

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

6 mei 2019

WETSVOORSTEL

**tot wijziging van de gecoördineerde wet
van 14 juli 1994 betreffende de verplichte
verzekering voor verzorging en uitkeringen
met betrekking tot de jaarlijkse betaling van
het globaal medisch dossier**

VERSLAG VAN DE HOORZITTINGEN

NAMENS DE COMMISSIE
VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU
EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING
UITGEBRACHT DOOR
DE DAMES **Anne DEDRY** EN **Karin JIROFLÉE**

INHOUD

Blz.

I. Inleidende uiteenzettingen	3
II. Bespreking.....	13

Zie:

Doc 54 **2165/ (2016/2017):**

001: Wetsvoorstel van mevrouw Van Camp c.s.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

6 mai 2019

PROPOSITION DE LOI

**modifiant la loi relative à l'assurance
obligatoire soins de santé et indemnités,
coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui
concerne le paiement annuel du dossier
médical global**

RAPPORT DES AUDITIONS

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT
ET DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ
PAR
MMES **Anne DEDRY** ET **Karin JIROFLÉE**

SOMMAIRE

Pages

I. Exposés introductifs	3
II. Discussion	13

Voir:

Doc 54 **2165/ (2016/2017):**

001: Proposition de loi de Mme Van Camp et consorts.

11508

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

Voorzitter/Président: Anne Dedry

A. — Vaste leden / Titulaires:

N-VA An Capoen, Yoleen Van Camp, Valerie Van Peel, Jan Vercammen
PS André Frédéric, Alain Mathot, Daniel Senesael
MR Luc Gustin, Benoît Piedboeuf, Damien Thiéry

CD&V Nathalie Muylle, Els Van Hoof
Open Vld Dirk Janssens, Ine Somers
sp.a Karin Jiroflée
Ecolo-Groen Anne Dedry
cdH Catherine Fonck

B. — Plaatsvervangers / Suppléants:

Daphné Dumery, Rita Gantois, Werner Janssen, Sarah Smeyers, Bert Wollants
Nawal Ben Hamou, Frédéric Daerden, Olivier Henry, Fabienne Winckel
Sybille de Coster-Bauchau, Caroline Cassart-Mailleux, Olivier Chastel, Stéphanie Thoron
Franky Demon, Nahima Lanjri, Vincent Van Peteghem
Katja Gabriëls, Nele Lijnen, Frank Wilrycx
Monica De Coninck, Maya Detiège
Sarah Schlitz, Evita Willaert
Michel de Lamotte, Benoît Lutgen

C. — Niet-stemgerechtigd lid / Membre sans voix délibérative:

DéFI Véronique Caprasse

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

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:

DOC 54 0000/000: Parlementair document van de 54^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA: Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV: Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV: Beknopt Verslag
CRIV: Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)

PLEN: Plenum
COM: Commissievergadering
MOT: Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 54 0000/000: Document parlementaire de la 54^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA: Questions et Réponses écrites
CRIV: Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV: Compte Rendu Analytique
CRIV: Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)

PLEN: Séance plénière
COM: Réunion de commission
MOT: Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

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

De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

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

Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft haar vergadering van 25 april 2017 gewijd aan de hoorzittingen betreffende het wetsvoorstel tot wijziging van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor verzorging en uitkeringen met betrekking tot de jaarlijkse betaling van het globaal medisch dossier (DOC 54 2165/001).

Bij die gelegenheid hoorde zij:

— vertegenwoordigers van de artsen: de heren Roel Van Giel (Alliantie Artsenbelang-Domus Medica – AADM), Reinier Hueting (Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België – ASGB) en Pierre Drielsma (Vereniging der Belgische Omnipratici – VBO);

— vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen: de heren Renaud Boverie en Frédérick De Mesmaeker (Landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen – MLOZ), Didier Saint-Jean (Nationaal Verbond van socialistische mutualiteiten – NVSM), en Mike Van Daele (Landsbond der christelijke mutualiteiten – LCM).

Uw commissie heeft bovendien het schriftelijk advies ontvangen van de BVAS. Dit advies is besproken tijdens de hoorzittingen. Voor het goed begrip van dit verslag wordt het bij de inleidende uiteenzettingen gevoegd.

I. — INLEIDENDE UITEENZETTINGEN

A. Vertegenwoordigers van de artsen

1. *Inleidende uiteenzetting door de heer Roel Van Giel (AADM)*

a) Situatieschets

Het Globaal Medisch Dossier (GMD) is een deel van het medisch dossier wat gevormd wordt door een synthese van de gegevens die belangrijk zijn voor een continue, veilige en kwaliteitsvolle patiëntgerichte zorg. Het heeft als doel kwaliteitsvolle zorgverlening, betere gegevensuitwisseling en op vrijwillige basis uitwisseling van geanonimiseerde epidemiologische gegevens te bereiken (cfr akkoord artsen ziekenfondsen 2006-2007).

Terecht haalt de indiener in de toelichting bij het wetsvoorstel aan dat het een belangrijk instrument is in de verspilling van de gezondheidszorg, de patiëntveiligheid verhoogd (bijvoorbeeld door gegevens in verband met allergieën), de kwaliteit van de zorg verhoogt. Het GMD is dus een belangrijk instrument om de toenevende complexere zorg te managen. Dit belang wordt

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a consacré sa réunion du 25 avril 2017 à des auditions concernant la proposition de loi modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne le paiement annuel du dossier médical global (DOC 54 2165/001).

À cette occasion, elle a entendu:

— des représentants des médecins: MM. Roel Van Giel (Alliance Avenir des Médecins – AADM), Reinier Hueting (“Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België” – ASGB) et Pierre Drielsma (Groupement Belge des Omnipraticiens – GBO);

— des représentants des organismes assureurs: MM. Renaud Boverie et Frédérick De Mesmaeker (Union Nationale des Mutualités Libres – MLOZ), Didier Saint-Jean (Union Nationale des Mutualités Socialistes – UNMS), et Mike Van Daele (Alliance Nationale des Mutualités Chrésiennes – ANMC).

Votre commission a par ailleurs reçu l'avis écrit de l'ABSyM. Cet avis ayant été discuté au cours des auditions, il est repris au titre des exposés introductifs, pour la clarté de la lecture du présent rapport.

I. — EXPOSÉS INTRODUCTIFS

A. Représentants des médecins

1. *Exposé introductif de M. Roel Van Giel (AADM)*

a) Situation

Le dossier médical global (DMG) est une partie du dossier médical qui se compose d'une synthèse de données importantes pour des soins continus, sûrs, de qualité et axés sur le patient. Il a pour objectifs la dispensation de soins de qualité, un meilleur échange des données et la participation, sur base volontaire, à la récolte de données épidémiologiques anonymisées (cf. accord médico-mutualiste 2006-2007).

L'auteure indique à juste titre, dans les développements de la proposition de loi, qu'il s'agit d'un instrument important de lutte contre le gaspillage en soins de santé, qui accroît la sécurité des patients (par exemple, grâce aux données relatives aux allergies) et la qualité des soins. Le DMG est donc un outil essentiel pour gérer des soins de plus en plus complexes. Cette importance

ook erkend in het regeringsakkoord dat stelt: “mede met het oog op het ontwikkelen en invoeren van een veralgemeend elektronisch patiëntendossier tegen 2019, zullen de patiënten aangespoord worden om een referentiehuisarts kiezen, zonder aan de vrije keuze van de patiënt te raken.”

Daarnaast haalt de indiener aan dat er in de huidige regelgeving een aantal praktische besommingen zitten die een verder uitrol van het GMD bemoeilijken. Dit heeft inderdaad grotendeels te maken met de procedure die bepaalt hoe een GMD kan afgesloten en verlengd worden. Hierdoor worden inderdaad de artsen die het GMD op een goede manier beheren evenals de patiënten die op een bewuste manier met hun gezondheid omgaan gepenaliseerd (bijvoorbeeld in het kader van preventieve akten of bijhouden van het dossier).

Het doel van deze wetswijziging is de verhoging van de penetratiegraad van het GMD in de bevolking omdat voor een correct en optimaal gebruik van de gezondheidszorg iedere burger een GMD-houdende huisarts(praktijk) nodig heeft.

Deze wetswijziging kan helpen om het ultieme doel “Iedere patiënt een GMD” te verwezenlijken en zo enerzijds de eerste lijn te versterken en anderzijds een betere, beter betaalbare en kwaliteitsvollere gezondheidszorg te organiseren.

Daarnaast is een belangrijke evolutie die het GMD moet maken de koppeling van het GMD aan de huisartspraktijk in plaats van aan de huisarts. Dit sluit aan bij de huidige situatie waarin meer en meer groepspraktijken ontstaan. De erkenning als huisartspraktijk is dus een andere belangrijke stap die moet gezet worden.

b) Huidige situatie

Het GMD kan voor alle rechthebbenden een keer per kalenderjaar worden geopend of verlengd (manueel of elektronisch) door een erkende huisarts, dit naar aanleiding van een raadpleging of een bezoek. De omschrijving van de verstrekking 102771 alsmede de ermee gepaard gaande toepassingsregels zoals de inhoud van het GMD zijn terug te vinden in artikel 2 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

est également reconnue dans l'accord de gouvernement, aux termes duquel “en vue du développement et de l'introduction d'un dossier patient électronique généralisé pour 2019, les patients sont incités à choisir un médecin généraliste de référence, sans toucher à la liberté de choix du patient.”

L'auteure ajoute que la procédure actuelle pose plusieurs problèmes pratiques qui compliquent le déploiement futur du DMG et sont, dans une large mesure, dus à la manière de clôturer et de prolonger un DMG. Les généralistes qui gèrent correctement le DMG ainsi que les patients qui surveillent consciencieusement leur état de santé se retrouvent ainsi pénalisés (par exemple, dans le cadre des actes préventifs ou de la tenue à jour du dossier).

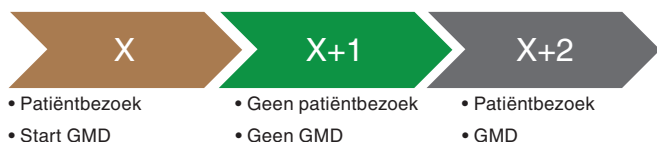
L'objectif de cette modification législative est d'augmenter le taux de pénétration du DMG au sein de la population, car pour pouvoir garantir des soins de santé corrects et optimaux, il est nécessaire que le DMG de chaque citoyen soit détenu par un médecin généraliste ou un cabinet de médecine générale.

Cette modification peut contribuer à réaliser l'objectif ultime d'“un DMG pour chaque patient” et donc, d'une part, à renforcer la première ligne et, d'autre part, à organiser des soins de santé de meilleure qualité et plus abordables.

Il est par ailleurs important de lier le DMG au cabinet de médecine générale et non plus au médecin généraliste. Cette évolution s'inscrit dans le contexte actuel, dans lequel de plus en plus de cabinets médicaux collectifs voient le jour. La reconnaissance en tant que cabinet de médecine générale est donc une autre étape importante à franchir.

b) Situation actuelle

Le DMG peut être ouvert ou prolongé (manuellement ou par voie électronique) une fois par année civile pour tous les ayants droit par un médecin généraliste agréé, à la suite d'une consultation ou d'une visite. La description de la prestation 102771, ainsi que les règles d'application y afférentes – comme celles relatives au contenu du DMG – figurent à l'article 2 de la nomenclature des prestations de santé.



Elk jaar opnieuw moet de huisarts op schriftelijke of elektronische manier na een raadpleging of een bezoek een start of een verlenging van het GMD attesteren. Daarnaast is er ook een ingewikkelde procedure van administratieve verlenging waarbij in jaar X+1 een GMD-honoraria wordt uitbetaald voor het jaar X als in jaar X een contact geweest is bij de huisartsenpraktijk waar in jaar X-1 een GMD geopend of verlengd is (op voorwaarde dat in jaar X geen nieuw nomenclatuurnummer 102771 geattesteerd is).

Wanneer een patiënt een jaar niet op raadpleging komt, wordt er geen GMD-honoraria uitbetaald, niet-tegenstaande het GMD wel bij de huisarts(praktijk) blijft.

c) Automatische verlenging

Om de tekorten van het huidige systeem op te vangen, is een automatische verlenging van het GMD een goede optie.

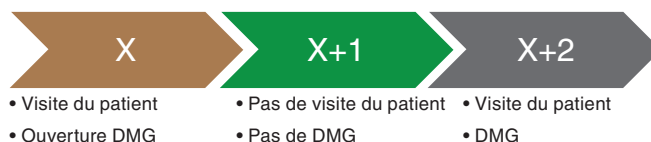


Het voorstel gaat uit van het feit dat een GMD blijft behouden bij een huisarts(praktijk) en maar wijzigt als de patiënt of de huisarts(praktijk) beslist om de huisarts-patiëntrelatie stop te zetten. Patiënten moeten niet meer op raadpleging komen om het GMD te verlengen. Een eenmalige start van een GMD blijft gelden tot ze door de patiënt of huisarts(praktijk) gewijzigd wordt.

Praktisch:

— Op 31 december x-1 wordt een lijst getrokken van alle patiënten die bij een bepaalde huisarts(praktijk) een GMD hebben.

— De uitbetaling van alle GMD's gebeurt op 31 januari x.



Chaque année, le médecin généraliste doit, après une consultation ou une visite, attester par écrit ou par voie électronique de l'ouverture ou de la prolongation du DMG. Il existe également une procédure complexe de prolongation administrative dans le cadre de laquelle des honoraires DMG sont payés au cours de l'année X+1 pour l'année X s'il y a eu, au cours de l'année X, un contact avec le cabinet de médecine générale au sein duquel un DMG a été ouvert ou prolongé au cours de l'année X-1 (à condition qu'aucun nouveau numéro de nomenclature 102771 n'ait été attesté au cours de l'année X).

Lorsqu'un patient ne consulte pas pendant un an, il n'y a pas de paiement d'honoraires DMG, malgré le fait que le DMG reste bien détenu par le médecin généraliste ou le cabinet de médecine générale.

c) Prolongation automatique

La prolongation automatique du DMG est une bonne solution pour combler les lacunes du système actuel.



La proposition de loi à l'examen part du principe que le médecin généraliste (ou son cabinet) conserve les DMG et que les choses ne changent à cet égard que si le patient ou le médecin généraliste (ou son cabinet) décide de mettre fin à leur relation. Les patients ne devront plus venir en consultation pour prolonger le DMG. Tout DMG restera ouvert jusqu'à ce qu'il soit modifié par le patient ou par le médecin généraliste (ou son cabinet).

En pratique:

— le 31 décembre x-1, une liste de tous les patients ayant un DMG est établie pour chaque médecin généraliste (ou cabinet);

— le paiement de tous les DMG est effectué le 31 janvier x;

— Tijdens het jaar x kunnen huisartsen nieuwe GMD's afsluiten of kunnen patiënten of huisartsen het GMD stopzetten of overdragen naar een andere huisarts(praktijk).

— Op 31 december x wordt een lijst getrokken van alle patiënten die bij een bepaalde huisarts(praktijk) een GMD hebben.

— De uitbetaling van alle GMD's gebeurt op 31 januari x+1

Randmodaliteiten:

1. Er kan maximaal een maal per jaar een transfer van het GMD naar een andere huisarts(praktijk) gebeuren. Dit bevordert de relatie patiënt-arts wat de basis is van een kwaliteitsvolle gezondheidszorg en een element zal zijn om het shopping-gedrag van patiënten te beperken.

2. Bij transfer van GMD naar een andere huisarts(praktijk) wordt de vorige GMD-houdende huisarts(praktijk) en de patiënt op de hoogte gebracht door de verzekeringsinstellingen.

3. De GMD houdende huisarts(praktijk) moet via Mycarenet kenbaar gemaakt worden aan andere zorgverleners en via de patiëntviewer aan de patiënt.

4. Verzekeringsinstellingen blijven een belangrijke opdracht hebben om hun leden die nog geen GMD hebben aan te schrijven en zodoende aan te sporen een GMD-houdende huisartsen(praktijk) te kiezen om zo op een correcte wijze gebruik te maken van de gezondheidszorg.

5. De huisarts(praktijk) heeft de mogelijkheid om het GMD stop te zetten in de uitzonderlijke situatie dat een verdere relatie arts-patiënt onmogelijk is. Hiervan wordt de patiënt van op de hoogte gebracht.

6. Indien er geen extra betaling voorzien wordt bij een transfer van het GMD heeft de uitbetaling van de automatische verlenging voorrang op de transfer. De huisarts(praktijk) en de patiënt kunnen gedurende het hele jaar een manuele of elektronische transfer of opening van het GMD doen maar enkel bij opening van een GMD bij een patiënt die nog geen GMD houdende huisarts(praktijk) had, zal dit ook tot een uitbetaling van het honoraria in jaar X lijden. Bij transfer van het GMD zal de nieuwe GMD-houdende huisartsen(praktijk) een honoraria ontvangen in jaar X+1.

— au cours de l'année x, les médecins généralistes peuvent ouvrir de nouveaux DMG, ou les patients/médecins généralistes peuvent clôturer ou transmettre le DMG à un autre médecin généraliste (ou à son cabinet);

— le 31 décembre, une liste de tous les patients ayant un DMG est établie pour chaque médecin généraliste (ou cabinet);

— le paiement de tous les DMG est effectué le 31 janvier x+1.

Modalités:

1. Le DMG peut être transféré au maximum une fois par an vers un autre cabinet de médecine générale. Cela favorise la relation patient – médecin, qui est la base de soins de santé de qualité et cela contribuera à limiter le *shopping* médical des patients.

2. En cas de transfert du DMG vers un autre cabinet de médecine générale, le précédent médecin ou cabinet gérant le DMG et le patient sont informés par les organismes assureurs.

3. L'identité du médecin traitant ou du cabinet gérant le DMG doit, par le biais de Mycarenet, être portée à la connaissance des autres prestataires de soins et, via le *patienthealthviewer*, du patient.

4. Les organismes assureurs conservent un rôle important puisqu'ils écriront à leurs membres qui n'ont pas encore de DMG pour les inciter à choisir un médecin traitant ou un cabinet gérant des DMG et ainsi recourir de façon correcte aux soins de santé.

5. Le médecin traitant ou cabinet a la possibilité de mettre fin au DMG dans la situation exceptionnelle où la poursuite de la relation patient – médecin est devenue impossible. Le patient en est dans ce cas informé.

6. Si aucun paiement supplémentaire n'est prévu en cas de transfert du DMG, le paiement de la prolongation automatique a priorité sur le transfert. Le médecin traitant ou cabinet et le patient peuvent, toute l'année, procéder à l'ouverture ou au transfert manuel ou électronique du DMG mais c'est uniquement en cas d'ouverture d'un DMG pour un patient qui n'avait pas encore de médecin traitant ou de cabinet gérant des DMG qu'il y aura paiement de l'honoraire au cours de l'année X. En cas de transfert du DMG, le nouveau médecin traitant ou cabinet gérant le DMG recevra un honoraire au cours de l'année X+1.

2. *Gemeenschappelijk inleidend betoog door de heren Reinier Hueting (ASGB) en Pierre Drielsma (VBO)*

a) Algemeen

Het wetsvoorstel benadrukt het belang van het GMD. In haar aanbevelingen voor het correcte gebruik van het GMD heeft de NRKP (Nationale raad voor kwaliteitspromotie) vier doelstellingen voor dat dossier genoemd, namelijk:

1. kwaliteitsvolle medische zorg dankzij de centralisatie van relevante gegevens;
2. een betere informatie-uitwisseling, waardoor bijvoorbeeld dubbele onderzoeken kunnen worden voorkomen;
3. een optimale behandeling voor de patiënten met complexere zorgbehoeften, voor wie het delen van het dossier met andere zorgverstrekkers almaar belangrijker zal worden;
4. vrijwillige medewerking aan het anoniem verzamelen van epidemiologische gegevens inzake volksgezondheid.

In tegenstelling tot wat wordt vermeld in het wetsvoorstel is preventie niet langer een afzonderlijk element en werd het nomenclatuurnummer 102395 geschrapt krachtens het akkoord artsen-ziekenfondsen 2016-2017. In het akkoord artsen-ziekenfondsen 2016-2017, wordt de terugbetaling voor het beheer van het GMD op 55 euro gebracht voor de patiënten van 45 tot 74 jaar, als die het statuut van chronisch zieke hebben. Dit strookt met het huidige inzicht dat het voor patiënten die complexere zorg vergen, bijvoorbeeld wegens de gelijktijdigheid van verschillende kwalen of wegens chronische ziekten, moeilijk voor is om voor elke zorgverstrekking een honorarium te geven zodat het forfaitaire deel groter moet zijn.

Volgens het Kartel zouden deze hogere forfaits in de toekomst ook kunnen gelden voor andere patiëntencategorieën en zou het bedrag ervan kunnen stijgen.

b) Beheer van het GMD

Voor de opening en de jaarlijkse verlenging van het GMD is het momenteel nog vereist dat er contact is met de patiënt. Er zijn verschillende manieren om het GMD te openen en te verlengen, namelijk manueel (op papier) of elektronisch (via MyCareNet), en elke methode heeft andere gevolgen voor de arts en de patiënt.

2. *Exposé introductif commun de MM. Reinier Hueting (ASGB) et Pierre Drielsma (GBO)*

a) Généralités

La proposition de loi insiste sur l'importance du DMG. Les quatre objectifs du DMG définis dans les recommandations du CNPQ (Conseil national pour la promotion de la qualité) pour l'utilisation correcte du DMG sont:

1. des soins de qualité grâce à la centralisation de données pertinentes;
2. un meilleur échange d'informations en épargnant par exemple les doublons d'examens;
3. la prise en charge optimale des patients ayant besoin de soins plus complexes, pour lesquels le partage du dossier avec d'autres prestataires de soins deviendra de plus en plus importante;
4. participer volontairement au recueil anonymisé des données épidémiologiques de santé publique.

Contrairement à ce qui est indiqué dans la proposition de loi, le module de prévention n'est plus un élément distinct et le numéro de nomenclature 102395 a été supprimé dans l'accord médico-mutualiste 2016-2017. Dans l'accord médico-mutualiste 2016-2017, le remboursement de gestion du DMG est porté à 55 euros pour les patients ayant un statut "maladie chronique" dans le groupe d'âge 45-74 ans. Ceci est conforme à la vision actuelle selon laquelle les patients demandant des soins plus complexes, comme la multi-morbidité et les maladies chroniques, sont difficiles à honorer pour chaque prestation, de sorte qu'il faut prévoir une partie forfaitaire plus grande.

Il se peut, selon le Cartel, que ces forfaits plus élevés puissent dans l'avenir être étendus à d'autres catégories de patients et augmentés en valeur.

b) Gestion du DMG

À l'heure actuelle, un contact avec un patient est encore nécessaire pour l'ouverture et le renouvellement annuel du DMG. Il y a plusieurs façons d'ouvrir et de prolonger le DMG: manuellement (papier) ou par voie électronique par l'intermédiaire MyCareNet, chacun ayant des implications différentes pour le médecin et le patient.

1° Manueel

Voor de opening factureert de arts volgens nomenclatuurnummer 102771. Hij kan het geld contant of via de derde betaler ontvangen. Het laatstgenoemde is verplicht als de patiënt het vraagt.

Deze verrichting kan slechts één keer per kalenderjaar gebeuren. Dit betekent dat de patiënt soms meerdere maanden moet wachten alvorens hij een nieuwe huisarts kan kiezen voor het beheer van zijn GMD, en ondertussen geen zorgtraject kan opstarten bij een andere arts, waardoor hij geen korting krijgt op het remgeld en geen enkele terugbetaling van de kosten voor een consult in de avonduren.

Voor de verlenging van het GMD kan de arts in dit systeem ofwel ervoor kiezen om jaarlijks manueel opnieuw te factureren volgens nomenclatuurnummer 102771, ofwel opteren voor het systeem van de administratieve verlenging. Bij een administratieve verlenging maakt het ziekenfonds van de patiënt het ereloon voor het GMD rechtstreeks over aan de arts, maar wel met een aanzienlijke vertraging. De arts krijgt namelijk pas in september van het jaar N+1 het GMD-ereloon voor het jaar N, op voorwaarde dat er in het jaar N een contact was en het GMD dateert van het jaar N-1. Besluit: de verplichting tot een jaarlijks contact zorgt in dit systeem voor een groot aantal nutteloze verrichtingen en/of een late betaling van de arts. Hierdoor worden een groot aantal GMD's afgesloten, vaak zonder dat de arts en/of de patiënt het merken.

2° Elektronisch beheer van het GMD via MyCareNet

Deze mogelijkheid bestaat sinds 1 augustus 2014. Het GMD wordt hier geopend via een melding middels een elektronisch bericht aan het ziekenfonds van de patiënt. Het ziekenfonds betaalt binnen vier weken de vergoeding rechtstreeks aan de arts, op voorwaarde dat er tijdens het lopende kalenderjaar nog geen vergoeding werd uitgekeerd voor de patiënt in kwestie. Met dit systeem kan de patiënt ogenblikkelijk van arts veranderen en behoudt hij bij de nieuwe arts zijn voordelen. Voor de arts kan dit eventueel betekenen dat hij een groot deel van het jaar het GMD beheert zonder hiervoor een ereloon te krijgen.

Bij dit systeem wordt bij het eerste contact van het kalenderjaar het signaal gegeven dat het GMD wordt verlengd. De arts krijgt binnen vier weken het ereloon hiervoor. Besluit: dit systeem is al eenvoudiger en heeft een aantal voordelen, vooral voor de patiënt. Een arts krijgt hier echter niet altijd een ereloon voor het beheer van een dossier.

1° Manuellement

Pour l'ouverture, le médecin facture le numéro de nomenclature 102771. Il peut encaisser comptant ou via le tiers payant (obligatoire à la demande du patient).

Par année civile, cela ne peut se produire qu'une seule fois. Cela implique pour le patient qu'il doit parfois attendre plusieurs mois avant de pouvoir changer de médecin généraliste titulaire du DMG et pendant ce temps, il ne peut ouvrir un trajet de soins chez un nouveau médecin et il n'a donc pas de réduction du ticket modérateur et aucun remboursement des frais pour une consultation du soir.

Pour le renouvellement du DMG le médecin peut choisir dans ce système de réitérer manuellement chaque année la facturation du code de nomenclature 102771, ou opter pour le système de renouvellement administratif. Dans le cas du prolongement administratif, l'honoraire pour le DMG est versé directement au médecin par la Mutualité du patient, mais avec un retard considérable: à savoir, en septembre de l'année N + 1, pour l'année N, à la condition que le DMG était de l'année N-1 et qu'il y ait eu un contact durant l'année N. Conclusion: l'obligation d'un contact annuel conduit dans ce système à un grand nombre d'opérations inutiles et/ou une indemnisation tardive du médecin. De cette façon, un grand nombre de DMG se clôturent, souvent sans que le médecin et / ou le patient s'en rendent compte.

2° Gestion électronique de DMG via MyCareNet

Cette possibilité existe depuis le 1^{er} août 2014. L'ouverture d'un DMG est effectuée par notification: c'est l'envoi d'un message électronique à la Mutualité du patient. La mutualité paie l'indemnisation directement au médecin dans les quatre semaines, à condition qu'il n'y ait pas eu indemnisation pour le patient dans l'année calendrier. Le patient peut changer instantanément de médecin dans ce système, les avantages pour le patient sont directement disponibles chez le nouveau médecin. Pour le médecin, cela peut éventuellement signifier qu'il gère le DMG une grande partie de l'année sans honoraire.

Pour la prolongation dans ce système, le signal de prolongation du DMG sera donné au 1^{er} contact de l'année calendrier. L'honoraire sera versé dans les quatre semaines chez le médecin. Conclusion: c'est déjà un système plus simple avec un certain nombre d'avantages, en particulier pour le patient. Mais ici, un médecin doit parfois être chargé de gérer sans honoraire.

Om het ereloon te krijgen voor de verlenging van het GMD, moet de arts wachten tot de patiënt het getuigschrift voor verstrekte hulp naar zijn ziekenfonds stuurt (en helaas wachten sommige patiënten hier maanden mee). De betaling gebeurt snel, maar helaas niet op dezelfde manier bij alle ziekenfonds, waardoor een onnodige administratieve last ontstaat.

c) Automatische verlenging van het GMD en verplichte inschrijving bij een reguliere arts

Hoewel het belang van het GMD ten overvloede is aangetoond, heeft een groot deel van de bevolking er nog steeds geen.

Een significant aantal patiënten stelt verzorging uit om financiële redenen, alsook wegens een foute aanwending van de spoeddiensten, een verkeerde inschakeling van de specialistengeneeskunde en een sterkere toename van herhaalde technische onderzoeken. Om dat te verbeteren en om de centrale rol te bevorderen van de gezinsarts – die wordt erkend als een laagdrempelige toegang tot de gezondheidszorg – legt het Kartel de klemtoon op de inschrijving van alle patiënten bij een reguliere huisarts en op de automatische verlenging van het GMD. Driemaandelijks betaling is het beste om zo soepel mogelijk elke nieuwe arts van een patiënt te honoreren.

Omdat het Kartel het ereloon voor de *follow-up* van een diabetespatiënt (nomenclatuurnummer 102852) beschouwt als een bijkomend forfaitair bedrag voor een patiënt die meer zorg behoeft, is het kennelijk logisch ook voor een automatische verlenging te ijveren.

3. Schriftelijk advies van de BVAS

De BVAS zou gewonnen zijn voor een jaarlijkse betaling van het globaal medisch dossier.

Zoals sommige parlementsleden aangeven, komt het voor dat een groot aantal patiënten een jaar lang niet op consult gaan. Dat blijkt des te meer te kloppen voor de huisartsen die in stedelijke omgevingen werken “in concurrentie” met de consulten in meerdere nabijgelegen ziekenhuizen. Voorts hebben zij te maken met de mededinging van de RVA, de centra voor gezinsplanning, de schoolgeneeskundecentra en -bussen enzovoort.

Overschakelen op een jaarlijkse betaling voor het globaal medisch dossier zou het mogelijk maken een evenwicht te bewerkstelligen met de werkwijze van de

Le médecin est dépendant, pour être honoré de la prolongation du DMG, de la réception par la mutualité de l'attestation de soins fournie par le patient (et malheureusement certains patients les gardent pendant des mois). Le paiement est rapide, mais malheureusement pas de manière uniforme par les mutualités ce qui conduit à une charge administrative inutile.

c) Renouvellement automatique du GMD et inscription obligatoire auprès d'un médecin régulier

Bien que son importance ait été abondamment démontrée, une grande partie de la population n'a toujours pas de DMG.

Un nombre important de patients diffèrent les soins pour des raisons financières, une mauvaise utilisation des services d'urgence, une mauvaise utilisation de la médecine spécialisée, et une augmentation accrue des examens techniques répétés. Pour améliorer cela et favoriser le rôle central du médecin de famille, reconnu comme l'accès aisé aux soins de santé, le Cartel met l'accent sur l'inscription de tous les patients chez un médecin généraliste régulier et le renouvellement automatique du DMG. Le paiement trimestriel est le meilleur pour honorer aussi souplement que possible tout nouveau médecin d'un patient.

Parce que le Cartel considère l'honoraire pour le suivi d'un patient diabétique (numéro de nomenclature 102852) comme un montant forfaitaire supplémentaire pour un patient souffrant d'un besoin accru de soins, il semble logique d'œuvrer également pour une prolongation automatique.

3. Avis écrit de l'ABSyM

L'ABSyM serait favorable au paiement annuel du dossier médical global.

Comme l'indiquent certains parlementaires, il arrive qu'un nombre important de patients ne consultent pas pendant une année. Cela s'avère d'autant plus vrai pour les médecins généralistes qui travaillent dans des milieux urbains “en compétition” avec les consultations réalisées dans plusieurs hôpitaux les entourant. Ils subissent également la concurrence de l'ONE, des centres de planning familial, de médecine scolaire, des cars scolaires, etc.

Rendre le paiement annuel du dossier médical global permettrait de réaliser un équilibre avec le mode de fonctionnement des maisons médicales qui, elles, d'office

wijkgezondheidscentra, die ambtshalve, van bij het begin van het jaar de jaarlijkse betaling voor het globaal medisch dossier ontvangen zonder dat de patiënt op consult komt.

Die jaarlijkse automatische betaling doet echter enkele moeilijkheden rijzen, want uit de wijziging van artikel 78 blijkt een trend waarbij de niet-medische partners en de thuiszorg aan belang winnen. Die nieuwe partners zullen in het geïnformatiseerd globaal medisch dossier een massa gegevens inbrengen die werk zullen vergen van de huisarts. Het huidige ereloon van 35/55,- euro volstaat dus zeker niet om dat extra werk op te vangen.

Tijdens de recentste Werkgroep Huisartsengeneeskunde van de Technische Geneeskundige Raad van het RIZIV, is overigens een voorstel van nomenclatuur verschenen om aan te tonen dat het globaal medisch dossier zou kunnen worden geactiveerd met de aanmaak van een SumEHR. De aanwezige vakbondsverenigingen hebben dat voorstel afgewezen. Op de SumEHR wordt momenteel immers erg veel kritiek geuit, met name inzake de medische aansprakelijkheid in verband met de inhoud ervan. De jaarlijkse automatische betaling van het globaal medisch dossier zou alleen aanvaardbaar zijn indien het voorstel van de nieuwe nomenclatuur (SumEHR) niet leidt tot een leegloop van de huisartsenconsulten en tot een ineenstorting van het aantal huisartsenbezoeken.

Bijzondere aandacht moet gaan naar de jonge artsen die, bij de aanvang van hun loopbaan, nog niet over een globaal medisch dossier beschikken.

B. Vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen

1. Algemeen

Over het betrokken wetsvoorstel werd gedebatteerd tijdens het Nationaal Intermutualistisch College van 18 april 2017.

Het wetsvoorstel heeft tot doel de preventiemodule in het GMD op te nemen, een automatische jaarlijkse verlenging van het beheer van het GMD in te stellen en de dienovereenkomstige jaarhonoraria automatisch toe te kennen zolang de huisarts het GMD beheert en zolang de patiënt zich niet tegen die verlenging ervan verzet.

De aangevoerde motiveringen luiden als volgt. Ten eerste krijgen de arts, de patiënt en het ziekenfonds een overbodige planning opgelegd. De huisarts moet

sans voir le patient, obtiennent le paiement annuel du dossier médical global et ce, dès le début de l'année.

Toutefois, ce paiement automatique annuel pose quelques problèmes car la modification de l'article 78 nous montre une tendance vers une montée en puissance des partenaires non médicaux et des soins à domicile. Ces nouveaux partenaires vont injecter dans le dossier médical global informatisé une foule de données qui demanderont du travail au médecin généraliste. L'honoraire actuel de 35/55,- euros n'est donc certainement pas suffisant pour inclure cette surcharge de travail.

Par ailleurs, lors du dernier groupe de travail Médecine Générale du Conseil Technique Médical de l'INAMI, est apparue une proposition de nomenclature pour démontrer que le dossier médical global pourrait être activé avec la création d'un Sumehr. Cette proposition a été refusée par les associations syndicales présentes. En effet, de très nombreuses critiques apparaissent actuellement vis-à-vis d'un Sumehr notamment la problématique de la responsabilité médicale liée au contenu de celui-ci. Le paiement automatique annuel du dossier médical global serait acceptable seulement si la proposition de la nouvelle nomenclature (Sumehr) ne conduit pas à une désertification des consultations et visites du médecin généraliste.

Une attention particulière doit être accordée aux jeunes médecins qui, en début de carrière, ne disposent pas encore d'un dossier médical global.

B. Représentants des organismes assureurs

1. Généralités

La proposition de loi concernée a été débattue lors du Collège inter-mutualiste national du 18 avril 2017.

La proposition de loi a pour objectif d'inclure le module de prévention dans le DMG et d'instaurer une prolongation annuelle automatique de la gestion du DMG et l'octroi automatique des honoraires annuels correspondants tant que le DMG est géré par le médecin généraliste et que le patient ne s'oppose pas à sa prolongation.

Les motivations avancées sont les suivantes. Premièrement, elle impose une planification superflue au médecin, au patient et à la mutualité. En effet, le

na een consult immers de aanvraag tot het ziekenfonds richten, waarna het ziekenfonds die moet controleren en bevestigen en tot vergoeding moet overgaan. Die procedure benadeelt de huisartsen die thans voortdurend de GMD's moeten actualiseren van de patiënten die niet (echt) jaarlijks bij hen op consult komen. Voorts benadeelt de huidige procedure de patiënten die jarenlang niet bij hun huisarts op consult gaan, want het aan het GMD verbonden voordeel van het verlaagde remgeld verstrijkt na twee jaar. De patiënten die niet binnen een tijdspanne van exact twaalf maanden op controleconsult gaan, worden met praktische moeilijkheden geconfronteerd.

De verzekeringsinstellingen formuleren enerzijds bedenkingen en commentaar, en stellen anderzijds aanvullende vragen.

2. Bedenkingen en commentaar

a) Over de integratie van de preventiemodule in het GMD

Ingevolge het koninklijk besluit van 26 januari 2017 tot wijziging van het artikel 2, B, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt de preventiemodule in het DMG opgenomen met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2016. Datzelfde koninklijk besluit voorziet eveneens in een verhoging met 25 euro voor de GMD's van de patiënten met een chronische aandoening.

b) Over de integratie van een automatische jaarlijkse verlenging en de automatische toekenning van de jaarlijkse honoraria

Achter het GMD gaat het idee schuil de medische zorg doeltreffender te maken. Aan de hand van het GMD legt de huisarts een dossier aan met alle medische patiëntgegevens die op zowel preventief als curatief vlak belangrijk zijn. In dat verband geldt met betrekking tot het GMD een bijkomend honorarium voor het beheer van het medisch dossier bij raadpleging of huisbezoek. Het wordt voorgesteld als een stimulans om het bijhouden van een globaal medisch dossier aan te moedigen.

In een advies van 16 juli 2011 over het beheer van het medisch dossier preciseert de Raad van de Orde van artsen meer bepaald het volgende:

— “de vaste relatie huisarts-patiënt vormt de basis voor het beheer van het GMD”. Moet uit die stelling niet

médecin généraliste doit adresser la demande à la mutualité – à l'issue d'une consultation – et la mutualité doit ensuite la contrôler, la confirmer et procéder à l'indemnisation. Cette procédure pénalise les médecins généralistes qui doivent aujourd'hui actualiser en permanence les DMG des patients qui ne les consultent pas (tout à fait) annuellement. La procédure actuelle pénalise également les patients qui ne consultent pas leur médecin généraliste durant plusieurs années car le bénéfice du ticket modérateur réduit associé au DMG expire après deux ans. Les patients qui ne se rendent pas à une visite de contrôle dans un intervalle d'exactement douze mois sont confrontés à des problèmes pratiques.

Les organismes assureurs formulent, d'une part, des réflexions et des commentaires et, d'autre part, des questions complémentaires.

2. Réflexions et commentaires

a) Sur l'inclusion du module de prévention dans le DMG

Depuis l'arrêté royal du 26 janvier 2017 modifiant l'article 2, B, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, le module de prévention est intégré dans les dispositions du DMG avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2016. Ce même arrêté royal prévoit également une augmentation de 25 euros pour les DMG des patients souffrant d'une affection chronique.

b) Sur l'intégration d'une prolongation annuelle automatique et l'octroi automatique des honoraires annuels

La philosophie du DMG consiste à accroître l'efficacité des soins médicaux. Par le DMG, le médecin généraliste constitue un dossier qui reprend toutes les informations médicales essentielles du patient sur les plans préventif et curatif. Dans ce contexte, le DMG est vu comme un honoraire supplémentaire pour la gestion du dossier médical à l'occasion d'une consultation ou visite. Il est présenté comme un stimulant pour favoriser le déploiement de la tenue d'un dossier médical global.

Dans un avis du 16 juillet 2011 sur la gestion du dossier médical, le Conseil de l'Ordre des Médecins précise notamment:

— “Qu'une relation fixe patient-médecin généraliste constitue la base de la gestion du DMG”. De cette

worden afgeleid dat een jaarlijks consult integraal deel uitmaakt van een vaste relatie?

— “Er moet in elk geval vermeden worden dat de kwalitatieve meerwaarde voor de patiënt van een GMD – beheerd door één vaste huisarts – ondergeschikt wordt aan de financiële vergoeding voor huisartsen en aanzet geeft tot het ronselen van patiënten”. Zou een jaarlijkse automatische betaling de vrees van de Raad van de Orde niet bevestigen, doordat het risico op het ronselen van patiënten wordt versterkt ten koste van de kwalitatieve medische meerwaarde? Die vraag is relevant.

Wanneer een GMD wordt aangelegd, ontstaat er ten slotte een therapeutische relatie tussen de arts en de patiënt, die ermee instemt dat zijn medische gegevens worden gedeeld. De vraag rijst hoe een dergelijke therapeutische relatie in de tijd kan worden bestendig, en wel voor onbepaalde tijd, zonder dat er regelmatig contact zou zijn tussen de patiënt en zijn arts.

c) Over de nadere manieren tot verlenging van een GMD

Momenteel bestaan er drie manieren om het GMD te verlengen:

1. Via een papieren verklaring (code 102771) ter gelegenheid van een raadpleging of een huisbezoek.

2. Automatisch, via het “eGMD” en de versnelde automatische verlenging. Elke arts die hierop intekent, kan er via een officiële applicatie elektronisch kennis van geven dat een nieuw GMD is geopend. In dat systeem kan de arts gebruik maken van een versnelde automatische verlenging zodra de verzekeringsinstelling het zorgattest voor de contactprestatie heeft ontvangen. In dat geval hoeft de arts geen bijkomend attest na te sturen.

3. Automatisch, via de administratieve verlenging. Heeft de arts niet ingetekend op het “eGMD” en heeft hij geen nomenclatuurnummer 102771 geattesteerd, dan heeft in september van het jaar $n+1$ een administratieve verlenging plaats, voor zover tijdens het jaar n minstens één contact heeft plaatsgevonden. De arts hoeft voor het overige niets te ondernemen.

De laatste twee nadere manieren bieden een antwoord op het argument van de overbodige planning.

d) Over de impact op de afgezwakte rechten van de patiënt

affirmation, n’y a-t-il pas lieu de considérer qu’une consultation annuelle fasse partie intégrante d’une relation fixe?

— “Qu’il doit en tout cas être évité que la plus-value qualitative pour le patient d’un DMG – géré par un médecin généraliste fixe – soit subordonnée à la rétribution des médecins généralistes et que celle-ci n’incite au rabattage de patients.” Un paiement automatique annuel ne serait-il pas de nature à servir la crainte du Conseil de l’Ordre en renforçant le risque de rabattage de patients en défaveur de la plus-value qualitative médicale. La question peut être posée.

Enfin, au moment de l’ouverture d’un DMG, une relation thérapeutique est créée entre le médecin et le patient qui donne son consentement pour le partage de ses données médicales. Il y a lieu de s’interroger comment une telle relation thérapeutique peut perdurer dans le temps et ce pour une durée indéterminée sans qu’un contact régulier n’ait lieu entre le patient et son médecin.

c) Sur les modalités de prolongation d’un DMG

Actuellement, les modalités de prolongation d’un DMG sont au nombre de trois:

1. Via une attestation papier (code 102771) suite à une consultation ou visite.

2. De manière automatique, via “EDMG” et la prolongation automatique accélérée. Tout médecin peut, après inscription et via un software agréé, notifier électroniquement l’ouverture d’un nouveau DMG. Dans ce système, le médecin bénéficie d’une prolongation automatique accélérée dès réception par l’organisme assureur de l’attestation de soins de la prestation de contact. Le médecin ne doit pas renvoyer d’attestation complémentaire dans ce cas présent.

3. De manière automatique, via la prolongation administrative. Si le médecin n’est pas inscrit dans “EDMG” et n’a pas attesté de 102771 lors de l’année de prolongation, une prolongation administrative a lieu en septembre de l’année $+1$ pour autant qu’un contact ait eu lieu lors de l’année n . Aucune action complémentaire du médecin n’est nécessaire.

Les deux dernières modalités offrent une réponse à l’argument de la planification superflue.

d) Sur le rapport aux droits diminués du patient

Volgens de verzekeringsinstellingen is die impact beperkt. Wanneer de patiënt niet langer een vermindering van het remgeld geniet voor de periode waarop het geopende GMD slaat, dan kan de arts een nieuw GMD openen. De patiënt zal dan meteen het verlaagde remgeld genieten.

e) Over het percentage “niet-verlengde” dossiers

Uit een eerste analyse blijkt dat het percentage “niet-verlengde” dossiers tengevolge van het ontbreken van een contact tijdens het verlengingsjaar net geen 15 % bedraagt (en dus niet 25 %).

3. Aanvullende de vragen van de verzekeringsinstellingen

Het wetsvoorstel beoogt te voorzien in de automatische jaarlijkse verlenging van het GMD-beheer en in de automatische toekenning van de overeenkomstige jaarlijkse honoraria zolang het GMD door de huisarts wordt beheerd en de patiënt zich niet tegen de verlenging ervan verzet. Over welk praktisch middel beschikt de patiënt om zich tegen de verlenging te verzetten?

Welke impact heeft een dergelijke automatische verlenging op een budget dat al zeer strak is?

4. Conclusies

Om die redenen is het advies van de verzekeringsinstellingen over het wetsvoorstel negatief. De verzekeringsinstellingen wijzen er voorts op dat ze grote voorstanders zijn van de ontwikkeling van het eGMD, dat de automatische verlenging van het GMD begunstigt. Ter info, op dit ogenblik zijn er, wat de invoering van de eGMD's betreft, 16 erkende softwareprogramma's, 8 609 producent-artsen voor de raadpleging van het GMD en 5 536 producent-artsen voor het beheer van het GMD.

II. — BESPREKING

A. Kosten-baten

Mevrouw Yoleen Van Camp (N-VA) had graag gehad dat de verzekeringsinstellingen meer informatie gaven om de budgettaire impact van het wetsvoorstel te kunnen ramen. Volgens haar stond hun rol dat toe. De verzekeringsinstellingen hadden ook op de terugverdieneffecten moeten wijzen: het GMD draagt bij tot een betere gezondheid en vermindert dus de kosten voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Les organismes assureurs considèrent l'impact comme étant limité. Si le patient ne bénéficie plus d'une diminution des tickets modérateurs liés la période d'ouverture d'un DMG, le médecin peut ouvrir un nouveau DMG. Dès lors, le patient bénéficiera directement des tickets modérateurs réduits.

e) Sur le pourcentage de dossiers “non prolongé”

Après une première analyse, le pourcentage de dossiers “non prolongés” du fait de l'absence de contact pendant l'année de prolongation est légèrement inférieur à 15 % (et non 25 %).

3. Questions complémentaires des organismes assureurs

La proposition instaure la prolongation annuelle automatique de la gestion du DMG et l'octroi automatique des honoraires annuels correspondants tant que le DMG est géré par le médecin généraliste et que le patient ne s'oppose pas à sa prolongation. Par quelle modalité pratique, le patient exprimera-t-il son opposition à la prolongation?

Quel est l'impact budgétaire d'une telle prolongation automatique dans un budget déjà fort tendu?

4. Conclusions

Pour ces motifs, l'avis des organismes assureurs sur la proposition de loi est négatif. Par la même occasion, les organismes assureurs rappellent qu'ils soutiennent fortement le déploiement du “EDMG” qui favorise la prolongation automatique du DMG. A titre d'information, il existe actuellement, dans le cadre de la mise en production de “EDMG”, 16 logiciels agréés, 8609 médecins en production pour la consultation du DMG et 5536 médecins en production pour la gestion du DMG.

II. — DISCUSSION

A. Coûts-bénéfices

Mme Yoleen Van Camp (N-VA) aurait apprécié que les organismes assureurs apportent plus d'éléments permettant d'évaluer l'impact budgétaire de la proposition de loi. Pour le membre, leur rôle le leur permettait. Les organismes assureurs auraient également dû mettre en évidence les effets retours: le DMG concourt à une meilleure santé et donc à de moindres coûts pour l'assurance maladie-invalidité.

De heer Roel Van Giel (AADM) ziet in ieder geval niet in hoe het wetsvoorstel het gevaar zou kunnen inhouden dat de behandelende artsen patiënten gaan ronselen. Integendeel, nu al moeten veel artsen, wegens de hoge werklast, nieuwe patiënten met een GMD weigeren.

Aan het wetsvoorstel is beslist een terugverdieneffect verbonden, dankzij verschillende factoren: een betere verzameling van de gezondheidsinformatie over patiënten, de afschaffing van dubbele onderzoeken en nutteloze handelingen, een betere inachtneming van de zorglijnen enzovoort. De eerste lijn wordt gestimuleerd en ontlast zo de andere lijnen.

De heer Didier Saint-Jean (NVSM) geeft aan dat het in de praktijk is voorgekomen dat een arts meer dan één keer in een jaar de GMD-code invoert voor dezelfde patiënt. Die laatste betaalt voor de prestatie. De verzekeringsinstellingen worden dan geconfronteerd met de wettelijke beperking van één keer per jaar.

Mevrouw Ine Somers (Open Vld) ontkent niet dat het belangrijk is zich tot de geschiktste zorglijn te wenden. Het kan echter niet de bedoeling zijn een einde te maken aan de keuzevrijheid van de patiënt, of het vragen van een tweede opinie onmogelijk te maken. Het volstaat in ieder geval niet een GMD te organiseren om de patiënt naar de goede hulpverlener in de goede zorglijn te loodsen.

De heer Mike Van Daele (ANMC) vreest dat het niet eenvoudig is een raming te maken van de terugverdieneffecten. Waarom zal een patiënt geen arts raadplegen: omdat hij er geen nood aan heeft? Waarom vraagt hij niet zelf een GMD: omdat hij zijn zorgbehoeften laag inschat? Zou het kunnen dat er sprake is van causale verbanden?

B. Elektronisch medisch dossier

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) is, net als vele anderen, overtuigd van het nut van het elektronisch platform eHealth. Tijdens een recente rondetafelconferentie over het thema "patiëntenrechten" is echter gebleken dat de patiënten niet noodzakelijk systematisch ervan in kennis worden gesteld dat een deel van hun gegevens elektronisch wordt verwerkt.

Mevrouw Yoleen Van Camp (N-VA) twijfelt niet aan het nut van een betere voorlichting van de patiënt: dat is een complementair aspect van het wetsvoorstel.

Mevrouw Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) steunt het idee dat elke patiënt een globaal medisch dossier heeft en dat dit dossier elektronisch beheerd wordt.

M. Roel Van Giel (AADM) ne voit en tout cas pas comment la proposition de loi pourrait présenter le risque que les médecins traitants commencent à démarcher une patientèle. Déjà aujourd'hui, nombreux sont les médecins qui, au contraire, en raison de la charge de travail, doivent refuser de nouveaux patients avec un DMG.

La proposition de loi présente certainement un effet retour, lié aux conséquences suivantes: meilleure collecte des informations de santé des patients, suppression de doubles examens et de prestations inutiles, meilleur respect des lignes de soins, etc. Un incitant est donné à la première ligne, qui libère les autres lignes de soins.

M. Didier Saint-Jean (UNMS) précise que dans la pratique, il est arrivé qu'un médecin atteste plus d'une fois le code du DMG sur une année pour un même patient. Celui-ci paie la prestation. Les organismes assureurs sont alors confrontés à la limite légale d'une fois par an.

Mme Ine Somers (Open Vld) ne conteste pas l'intérêt de s'adresser à la ligne de soins la plus adaptée. Cependant, il ne saurait être question de supprimer la liberté de choix des patients, ni d'écarter toute faculté de seconde opinion. Le simple fait d'organiser un DMG n'est de toute manière pas de nature à guider le patient vers le bon prestataire dans la bonne ligne de soins.

M. Mike Van Daele (ANMC) craint qu'il ne soit pas aisé d'évaluer les effets retours. Pourquoi un patient ne va-t-il pas consulter un médecin: parce qu'il n'en a pas besoin? Pourquoi ne demande-t-il pas lui-même un DMG: parce qu'il évalue ses besoins de soins à un bas niveau? Est-il possible d'établir des liens de causalité?

B. Dossier médical électronique

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) est convaincue, comme bien d'autres, de l'intérêt de la plate-forme électronique eHealth. Toutefois, une table-ronde organisée récemment sur le thème des droits des patients a mis en évidence que les patients ne sont pas nécessairement informés systématiquement qu'une partie de ses données est traitée par la voie électronique.

Mme Yoleen Van Camp (N-VA) ne met pas en doute l'intérêt d'une meilleure information du patient: il s'agit d'un aspect complémentaire à la proposition de loi.

Mme Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) souscrit à l'idée que tout patient ait un dossier médical global, ainsi qu'à celle que ce dossier soit géré de manière électronique.

Een handeling die in dit dossier wordt ingevoerd, wordt automatisch ter kennis gebracht van de verzekeringsinstellingen. Er blijft dus een spoor van de relatie tussen de behandelende arts en zijn patiënt. De verlenging gebeurt bijgevolg automatisch. Is dit verbonden aan de follow-up van de patiënt? Is het anderzijds nog nodig andere voorwaarden te vervullen?

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) geeft aan dat in het regeerakkoord staat dat het elektronisch medisch dossier verplicht zal worden (DOC 54 0020/001, blz. 8). Alle instellingen die werden gehoord, benadrukken dat een papieren dossier omslachtig is. Zou het niet beter zijn de verlenging van de GMD-bijdrage te koppelen aan de verplichting om gebruik te maken van MyCareNet?

De heer Reinier Hueting (ASGB) betwist niet dat de verlenging van de bijdrage een stimulans kan zijn om over te stappen naar het elektronisch medisch dossier. Er is echter overeengekomen dat oudere artsen, die op het einde van hun loopbaan zijn, niet verplicht zouden worden over te schakelen op het elektronisch dossier. Ze kunnen gebruik maken van een overgangsperiode van vijf jaar, waarin ze nog op papier kunnen werken.

De spreker volgt de verzekeringsinstellingen niet wanneer die stellen dat de automatische verlenging geen probleem vormt, aangezien het attest van de verleende zorg hun wordt toegezonden. Via elektronische weg is dit zeker het geval. Op papier is dat niet het geval. Het zijn net de verzekeringsinstellingen die zich hebben verzet tegen de veralgemening van de derdebetalersregeling bij een consult, wat voor een systematische verzending zou hebben gezorgd.

Het elektronisch getuigschrift voor verstrekte hulp zal wellicht onder meer als voordeel hebben dat de GMD-honoraria automatisch worden uitbetaald. In die regeling is thans echter alleen voorzien voor de raadplegingen, niet voor de (rust)huisbezoeken.

De heer Didier Saint-Jean (NVSM) merkt op dat niet alleen de verzekeringsinstellingen bezwaren hebben tegen de automatische derdebetalersregeling; ook artsenvertegenwoordigers hebben zich daartegen verzet.

De spreker betwist niet dat het raadzaam is voor de oudere artsen met een naderend loopbaaneinde in een overgangsperiode te voorzien waarin zij niet verplicht zullen zijn een elektronisch medisch dossier aan te leggen. Het naast elkaar bestaan van de twee systemen doet echter technische en administratieve problemen rijzen.

Une prestation encodée dans ce dossier est automatiquement communiquée aux organismes assureurs. Dès lors, une trace de la relation entre le médecin traitant et son patient reste. Dès lors, la prolongation reçoit un caractère automatique. Ce caractère est-il lié au suivi du patient? Est-il au contraire encore nécessaire de rencontrer d'autres conditions?

Mme Nathalie Muylle (CD&V) note qu'aux termes de l'accord de gouvernement, "Le dossier médical électronique sera obligatoire" (DOC 54 0020/001, p. 8). Les institutions auditionnées mettent toutes en exergue qu'un dossier papier engendre des lourdeurs administratives. Ne serait-il pas préférable de coupler la prolongation de la rétribution du DMG à l'obligation de passer par MyCareNet?

M. Reinier Hueting (ASGB) ne conteste pas que la prolongation de la rétribution puisse constituer un incitant pour passer au dossier médical électronique. Toutefois, il a été convenu que les médecins plus âgés ne seraient pas contraints à passer à la voie électronique, en fin de carrière. Ils reçoivent cinq ans de période transitoire, où il sera encore possible de travailler sur papier.

L'orateur ne peut suivre les organismes assureurs lorsqu'ils affirment que l'automatisme ne pose pas de problème, dès lors que l'attestation de soins donnés leur est transmise. Certes, par la voie électronique, la transmission est assurée. Cependant, par voie papier, tel n'est pas le cas. Ce sont justement les organismes assureurs qui se sont opposés à la généralisation du tiers payant en cas de consultation, ce qui aurait assuré une transmission systématique.

L'un des avantages de l'attestation de soins donnés électronique consistera sans doute dans l'automatisme de la rétribution pour le DMG. Toutefois, ceci n'est actuellement prévu que pour les consultations, et non pour les visites à domicile ou en maison de repos.

M. Didier Saint-Jean (UNMS) fait remarquer que les organismes assureurs ne sont pas les seuls à avoir formulé des objections contre le tiers-payant automatique: des représentants des médecins s'y sont opposés également.

L'intervenant ne conteste pas l'opportunité d'une période transitoire laissée aux médecins âgés et en fin de carrière, à qui une obligation de dossier médical électronique ne sera pas imposée. Cependant, la coexistence de deux systèmes pose des difficultés techniques et administratives.

De heer Renaud Boverie (MLOZ) wijst erop dat de nieuwe behandelende artsen onmiddellijk in de verplichte regeling van het elektronisch medisch dossier moeten stappen. Hij geeft echter aan dat men de wijkgezondheidscentra niet tot model ter zake mag verheffen; de minister van Volksgezondheid onderzoekt de werking van die centra en er wordt een moratorium overwogen.

C. Contacten en opvolging

Mevrouw Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) begrijpt niet dat, in het kader van de verlenging van het globaal medisch dossier, niet langer zou moeten worden voldaan aan de vereiste dat de behandelende arts zijn patiënt fysiek moet zien. Die ontmoeting is volgens haar van essentieel belang om de patiënt medisch op te volgen.

Mevrouw Ine Somers (Open Vld) merkt op dat het soms niet nodig is dat een patiënt door een behandelende arts in het algemeen wordt opgevolgd, omdat hij in goede gezondheid verkeert. Hij kan zijn gezondheidstoestand tevens door een andere behandelende arts doen opvolgen. In die gevallen kan de vergoeding niet automatisch worden uitbetaald; er moet een contact zijn.

Een chronisch zieke patiënt moet zijn arts vaak zien. Wat is de visie van de gehoorde instellingen in dat geval?

De heer Pierre Drielsma (VBO) kan zich vinden in het standpunt van de BVAS, die erop wijst dat het wetsvoorstel de ongelijkheid zou wegwerken tussen het forfaitsysteem en de betaling per prestatie. Het forfaitsysteem bewijst dat het argument inzake de noodzakelijke jaarlijkse opvolging niet relevant is. Voor patiënten in de leeftijdscategorie van 15 tot 45 jaar is het niet wetenschappelijk bewezen dat zij jaarlijks bij de dokter op consult moeten gaan.

Patiënten die van zorgverlener willen veranderen, moeten zich kunnen uitschrijven. Deze mogelijkheid is vervat in het door het ASGB geformuleerde voorstel. Soepelheid ter zake is geboden.

De heer Roel Van Giel (AADM) herinnert eraan dat een patiënt in het ideale geval een gezonde patiënt is, en dat net die patiënt wordt niet gevolgd. Het Belgische gezondheidszorgsysteem is echter reactief. Het op stapel staande systeem zal proactief werken en preventieve zorg centraal stellen. Een dergelijk systeem kost veel minder, en dat is ook de doelstelling van het GMB.

Met betrekking tot de behandeling van chronische ziekten zouden niet alle prestaties door de eerstelijnsartsen moeten worden verleend. Het ware beter het subsidiariteitsbeginsel toe te passen en elke zorgverlener

M. Renaud Boverie (MLOZ) rappelle que les nouveaux médecins traitants doivent entrer directement dans le système obligatoire du dossier médical électronique. D'autre part, les maisons médicales ne sauraient être prises en modèle en cette matière: leur fonctionnement est analysé par la ministre de la Santé publique et un moratoire est envisagé.

C. Contacts et suivi

Mme Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) ne comprend pas comment abandonner l'exigence d'une rencontre thérapeutique physique entre le patient et le médecin traitant dans la poursuite du dossier médical global. Cette rencontre lui semble essentielle dans le suivi médical du patient.

Mme Ine Somers (Open Vld) fait remarquer qu'il peut arriver qu'un patient n'ait pas besoin d'un suivi auprès d'un médecin traitant en général, en raison de sa bonne santé. Il peut aussi survenir qu'il fasse assurer son suivi par un autre médecin traitant. L'automatisme de la rétribution ne saurait se concevoir dans ces situations. Un contact doit avoir lieu.

En cas de maladie chronique, de nombreux contacts doivent avoir lieu entre le médecin et le patient. Quelle est la vision des institutions auditionnées dans ce cas?

M. Pierre Drielsma (GBO) souscrit à la position de l'ABSyM, qui met en évidence que la proposition de loi résoudrait une inégalité entre les pratiques forfaitaires et les pratiques à l'acte. La pratique au forfait fournit une illustration du manque de pertinence de l'argument de la nécessité d'un suivi annuel. Pour des patients entre 15 et 45 ans, la nécessité d'une consultation annuelle n'est pas prouvée scientifiquement.

Le patient qui entend changer de prestataire de soins doit pouvoir se désinscrire. Cette possibilité est reprise dans la proposition formulée par l'ASGB. La souplesse doit être intégrée.

M. Roel Van Giel (AADM) rappelle que la situation idéale est celle d'un patient sain. C'est précisément celui qui n'est pas suivi. Le système belge des soins de santé est cependant de nature réactive. Le système du futur sera proactif, centré sur les soins préventifs. Un tel système est nettement moins onéreux. C'est également l'objectif du DMG.

En ce qui concerne les maladies chroniques, tous les actes ne devraient pas être pris en charge par les médecins de première ligne. Il serait préférable d'appliquer le principe de subsidiarité et de laisser chaque prestataire

dat deel van de zorg op zich te doen nemen dat onder zijn specialisatie valt.

De heer Didier Saint-Jean (NVSM) geeft aan dat 90 % van de 6 à 7 miljoen elektronische medische dossiers worden verlengd. Het GMD is niet bedoeld om het contact met of de binding van de patiënt af te schaffen. De patiënt moet zijn zorgverlener vrij kunnen kiezen en moet van zorgverlener kunnen veranderen.

Voor de verzekeringsinstellingen zou een uitbetaling *a priori*, voor een maand of een trimester, veel te ingewikkeld zijn. Het systeem op papier voorziet alleen in een uitbetaling *a posteriori*, in september van het jaar x+1.

De heer Renaud Boverie (MLOZ) voegt eraan toe dat geen enkele oplossing werd aangedragen voor de behandelende artsen die hun activiteit stopzetten. Zal de automatische verlenging nog één of twee jaar doorlopen? In de huidige stand van zaken eindigt de verlenging vanzelf. Hoe wordt rekening gehouden met de keuze van de patiënt? Tot slot vindt de spreker dat "patiëntenbinding" in de gezondheidszorg niet door de beugel kan.

Mevrouw Yoleen Van Camp (N-VA) merkt op dat de indieners in een eerste versie van hun wetsvoorstel in een procedure hadden voorzien om de verlenging stop te zetten. Een dergelijke procedure bestaat echter al in de vigerende wetgeving, en het zou juridisch dan ook niets bijbrengen die procedure nogmaals in het wetsvoorstel op te nemen. Daarom wordt in de definitieve tekst van het wetsvoorstel niet gerept van dat element, evenmin als van een regel inzake de bevoegdheid voor de uitvoering.

De wet mag alleen algemene regels bevatten; precieze maatregelen horen thuis in uitvoeringsbesluiten. Dergelijke maatregelen moeten worden besproken in de Nationale commissie artsenziekenfondsen.

Voor de spreekster blijft het noodzakelijk dat er geëvolueerd wordt naar een proactief gezondheidszorgsysteem waar fysiek contact niet meer even essentieel is, alhoewel het wel belangrijk is. De follow-up van een patiënt via andere middelen, via de computer of telefonisch, moet overwogen worden.

Voor *mevrouw Ine Somers (Open Vld)* moet het algemeen belang en dat van de patiënten voorrang krijgen op dat van een individuele zorgverlener. Dientengevolge is een procedure tot stillegging van retributie noodzakelijk bij elke verandering van zorgverlener of elke praktijkonderbreking. De patiënt moet hierover geïnlicht worden.

de soins se charger de la partie des soins qui relève de ses compétences.

M. Didier Saint-Jean (UNMS) note que sur six à sept millions de dossiers médicaux électronique, 90 % sont prolongés. La suppression de la notion de contact ou la fidélisation du patient ne s'inscrivent pas dans l'objectif d'un DMG. Le patient doit choisir librement son prestataire et doit pouvoir en changer.

Pour les organismes assureurs, un fonctionnement *a priori*, pour un mois ou un trimestre, représenterait une bien trop grande complexité. Le système papier ne prévoit qu'un paiement *a posteriori*, en septembre de l'année x+1.

M. Renaud Boverie (MLOZ) ajoute qu'aucune solution n'a été exposée pour les médecins traitants qui arrêtent leur activité. La prolongation automatique vaudra-t-elle encore un ou deux ans? Dans la situation actuelle, la prolongation prend fin par elle-même. Comment le choix du patient est-il pris en compte? Enfin, l'intervenant ne peut admettre une notion de fidélisation en matière de soins de santé.

Mme Yoleen Van Camp (N-VA) fait remarquer que, dans une première mouture de leur proposition de loi, les auteurs avaient inscrit une procédure d'arrêt de prolongation. Cependant, une telle procédure existe déjà dans la législation actuelle et il ne servait juridiquement à rien de la répéter dans la proposition de loi. C'est pourquoi la version définitive ne contient pas cet élément, tout comme elle ne porte pas de règle qui relève des compétences d'exécution.

La loi ne doit contenir que les règles générales. Les mesures précises relèvent des arrêtés d'exécution. De telles mesures devraient être discutées en commission nationale médico-mutualiste.

Pour l'intervenante, il reste nécessaire d'évoluer vers un système de soins de santé proactif, où le contact physique, quoi que important, n'est plus aussi essentiel. Le suivi du patient par d'autres voies, informatiques ou par téléphone, doit être envisagé.

Pour *Mme Ine Somers (Open Vld)*, l'intérêt général, et celui des patients, doit primer sur l'intérêt d'un prestataire individuel. Dès lors, une procédure d'arrêt de rétribution s'impose pour tout changement de prestataire ou tout arrêt de pratique. Le patient doit en être informé.

De spreekster is verbaasd over het voorbeeld van de griepvaccinatie, dat vaak wordt aangehaald om de evolutie van het concept van contact met de patiënt te illustreren in de mate waarin telefonisch contact plaatsvindt of een brief wordt verzonden. Aan de ene kant is de doelgroep, door de leeftijd ervan, niet het publiek dat gewoonlijk niet de dokter bezoekt. Aan de andere kant gaat het over een vorm van preventieve gezondheidszorg; de preventiemodules hebben nochtans niet echt veel succes gekend.

Mevrouw Yoleen Van Camp (N-VA) betwist geenszins de vrijheid van de patiënt om van zorgverlener te veranderen of de follow-up door een bepaalde zorgverlener af te breken. De patiënt mag daarentegen niet optreden in verband met de nadere regels om een medische handeling te betalen: deze kwestie is vooral zaak voor de Staat en het gezondheidszorgsysteem.

Mevrouw Muriel Gerken (Ecolo-Groen) heeft altijd gedacht dat een langdurige opvolging van een patiënt ten grondslag ligt aan het GMD. Bijgevolg vormt de binding met de patiënt daarentegen een goede basis, zolang de keuzevrijheid van de patiënt in acht wordt genomen. Bovendien zou het vrij makkelijk zijn voor de verzekeringsinstellingen om vast te stellen dat de patiënt van zorgverlener wisselt en hem of haar vraagt een nieuw GMD te geven.

Moet “beleid” van het GMD beter gedefinieerd worden? Is dit begrip voldoende gedefinieerd in de huidige wet? Moet daar het contact met de patiënt verduidelijkt worden?

In de hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, wordt overwogen dat een zorgverlener belast is met de zorgcoördinatie, rekening houdend met de steeds meer doorgedreven specialisaties en met de verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij het zorgtraject.

De heer Reinier Hueting (ASGB) herkent in deze discussie twee zeer verschillende benaderingen. De positie van de Orde der artsen, die al dateert van 2011, lijkt hem nogal ouderwets. Recente wetenschappelijke literatuur toont het nut aan van een gecentraliseerd beleid van de gegevens in verband met de eerstelijnszorg. De vertegenwoordigers van de artsen ontkennen niet dat het GMD afhankelijk is van de zorgbehoeften, noch dat de keuzevrijheid gegarandeerd moet zijn, mits de zorgverlener bekwaam is om het betreffende gezondheidsprobleem te behandelen.

L'exemple de la vaccination de la grippe, souvent cité pour illustrer l'évolution du concept de contact avec le patient dans la mesure où un contact téléphonique a lieu ou un courrier est envoyé, étonne l'intervenante. D'une part, le public-cible, en raison de son âge, n'est pas celui qui usuellement ne visite pas le médecin. D'autre part, il s'agit d'une médecine de nature préventive. Or, les modules de prévention n'ont eu qu'un succès tout relatif.

Mme Yoleen Van Camp (N-VA) ne conteste nullement la liberté du patient, de changer de prestataire ou d'arrêter le suivi par un prestataire déterminé. Par contre, ce patient n'a pas à intervenir sur les modalités de rétribution d'un acte médical: cette question intéresse plutôt l'État, en son système des soins de santé.

Mme Muriel Gerken (Ecolo-Groen) a toujours pensé que l'idée qui sous-tend le DMG consiste justement à inscrire le suivi du patient dans la durée. Dès lors au contraire, la fidélisation du patient constituerait une bonne pratique, pour autant que la liberté de choix du patient soit respectée. Il devrait par ailleurs être assez facile pour les organismes assureurs de constater que le patient change de prestataires et lui demande d'ouvrir un nouveau DMG.

Faut-il mieux définir la notion de “gestion” du DMG? Cette notion est-elle suffisamment définie dans la loi actuelle? Est-ce là que le contact avec le patient doit être précisé?

Dans la réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, il est envisagé qu'un prestataire soit chargé d'une mission de coordination des soins, compte tenu des spécialisations de plus en plus poussées et du nombre de prestataires différents devant intervenir dans le trajet des soins.

M. Reinier Hueting (ASGB) voit dans cette discussion la démonstration de deux visions philosophiques bien différentes. La position de l'Ordre des Médecins, qui date déjà de 2011, lui semble assez rétrograde. La littérature scientifique récente démontre l'utilité d'une gestion centralisée des données de santé en première ligne. Les représentants des médecins ne contestent pas que le DMG dépende des besoins de soins, ni que la liberté de choix doive être garantie, pourvu que le prestataire soit compétent pour prendre en charge le problème de santé concerné.

In het huidige systeem wordt de patiënt evenmin geïnformeerd over het feit dat het al dan niet contact hebben met de zorgverlener gevolgen heeft voor de retributie voor het bijhouden van het GMD.

De heer Roel Van Giel (AADM) is van mening dat het verdwijnen van de preventiemodule verband houdt met de algemene structuur van de terugbetalingsregeling van zorgverlening in België, die weinig waarde hecht aan een preventieve follow-up op lange termijn. De behandelende artsen doen aan preventie, maar de nomenclatuur neemt dat niet in overweging.

De spreker merkt op dat stemmen opgaan om, zoals de leerplicht, een verplichte gezondheidszorg in te voeren: zich inschrijven bij een behandelende arts die vervolgens het GMD kan beheren. Dit gaat echter verder dan het voorwerp van het wetsvoorstel.

De heer Didier Saint-Jean (NVSM) benadrukt dat de verzekeringsinstellingen het GMD altijd hebben ondersteund, vanaf het ontstaan tot de veralgemening ervan. Het enige probleem is het onderhouden van contact. De voordelen van het GMD worden niet in twijfel getrokken. Met het wetsvoorstel zouden de verzekeringsinstellingen a priori betalen, wat zeker geen vereenvoudiging is.

Als er geen noodzakelijk contact zou zijn, zouden de artsen die geen activiteit meer uitoefenen met de betrokken patiënt toch retributies blijven ontvangen. Deze zijn dan onterecht. De verzekeringsinstellingen zijn dus genooddaakt om de waarheidsgetrouwheid van de inschrijvingen van de hele Belgische bevolking te controleren. Tegenwoordig geschiedt de inschrijving op basis van een nomenclatuurcode of een elektronische kennisgeving.

De heer Reinier Hueting (ASGB) verwijst wat dit betreft naar de al bestaande databank GMD, met de titularissen van alle GMD's. Deze databank is een oplossing om dubbele inschrijvingen of statuutwijzigingen te voorkomen, en zou ook de boekhoudkundige werking vereenvoudigen als betalingen geautomatiseerd zouden verlopen.

De heer Roel Van Giel (AADM) begrijpt niet in hoeverre het eenvoudiger zou zijn om door te gaan met het behandelen van zes miljoen inschrijvingen in plaats van op een gegeven moment te controleren of de titularis van het GMD nog altijd dezelfde persoon is.

De heer Pierre Drielsma (GBO) verwijst naar de werkzaamheden in verband met de herziening van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de

Dans le système actuel, le patient n'est pas non plus informé du fait qu'avoir un contact ou non avec son prestataire de soins a des conséquences sur la rétribution pour la tenue du DMG.

M. Roel Van Giel (AADM) considère que la disparition du module de prévention est liée à l'architecture générale du système de remboursement des soins en Belgique, qui fait peu de cas d'un suivi longitudinal de prévention. Les médecins traitants font de la prévention, mais la nomenclature ne la prend pas en considération.

L'orateur note que des voix se font entendre pour instituer, à l'instar d'une obligation scolaire, une obligation de santé: s'inscrire auprès d'un médecin traitant, qui pourrait alors gérer le DMG. Ceci va cependant plus loin que l'objet de la proposition de loi.

M. Didier Saint-Jean (UNMS) souligne que les organismes assureurs ont toujours soutenu le DMG, depuis sa création jusqu'à sa généralisation. La seule question est celle du maintien de la notion de contact. Les avantages du DMG ne sont pas contestés. Avec la proposition de loi, les organismes assureurs paieraient *a priori*, ce qui n'est pas une forme de simplification.

Si l'exigence de contact est abrogée, des médecins n'ayant plus d'activité avec le patient concerné continueraient à recevoir des rétributions. Celles-ci sont indues. Il faudrait alors contraindre les organismes assureurs à contrôler la véracité des inscriptions pour l'ensemble de la population belge. Actuellement, l'inscription s'opère sur la base d'un code de nomenclature ou d'une notification électronique.

M. Reinier Hueting (ASGB) renvoie sur ce point à la banque de données DMG qui existe déjà et qui reprend les titulaires de tous les DMG. Cette banque de données fournit une solution pour éviter les doubles inscriptions ou les modifications de statut. Elle simplifierait aussi le fonctionnement comptable si les paiements étaient automatisés.

M. Roel Van Giel (AADM) n'aperçoit pas en quoi il serait plus facile de continuer à traiter six millions d'inscriptions plutôt que de contrôler à un moment déterminé si le titulaire du DMG l'est toujours.

M. Pierre Drielsma (GBO) renvoie aux travaux de réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé: les arrêts

uitoefening van de gezondheidszorgberoepen: elke stopzetting van activiteit zal moeten worden gemeld. Die informatie zou ter kennis moeten worden gebracht van de verzekeringsinstellingen.

Groepspraktijken duiken almaar vaker op. De patiënten zijn dan niet ingeschreven bij één bepaalde dienstverlener, maar bij een bepaalde praktijk. De meeste groepspraktijken zijn duurzaam; niet altijd maken dezelfde artsen deel uit van de praktijk. Die groepspraktijken zouden verenigbaar moeten zijn met een GMD-vergoeding.

Voor de heer Mike Van Daele (LCM) ligt de angel van dit debat in het feit dat de verzekeringsinstellingen louter op het bestaan van contacten met de patiënten kunnen afgaan om zich ervan te vergewissen dat daadwerkelijk een GMD wordt beheerd. De relevantie van het contact met de patiënt staat evenwel ter discussie. Er moet dus worden gezocht naar een andere en voor de verzekeringsinstellingen haalbare manier om na te gaan of daadwerkelijk een GMD wordt beheerd. Daarbij zou inspiratie kunnen worden geput uit de resultaten van de proefprojecten inzake geïntegreerde zorg voor chronische aandoeningen.

Mevrouw Yoleen Van Camp (N-VA) is er niet van overtuigd dat beide vraagstukken noodzakelijkerwijze met elkaar verband houden. In de praktijk vindt vaak contact met de patiënt plaats zonder dat in enige follow-up wordt voorzien, terwijl dat juist de bedoeling van het GMD is. Het vraagstuk van het vaststellen van het beheer is relevant, maar dient afzonderlijk te worden onderzocht.

De heer Roel Van Giel (VBO) onderstreept dat de nomenclatuurcode door een arts in verband met het GMD een aantal eisen bevat. De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV gaat na of aan die vereisten is voldaan. Via die weg wordt gecontroleerd of een GMD wordt beheerd.

Voor de heer Pierre Drielsma (VBO) kan het beheer van een GMD door een arts worden afgeleid uit de relevante wijzigingen die in een GMD worden aangebracht. Een dergelijke wijziging hoeft zich niet noodzakelijkerwijze jaarlijks voor te doen, in het bijzonder niet wanneer het gaat om jonge mannen tussen 15 en 45 jaar. Nodeloze contacten moeten worden voorkomen.

De heer Didier Saint-Jean (NVSM) begrijpt in dat geval niet waarom een honorarium zou moeten worden toegekend als geen enkele relevante wijziging van het GMD vereist is.

Voor de heer Roel Van Giel (AADM) bestaat de essentie van het GMD erin de patiënt op te volgen van de

d'activiteit devront être déclarés. Cette information devrait être communiquée aux organismes assureurs.

De plus en plus de pratiques groupées sont constatées. Les patients ne sont alors pas inscrits chez un prestataire déterminé mais au sein d'une pratique. La plupart des pratiques sont pérennes; les médecins ne sont pas les mêmes. Il faudrait que ces pratiques soient compatibles avec une rétribution du DMG.

Pour M. Mike Van Daele (ANMC), la difficulté de la présente discussion tient au fait que la seule manière pour les organismes assureurs, actuellement, de vérifier si la gestion du DMG est réelle est de vérifier s'il existe des contacts avec le patient. Or, la pertinence du contact avec le patient est remise en question. Il faut donc trouver une autre manière de vérifier la réalité de la gestion, qui soit faisable pour les organismes assureurs. On pourrait se laisser inspirer par les résultats des projets-pilotes soins intégrés pour les maladies chroniques.

Mme Yoleen Van Camp (N-VA) n'est pas convaincue que ces deux questions soient nécessairement liées. Dans de nombreux cas dans la pratique, un contact a lieu avec le patient sans que ne soit assurée la moindre forme de suivi, alors que tel est l'esprit du DMG. La définition de la gestion est une question pertinente, mais à examiner séparément.

M. Roel Van Giel (AADM) souligne que le code de nomenclature lié au DMG contient une série d'exigences. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI contrôle si ces exigences sont rencontrées. La réalité de la gestion est contrôlée par ce truchement.

Pour M. Pierre Drielsma (GBO), une gestion du DMG par un médecin se déduit des modifications pertinentes du DMG. Une telle modification n'est pas nécessaire chaque année, spécialement pour les hommes jeunes entre 15 et 45 ans. Il convient d'éviter des contacts inutiles.

M. Didier Saint-Jean (UNMS) ne voit alors pas pourquoi il faudrait donner un honoraire si aucune modification pertinente du DMG n'est nécessaire.

Pour M. Roel Van Giel (AADM), l'essence du DMG est de suivre le patient de sa naissance à sa mort. Durant

wieg tot het graf. Terwijl de nood aan zorg in bepaalde periodes laag is, is hij in andere periodes hoog. Bij het bekijken van de jaarlijkse vaste vergoeding moet rekening worden gehouden met het hele leven van de patiënt.

D. Verschillen tussen de gewesten

Mevrouw Ine Somers (Open Vld) ziet grote verschillen tussen de gewesten met betrekking tot het aantal globale medische dossiers, en vraagt zich af hoe een automatische verlenging van de vergoeding een impact zou kunnen hebben op die verschillen.

Volgens *de heer Pierre Drielsma (VBO)* zou het automatisch GMD de bestaande verschillen wegwerken. Voorts kunnen de huisartsen dan het globaal medisch dossier bijhouden van de 15- à 45-jarige patiënten die niet op consult gaan; preventiebriefjes en voorstellen om op consult te gaan kunnen worden verstuurd.

Mevrouw Yoleen Van Camp (N-VA) vat niet in welk opzicht die vaststelling relevant is in dit debat. Het automatisch GMD beoogt de arts correct te vergoeden, ongeacht het gewest.

E. Alomvattende evaluatie

Meer algemeen vraagt *mevrouw Yoleen Van Camp (N-VA)* welke concrete argumenten tegen dit wetsvoorstel kunnen worden ingebracht.

De heer Didier Saint-Jean (NVSM) stelt het beginsel van het GMD niet ter discussie. Bij een elektronisch systeem krijgt de behandelend arts het bericht dat een andere arts het GMD heeft overgenomen. Bij een papieren systeem op kwartaalbasis zou de informatie materieel gezien veel administratieve rompslomp veroorzaken.

De heer Renaud Boverie (MLOZ) benadrukt dat kwaliteitsvolle zorg noodzakelijk is voor de patiënt. De patiënten volgen en begeleiden draagt tot die kwaliteit bij. In welk opzicht zal de automatische verlenging de zorgkwaliteit verbeteren?

De heer Mike Van Daele (LCM) geeft aan dat de vergoeding om het GMD bij te houden aan voorwaarden is onderworpen. Het wetsvoorstel spitst zich toe op de vergoeding, zonder het vraagstuk in zijn geheel te analyseren. Er bestaat geen enkele kwaliteitsgarantie.

Volgens *mevrouw Yoleen Van Camp (N-VA)* zijn die argumenten ontoereikend. De zorgkwaliteit is net één van de doelstellingen van het wetsvoorstel, daar de

certaines périodes, les besoins de soins sont faibles; elles sont fortes à d'autres moments. La rétribution, forfaitaire, annuelle, doit être abordée en tenant compte de toute la vie du patient.

D. Disparités régionales

Mme Ine Somers (Open Vld) constate de fortes disparités entre Régions concernant le nombre de dossiers médicaux globaux, et se demande comment une prolongation automatique de la rétribution pourrait avoir un impact sur ces disparités.

Pour *M. Pierre Drielsma (GBO)*, l'automatisme résoudrait les disparités rencontrées. Les généralistes pourront aussi assurer le dossier médical global pour les patients entre 15 et 45 ans qui ne consultent pas. Des courriers de prévention et des propositions de consultations pourraient être ainsi envoyés.

Mme Yoleen Van Camp (N-VA) n'aperçoit pas la pertinence de ce constat dans le présent débat. L'automatisme vise à rétribuer correctement le médecin, quelle que soit la Région.

E. Évaluation globale

Plus généralement, *Mme Yoleen Van Camp (N-VA)* demande quels sont les arguments concrets qui s'opposent à la proposition de loi.

M. Didier Saint-Jean (UNMS) ne remet pas en question le principe du DMG. Dans un système électronique, l'ancien médecin traitant reçoit l'information de la reprise du DMG par un autre. Dans un système papier, sur une base trimestrielle, l'information serait matériellement d'une lourdeur administrative excessive.

M. Renaud Boverie (MLOZ) souligne la nécessité de la qualité des soins pour le patient. Le suivre et le guider participent à cette qualité. En quoi la prolongation automatique améliorera-t-elle la qualité des soins?

M. Mike Van Daele (ANMC) indique que la rétribution pour la tenue du DMG est subordonnée à des conditions. La proposition de loi se focalise sur la rétribution, sans analyser l'ensemble de la question. Il n'existe aucune garantie de qualité.

Pour *Mme Yoleen Van Camp (N-VA)*, ces arguments sont insuffisants. La qualité des soins est justement l'un des objectifs de la proposition de loi, puisque le médecin

behandelend arts wordt gestimuleerd om een GMD bij te houden. Controle is altijd mogelijk op grond van *case studies*.

Mevrouw Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) merkt op dat de voorwaarde dat een GMD moet worden bijgehouden, in het wetsvoorstel is opgenomen. De indieners hebben nooit overwogen van alle voorwaarden af te stappen. De vraag of die voorwaarde moet worden gepreciseerd, zal worden geanalyseerd.

De spreekster is echter verrast door de neiging van de zorgverstrekkers, de opeenvolgende ministers en de administraties om een informatisering van de patiëntengegevens door te voeren, terwijl een controle op het beheer en het bestaan van het GMD dermate ingewikkeld lijkt. Er is dus meer werk nodig om de respectieve ambities op elkaar af te stemmen.

De rapporteurs,

Anne DEDRY
Karin JIROFLÉE

De voorzitter,

Anne DEDRY

traitant est stimulé à tenir un DMG. Il est toujours possible de contrôler sur la base de “case studies”.

Mme Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) fait remarquer que la condition de gestion du DMG est inscrite dans la proposition de loi. Il n'est donc nullement envisagé par les auteurs d'abandonner toute condition. La question de savoir si cette condition doit être précisée, sera analysée.

L'oratrice s'étonne cependant de la tendance des prestataires des soins, des ministres successifs et des administrations vers une informatisation des données des patients, alors qu'un contrôle de la gestion et de la réalité du DMG semble si compliqué. Un travail complémentaire est donc nécessaire pour que les ambitions concordent.

Les rapporteuses

Anne DEDRY
Karin JIROFLÉE

La présidente

Anne DEDRY