en est un exemple actuel. Il est toujours nécessaire de mener une réflexion approfondie sur la manière de prévenir les abus.

Après avoir entendu les experts, Mme Vanlerberghe constate que personne ne déconseille la généralisation du système du tiers payant. Au contraire, elle a noté beaucoup de signaux qui laissent penser que cette généralisation aurait un effet positif sur les soins de santé. Elle estime qu'il est essentiel de savoir quel sera l'effet sur les patients, et elle n'a entendu aucun expert dire que la généralisation du système aurait un effet négatif pour les consommateurs de soins de santé. Il faut évidemment éviter les abus autant que possible, mais l'intervenante est persuadée que les gens ne vont pas chez le dentiste pour leur plaisir. Indépendamment de l'aspect technique, Mme Vanlerberghe pense qu'il faut surtout se poser la question suivante: qu'attendons-nous? Les experts peuvent-ils fournir plus d'informations sur les problèmes qu'ils rencontrent ou qu'ils pourraient rencontrer, chacun dans son domaine, et qui les empêchent de procéder rapidement à la généralisation du système du tiers payant?

Mme Vienne demande si le système est gérable si tous les médecins n'y participent pas, compte tenu du fait que certains sont non conventionnés.

La membre ne craint guère le risque de surconsommation qui a été mentionné comme effet pervers du système. Elle souhaite au contraire attirer l'attention sur l'existence d'une sous-consomma-

laag inkomen zijn geneigd een doktersbezoek zo lang mogelijk uit te stellen. Dat is niet alleen het geval voor mensen met een sociale uitkering zoals het bestaansminimum, maar ook voor heel wat ouderen met een klein pensioen. Het systeem zou dus veeleer een billijke consumptie mogelijk maken.

In de regio van Moeskroen wordt samengewerkt met de Franse sociale zekerheid: een Fransman kan zich in België laten verzorgen met zijn Vital-kaart en omgekeerd, een Belg in Frankrijk met zijn SIS-kaart. Het is een proefproject dat erg goed werkt en het lijkt het bewijs te leveren dat het systeem dat men in België wil invoeren met de elektronische identiteitskaart, snel kan worden uitgewerkt.

De heer Vankrunkelsven stelt vast dat er voor de patiënt twee drempels bestaan: enerzijds het remgeld, dat ten dele om die reden is ingevoerd, anderzijds het feit dat er geen derdebetalerssysteem is en de patiënt dus het geld moet voorschieten. Bestaan er studies die aantonen welke van beide de grootste drempel is? Het zou interessant zijn te weten waar men zich best in eerste instantie op richt. Zelf meent hij dat vooral het niet bestaan van het derdebetalerssysteem een drempel inhoudt, en niet zozeer het eerder beperkte remgeld.

Vanuit de praktijk stelt senator Vankrunkelsven vast dat, wanneer het voorschieten een probleem vormt voor de patiënt, heel wat artsen een regeling uitwerken met het OCMW, de tarificatiedienst of de mutualiteit. In de huidige constellatie lijkt het aanvaardbaar dat voor de zwaksten, op vrijwillige basis en via een beperkte administratie, het derdebetalerssysteem zou worden ingevoerd. Hij vreest echter voor een massa voorwaarden die het systeem zeer ingewikkeld zouden maken voor de arts, die moet kunnen weten of de patiënt aan alle voorwaarden voldoet om in aanmerking te komen. Is er een experiment mogelijk waarbij op eenvoudige vraag van de patiënt een derdebetalerssysteem zou worden toegelaten, en dat na een bepaalde periode kan worden geëvalueerd? Zijn er groepen in de besluitvorming, artsen of mutualiteiten, die dergelijk experiment liever niet zien plaatsvinden?

Mevrouw Franssen heeft een specifieke vraag inzake verder onderzoek. De heer De Ridder heeft een aantal cijfers meegedeeld over regionale verschillen inzake de toepassing van het derde betalerssysteem. Wordt er een vergelijking gemaakt met de armoede- of armoederisicocijfers per gewest? De heer De Ridder verwees ook naar de relatie met de al dan niet conventionering of deconventionering per gewest. Indien dit de grootste verklarende factor zou zijn, dan heeft dit toch een pervers effect omdat de cijfers niet meer volledig de lading dekken?

Een andere vraag betreft de vaccinatie tegen de A/H1N1 griep, waarover onlangs een rondzendbrief werd rondgestuurd. Kan het werken met twee maten en twee gewichten weggevoerd worden, vooral omdat de eerstelijns gezondheidszorg voor mensen in armoede ontzettend belangrijk is. Hoe lager de drempel naar de eerstelijns gezondheidszorg, hoe beter voor de algemene gezondheidszorg.

De heer De Maeseneer gaat eerst in op de vraag van de heer Vankrunkelsven over welke drempel het hoogste is. Hij meent dat de grootste drempel erin bestaat dat je geld uit je portefeuille moet halen. Het remgeld is daar maar een kleine fractie van. Er moet volgens spreker nagedacht worden over wat men precies wenst af te remmen met het remgeld. Op dit ogenblik bestaat er al een rem omdat het aanbod niet meer in een pletora zit waardoor al een inspanning nodig is om op dezelfde dag je huisarts te zien. De situatie is op dat gebied niet meer dezelfde als vroeger, wat een reden kan zijn om na te denken over de betekenis van het remgeld.

Uit alle internationale onderzoeken blijkt dat vooral het feit dat je onmiddellijk moet betalen een remmende factor is. Als je

tion. Les personnes qui ont de faibles revenus ont tendance à reporter le plus possible la visite chez le médecin. Ce n'est pas seulement le cas des personnes qui vivent d'allocations sociales de type minimex, mais cela concerne aussi beaucoup de personnes âgées qui bénéficient d'une pension peu élevée. Le système permettrait donc plutôt une consommation plus équitable.

Dans la région de Mouscron, il existe un partenariat avec la sécurité sociale française qui permet à un Français de se faire soigner en Belgique avec sa carte Vital et l'inverse pour un Belge avec sa carte SIS. C'est une expérience pilote qui fonctionne très bien et qui semble la preuve que le système que l'on veut instaurer en Belgique avec la carte d'identité électronique devrait pouvoir être mis en place rapidement.

M. Vankrunkelsven constate que le patient est confronté à deux seuils: d'une part, le ticket modérateur, qui a été instauré en partie pour cette raison et, d'autre part, l'absence de système de tiers payant qui impose au patient d'avancer l'argent. Existe-t-il des études indiquant lequel des deux seuils est le plus important? Il serait intéressant de savoir sur quoi il est préférable de se focaliser en premier lieu. L'intervenant estime personnellement que c'est surtout l'absence de système de tiers payant qui constitue un seuil, et pas tant le ticket modérateur, qui est plutôt limité.

À la lumière de la pratique, M. Vankrunkelsven constate que, lorsque le fait de devoir avancer l'argent pose un problème au patient, de nombreux médecins élaborent un système avec le CPAS, le service de tarification ou la mutualité. Dans le cadre de la conjoncture actuelle, il semble acceptable d'instaurer le système du tiers payant pour les plus vulnérables, sur une base volontaire et en recourant à une administration limitée. Il craint cependant qu'une kyrielle de conditions rendent le système très complexe pour le médecin qui doit être en mesure de savoir si le patient remplit toutes les conditions pour pouvoir bénéficier du système. Serait-il possible de réaliser une expérience consistant à autoriser un système de tiers payant sur simple demande du patient, avec une possibilité d'évaluation après un certain temps? Y a-t-il des groupes au niveau de la prise de décision, des médecins ou des mutualités qui préféreraient qu'une telle expérience ne soit pas mise en place?

Mme Franssen se pose une question spécifique au sujet de la suite de l'étude. M. De Ridder a communiqué une série de chiffres relatifs aux différences régionales quant à l'application du système du tiers payant. A-t-on comparé ces statistiques aux chiffres de la pauvreté ou du risque de pauvreté par région? M. De Ridder a également évoqué le lien avec le conventionnement ou le déconventionnement par région. Si tel devait être le principal facteur explicatif, cela aurait tout de même un effet pervers parce que les chiffres ne refléteraient plus complètement la situation.

Une autre question concerne la vaccination contre la grippe A/H1N1, au sujet de laquelle une circulaire a été envoyée récemment. Serait-il possible d'arrêter d'appliquer une politique de « deux poids, deux mesures », eu égard, en particulier, à l'extrême importance des soins de première ligne pour les personnes en situation de pauvreté? Plus le seuil d'accès aux soins de première ligne est bas, mieux c'est pour les soins de santé en général.

M. De Maeseneer répond tout d'abord à la question de M. Vankrunkelsven qui souhaitait savoir quel seuil est le plus élevé. Selon lui, le seuil le plus élevé est celui qui oblige le patient à avancer l'argent. Le ticket modérateur n'en représente qu'une petite partie. Selon l'intervenant, il convient de réfléchir à ce que l'on souhaite exactement modérer au moyen du ticket modérateur. Il existe déjà un frein actuellement, car l'offre n'est plus pléthorique et il faut donc déjà fournir un effort pour voir son médecin généraliste le jour même. La situation a évolué dans ce domaine, ce qui peut motiver une réflexion sur la signification du ticket modérateur.

Il ressort de toutes les études internationales que c'est surtout le fait de devoir payer immédiatement qui constitue un frein. Une

74 euro moet betalen voor een nachtbezoek, is dat een remmende factor, zelfs al weet je dat je daarvan 64 euro zal terugkrijgen. Dit leidt tot de psychologische perceptie dat men beter naar de spoedopname gaat, waarvan de rekening pas enkele weken later volgt.

Het experiment waar de heer Vankrunkelsven naar vroeg en waarbij op eenvoudige vraag van de patiënt een derdebetalers-systeem zou worden toegelaten, heeft eigenlijk al plaatsgevonden. Er werd over gerapporteerd in het rapport van het Kenniscentrum 85A. Men heeft het gedrag van personen die geen persoonlijke bijdrage moeten betalen onderzocht. Zij moesten op het ogenblik dat de zorg werd toegediend niet betalen. Uit het onderzoek bleek dat deze personen meer gebruik maakten van de eerste lijn in vergelijking met een groep die wel ter plaatse moest betalen voor de zorg. Ook bleek dat meer maatschappelijk kwetsbare personen werden bereikt door de eenvoudige vaststelling dat het niet mogelijk was in de prestatiegeneeskunde een groep te vinden die even kwetsbaar was. Er bleek eveneens dat een groter pakket zorgen werd gegeven op de eerste lijn, waardoor de kosten die werden gegenereerd op de tweede lijn lager waren. Er werd dus een besparing gerealiseerd voor de samenleving en voor de patiënt.

Uit dit experiment blijkt duidelijk dat het, aldus de heer De Maeseneer, een goede zaak zou zijn een systeem in te voeren waarbij de patiënt zich zonder portefeuille naar de huisarts kan begeven.

De heer Moeremans wenst even te repliceren op de argumentatie van beide ziekenfondsen; Hij vindt het tegenstrijdig dat zij tegelijk een voorstel bieden waarin ze stellen dat een administratieve vereenvoudiging wenselijk is, maar toch allerlei regels willen invoeren omdat zij slechts een selectieve uitbreiding wensen. De arts zijn geen vragende partij om een sociaal onderzoek van hun patiënten uit te voeren.

Indien hij kijkt naar de mogelijkheden van uitbreiding van het systeem derde betaler, zoals opgesomd in de brochure die werd opgesteld door de minister van Binnenlandse Zaken, dan kan hij enkel vaststellen dat het voor een arts onmogelijk is dit in de praktijk te realiseren. Moet de huisarts aan een patiënt vragen of er in zijn gezin een persoon is die is vrijgesteld van de bijdrageplicht omdat zijn jaarlijks bruto-inkomen niet hoger is dan het bedrag van het leefloon? Dit is onzinnig. De invoering van dergelijke regels is in feite een garantie dat het systeem zal mislukken. Wel belangrijk is het systeem voor iedereen beschikbaar te maken. Vandaag de dag betaalt iedereen bij een apotheker hetzelfde remgeld, of men nu een werkloze arbeider dan wel een drukbezette notaris is. Waarom is dit niet mogelijk bij de huisarts? Ook de administratieve eenvoud is essentieel. Wat het remgeld betreft is de heer Moeremans voorstander van een eenvoudig en laag remgeld en een verdeling in een duidelijke categorie die het voor de arts mogelijk maakt te zeggen wie wel en wie niet tot de categorie behoort.

In antwoord op de vraag van mevrouw Vienne meent de heer De Ridder dat het belangrijk is te weten hoe het systeem wordt geconcipieerd. Zal het een recht worden van de verzekerde? In dit geval stelt de vraag naar differentiëring zich niet meer.

Hij wijst er op dat het verbod op het systeem van derde betaler al lang bestaat en in een historische context kan geplaatst worden. Het werd lange tijd beschouwd als een middel tegen «*moral hazard*» in het systeem zoals het destijds werd geconcipieerd. Uit studies en uit eigen gegevens blijkt dat het differentieel gebruik van typezorg socio-economisch wordt bepaald. Er wordt vastgesteld dat in de zwakkere socio-economische groepen de toegang tot en het gebruik van de huisarts gunstiger ligt dan in de sterkere socio-economische groepen, die eerder geneigd zijn onmiddellijk naar een specialist te stappen. Er spelen dus nog andere zaken mee dan enkel de betaling.

Internationaal wordt ook aangetoond dat, in systemen waar betaald wordt per prestatie, gezinnen in een periode van

visite de nuit facturée à 74 euros est un frein, même si l'on sait que la mutualité remboursera 64 euros. Psychologiquement, le patient aura ainsi l'impression qu'il vaut mieux pour lui se rendre aux urgences, qui ne lui feront parvenir la facture que quelques semaines plus tard.

L'expérience demandée par M. Vankrunkelsven, qui consisterait à autoriser un système de tiers payant sur simple demande du patient, a déjà eu lieu en réalité. Elle fait l'objet du rapport 85A du Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Le comportement de personnes non redevables d'une cotisation personnelle a été étudié. Elles n'ont pas dû payer au moment où les soins leur ont été prodigués. L'étude a établi que ces personnes recouraient davantage aux soins de première ligne qu'un groupe de personnes qui devaient payer les soins sur place. Il est également apparu que davantage de personnes socialement vulnérables étaient prises en charge, pour la simple raison qu'il était impossible de trouver un groupe aussi vulnérable dans la médecine rémunérée à l'acte. On a également constaté qu'un ensemble de soins plus conséquent était dispensé en première ligne et que, dès lors, les coûts générés en deuxième ligne étaient inférieurs. Une économie a ainsi été réalisée pour la collectivité et pour le patient.

Selon M. De Maeseneer, cette expérience montre clairement qu'il serait bon d'instaurer un système qui permettrait au patient de se rendre chez son médecin traitant sans portefeuille.

M. Moeremans souhaite réagir à l'argumentation des deux mutualités. Il considère qu'il est contradictoire de leur part d'avancer une proposition soulignant la nécessité d'une simplification administrative tout en voulant, dans le même temps, introduire toutes sortes de règles parce qu'elles ne souhaitent qu'une extension sélective. Les médecins ne désirent pas réaliser un examen social de leurs patients.

Lorsqu'il examine les possibilités d'extension du système du tiers payant telles qu'énumérées dans la brochure rédigée par le ministre de l'Intérieur, il ne peut que conclure à l'impossibilité, pour le médecin, de les mettre en pratique. Faut-il que le médecin généraliste demande à son patient s'il y a, dans son ménage, une personne exonérée de l'obligation de cotisation parce que son revenu annuel brut ne dépasse par le montant du revenu d'intégration? C'est insensé. En fait, l'instauration de telles règles voue le système à l'échec. Ce qui importe, c'est de rendre le système accessible à tous. Actuellement, le ticket modérateur à payer chez le pharmacien est le même pour tous, que l'on soit un ouvrier au chômage ou un notaire très occupé. Pourquoi cela n'est-il pas possible chez le médecin traitant? La simplicité administrative est, elle aussi, essentielle. En ce qui concerne le ticket modérateur, M. Moeremans est partisan d'un ticket modérateur simple et peu élevé, et d'une catégorisation claire, qui permette au médecin de savoir qui relève d'une catégorie donnée et qui en est exclu.

En réponse à la question de Mme Vienne, M. De Ridder estime qu'il est important de savoir comment le système est conçu. S'agira-t-il d'un droit de l'assuré? Dans ce cas, la question de la différenciation ne se pose plus.

Il souligne que l'interdiction du système du tiers payant existe déjà depuis longtemps et qu'elle peut être replacée dans un contexte historique. Pendant longtemps, elle a été considérée comme un moyen de lutter contre l'«*aléa moral*» inhérent au système, tel qu'il était conçu à l'époque. Il ressort d'études et de données personnelles de l'intervenant que l'utilisation différenciée de soins types est déterminée par des facteurs socio-économiques. On constate par exemple que les groupes socio-économiques les plus vulnérables sont plus enclins à consulter un médecin généraliste que les groupes mieux nantis, qui ont plutôt tendance à consulter directement un spécialiste. D'autres éléments que le seul aspect «*paiement*» entrent donc en jeu.

Sur le plan international, il est également établi que dans les systèmes où le paiement se fait à la prestation, les ménages sont

economische crisis besparen op bepaalde types uitgaven van gezondheidszorg, waarin een cascade kan worden vastgesteld. Men zal eerst selecteren in de geneesmiddelen en vervolgens besparen op tandzorg en kinesitherapie. Er wordt niet zo snel bespaard op huisartsenraadpleging, maar er kan wel een ander fenomeen worden vastgesteld, namelijk dat stevast ongeveer 10% van de bevolking uitstelgedrag zal vertonen en geconfronteerd wordt met punctuele betalingen op het ogenblik dat de zorg nodig is. Globaal gezien blijkt uit de literatuur dat het gebruik maken van remgelden of contante betaling een remmend effect heeft op de gezondheidszorg, maar de vraag is of dit remmend effect wenselijk is.

Ook indien men naar een systeem gaat waar het financieel verkeer tussen de zorgverstreker en de patiënt verschuift naar financieel verkeer tussen de verzekeringsinstelling en de zorgverstreker, zal men oplossingen moeten definiëren voor de «*moral hazard*» die nog steeds in het systeem kan zitten. Het is ongetwijfeld zo dat men niet onmiddellijk geneigd zal zijn misbruik te maken van het aantal raadplegingen. Men is er zich echter van bewust dat er, bijvoorbeeld in het kader van de tandzorg, waar heel wat handelingen worden gesteld die gebaseerd zijn op vertrouwen in de zorgverstrekkers, in een aantal situaties van directe facturering zonder transparantie ten opzichte van de patiënt, een risico is op misbruiken.

Vermits misbruiken ook volgens de heer De Ridder niet helemaal uit te sluiten zijn, zou men er voor moeten zorgen te beschikken over intelligentere systemen dan het huidige, waarin het feit dat de patiënt zelf zijn portefeuille moet bovenhalen gebruikt wordt om het gedrag van de zorgverstreker te helpen sturen. Zo zou bijvoorbeeld het gebruik van patiëntenfacturen in overweging kunnen worden genomen.

Wat betreft de concrete vragen van senator Franssen, deelt de heer De Ridder mee dat er geen systematische studies werden uitgevoerd. Er is inderdaad een ongelijkheid op het gebied van armoede, maar de toepassing van het systeem van derde betaler is een initiatief van de zorgverstreker. Je zou dan al de hypothese moeten ontwikkelen dat in streken met een hogere armoedegraad, de zorgverstrekkers een grotere geneigdheid hebben om gebruik te maken van de toegankelijke systemen. De heer De Ridder meent echter dat de cijfers waarover hij beschikt andere verklaringen hebben. Zo zijn de cijfers voor Antwerpen niet in de lijn met het armoedeprobleem dat zich daar stelt.

Hetzelfde geldt wat betreft de conventionering, die een voorwaarde is voor het toepassen van bepaalde vormen van het systeem derde betaler. Naarmate er meer deconventionering is, zullen er minder artsen zijn die het systeem derde betaler voor een aantal prestaties kunnen toepassen. Er is dus een verband, meer er werd niet nader bestudeerd in welke mate dit meespeelt.

Inzake de vaccinatie tegen de A/H1N1-griep heeft het RIZIV een verduidelijking gegeven bij de bestaande reglementering, die niet gewijzigd werd in het kader van de vaccinatiemaatregelen. Ondanks het aangeven vanuit de federale raad van de kringen dat de griepvaccinatiecampagne in de individuele praktijk zou moeten uitgewerkt worden, wat door de politiek werd gevolgd, kon in de praktijk worden vastgesteld dat er heel wat lokale initiatieven tot stand zijn gekomen met collectieve vaccinatiecampagnes. Naar aanleiding hiervan heeft het RIZIV overleg gepleegd met de verzekeringsinstellingen, ook omdat werd vastgesteld dat er op plaatselijk vlak uiteenlopende afspraken werden gemaakt. Er is, samen met de verzekeringsinstellingen, overeengekomen dat een collectieve vaccinatie die in samenwerking met of door een huisartsenwachtendienst werd georganiseerd, onder de criteria valt van het koninklijk besluit derde betaler. Dit koninklijk besluit voorziet dat alle verstrekkingen die in het kader van een wachtdienst worden verleend, in aanmerking kunnen komen voor het systeem van derde betaler. Er werd verduidelijkt dat het om de collectieve

amenés, en période de crise économique, à faire des économies sur certaines dépenses de soins de santé, selon un système de «*cascade*»: ils opèrent d'abord une sélection parmi les médicaments, puis ils économisent sur les soins dentaires et la kinésithérapie. Les ménages n'ont pas spécialement tendance à réaliser des économies sur les consultations généralistes. Néanmoins, un autre phénomène peut être observé: il y a toujours environ 10% de la population qui reportent la consultation et qui sont alors confrontés à des paiements ponctuels lorsque les soins sont devenus nécessaires. Il ressort globalement de la littérature que le recours aux tickets modérateurs ou au paiement comptant freine la consommation des soins de santé. Reste à savoir si cet effet de frein est souhaitable ou non.

Même si l'on passe à un système où les transactions financières entre le prestataire de soins et le patient cèdent la place à des transactions entre l'organisme assureur et le prestataire de soins, il faudra définir des solutions pour lutter contre l'«*aléa moral*» qui peut toujours subsister dans le système. Nul doute qu'on ne sera pas tenté d'emblée d'abuser des consultations. Toutefois, on est conscient que, dans le cadre des soins dentaires par exemple, où de nombreux actes sont basés sur la confiance dans les prestataires de soins, certaines situations de facturation directe sans transparence pour le patient comportent un risque d'abus.

Étant donné que les abus ne peuvent pas non plus être totalement exclus selon M. De Ridder, il faudrait veiller à disposer de systèmes plus intelligents que le système actuel, des systèmes qui contribueraient à orienter le comportement du prestataire de soins en misant sur le fait que le patient doit sortir son portefeuille. On pourrait envisager par exemple un système de factures adressées aux patients.

En ce qui concerne les questions concrètes de la sénatrice Franssen, M. De Ridder fait savoir qu'aucune étude systématique n'a été réalisée. Il existe effectivement une inégalité au niveau de la pauvreté, mais l'application du système du tiers payant est une initiative du prestataire de soins. Aussi faudrait-il d'emblée poser l'hypothèse que dans les régions qui affichent un taux de pauvreté plus élevé, les prestataires de soins seront davantage enclins à utiliser les systèmes accessibles. M. De Ridder estime toutefois que les chiffres dont il dispose ont d'autres explications. Ainsi, les chiffres relatifs à Anvers ne sont pas en phase avec le problème de pauvreté qui s'y pose.

Il en va de même pour le conventionnement, qui constitue une condition de l'application de certaines formes du système du tiers payant. À mesure que le déconventionnement gagnera du terrain, il y aura moins de médecins qui pourront appliquer le système du tiers payant pour une série de prestations. Il existe donc bel et bien un lien, mais la question de savoir dans quelle mesure il joue n'a pas été approfondie.

En ce qui concerne la vaccination contre la grippe A/H1N1, l'INAMI a fourni des précisions sur la réglementation existante, qui n'a pas été modifiée dans le cadre des mesures de vaccination. Bien que le Conseil fédéral des cercles ait indiqué que la campagne de vaccination contre la grippe devait être élaborée dans le cadre de la pratique individuelle — recommandation qui a été suivie par le pouvoir politique — on a pu constater dans la pratique que de nombreuses initiatives locales de campagnes de vaccination collectives ont été mises sur pied. Dans ce contexte, l'INAMI s'est concerté avec les organismes assureurs, notamment en raison de la conclusion d'accords divergents au niveau local. Il a été convenu avec les organismes assureurs qu'une vaccination collective organisée en collaboration avec ou par un service de garde de médecins généralistes répond aux critères de l'arrêté royal relatif au tiers payant. Cet arrêté prévoit que toutes les prestations effectuées dans le cadre d'un service de garde peuvent entrer en ligne de compte pour le système du tiers payant. Il a été précisé qu'il s'agissait d'action collective et donc pas de vaccinations

actie ging en dat het dus niet ging om vaccinaties in de praktijk van de huisarts, omdat er anders geen enkele mogelijkheid meer zou zijn om te differentiëren. Dit is in overeenstemming met de reglementering, die zelf niet werd aangepast tijdens deze campagne.

Mevrouw Onkelinx, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid benadrukt dat de omzendbrief van het RIZIV geen discriminatie invoert omdat hij gebaseerd is op de huidige regelgeving inzake derdebetaler. Hij is enkel een verduidelijking van die tekst.

Inzake de vaccinatie zegt de heer Vankrunkelsven dat op het terrein alle vaccinaties collectief waren, omdat de huisartsen door de aard van het vaccin verplicht waren de vaccinaties te groeperen. Of de patiënten dan naar het gemeentehuis gingen om de vaccinatie te laten plaatsen of naar de praktijk van de huisarts is slechts een subtiel verschil. Parlementsleden geven niet graag volmachten, maar in dit geval hebben ze dat zeer vlot en op korte tijd gedaan. De volmacht liet toe om ook het derde betalerssysteem perfect te regelen en dat is niet gebeurd.

De heer Moeremans meent dat de wijze waarop de campagne nu werd doorgevoerd een enorme discriminatie inhield van de huisartsen die op individuele basis extra inspanningen leverden en getracht hebben een veel strengere selectie te maken van hun risicopatiënten dan mogelijk was bij vaccinatiecampagnes die plaatsvinden in een sporthal.

Mevrouw Lanjri wijst er op dat ook zij bij de stemming over de volmachten uitdrukkelijk heeft gevraagd of het vaccin gratis was en of het systeem van de derde betaler zou toegepast worden. De minister heeft toen geen onderscheid gemaakt tussen een collectieve of individuele vaccinatie, waardoor er eigenlijk verkeerde informatie werd verstrekt. Kan de minister zeggen welke maatregelen zullen worden genomen voor de artsen die de boodschap verkeerd hebben begrepen en in hun praktijk gevaccineerd hebben met toepassing van het systeem derde betaler vooraleer de omzendbrief werd rondgestuurd? Alhoewel spreekster de inhoud van de omzendbrief betreurt, kan zij begrip opbrengen voor de stelling dat de artsen vanaf dat ogenblik op de hoogte waren van de richtlijn en ze konden volgen.

De minister herinnert eraan dat de vaccinatie in het begin in vaccinatiecentra moest worden uitgevoerd en dat ze gratis was voor de patiënt. De zorgverstrekker kreeg hiervoor een correcte vergoeding. Die idee heeft men laten varen en men koos voor een vaccinatie bij de huisartsen. Het vaccin bleef gratis, maar sommige mensen dachten dat dit neerkwam op de toepassing van de derdebetalersregeling terwijl daar nooit sprake van is geweest. Er is inderdaad nooit sprake geweest van een derdebetalerssysteem dat anders zou worden toegepast dan overeenkomstig het koninklijk besluit van 10 oktober 1986. Er werd overleg gepleegd met de artsen en er werd geen enkele belofte gedaan om een bijzonder derdebetalerssysteem toe te passen voor de inenting tegen griep A.

De heer Vermeylen wil verduidelijken dat hij, net als de overige sprekers, werd geraadpleegd over de uitbreiding van de sociale derdebetalersregeling. De heer De Maeseneer spreekt over iets anders, namelijk de volledige uitbreiding van het derdebetalerssysteem om uiteindelijk te komen tot gratis geneeskunde voor de bevolking. De heer Vermeylen steunt, voor wat hem betreft, de uitbreiding van het derdebetalerssysteem, zelfs tot de hele bevolking, op voorwaarde dat het remgeld wordt behouden. Anders wordt het land geruïneerd.

De voorliggende resolutie gaat volgens mevrouw Lanjri uit van een verbetering van het huidige systeem derde betaler en een uitbreiding van de doelgroepen. Dit kan eventueel ook uitgebreid worden naar chronisch zieken. De voorbeelden die in de resolutie worden opgenoemd zijn niet exhaustief. Dit was voor spreekster trouwens een belangrijke reden om te werken via een resolutie, omdat er zo gemakkelijk wijzigingen en bijstellingen kunnen

effectuées dans le cabinet du médecin traitant, car sinon il n'y aurait plus aucune possibilité de différenciation. Ceci est conforme à la réglementation, qui n'a elle-même fait l'objet d'aucune adaptation pendant la campagne en question.

Mme Onkelinx, vice première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique souligne que la circulaire de l'INAMI n'introduit pas de discrimination puisqu'elle s'appuie sur la réglementation qui existe actuellement en matière de tiers payant. Elle ne fait qu'apporter une précision par rapport à ce texte.

En ce qui concerne la vaccination, M. Vankrunkelsven explique que sur le terrain, toutes les vaccinations ont été collectives étant donné que la nature même du vaccin obligeait les médecins généralistes à regrouper les vaccinations. Que les patients se soient rendus à la maison communale ou au cabinet de leur médecin traitant pour se faire vacciner, ne fait pas une grande différence en l'espèce. Les parlementaires n'accordent pas volontiers les pouvoirs spéciaux au gouvernement, mais en l'occurrence ils l'ont fait très facilement et rapidement. Les pouvoirs spéciaux permettaient aussi de régler parfaitement le système du tiers payant, mais cela n'a pas été fait.

M. Moeremans estime que la manière dont la campagne vient d'être menée a très fortement discriminé les médecins généralistes qui, à titre individuel, ont fait des efforts supplémentaires et ont tenté d'opérer une sélection de leurs patients à risques beaucoup plus stricte que ne le permettaient les campagnes de vaccination organisées dans un hall de sport, par exemple.

Mme Lanjri souligne que lors du vote sur les pouvoirs spéciaux, elle a également demandé explicitement si le vaccin était gratuit et si le système du tiers payant serait appliqué. La ministre n'a alors pas fait de distinction entre une vaccination collective et une vaccination individuelle, si bien qu'en définitive, des informations erronées ont été communiquées. La ministre peut-elle préciser quelles mesures seront prises pour les médecins qui ont mal compris le message et qui ont vacciné dans leur cabinet en appliquant le système du tiers payant avant l'envoi de la circulaire? Bien que l'intervenante déplore le contenu de la circulaire, elle peut comprendre la position selon laquelle les médecins étaient au courant de la directive et pouvaient s'y conformer dès ce moment.

La ministre rappelle qu'au départ, la vaccination devait se faire dans les centres de vaccination et être gratuite pour le patient tandis que le prestataire recevait une juste rémunération. Cette idée a été abandonnée au profit de la solution de la vaccination chez les médecins généralistes. La gratuité du vaccin a été maintenue mais certaines personnes ont cru que la gratuité signifiait application du tiers payant alors qu'il n'en a jamais été question. Il n'a en effet jamais été question d'appliquer le tiers payant autrement que conformément à l'arrêté royal du 10 octobre 1986. Des concertations ont eu lieu avec les médecins et aucune promesse n'a été faite pour l'application d'un système de tiers payant particulier pour la vaccination contre la grippe A.

M. Vermeylen souhaite préciser qu'il a été, comme les autres orateurs, consulté sur l'extension du système du tiers payant social. M. De Maeseneer parle d'autre chose, à savoir l'extension complète du régime de tiers payant pour arriver à une médecine gratuite pour la population. M. Vermeylen soutient, quant à lui, l'extension du tiers payant, même à l'ensemble de la population, mais à condition de conserver un ticket modérateur, sans quoi on court à la ruine du pays.

Selon Mme Lanjri, la résolution à l'examen vise à améliorer le système actuel du tiers payant et à étendre les groupes cibles, notamment, le cas échéant, aux malades chroniques. La liste d'exemples cités dans la résolution n'est pas exhaustive. C'est d'ailleurs en grande partie pour cette raison que l'intervenante a choisi l'option d'une proposition de résolution, car il est facile d'y apporter des modifications et des ajustements. Il est ressorti des

worden aangebracht. Uit de uiteenzettingen is gebleken dat iedereen het erover eens is dat het systeem administratief eenvoudig moet zijn en niet stigmatiserend. Dit laatste kan simpelweg bereikt worden door van het systeem een recht te maken, waardoor de betrokkene er niet meer om moet vragen.

De heer Vankrunkelsven heeft uit de uiteenzettingen opgemaakt dat de weerstand van de artsen is weggevallen, alhoewel zij historisch gezien tegenstanders waren van een uitbreiding van de derde betalingsregeling. Zou het mogelijk zijn om, bij wijze van experiment, op vrijwillige basis op bepaalde plaatsen in het land het systeem van derde betaler toe te passen voor iedereen die het wenst en daarna eventuele misbruiken te evalueren? Doordat de administratieve last zou wegvallen zou dit tegemoetkomen aan de verzuchtingen van de artsen. Is men bereid dergelijk experiment te laten plaatsvinden?

Mevrouw Vanlerberghe heeft van een spreker vernomen dat het proefproject eigenlijk al voorbij is en dat er duidelijke besluiten uit werden getrokken. Zij meent dat het daarom niet nodig is nieuwe proefprojecten op stapel te zetten.

Mevrouw Tilmans zou willen weten voor welke doelgroep het voordeel van de sociale derdebetalingsregeling geldt en onder welke voorwaarden de niet-geconventioneerde artsen die regeling kunnen toepassen.

De heer Moeremans meent dat een aanpassing van het systeem derde betaler een goede aanleiding zou zijn om het conventie-systeem te evalueren. Ook daar zijn heel wat haken en ogen die enige verbetering zouden kunnen gebruiken. Hij denkt dat het weinig nuttig zou zijn een systeem van derde betaler uit te werken dat niet door alle artsen kan gebruikt worden. Ook gedeconventioneerde artsen hebben een sociale reflex en doen extra inspanningen voor bepaalde patiënten.

Mevrouw Vanderveken verduidelijkt dat het huidige systeem van sociale derde betaler niet verbiedt dat niet-geconventioneerde artsen de sociale derdebetalingsregeling zouden toepassen.

De heer Moeremans voegt hieraan toe dat de niet-geconventioneerde arts wel eerst een sociaal onderzoek moet uitvoeren om te weten of de patiënt in aanmerking komt.

Mevrouw Vanderveken ontkent dit. Als de patiënt bij het ziekenfonds een attest vraagt dat stelt dat hij aan de categorie beantwoordt, is dat niet nodig.

De heer Moeremans ziet dit als een extra administratieve last voor de arts.

Volgens mevrouw Vanderveken zijn ook de ziekenfondsen voorstander van een administratieve vereenvoudiging. Er mag echter niet vergeten worden dat bepaalde regels moeten gevolgd worden, bijvoorbeeld over hoe de artsen zullen worden betaald en op welke termijn. Zij meent bovendien dat de huidige toestand zou kunnen verbeteren indien de kennis van het nu geldende systeem er op vooruit zou gaan. De ziekenfondsen leveren hiervoor inspanningen en zij hoopt dat de artsenkringen dit op hun beurt zouden willen doen.

Mevrouw Fleurquin en de heer De Ridder sluiten zich aan bij de vorige spreekster.

exposés que tout le monde est d'accord sur le fait que le système doit être simple au niveau administratif et qu'il ne doit pas être stigmatisant. Il est facile d'atteindre ce dernier objectif en faisant du système un droit de l'intéressé, ce qui éviterait ainsi à ce dernier de devoir en faire la demande.

M. Vankrunkelsven déduit des exposés que la réticence des médecins a disparu, alors que ceux-ci sont des opposants historiques à l'extension du régime du tiers payant. Serait-il possible de réaliser à certains endroits du pays, sur une base volontaire, une expérience qui consisterait à appliquer le système du tiers payant à toute personne qui le souhaite? On pourrait alors évaluer les abus éventuels. En supprimant la charge administrative, on répondrait ainsi aux attentes des médecins. Est-on disposé à autoriser une expérience de ce type?

Mme Vanlerberghe a appris de la bouche d'un orateur que le projet-pilote était en réalité déjà terminé et qu'il avait permis de tirer des conclusions claires. Elle juge dès lors qu'il n'est pas nécessaire de mettre sur pied de nouveaux projets-pilotes.

Mme Tilmans aimerait savoir à quel public-cible on réserve le bénéfice du tiers payant social et à quelles conditions les médecins non conventionnés pourront appliquer le tiers payant.

M. Moeremans estime que la modification du système du tiers payant serait une bonne occasion pour évaluer le système du conventionnement, dans lequel foisonnent également des complications auxquelles il conviendrait de remédier. L'intervenant estime qu'il ne serait pas très utile d'élaborer un système de tiers payant qui ne pourrait pas être appliqué par tous les médecins. Les médecins déconventionnés ont, eux aussi, la fibre sociale et ils fournissent des efforts supplémentaires pour certains patients.

Mme Vanderveken précise que le système actuel de tiers payant social n'interdit pas aux médecins non conventionnés de l'appliquer.

M. Moeremans ajoute que le médecin non conventionné doit cependant commencer par réaliser une enquête sociale afin de déterminer si le patient peut bénéficier dudit système.

Mme Vanderveken conteste cette affirmation. Il n'est pas nécessaire d'effectuer une enquête sociale lorsque le patient demande à la mutualité une attestation prouvant qu'il appartient à la catégorie des bénéficiaires.

Selon M. Moeremans, c'est là une charge administrative supplémentaire pour le médecin.

Mme Vanderveken affirme que les mutualités sont, elles aussi, favorables à une simplification administrative. N'oublions pas toutefois que certaines règles doivent être respectées, par exemple en ce qui concerne le mode et le délai de paiement des médecins. Elle estime par ailleurs que la situation pourrait être améliorée si le système actuel était mieux connu. Les mutualités font des efforts dans ce sens, et l'intervenante espère que les cercles de médecins voudront bien en faire autant.

Mme Fleurquin et M. De Ridder se rallient à l'intervenante précédente.