

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

9 juin 2021

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**visant à améliorer
l'accessibilité des soins**

(déposée par
Mme Kathleen Depoorter et consorts)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

9 juni 2021

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**voor de verbetering
van de toegankelijkheid van de zorg**

(ingediend door
mevrouw Kathleen Depoorter c.s.)

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

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

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Généralités

“La pauvreté rend malade et la maladie rend pauvre” est une formule souvent utilisée pour expliquer le cercle vicieux qui menace certains malades de longue durée.

L'analyse de 6 759 dossiers soumis au *Kankerfonds* (Fonds contre le cancer flamand) entre 2008 et 2013 montrait déjà que le cancer rend les gens pauvres, ce qui est absolument inacceptable dans une société comme la nôtre. Toutefois, pour de nombreuses personnes en proie à des difficultés financières, le cancer est la goutte d'eau qui fait déborder le vase et les plonge dans la pauvreté.¹

En réponse à cette analyse et à bien d'autres, un certain nombre de mesures de protection ont été mises en place au niveau fédéral pour plafonner les contributions personnelles des patients afin que le besoin élevé de soins ne les fasse pas basculer dans la pauvreté. On est cependant en droit de se demander si ces mesures de protection sont suffisantes et si elles sont actuellement octroyées de manière proportionnée et efficace aux patients qui en ont le plus besoin. Offrent-elles en outre un encadrement suffisant et une accessibilité optimale aux soins?

En Belgique, 79 % des dépenses totales de soins de santé sont financées par les pouvoirs publics (ce qui correspond à peu près à la moyenne de l'UE), tandis que les dépenses privées sont principalement constituées de paiements directs des patients et, dans une beaucoup plus faible mesure, de paiements effectués par l'assurance maladie privée. Par ailleurs, la part financée par les pouvoirs publics a augmenté ces dernières années.²

Il importe d'examiner si les personnes ayant le même besoin de soins utilisent le système de soins de santé de la même manière.

Une étude récente du Centre fédéral d'Expertise KCE intitulée “Performance du système de santé belge: évaluation de l'équité” (ci-après: rapport KCE 334As)

¹ https://www.komoptegenkanker.be/sites/default/files/media/2018-10/onderzoeksrapport_-_de_medische_en_niet-medische_kosten_in_het_kankerfonds.pdf.

² <https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/statistiques-sante.htm>.

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Algemeen

“Arm maakt ziek, ziek maakt arm” is een boutade die wel vaker gebruikt wordt bij het verwijzen naar het cascadesysteem waar sommige langdurig zieken in terecht kunnen komen.

Uit een analyse van 6 759 dossiers die tussen 2008 en 2013 bij het Kankerfonds werden ingediend, bleek zo reeds dat kanker arm maakt, hetgeen absoluut ontoelaatbaar is in een maatschappij zoals de onze. Voor veel mensen die het financieel moeilijk hebben, is kanker echter de druppel die de emmer doet overlopen en hen in de armoede doet belanden.¹

Als antwoord op deze en vele andere analyses werden op federaal niveau een aantal beschermende maatregelen in het leven geroepen om de persoonlijke bijdragen van patiënten te plafonneren zodat ze niet in armoede vervallen omwille van de grote zorgnood. De vraag stelt zich echter of deze beschermende maatregelen volstaan en of ze vandaag proportioneel en efficiënt verdeeld worden aan de patiënten met de hoogste nood. Zorgen ze bovendien voor voldoende omkadering en een optimale toegankelijkheid van de zorg?

In België worden 79 % van de totale gezondheidszorguitgaven door de overheid gefinancierd (ongeveer gelijk aan het EU-gemiddelde), terwijl de private uitgaven vooral bestaan uit eigen bijdragen en voor een veel kleiner deel uit betalingen door privéziekteverzekering. Het door de overheid gefinancierde deel is de voorbije jaren bovendien gestegen.²

Belangrijk is te onderzoeken of mensen met eenzelfde zorgnood op gelijke wijze gebruik maken van de gezondheidszorg.

In een recente studie van het Federaal Kenniscentrum KCE “De performantie van het Belgische gezondheidsstelsel: evaluatie van de billijkheid” (hierna: KCE 334As)

¹ https://www.komoptegenkanker.be/sites/default/files/media/2018-10/onderzoeksrapport_-_de_medische_en_niet-medische_kosten_in_het_kankerfonds.pdf.

² <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm>.

examine cette question.³ Les pays comme le nôtre dotés d'une assurance maladie universelle tendent vers des soins de santé équitables et appliquent les principes de l'équité horizontale⁴ et verticale⁵. Les soins de santé sont généralement considérés comme inaccessibles lorsque des personnes limitent ou reportent le recours aux soins en raison de leur coût trop élevé ou doivent y renoncer pour satisfaire d'autres besoins de base.

Il convient de noter que les auteurs du rapport KCE 334As souhaitent attirer l'attention sur le fait que l'échantillon utilisé pour étudier l'équité dans l'utilisation des soins de santé a été limité aux personnes de 18 ans ou plus.⁶ La raison invoquée est que les informations relatives à l'état de santé des jeunes et des enfants sont difficilement disponibles et que ceux-ci ne sont pas jugés responsables de leurs choix jusqu'à l'âge de 18 ans. La présence même de cette mention dans l'étude est révélatrice d'une carence du système de santé à laquelle il conviendrait de s'intéresser. L'enregistrement du statut médical des adolescents et des enfants est un point d'attention absolu qui doit être intégré dans la politique générale de santé.

Lien entre la situation socioéconomique, l'état de santé des patients et leur besoin et usage de soins

En 2016, 26 % des personnes membres d'un ménage en situation de privation matérielle sévère ont été confrontées à des besoins non satisfaits en soins médicaux et ce pourcentage atteignait 32 % pour les soins dentaires. Ces ménages sont contraints de mettre dans la balance

Rapport) wordt hierop ingegaan.³ Landen als het onze met een universele ziekteverzekering streven naar een billijke gezondheidszorg en hanteren daarbij de principes van de horizontale⁴ en verticale⁵ billijkheid. Gezondheidszorg wordt doorgaans als ontoegankelijk beschouwd als mensen het gebruik ervan uitstellen vanwege te hoge kosten of als ze andere basisbehoeften moeten laten vallen omwille van zorgkosten.

Opvallend: de auteurs van het KCE 334As Rapport wensen de aandacht te vestigen op het feit dat de steekproef om de billijkheid in zorggebruik te bestuderen enkel gedaan werd bij patiënten van 18 jaar of ouder.⁶ De reden die hiervoor werd opgegeven is dat de gezondheidsstatus van jongeren en kinderen moeilijk beschikbaar is en omdat ze nog niet verantwoordelijk geacht worden voor hun keuzes tot de leeftijd van 18 jaar. Alleen al het feit dat deze vermelding opgenomen wordt in de studie duidt op een tekortkoming van het gezondheidssysteem waaraan aandacht besteed zou moeten worden. De registratie van de geneeskundige status van jongeren en kinderen is namelijk een absoluut aandachtspunt dat meegenomen dient te worden in het algemeen gezondheidsbeleid.

Verband tussen de socio-economische toestand, de gezondheidsstatus van patiënten en hun zorgnood en -gebruik

In 2016 werd 26 % van de mensen in een gezin met ernstige materiële deprivatie geconfronteerd met onvervulde medische zorgbehoeften en 32 % met onvervulde tandzorgbehoeften. Deze gezinnen worden aldus geconfronteerd met een afweging tussen uitgaven voor

³ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C., *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?*, Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334B_Evaluation_equite_systeeme_sante_belge_Synthese.pdf.

⁴ En vertu du principe d'équité horizontale, les personnes ayant les mêmes besoins de soins doivent être traitées de la même manière, sans qu'il soit tenu compte d'autres caractéristiques comme le revenu, le niveau d'éducation, l'origine, le lieu de résidence, etc.

⁵ Les personnes ayant des besoins de soins différents reçoivent un traitement différent. Pour toutes les personnes ayant les mêmes besoins de soins, l'accessibilité doit être aussi large et appropriée. Le rapport du KCE considère que l'équité verticale est garantie dans le système belge.

⁶ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C., *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?*, Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334B_Evaluation_equite_systeeme_sante_belge_Synthese.pdf.

³ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C., *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?*, Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf.

⁴ Het horizontale billijkheidsprincipe stelt dat mensen met dezelfde zorgnoden, gelijk moeten worden behandeld, ongeacht hun andere kenmerken, zoals inkomen, opleiding, afkomst, woonplaats, enz.

⁵ Mensen met een verschillende zorgnood krijgen een verschillende toegang tot zorg. Voor alle mensen met dezelfde zorgnood moet de toegankelijkheid even groot en geschikt zijn. In het KCE rapport wordt er uitgegaan van het feit dat de verticale billijkheid in het Belgisch systeem gegarandeerd is.

⁶ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C., *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?*, Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf.

les dépenses relatives aux besoins de base (alimentation, loyer, services d'utilité publique, hygiène) et aux soins de santé.⁷

Les mesures de protection actuelles, qui s'attachent principalement à limiter les tickets modérateurs, sont donc insuffisantes pour contrer l'augmentation des besoins de soins non satisfaits.

Les personnes du groupe déclarant des besoins non satisfaits en soins médicaux ont déjà largement recours à ces mesures de protection⁸:

- 65 % d'entre elles bénéficient d'une intervention majorée (contre 17 % dans le groupe sans besoins non satisfaits);
- 22 % d'entre elles ont le statut affection chronique (contre 12 % dans le groupe sans besoins non satisfaits);
- 25 % d'entre elles ont reçu des remboursements via le maximum à facturer (contre 12 % dans le groupe sans besoins non satisfaits);
- 14 % d'entre elles peuvent prétendre à l'intervention forfaitaire pour malades chroniques (contre 7 % dans le groupe sans besoins non satisfaits).

La raison la plus souvent invoquée pour le report des soins médicaux est la part des contributions personnelles. La vulnérabilité financière et les besoins de soins non satisfaits vont donc vraiment de pair, comme le confirme l'OCDE dans une étude récente. Les résultats montrent que les ménages comportant des personnes ayant des besoins de soins non satisfaits doivent faire des choix entre les besoins de base et les besoins en matière de soins.

La plupart de ces personnes font partie de la population en âge de travailler, mais n'ont pas de travail rémunéré. Plus de 60 % des personnes ayant des besoins de soins non satisfaits font ainsi partie d'un ménage à très faible intensité de travail (les membres du ménage en âge de

basisbehoefte (voedsel, huur, nutsvoorzieningen, hygiëne) en gezondheidszorg.⁷

De huidige beschermingsmaatregelen, die vooral gericht zijn op de beperking van remgelden, zijn bijgevolg onvoldoende om de toename van onvervulde zorgbehoefte tegen te gaan.

Er is reeds een hoge opname van deze beschermingsmaatregelen door personen van de groep met onvervulde medische zorgbehoefte⁸:

- 65 % van hen krijgt verhoogde tegemoetkoming (tegenover 17 % in de groep zonder onvervulde zorgbehoefte);
- 22 % van hen heeft het statuut van personen met een chronische aandoening (tegenover 12 % in de groep zonder onvervulde zorgbehoefte);
- 25 % van hen krijgt terugbetalingen via de maximumfactuur (tegenover 12 % in de groep zonder onvervulde zorgbehoefte);
- 14 % komt in aanmerking voor het forfait voor chronisch zieken (tegenover 7 % in de groep zonder onvervulde zorgbehoefte).

De hoogst gerangschikte reden tot uitstel medische zorg betreft het aandeel eigen betaling. Financiële kwetsbaarheid en onvervulde zorgbehoefte gaan dus echt wel hand in hand, zo bevestigde ook de OESO in een recente studie. De resultaten tonen dat gezinnen met mensen met onvervulde zorgbehoefte keuzes moeten maken tussen de basisbehoefte of zorgbehoefte.

De meeste van deze mensen bevinden zich in een beroepsactieve leeftijd maar hebben geen betaald werk. Zo maakt meer dan 60 % van de personen met onvervulde zorgbehoefte deel uit van een gezin met een zeer lage werkintensiteit, d.w.z. dat de gezinsleden

⁷ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C., *Performance du système de santé belge: évaluation de l'équité*, Health Services Research (HSR) Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334B_Evaluation_equite_systeme_sante_belge_Synthese.pdf.

⁸ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C., *Performance du système de santé belge: évaluation de l'équité*, Health Services Research (HSR) Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334B_Evaluation_equite_systeme_sante_belge_Synthese.pdf.

⁷ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C., *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?*, Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf.

⁸ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C., *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?*, Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf.

travailler consacrent moins de 20 % de leur temps à un travail rémunéré).

Bien que la quote-part personnelle dans le paiement des coûts des soins de santé dans notre pays ait diminué depuis 2008, passant de 19,5 % à 19 %, les coûts des soins de santé sont en évolution croissante.

Il ressort des recherches du KCE et de l'enquête belge sur le budget des ménages ("*Household Budget Survey*" ou HBS de 2012, 2014, 2016 et 2018) que la majeure partie des contributions personnelles de la population est destinée aux médicaments (27 %), aux soins ambulatoires (25 %) et aux dispositifs médicaux (lunettes, prothèses, etc.) (14 %), et que les dépenses des ménages confrontés à des contributions personnelles catastrophiques diffèrent sensiblement des dépenses de la population générale. Chez eux, ce sont surtout les dépenses relatives aux dispositifs médicaux (23 %), aux soins hospitaliers (20 %) et aux soins dentaires (16 %) qui représentent une part importante. Les contributions personnelles pour les médicaments représentent par ailleurs une part plus restreinte (10 %).

Il existe un lien évident entre la situation socioéconomique d'un individu et sa santé. Les personnes au profil socioéconomique plus faible sont globalement en moins bonne santé que celles ayant un profil socioéconomique plus élevé.⁹ Il est dès lors difficile d'interpréter les différences en matière de recours aux soins.

En effet, un état de santé moins bon et donc un besoin de soins plus important peuvent conduire à un recours (équitablement) plus élevé aux soins, tandis qu'un statut socioéconomique inférieur peut être lié à des obstacles financiers ou à d'autres problèmes d'accessibilité, et peut donc conduire à un recours (inéquitablement) moins important aux soins.

Malgré ces besoins accrus de soins, les personnes ayant un profil socioéconomique plus faible n'ont effectivement pas nécessairement davantage recours aux soins. Au contraire, même. Pour appliquer une correction en ce qui concerne le besoin de soins et vérifier si le recours aux soins répond au principe de l'équité horizontale en Belgique, le rapport 334Bs du KCE se base sur la méthode du "*fairness gap*", qui renvoie à l'écart entre le recours aux soins observé chez un individu et le recours aux soins attendu sur la seule base

op beroepsactieve leeftijd minder dan 20 % van hun tijd besteden aan betaald werk.

Het persoonlijk aandeel in de betaling van de kosten voor de gezondheidszorg in ons land is weliswaar gedaald sinds 2008 van 19,5 % naar 19 %. Toch is de evolutie van de zorgkosten stijgend.

Uit onderzoek van de KCE en het Belgische Huishoudbudgetonderzoek ("*Household Budget Survey*" of HBS van 2012, 2014, 2016 en 2018) blijkt dat bij de bevolking het grootste deel van de eigen betalingen naar geneesmiddelen (27 %), ambulante zorg (25 %) en medische hulpmiddelen (brillen, prothesen, enz.) (14 %) ging, alsook dat de uitgaven voor gezinnen met catastrofale eigen betalingen substantieel verschillen t.o.v. die in de algemene bevolking. Vooral uitgaven voor medische hulpmiddelen (23 %), ziekenhuiszorg (20 %) en tandzorg (16 %) nemen bij hen een belangrijk aandeel in. De eigen betalingen voor geneesmiddelen nemen dan weer een beperkter aandeel in (10 %).

Er is een duidelijk verband tussen de socio-economische situatie van een persoon en zijn gezondheidsstatus en zorgnood. Mensen met een lager socio-economisch profiel hebben gemiddeld genomen een zwakkere gezondheid en dus hogere zorgnood dan mensen met een hoger socio-economisch profiel.⁹ Deze vaststelling maakt een interpretatie van verschillen in zorggebruik moeilijk.

Een slechtere gezondheid en dus hogere zorgnood kunnen immers leiden tot een (billijk) hoger gebruik van zorg, terwijl een lagere socio-economische status kan gerelateerd zijn aan financiële drempels of andere toegankelijkheidsproblemen, en dus kan leiden tot een (onbillijk) lager gebruik van zorg.

Ondanks deze hogere zorgnood, maken mensen met een lager socio-economisch profiel inderdaad niet noodzakelijk meer gebruik van zorg, integendeel zelfs. Om een correctie te maken voor de zorgnood en na te gaan of het zorggebruik in België voldoet aan het principe van de horizontale billijkheid, baseert men zich in het KCE Rapport 334 As dan ook op de methode van de "*fairness gap*"; de afwijking tussen het geobserveerde zorggebruik van een individu en het zorggebruik dat men zou verwachten louter op basis van zijn of haar zorgnood,

⁹ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C., Performance du système de santé belge: évaluation de l'équité, Health Services Research (HSR) Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334B_Evaluation_equite_systeme_sante_belge_Synthese.pdf.

⁹ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C., *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?*, Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf.

des besoins de soins de cet individu, indépendamment de ses revenus, de son niveau d'éducation et d'autres caractéristiques entraînant des inégalités injustifiées.

Bien que le rapport 334Bs précité du KCE¹⁰ consacré à l'accès aux soins de santé indique que si le recours au système de soins de santé augmente généralement avec l'accroissement des besoins, aucune augmentation du recours aux soins n'a été relevée en matière de soins préventifs, par exemple de dépistage du cancer du sein et de soins dentaires (préventifs).

En outre, il ressort d'un nouveau rapport d'étude du KCE intitulé "Soins de santé somatiques en institutions psychiatriques" (Rapport KCE 338Bs ci-après) que les patients souffrant d'un trouble psychiatrique grave décèdent plus tôt que la moyenne¹¹ et que plus de 60 % de cette surmortalité découleraient d'affections somatiques. Chez ces patients, l'accès aux soins somatiques et à la prévention est plus restreint. Dans ses recommandations, le KCE met l'accent sur l'absence de plan de traitement et de suivi couvrant à la fois les soins psychiatriques et somatiques des patients. Le rôle du médecin généraliste n'est pas négligeable à cet égard; l'adjonction d'un généraliste au sein de l'équipe psychiatrique permettrait de garantir que les patients pris en charge aient accès aux soins somatiques.

Enfin, le rapport indique également que la probabilité que les travailleurs indépendants consultent un généraliste est inférieure à ce que laissent supposer leurs besoins de soins.¹²

zonder invloed van inkomen, opleidingsniveau en andere kenmerken die tot onrechtvaardige ongelijkheden leiden.

Hoewel uit het voormelde KCE 334As Rapport¹⁰ inzake de toegang tot de zorg blijkt dat een hogere zorgnood doorgaans in een hoger gebruik van het gezondheidssysteem resulteert, blijkt dit echter niet te gelden voor preventief zorggebruik, zoals de screening op borstkanker en (preventieve) tandzorg.

Daarnaast blijkt uit een nieuw onderzoeksrapport van het KCE "Somatische zorg in een psychiatrie setting" (hierna: KCE 338As Rapport) ook dat patiënten met een ernstige psychiatrie aandoening vroeger overlijden dan gemiddeld.¹¹ Meer dan 60 % van deze oversterfte zou te wijten aan somatische aandoeningen, en er is sprake van een verminderde toegang tot somatische zorg en preventie. In de aanbevelingen wordt de nadruk gelegd op het ontbreken van een behandelings- en nazorgplan voor zowel psychiatrie als somatische zorg voor de patiënten. De rol van de huisarts is in deze niet te onderschatten; het voorzien van een huisarts in het psychiatrie team zou deze somatische zorg voor de opgenomen patiënten kunnen garanderen.

Tenslotte blijkt ook voor zelfstandigen de kans dat ze een huisarts raadplegen overigens kleiner dan verwacht op basis van hun zorgnoden.¹²

¹⁰ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C., *Performance du système de santé belge: évaluation de l'équité, Health Services Research (HSR) Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334B_Evaluation_equite_systeme_sante_belge_Synthese.pdf https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf.*

¹¹ Jespers V, Christiaens W, Kohn L, Savoye I, Mistiaen P., *Soins de santé somatiques en institutions psychiatriques – synthèse, Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral des soins de santé (KCE). 2021. KCE Reports 338Bs. D/2021/10.273/02, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_338B_Psychosomatic_Synthese_0.pdf.*

¹² Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C., *Performance du système de santé belge: évaluation de l'équité, Health Services Research (HSR) Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334B_Evaluation_equite_systeme_sante_belge_Synthese.pdf.*

¹⁰ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C., *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?, Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf.*

¹¹ Jespers V, Christiaens W, Kohn L, Savoye I, Mistiaen P., *Somatische zorg in een psychiatrie setting – Synthese, Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2021. KCE Reports 338As. D/2021/10.273/02, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_338A_Psychosomatic_Synthese_0.pdf.*

¹² Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C., *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?, Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf.*

Importance d'échelonner les soins en vue d'une fourniture de soins adéquats

Le rapport 334Bs du KCE¹³ souligne également – comme indiqué précédemment – que le recours aux soins est moindre chez les personnes exposées à un risque de pauvreté et en situation de privation matérielle sévère. Le régime du tiers payant chez le généraliste a permis d'abaisser ce seuil, mais la réalité indique qu'à besoins de soins égaux et malgré la correction pour les besoins de soins, les patients financièrement vulnérables consultent moins souvent les généralistes.

Les personnes ayant droit à l'intervention majorée, qui bénéficient de l'application obligatoire du tiers payant, ont un recours aux soins en adéquation avec leurs besoins, alors que l'on observe un recours moins important chez d'autres groupes financièrement vulnérables (personnes exposées au risque de pauvreté, en situation de privation matérielle sévère, sans emploi, isolées). Une fois qu'ils ont commencé à consulter un médecin généraliste, ces trois groupes financièrement plus vulnérables le font en revanche plus souvent que la population moyenne.¹⁴

Les spécialistes sont par contre moins consultés, car l'obstacle financier est plus élevé, le régime obligatoire du tiers pays ne s'appliquant ni aux soins spécialisés, ni aux soins dentaires.

En revanche, ces groupes recourent plus souvent qu'escompté aux services des urgences selon leurs besoins de soins, mais cette démarche se substitue probablement en partie aux soins de médecine générale et aux soins spécialisés – auxquels ces groupes ont précisément moins souvent recours. Ce comportement pourrait s'expliquer par le fait que le report des soins a entraîné un problème de santé aigu ou que le paiement ne doit pas être effectué sur place (tiers payant) et qu'il ne faut pas prendre de rendez-vous. Le risque de reporter les soins médicaux est donc clairement plus important chez les groupes financièrement vulnérables.

Un échelonnement des soins spécialisés, associé à une généralisation du régime du tiers payant, peut, en

Belang van de echelonnering van de zorg met het oog op een adequate zorgverlening

In het KCE 334As Rapport¹³ werd – zoals eerder al vermeld – ook een lager zorggebruik door mensen met risico op armoede en ernstige materiële deprivatie vastgesteld. De derdebetalersregeling bij de huisarts heeft er weliswaar voor gezorgd dat de drempel kleiner is geworden, maar het blijkt dat (ondanks de correctie voor zorgnood), het aantal raadplegingen bij de huisarts kleiner is bij eenzelfde zorgnood maar een zwakker financieel profiel.

Mensen met verhoogde tegemoetkoming, die genieten van de verplichte toepassing van de derdebetalersregeling en lager remgeld, hebben een gebruik in lijn met hun zorgnood, terwijl we voor andere financieel zwakkere groepen (mensen met armoederisico, ernstige materiële deprivatie, werklozen, alleenstaanden) een lager gebruik vaststellen. Eenmaal de drempel om naar een huisarts te gaan, is overwonnen, hebben deze drie financieel zwakkere groepen kennelijk wél meer raadplegingen bij een huisarts dan gemiddeld in de bevolking.¹⁴

Specialisten worden dan weer minder geraadpleegd, aangezien de financiële drempel hier hoger blijkt. Voor specialistische zorg en tandzorg geldt de verplichte derdebetalersregeling immer niet.

Financieel zwakkere groepen maken dan weer meer gebruik van spoedeisende hulp dan verwacht op basis van hun zorgnood, wellicht deels als substitutie van huisartsenzorg en specialistische zorg waar ze net minder gebruik van maken. De reden daarvoor kan zijn dat uitgestelde zorg ervoor zorgt dat het spoedeisende karakter van de aandoening verhoogt of het feit dat de derdebetalersregeling erop van toepassing is en er geen onmiddellijke afrekening volgt en er geen afspraak nodig is. Het risico op uitstel van medische zorg is dan ook duidelijk groter bij financieel zwakkere groepen.

Een echelonnering van de specialistische zorg, gekoppeld aan een algemene derdebetalersregeling, kan in

¹³ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C., Performance du système de santé belge: évaluation de l'équité, Health Services Research (HSR) Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334B_Evaluation_equite_systeme_sante_belge_Synthese.pdf.

¹⁴ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C., Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?, Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334B_Evaluation_equite_systeme_sante_belge_Synthese.pdf.

¹³ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C., Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?, Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf.

¹⁴ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C., Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?, Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf.

ce sens, avoir un impact positif sur l'accessibilité, l'adéquation et la proportionnalité des soins, en particulier pour les groupes vulnérables. Elle peut également éviter des coûts de soins de santé supplémentaires grâce à des interventions adéquates en temps opportun.

Importance de la continuité des prestataires de soins conventionnés

Pour éviter les mauvaises surprises financières aux patients, les médecins généralistes et spécialistes ont la possibilité (mais non l'obligation) de se conventionner. Les médecins conventionnés concluent avec les mutualités un accord par lequel ils s'engagent à respecter les tarifs fixés. Les médecins conventionnés obtiennent en échange une compensation financière sous la forme d'un statut social leur permettant de se constituer une pension.

Les prestataires de soins sont déjà tenus à l'heure actuelle d'informer les patients de leur statut de conventionnement en l'affichant clairement. Les patients peuvent également contrôler sur le site internet de l'INAMI si un médecin applique ou non les tarifs convenus. Mais cette transparence n'existe pas toujours dans le cas d'un examen de suivi après consultation d'un médecin généraliste. Dans certains cas, le patient peut encore choisir le prestataire de soins (par exemple, dans le cas d'un examen radiologique de suivi), mais dans d'autres cas, ce choix n'est pas fait par le patient (par exemple, dans le cas d'un examen de suivi sur échantillon, comme un prélèvement sanguin ou un frottis).

Nous considérons que lorsqu'un patient opte délibérément pour un généraliste conventionné, il doit également avoir l'assurance de payer des tarifs conventionnés pour les examens de suivi, du moins lorsque ceux-ci sont effectués par des prestataires de soins que le patient n'a pas pu choisir librement. Cette proposition facilite l'accessibilité des soins, et elle garantit également que les patients ne seront pas confrontés à des contributions personnelles élevées inattendues dans leurs dossiers médicaux.

Généralisation du régime du tiers payant, liaison au DMG et responsabilisation

Dès lors qu'il existe des différences communautaires assez importantes en ce qui concerne le nombre de patients qui disposent d'un DMG (Dossier Médical Global) auprès de leur médecin généraliste, force est de constater qu'une sensibilisation à cette question ne peut qu'améliorer l'accès aux soins à Bruxelles et en Wallonie.

die zin een positieve impact hebben op de toegankelijkheid, geschiktheid en proportionaliteit van de zorg, in het bijzonder voor kwetsbare groepen. Het kan bovendien bijkomende kosten voor de gezondheidszorg vermijden door tijdige en adequate ingrepen.

Belang continuïteit geconventioneerde zorgverleners

Om patiënten te beschermen tegen onaangename financiële verrassingen kunnen huisartsen en specialisten zich (vrijblijvend) conventioneren. Geconventioneerde artsen sluiten een akkoord met de ziekenfondsen waarbij ze vastgestelde tarieven respecteren. In ruil daarvoor krijgen artsen een financiële compensatie onder de vorm van een sociaal statuut waarmee zij pensioen kunnen opbouwen.

Zorgverleners zijn vandaag al verplicht om patiënten te informeren over hun conventiestatuut door dit duidelijk te afficheren. Op de website van het RIZIV kunnen patiënten ook controleren of een arts de afgesproken tarieven volgt of niet. Maar deze transparantie bestaat niet altijd bij een vervolgonderzoek na consultatie van een huisarts. In sommige gevallen kan de patiënt nog steeds zelf de zorgverstrekker kiezen (bvb. radiologisch vervolgonderzoek), maar in andere gevallen wordt deze keuze niet gemaakt door de patiënt (bvb. een vervolgonderzoek op een staal, zoals een bloedstaal of een uitstrijkje).

Wij stellen dat een patiënt die de bewuste keuze maakt voor een geconventioneerde huisarts ook verzekerd moet zijn van geconventioneerde tarieven bij vervolgonderzoeken, tenminste wanneer deze plaatsvinden bij zorgverleners die de patiënt zelf niet vrij kan kiezen. Dit voorstel werkt drempelverlagend, bovendien garandeert het dat de patiënt niet met onverwachte extra hoge eigen bijdragen in zijn of haar gezondheidsdossier zal worden geconfronteerd.

Algemene derdebetalersregeling, de koppeling aan het GMD en sensibilisering

Gelet op het feit dat er vrij grote communautaire verschillen te noteren vallen rond het aantal patiënten dat beschikt over een GMD (Globaal Medisch Dossier) bij hun huisarts kunnen we vaststellen dat een sensibiliserende actie daaromtrent de toegankelijkheid aan zorg in Brussel en Wallonië enkel ten goede kan komen.

La généralisation du régime du tiers payant pourrait améliorer l'accessibilité pour tous les patients. La liaison du régime du tiers payant généralisé à la possession d'un DMG nous semble constituer une piste plausible pour inclure les soins préventifs et la coordination du dossier du patient dans la politique générale de la santé.

Lorsqu'il consultera un médecin généraliste, le patient ne devra dès lors payer que le ticket modérateur. Le montant total des honoraires étant mentionné sur le reçu, le patient aura encore conscience du coût des soins de santé.

Les mutualités paieront le médecin généraliste dans les 30 jours, à condition qu'il facture par voie électronique. En cas de défaut de paiement dans le délai imparti, des intérêts moratoires seront dus au dispensateur de soins, de plein droit et sans mise en demeure, par l'organisme assureur. En principe, 10 % au moins des honoraires devront être perçus en tant que ticket modérateur pour éviter que le patient pense que la médecine est totalement gratuite, sous la réserve du maintien d'une limite minimale sous laquelle les personnes financièrement (très) défavorisées pourront continuer à ne payer qu'un euro. En outre, nous préconisons des factures claires et transparentes, et non des attestations truffées de codes que personne ne comprend.

Les mécanismes de protection

Des mécanismes de protection ont été instaurés pour permettre à un plus grand nombre de personnes d'avoir un meilleur accès aux soins de santé.

L'intervention majorée (IM) (ou régime préférentiel) vise à permettre à certaines catégories de bénéficiaires de payer une intervention personnelle (ticket modérateur) moins élevée pour un séjour à l'hôpital, une consultation chez un médecin, des médicaments, etc. Grâce à l'intervention majorée, les consultations, les médicaments, l'hospitalisation, etc., sont donc moins chers pour le patient. Dans certains cas, le droit à l'intervention majorée est automatique, mais dans d'autres cas, une demande doit être adressée à la mutualité.

Le régime préférentiel s'applique aux bénéficiaires d'une allocation sociale (exemples: revenu d'intégration, garantie de revenus aux personnes âgées ou allocation de personne handicapée), aux membres d'un ménage dont les revenus sont inférieurs à un certain plafond (annuel), ainsi qu'à certaines personnes dans une situation particulière (exemples: invalides, pensionnés, veufs,

De invoering van een algemene derdebetalersregeling kan de toegankelijkheid van alle patiënten te goede komen. Deze algemene derdebetalersregeling koppelen aan het beschikken over een GMD lijkt ons een plausible piste om de preventieve zorg en de coördinatie van het patiëntendossier mee te nemen in het algemeen gezondheidsbeleid van de patiënt.

Bij een raadpleging bij de huisarts betaalt de patiënt dan enkel nog het remgeld. Het volledige honorarium wordt vermeld op het ontvangstbewijs. Zo blijft de patiënt voeling hebben met de kost van de gezondheidszorg.

De ziekenfondsen betalen de huisarts binnen de 30 dagen uit op voorwaarde dat deze elektronisch tarifeert. Indien de verzekeringsinstelling in gebreke blijft, zijn van rechtswege, zonder dat daartoe een aanmaning dient te gebeuren, moratoire interesten verschuldigd aan de zorgverlener. Minstens 10 % van het honorarium moet principieel geïnd worden als remgeld om te vermijden dat de patiënt de geneeskunde als volledig gratis zou ervaren, weliswaar met behoud van een bepaalde minimumgrens waaronder mensen die het financieel (zeer) moeilijk hebben nog steeds maar 1 euro dienen te betalen. Bovendien pleiten de auteurs voor duidelijke en transparante facturen, niet zoals nu met getuigschriften vol codes die niemand begrijpt.

De beschermingsmechanismen

Er werden beschermingsmechanismen ingevoerd om meer mensen een betere toegankelijkheid tot de zorg te geven.

De verhoogde tegemoetkoming (VT) of voorkeurregeling zorgt ervoor dat bepaalde categorieën van rechthebbenden een lagere persoonlijke bijdrage (remgeld) betalen bij een ziekenhuisverblijf, voor een raadpleging van een arts, voor geneesmiddelen, enz. Dankzij de verhoogde tegemoetkoming zijn raadplegingen, geneesmiddelen, hospitalisatie, enz. dus goedkoper. In bepaalde gevallen heeft men daarop automatisch recht, in andere gevallen moet men daarvoor bij het ziekenfonds een aanvraag indienen.

De verhoogde tegemoetkoming geldt voor mensen met een sociale uitkering (bv. leefloon/ouderen met een inkomensgarantie/toelage voor personen met een handicap), voor mensen met een gezinsinkomen beneden een bepaald (jaarlijks) grensbedrag en voor mensen die een specifieke hoedanigheid hebben (bv. invalide, gepensioneerde, weduwe, weeskind, niet-begeleide

orphelins, mineurs étrangers non accompagnés, enfants reconnus atteints d'un handicap d'au moins 66 %, etc.).¹⁵

Le MâF ou maximum à facturer implique en revanche que quiconque atteint un montant donné de ticket modérateur pour des frais médicaux – qui s'élève à au moins 487,08 euros par an, mais qui augmente encore en fonction du revenu – se verra désormais rembourser par la mutualité l'intégralité du ticket modérateur qui reste à payer.

Si les montants pour les soins de santé d'un ménage atteignent une limite donnée au cours d'une année, la mutualité remboursera dans certains cas intégralement les coûts ultérieurs. Le MâF revenus est distinct d'autres avantages sociaux et détermine le plafond de ticket modérateur en fonction du revenu net disponible du ménage.

Les montants actuels sont les suivants:

Le MâF revenus – 2021

Tranches de revenus	Plafonds / Maximumbedragen	Inkomensschijven
de 0,00 à 19 420,20 EUR	487,08 EUR	van 0,00 tot 19 420,20 EUR
de 19 420,21 à 29 854,92 EUR	703,56 EUR	van 19 420,21 tot 29 854,92 EUR
de 29 854,93 à 40 289,68 EUR	1 082,40 EUR	van 29 854,93 tot 40 289,68 EUR
de 40 289,69 à 50 289,65 EUR	1 515,36 EUR	van 40 289,69 tot 50 289,65 EUR
à partir de 50 289,66 EUR	1 948,32 EUR	vanaf 50 289,66 EUR

Source: INAMI¹⁶

Outre ces règles générales, il existe des mesures de protection supplémentaires à l'égard des enfants et des jeunes, ainsi qu'à l'égard des malades chroniques. C'est ainsi que le plafond pour les jeunes de moins de 19 ans est toujours de 703,56 euros, à moins que le plafond de 487,08 euros ne soit applicable en raison de la situation familiale. Pour les enfants et les jeunes ayant droit à des allocations familiales majorées, le plafond est toujours de 487,08 euros.

Pour les personnes bénéficiant du statut de malade chronique et les personnes dont le ticket modérateur a dépassé (quel que soit le revenu) chaque fois 450 euros (montant indexé) au cours des deux dernières années, le plafond de ticket modérateur applicable est réduit de 100 euros (montant indexé) pour le ménage.

En outre, il existe également le MâF social: au sein d'un ménage, les personnes qui ont droit à une intervention

¹⁵ <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/intervention-majoree-meilleur-remboursement-frais-medicaux.aspx>.

¹⁶ [https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/types-maximum-facturer-\(MAF\)-.aspx](https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/types-maximum-facturer-(MAF)-.aspx).

minderjarige vreemdelingen, kind met een erkende handicap van minstens 66 %, enz.).¹⁵

De MAF of Maximumfactuur houdt dan weer in dat wie een bepaald bedrag aan remgeld voor medische kosten bereikt – dat minstens 487,08 euro per jaar bedraagt, maar nog stijgt in functie van het inkomen – vanaf dat moment al het nog te betalen remgeld terugkrijgt van het ziekenfonds.

Als de bijdragen voor gezondheidszorgen van een gezin in de loop van een jaar een bepaalde grens bereiken betaalt het ziekenfonds in sommige gevallen de verdere kosten volledig terug. De inkomens-MAF staat los van andere sociale voordelen, en bepaalt het remgeldplafond in functie van het netto beschikbaar inkomen van het gezin.

De huidige bedragen zijn de volgende:

Inkomens MAF – 2021

Bron: Riziv¹⁶

Naast deze algemene regels zijn er extra beschermingsmaatregelen ten aanzien van kinderen en jongeren en chronisch zieken. Zo is het maximumplafond voor jongeren tot 19 jaar steeds 703,56 euro, tenzij door de gezinssituatie het plafond van 487,08 euro van toepassing is. Voor kinderen en jongeren met recht op de bijkomende kinderbijslag bedraagt het plafond steeds 487,08 euro.

Voor personen met het statuut chronisch zieke en personen van wie het remgeld de voorgaande twee jaren telkens meer dan 450 euro (geïndexeerd bedrag) bedroeg (ongeacht de inkomsten), wordt het van toepassing zijnde MAF-plafond met 100 euro (geïndexeerd bedrag) verlaagd voor het gezin.

Daarnaast bestaat ook de "sociale MAF": binnen een gezin kunnen personen die recht hebben op een

¹⁵ <https://www.riziv.fgov.be/nl/themes/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/verhoogde-tegemoetkoming-betere-vergoeding-medische-kosten.aspx>.

¹⁶ [https://www.riziv.fgov.be/nl/themes/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/types-maximumfactuur-\(MAF\).aspx](https://www.riziv.fgov.be/nl/themes/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/types-maximumfactuur-(MAF).aspx).

majorée, leur partenaire et les personnes à charge peuvent bénéficier d'un droit complémentaire au MâF social. En ce qui concerne ce type de MâF, le plafond est fixe; le plafond total du ménage qui bénéficie de l'intervention majorée est de 450 euros (montant indexé).¹⁷

Réévaluation du MâF et de l'IM

Le groupe qui ne relève d'aucun statut (situation financière précaire mais sans intervention majorée) se trouve toutefois dans une situation inéquitable.

Il ressort du Rapport KCE 334Bs que 25 % des patients du groupe de population dont les besoins en soins médicaux ne sont pas satisfaits reçoivent des remboursements par le biais du maximum à facturer. On observe en outre qu'il existe un chevauchement entre groupes de revenus, privation matérielle sévère et intervention majorée. Ce chevauchement n'offre toutefois pas de protection complète.

Nous prôtons dès lors également une réévaluation du MâF, le maximum à facturer, en plus du régime du tiers payant généralisé pour le médecin généraliste. La réévaluation et la révision du MâF doivent particulièrement tendre vers une efficience accrue et contribuer à lutter contre les abus et la fraude. Les gains qu'il est possible de réaliser en l'espèce, et dès lors les moyens supplémentaires qui seront dégagés, devront être réinvestis dans des moyens additionnels pour le maximum à facturer des travailleurs pauvres et des malades chroniques, des patients cancéreux et des personnes bénéficiant d'une intervention majorée. À cet égard, la neutralité budgétaire sera de rigueur dans la mesure du possible dans le cadre de la réévaluation et de la révision précitées du maximum à facturer.

Nous proposons en particulier de réaliser une évaluation des moyens utilisés pour le maximum à facturer en vue de les transférer à des soins plus nécessaires dans les groupes de population qui, malgré leur contribution à la société qui les hisse dans un groupe de revenu supérieur, se trouvent tout de même dans une situation de privation sévère et présentent par conséquent des besoins médicaux non satisfaits. Un tiers des ménages exposés à un risque de pauvreté accru ne bénéficient pas d'un remboursement majoré. Par le biais de la présente proposition, nous souhaitons accorder une attention particulière aux travailleurs pauvres. Par ailleurs, la probabilité que les indépendants consultent un médecin généraliste est également moins élevée qu'escompté

¹⁷ [https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/types-maximum-facturer-\(MAF\).aspx#Le_M%C3%A0F_revenus](https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/types-maximum-facturer-(MAF).aspx#Le_M%C3%A0F_revenus).

verhoogde tegemoetkoming, hun partner en de personen ten laste genieten van een aanvullend recht op de sociale MAF. Bij dit type MAF ligt het maximumbedrag vast; het totale maximumbedrag van het gezin dat de verhoogde tegemoetkoming geniet, is dan 450 euro (geïndexeerd bedrag).¹⁷

Herevaluatie MAF en VT

De groep die tussen de statuten in valt (financieel zwak maar geen verhoogde tegemoetkoming) ondervindt echter een onbillijkheid.

Uit het KCE 334As Rapport blijkt dat 25 % van de groep met onvervulde medische behoeften terugbetalingen krijgt via de maximumfactuur. Bovendien stellen we vast dat er een overlap bestaat tussen de inkomensgroep, ernstige materiële deprivatie en verhoogde tegemoetkoming. Deze overlap geeft echter geen volledige bescherming.

Vandaar dat wij naast de algemene derdebetalersregeling voor de huisarts ook pleiten voor een herevaluatie van de MAF, de maximumfactuur. De herevaluatie en herziening van de MAF dient in het bijzonder aandacht te hebben voor een zoektocht naar efficiëntiewinsten en de aanpak van misbruik en fraude. De winsten en dus extra middelen die hier te realiseren vallen dienen opnieuw geïnvesteerd te worden in extra middelen voor de maximumfactuur van de *working poor* en chronisch zieken, kankerpatiënten en mensen met een verhoogde tegemoetkoming. Dit moet zo budgetneutraal mogelijk gebeuren, in het kader van voormelde herevaluatie en herziening van de maximumfactuur.

In het bijzonder stellen wij voor om een evaluatie van de middelen die gebruikt worden voor de maximumfactuur door te voeren met als doel een verschuiving van de middelen naar meer noodzakelijke zorg bij de bevolkingsgroepen die, ondanks hun bijdrage aan de maatschappij waardoor ze in een hogere inkomensgroep komen te zitten, zich toch in een situatie van ernstige materiële deprivatie bevinden en bijgevolg onvervulde medische zorgbehoeften vertonen. Eén derde van de gezinnen met een verhoogd armoederisico geniet niet van verhoogde terugbetaling. Met dit voorstel wensen wij bijzondere aandacht te besteden aan de *working poor*. Ook voor zelfstandigen is de kans dat ze een huisarts raadplegen overigens kleiner dan verwacht op basis van

¹⁷ [https://www.riziv.fgov.be/nl/themes/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/types-maximumfactuur-\(MAF\).aspx#:~:text=Als%20u%20recht%20hebt%20op,450%20EUR%20\(%20ge%C3%AFndexeerd%20bedrag\)](https://www.riziv.fgov.be/nl/themes/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/types-maximumfactuur-(MAF).aspx#:~:text=Als%20u%20recht%20hebt%20op,450%20EUR%20(%20ge%C3%AFndexeerd%20bedrag)).

sur la base de leurs besoins de soins.¹⁸ Grâce aux adaptations du MâF, il serait possible de remédier au manque d'accessibilité des soins médicaux (spécialisés).

Si nous considérons la part des dépenses totales du ménage qui est allouée aux contributions personnelles aux soins de santé, nous constatons que dans la population générale, les contributions personnelles ont augmenté et sont passées de pratiquement 5 % des dépenses totales du ménage (2012) à 5,5 % (2018). Pour les ménages confrontés à des contributions personnelles catastrophiques¹⁹, cette part a augmenté encore plus fortement et est passée de 26 % (2012) à presque 33 % (2018).²⁰

Selon le KCE, il apparaît donc que le MâF plafonne le ticket modérateur considéré comme une part des revenus du ménage à environ 4,5 % pour les ménages exposés à un risque de pauvreté ou appartenant à la classe moyenne inférieure. Ce plafond est ramené à environ 3-4 % pour les ménages de la classe moyenne centrale et à environ 2-3 % pour les ménages de la classe moyenne supérieure. Les ménages plus aisés paient donc comparativement moins de ticket modérateur grâce au MâF.

Une deuxième constatation du Rapport KCE 334 Bs est que le MâF est un instrument efficace pour limiter la part prise par le ticket modérateur dans le revenu du ménage, mais que les suppléments ont un impact négatif sur cet effet protecteur. Si les suppléments (contre lesquels le MâF n'offre aucune protection) sont pris en compte, les contributions personnelles dépassent le seuil de 4,5 % du budget pour un grand nombre de ménages.

hun zorgnoden.¹⁸ Door de aanpassingen bij het MAF zou op het gebrek aan de toegankelijkheid van (speci-
alistische) zorg een antwoord geboden kunnen worden.

Als we kijken naar het aandeel van de totale gezins-uitgaven dat besteed wordt aan de eigen betalingen voor gezondheidszorg, zien we dat in de algemene bevolking de eigen betalingen stegen van bijna 5 % van de totale gezinsuitgaven (2012) naar 5,5 % (2018). Voor gezinnen met zogenaamde "catastrofale"¹⁹ eigen betalingen steeg dit aandeel nog meer, van 26 % (2012) naar bijna 33 % (2018).²⁰

De MAF blijkt aldus het KCE het remgeld als aandeel van het gezinsinkomen tot een maximum van ongeveer 4,5 % te limiteren voor gezinnen met een armoederisico of in de lage middenklasse. Dit maximum zakt naar ongeveer 3 % tot 4 % voor gezinnen in de kernmiddenklasse en naar ongeveer 2 % tot 3 % voor gezinnen in de hoge middenklasse. De meer welvarende gezinnen blijken dus relatief gezien minder remgeld te betalen dankzij de MAF.

Een tweede vaststelling van het KCE Rapport 334 As is dat de MAF weliswaar een effectief instrument is om het aandeel remgeld in het gezinsinkomen te beperken, maar dat supplementen de impact van dit beschermend effect tegenwerken. Wanneer supplementen (waartegen de MAF geen bescherming biedt) in rekening worden gebracht, overschrijden de eigen betalingen bij veel gezinnen namelijk de drempel van 4,5 % van het

¹⁸ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C., *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?*, Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334B_Evaluation_equite_systeeme_sante_belge_Synthese.pdf.

¹⁹ Les contributions personnelles sont appauvrissantes si les ressources financières du ménage ne sont pas suffisantes pour couvrir à la fois les dépenses indispensables relatives aux besoins de base et les contributions personnelles aux soins de santé. Chez les ménages pauvres (dont les ressources financières sont inférieures au seuil de pauvreté), ces contributions personnelles sont considérées comme encore plus appauvrissantes. Les contributions personnelles sont catastrophiques lorsque les paiements pour les soins de santé représentent au moins 40 % de la capacité financière du ménage. Cela signifie que, pour les ménages pauvres, les contributions personnelles sont toujours considérées comme catastrophiques. Par ailleurs, les contributions personnelles catastrophiques ne sont pas toujours appauvrissantes. (Voir Rapport KCE 334 Bs).

²⁰ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C., *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?*, Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334B_Evaluation_equite_systeeme_sante_belge_Synthese.pdf.

¹⁸ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C., *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?*, Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf.

¹⁹ Eigen betalingen zijn verarmend indien de financiële middelen van het gezin ontoereikend zijn om te voldoen aan zowel de noodzakelijke uitgaven voor basisbehoeften en de eigen betalingen. Bij arme gezinnen (met financiële middelen onder de armoedegrens), worden deze bijdragen als verder verarmend beschouwd. Eigen betalingen zijn catastrofaal als ze minstens 40 % bedragen van de draagkracht om voor gezondheidszorg te betalen. Dit houdt in dat eigen betalingen voor arme gezinnen altijd als catastrofaal worden beschouwd. Anderzijds zijn catastrofale eigen betalingen niet altijd verarmend. (zie KCE 334 As Rapport).

²⁰ Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C., *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?*, Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese.pdf.

Il est frappant de constater que les suppléments peuvent représenter une très grande part du budget chez les ménages exposés au risque de pauvreté, mais aussi pour les classes moyennes inférieure et centrale, et qu'ils ne sont pas uniquement payés par des ménages aux revenus plus élevés. Bien qu'une assurance hospitalisation puisse (en partie) amortir l'impact des suppléments, ce ne sera pas le cas pour tous les ménages. L'impact des suppléments sur les contributions personnelles et les difficultés financières qui en résultent doivent dès lors également retenir l'attention.

Le recours à l'intervention majorée est également insuffisant jusqu'à présent, même si on y a droit. Dans ce cadre, il convient de s'intéresser au symposium organisé par l'INAMI le 18 juin 2019 et aux études de l'INAMI et de la *Erasmus University Rotterdam* qui y ont été examinées²¹. En résumé, l'INAMI avait demandé les données de revenus de 3 368 887 assurés. Sur la base de ces données, les mutualités ont contacté 883 028 personnes (539 614 ménages) pouvant éventuellement se situer en-dessous du plafond de revenus. À la suite de ce projet, 255 790 personnes (7 % de toutes les personnes faisant l'objet de l'enquête et 29 % de toutes les personnes contactées) ont obtenu l'approbation de leur statut Intervention majorée (33 % automatiquement et 37 % après une demande). Concrètement, cela signifie qu'environ 19 % des personnes contactées ont obtenu le statut Intervention majorée après une demande consécutive à une lettre de la mutualité. En outre, il y a lieu d'observer qu'une grande partie des personnes contactées n'ont jamais réagi aux notifications des mutualités. Il est tout à fait possible qu'il y avait également parmi elles un grand nombre de personnes qui avaient droit à une intervention majorée, mais qui n'ont jamais introduit une demande.²²

Des soins sur mesure et des blocs de compétences homogènes

Enfin, afin d'assurer des soins de proximité efficaces et adéquats et une accessibilité optimale des soins, et compte tenu du fractionnement actuel des soins, des pertes d'efficacité et des situations confuses à absurdes qui en résultent, nous plaidons en faveur de blocs de compétences homogènes et d'une prise en

gezinsbudget. Opvallend daarbij is dat supplementen een erg groot aandeel van het gezinsinkomen kunnen uitmaken voor gezinnen met armoederisico, in de lage middenklasse en kernmiddenklasse en dus niet enkel betaald worden door gezinnen met hogere inkomens. Hoewel de impact van supplementen (deels) kan opgevangen worden d.m.v. een hospitalisatieverzekering, zal dit niet voor alle gezinnen het geval zijn. De impact van supplementen op de hoge eigen betalingen, en de daarmee gepaard gaande financiële problemen, vormt bijgevolg eveneens een aandachtspunt.

Ook op de verhoogde tegemoetkoming wordt tot nog toe onvoldoende beroep gedaan, ook al is men rechtgebende. In dat kader verdient het aanbeveling te kijken naar het symposium van het RIZIV van 18 juni 2019 en de studies van het RIZIV en de Erasmus University Rotterdam die daar besproken werden.²¹ Kort samengevat had het RIZIV van 3 368 887 verzekerden inkomensgegevens opgevraagd. Op basis daarvan contacteerden de ziekenfondsen 883 028 personen (539 614 gezinnen) die mogelijks onder de inkomensgrens zouden kunnen vallen. N.a.v. dit project verkregen 255 790 personen (7 % van alle onderzochte personen en 29 % van alle aangeschreven personen) een goedkeuring voor hun Verhoogde Tegemoetkoming-statuuut (33 % automatisch en 67 % na een aanvraag). Concreet betekende dit dat van de aangeschreven personen ongeveer 19 % een Verhoogde Tegemoetkoming-statuuut bewam na een aanvraag volgend op een brief van het ziekenfonds. Bovendien dient de kanttekening gemaakt te worden dat een groot deel van de aangeschreven personen nooit gereageerd heeft op de aanschrijvingen van het ziekenfonds. Het is zeer goed mogelijk dat daar ook nog heel wat mensen tussen zaten die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, maar die nooit een aanvraag hebben ingediend.²²

Zorg op maat en homogene bevoegdheidspakketten

Tenslotte pleiten wij, met het oog op een efficiënte, adequate en nabije zorg en optimale toegankelijkheid en gelet op de huidige versplintering van de zorg en de efficiëntieverliezen en onduidelijke tot absurde situaties die dit met zich meebrengt, voor homogene bevoegdheidspakketten en een zorg op maat van de inwoners

²¹ <https://www.riziv.fgov.be/fr/agenda/Pages/symposium-intervention-majoree-20190618.aspx>.

²² <https://www.riziv.fgov.be/fr/agenda/Pages/symposium-intervention-majoree-20190618.aspx>.

²¹ <https://www.riziv.fgov.be/nl/agenda/Paginas/symposium-verhoogde-tegemoetkoming-20190618.aspx>.

²² <https://www.riziv.fgov.be/nl/agenda/Paginas/symposium-verhoogde-tegemoetkoming-20190618.aspx>.

charge sur mesure des habitants dans les différentes régions, et donc en faveur d'une compétence intégrale des Communautés avec un seul ministre par patient.

in onderscheiden regio's en dus een volledige gemeenschapsbevoegdheid met één minister per patiënt.

Kathleen DEPOORTER (N-VA)
Frieda GIJBELS (N-VA)
Yoleen VAN CAMP (N-VA)

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. considérant qu'en Belgique, 79 % des dépenses de soins de santé sont financées par les pouvoirs publics et que l'intervention personnelle a diminué en pourcentage depuis 2018;

B. considérant que le système belge prévoit différentes formes de protection visant à promouvoir l'équité en ce qui concerne le paiement de l'intervention personnelle en matière de soins de santé: l'intervention majorée, le régime du tiers payant pour les patients bénéficiant d'une intervention majorée, le statut des personnes souffrant d'une affection chronique, le forfait pour les maladies chroniques, le maximum à facturer, la couverture des petits risques pour les travailleurs indépendants, la réglementation en matière de suppléments, etc.;

C. considérant que l'incidence des interventions personnelles catastrophiques et appauvrissantes a diminué à la suite des mesures de protection;

D. considérant que le maximum à facturer plafonne le ticket modérateur considéré comme une part des revenus du ménage à environ 4,5 % pour les ménages exposés à un risque de pauvreté ou appartenant à la classe moyenne inférieure, ce plafond étant ramené à environ 3-4 % pour les ménages de la classe moyenne centrale et à environ 2-3 % pour les ménages de la classe moyenne supérieure, les ménages plus aisés payant donc comparativement moins de ticket modérateur;

E. considérant que les travailleurs indépendants sous-utilisent les soins de médecine générale;

F. considérant qu'un manque d'équité a été constaté dans le rapport 334Bs du KCE en ce qui concerne les soins spécialisés et préventifs;

G. considérant que, selon le rapport 334Bs du KCE, les personnes confrontées au risque de pauvreté, appartenant à la classe moyenne inférieure et en situation de privation matérielle sévère recourent moins aux soins que la population générale (à l'exception des soins d'urgence) et que dès que les personnes de ces trois groupes financièrement plus vulnérables ont commencé à consulter un médecin généraliste, elles le font en revanche plus souvent que la population moyenne;

H. considérant que, selon le rapport 334Bs du KCE, les groupes vulnérables ont tendance à reporter les soins spécialisés, souvent pour des raisons financières, les personnes de ce groupe devant dès lors se rendre plus

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. overwegende dat in België 79 % van de totale gezondheidszorguitgaven door de overheid gefinancierd worden en het persoonlijke aandeel procentueel gedaald is sinds 2018;

B. overwegende dat het Belgische systeem voorziet in verschillende beschermingsmaatregelen ter bevordering van de billijkheid bij het voorzien van eigen, persoonlijke betalingen voor gezondheidszorg, zijnde de verhoogde tegemoetkoming, derdebetalersregeling voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming, het statuut van persoon met een chronische aandoening, forfait voor chronische ziekten, de maximumfactuur, dekking van de kleine risico's voor zelfstandigen, regulering van de supplementen, enz.;

C. gezien de incidentie van catastrofale en verarmende eigen betalingen daalde ten gevolge van de beschermende maatregelen;

D. gelet op het gegeven dat de MAF het remgeld limiteert als aandeel van het gezinsinkomen tot maximum 4,5 % voor gezinnen met een armoede risico of in de lage middenklasse. Dit maximum zakt naar ongeveer 3 tot 4 % voor gezinnen in de kernmiddenklasse en naar 2 tot 3 % voor gezinnen in de hoge middenklasse. De meer welvarende gezinnen betalen dus relatief minder remgeld;

E. gezien zelfstandigen een onderbenut zorgverbruik vertonen voor huisartsgeneeskunde;

F. gezien een onbillijkheid vastgesteld werd in het KCE 334As Rapport voor wat specialistische en preventieve zorg betreft;

G. overwegende dat volgens het KCE 334As Rapport mensen met een armoederisico, de lage middenklasse of met ernstige materiële deprivatie een lager zorggebruik hebben dan de algemene bevolking (met uitzondering voor spoedeisende zorg) en dat eenmaal de drempel om naar een huisarts te gaan overwonnen is, deze drie financieel zwakkere groepen gemiddeld wel meer raadplegingen bij een huisarts hebben dan de gemiddelde bevolking;

H. overwegende dat volgens het KCE 334As Rapport kwetsbare groepen – vaak omwille van financiële redenen – gespecialiseerde zorg plegen uit te stellen maar daardoor meer naar spoed dienen te gaan omwille van

fréquemment aux urgences en raison d'une urgence soudaine de soins spécialisés ou parce qu'elles ne doivent pas y prendre rendez-vous à l'avance ou payer immédiatement la consultation;

I. considérant que l'accès aux soins augmente avec une meilleure littératie en santé;

J. considérant qu'il ressort du rapport 338Bs du KCE que les soins somatiques prodigués aux patients psychiatriques ne sont pas optimaux;

K. considérant que le dossier médical global semble être mieux implanté en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles (données KCE 2016: Flandre: 76,4 %, Wallonie: 57,1 %, Bruxelles: 49,3 %);²³

L. vu le symposium du 18 juin 2019 de l'INAMI sur l'intervention majorée de l'assurance soins de santé et considérant que les études examinées à cette occasion indiquent qu'une approche proactive des acteurs concernés (INAMI, SPF Finances, mutualités) peut augmenter de façon substantielle le taux d'utilisation du droit à l'intervention majorée²⁴;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. de réévaluer le maximum à facturer et de le réformer adéquatement en accordant une attention particulière à la recherche de gains d'efficacité et à la lutte contre les abus et la fraude, les bénéfices qui en découleront devant profiter aux groupes ayant des besoins médicaux spécifiques non satisfaits et devant donc être réinvestis dans des moyens supplémentaires à affecter au maximum à facturer pour les travailleurs pauvres et les malades chroniques, les personnes atteintes d'un cancer et les bénéficiaires d'une intervention majorée;

2. de garantir des tarifs conventionnés pour les prestations médicales accomplies en sous-traitance, de façon à promouvoir l'accès aux soins (spécialisés);

²³ En 2016, plus de deux tiers (67,5 %) des Belges avaient un dossier médical global (DMG). Ce pourcentage est surtout élevé chez les personnes âgées, mais plus de six Belges sur dix (62 %) de moins de 45 ans ont également un DMG. La Flandre est manifestement en avance sur les autres Régions à cet égard: 76,4 %, contre 57,1 % en Wallonie et moins de 49,3 % à Bruxelles; Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. Performance du système de santé belge – rapport 2019. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 313A. D/2019/10.273/32; https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313B_Rapport_Performance_2019_Rapport%20FR.pdf.

²⁴ <https://www.inami.fgov.be/fr/agenda/Pages/symposium-intervention-majorée-20190618.aspx>.

plotse hoogdringendheid aan gespecialiseerde zorg, alsook omdat men op de spoed geen afspraak op voorhand dient te maken noch onmiddellijk dient te betalen;

I. overwegende dat de toegankelijkheid tot de zorg groter wordt met een betere gezondheidsgeletterdheid;

J. overwegende dat uit het KCE 338As Rapport blijkt dat de somatische zorg voor psychiatrische patiënten suboptimaal blijkt te zijn;

K. gezien het Globaal Medisch Dossier in Vlaanderen duidelijker geïmplementeerd blijkt te zijn dan in Wallonië en Brussel (Gegevens KCE 2016: VL 76,4 %, WAL 57,1 %, BRU 49,3 %);²³

L. overwegende het symposium van 18 juni 2019 van het RIZIV inzake de verhoogde tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de daar besproken studies, waarin vastgesteld werd dat een proactief beleid van de betrokken actoren (RIZIV, FOD Financiën, ziekenfondsen) de opname van de verhoogde tegemoetkoming aanzienlijk kan verhogen²⁴;

VERZOEKT DE FEDERALE REGERING:

1. de MAF te herevalueren en op gepaste wijze te herzien, met bijzondere aandacht voor een zoektocht naar efficiëntiewinsten en de aanpak van misbruik en fraude. De winsten die hier te realiseren vallen moeten dienen om de groepen met specifieke onvervulde medische zorgbehoeften tegemoet te komen en moeten bijgevolg opnieuw geïnvesteerd worden in extra middelen voor de maximumfactuur van de working poor en chronisch zieken, kankerpatiënten en mensen met een verhoogde tegemoetkoming;

2. geconventioneerde tarieven te garanderen voor in onderaanneming verrichte geneeskundige verstrekkingen ter bevordering van de toegankelijkheid van (gespecialiseerde) zorg;

²³ In 2016 had meer dan twee derde (67,5 %) van de bevolking een Globaal Medisch Dossier (GMD). Vooral bij ouderen ligt het percentage erg hoog, maar ook meer dan zes Belgen op tien (62 %) jonger dan 45 jaar hebben een GMD. Met 76,4 % van de Vlamingen die een GMD hebben, scoort Vlaanderen beduidend beter dan Wallonië (57,1 %) en Brussel (minder dan 49,3 %); Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – rapport 2019. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 313A. D/2019/10.273/32; De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2019 (fgov.be).

²⁴ <https://www.riziv.fgov.be/nl/agenda/Paginas/symposium-verhoogde-tegemoetkoming-20190618.aspx>.

3. d'examiner dans quelle mesure un échelonnement des soins spécialisés pourrait avoir un impact positif sur l'accessibilité, l'adéquation et la proportionnalité des soins, en particulier pour les personnes vulnérables;

4. de réduire, pour les groupes financièrement vulnérables, l'intervention personnelle due lors de la prestation des soins en généralisant le régime du tiers payant chez les médecins généralistes, en liaison avec le DMG et une modification du plafond du maximum à facturer;

5. d'examiner si le fait que les patients socialement vulnérables aient davantage recours aux soins d'urgence qu'aux soins de première ligne a un impact sur le dossier médical dans son ensemble, et donc sur l'état de santé de ces patients, et d'y remédier en organisant une sensibilisation de ces groupes cibles en vue de la promotion du DMG;

6. de lutter contre le risque de décès précoce des patients psychiatriques dû à des troubles somatiques et à l'absence d'accompagnement préventif en prévoyant la présence, dans toute équipe psychiatrique, d'un médecin généraliste responsable des DMG des patients;

7. de prévoir un plan de traitement et de suivi des patients psychiatriques au niveau psychiatrique comme au niveau somatique;

8. de veiller à orienter davantage de patients vers un même médecin généraliste (en permettant cependant toujours au patient de changer aisément de médecin généraliste et de transférer son DMG s'il le souhaite) en instaurant un régime de tiers payant généralisé pour les patients ayant un DMG;

9. de favoriser le recours aux mesures de protection par les ayants droit en simplifiant, en uniformisant et en facilitant l'octroi d'une intervention majorée sur la base des informations relatives aux revenus les plus récentes possibles, que les acteurs concernés (mutualités, INAMI, SPF Finances) collectent de manière proactive – et si possible automatisée – et de mettre en œuvre des contrôles (intermédiaires et systématiques) plus rapides et efficaces;

10. d'examiner quelles sont les raisons sous-jacentes à une sous-utilisation par les indépendants des soins de première ligne;

11. d'investir dans la littérature en santé pour les groupes vulnérables;

3. te onderzoeken in hoeverre een echelonnering van de specialistische zorg een positieve impact kan hebben op de toegankelijkheid, geschiktheid en proportionaliteit van de zorg, in het bijzonder voor kwetsbare groepen;

4. de eigen betalingen op het moment van zorggebruik voor financieel kwetsbare groepen te verlagen via de algemene derdebetalersregeling bij de huisarts, gekoppeld aan het GMD, en een aanpassing van het plafond van de maximumfactuur;

5. te onderzoeken of het hoger gebruik van de spoeden opzichte van eerstelijnszorg bij sociaal kwetsbare patiënten een impact heeft op het totale gezondheidsdossier en bijgevolg op de gezondheidsstatus van de patiënt. En bovendien daarop een antwoord te formuleren door een doelgerichte sensibilisering via doelgroepen om het GMD te promoten;

6. het risico op vroegsterfte bij psychiatrische patiënten, te wijten aan somatische aandoeningen en gebrek aan preventieve begeleiding, aan te pakken via het voorzien van een huisarts in het psychiatrisch team die instaat voor het GMD van de patiënten;

7. te voorzien in een behandelings- en nazorgplan voor psychiatrische patiënten op zowel psychiatrisch als somatisch vlak;

8. inspanningen te leveren om meer patiënten naar een vaste huisarts (weliswaar met de mogelijkheid voor de patiënt om desgewenst steeds eenvoudig van vaste huisarts te kunnen veranderen en het GMD over te dragen) te begeleiden via het invoeren van een veralgemeende derdebetalersregel bij patiënten die beschikken over een GMD;

9. de opname door rechthebbenden van de beschermingsmaatregelen te bevorderen door een vereenvoudigde, geüniformeerde en toegankelijke toekenning van het recht op een verhoogde tegemoetkoming te voorzien op basis van zo recent mogelijke inkomensinformatie, die de betrokken actoren (ziekenfondsen, RIZIV, FOD Financiën) op proactieve – en waar mogelijk op geautomatiseerde – wijze verzamelen alsook door snellere en efficiëntere (tussentijdse en systematische) controles te implementeren;

10. te onderzoeken welke oorzaken te wijten zijn aan de onderbenutting van de zorgbehoeften van zelfstandigen voor wat de eerstelijnszorg betreft;

11. in te zetten op gezondheidsgeletterdheid voor kwetsbare groepen;

12. de réaliser une étude sur l'effet à long terme d'un changement de couverture d'assurance sur le comportement en matière de recours aux soins (par exemple pour les indépendants, l'assurance hospitalisation, les soins dentaires, la prévention);

13. d'examiner pourquoi certains soins entièrement remboursés permettent ou non de mieux répondre aux besoins en matière de soins;

14. d'inclure l'enregistrement de la situation médicale des jeunes et des enfants dans la politique générale de santé afin de pouvoir fixer, sur cette base, des objectifs en matière de santé pour les enfants et les jeunes;

15. de veiller à ce que chaque patient séjournant dans une institution psychiatrique bénéficie du même accès aux soins somatiques que la population en général, adaptés à ses besoins spécifiques. Dans ce cadre, il convient de veiller à:

a) doter l'équipe psychiatrique de chaque institution psychiatrique d'au moins un médecin généraliste afin de dispenser les soins de santé somatiques aux patients, sous la forme ou non d'une "fonction de liaison somatique" en miroir à la fonction existante de liaison psychiatrique, et à prévoir le financement adéquat à cet effet;

b) simplifier les soins somatiques sur le plan administratif (nomenclature, limitations en matière de prescriptions, etc.) pour permettre au médecin généraliste d'effectuer son travail correctement et sans obstacle;

c) faciliter des accords clairs entre les institutions, services ou cabinets privés psychiatriques afin de pouvoir organiser dans chaque institution/service l'accès des patients aux spécialistes somatiques en fonction de leurs besoins;

d) supprimer le cas échéant les limitations administratives et logistiques (nomenclature, transport de patients, etc.) afin de pouvoir dispenser ces soins spécialisés sans s'encombrer de limitations inutiles;

e) assurer l'accès à du personnel soignant formé aux soins somatiques généraux afin de pouvoir dispenser les soins infirmiers quotidiens du patient;

f) offrir un accès aux soins spécifiques similaire à celui offert à la population en général;

12. een onderzoek te starten naar het gedragseffect op lange termijn op het gebruik van zorg na een verandering in verzekeringsdekking (bijvoorbeeld bij zelfstandigen, hospitalisatieverzekering, tandzorg, preventie);

13. te onderzoeken waarom bepaalde volledig terugbetaalde zorg al dan niet resulteert in een betere invulling van de zorgnoden;

14. de registratie van de geneeskundige status van jongeren en kinderen mee te nemen in het algemeen gezondheidsbeleid om op basis daarvan gezondheidsdoelstellingen voor kinderen en jongeren te kunnen vaststellen;

15. er voor te zorgen dat elke patiënt die in een psychiatrie setting is opgenomen, toegang heeft tot somatische zorg die vergelijkbaar is met die van de algemene bevolking, aangepast aan zijn of haar specifieke behoeften. In dat kader dient er voor gezorgd worden dat:

a) er in elke psychiatrie setting ten minste één huisarts binnen het psychiatrie team voorzien wordt om somatische zorg aan patiënten te verlenen, al dan niet in de vorm van een "somatische liaisonfunctie" als afspiegeling van de bestaande psychiatrie liaisonfunctie, en dat de gepaste financiering hiervoor voorzien wordt;

b) de somatische zorg administratief (nomenclatuur, voorschrijvingsbeperkingen, etc.) vereenvoudigd wordt zodat de huisarts zijn werk naar behoren en zonder belemmeringen kan uitoefenen;

c) duidelijke afspraken tussen psychiatrie omgevingen, diensten of particuliere praktijken gefaciliteerd worden teneinde in elke omgeving/dienst de toegang van patiënten tot somatische specialisten te kunnen organiseren naar gelang van de behoeften van de patiënten;

d) waar mogelijk de administratieve en logistieke beperkingen (nomenclatuur, patiëntenvervoer, enz.) worden weggenomen, zodat deze gespecialiseerde zorg zonder onnodige beperkingen kan worden verleend;

e) de toegang tot zorgpersoneel met kennis van de algemene somatische zorg wordt verzekerd om in de dagelijkse verpleegkundige zorg van de patiënt te kunnen voorzien;

f) de specifieke zorg, in dezelfde mate toegankelijk is als de zorg die aan de bevolking in het algemeen wordt geboden;

g) disposer dans les hôpitaux psychiatriques d'infrastructures et d'appareils pour les soins somatiques suffisants, sûrs et disponibles en temps utile;

16. d'organiser des actions de sensibilisation afin d'informer les personnes souffrant de pathologies psychiatriques sur le risque accru de développer des problèmes de santé somatique qu'elles courent et sur les mesures de protection sociale auxquelles elles peuvent prétendre;

17. d'effectuer les démarches requises, en concertation avec les entités fédérées, en vue de préparer des ensembles de compétences homogènes et des soins adaptés aux habitants des différentes régions, et donc une compétence entièrement communautaire.

22 avril 2021

g) de infrastructuur en de apparatuur voor somatische zorg in de psychiatrische ziekenhuizen toereikend, veilig en tijdig beschikbaar is;

16. sensibiliseringsactiviteiten op te zetten teneinde personen met psychiatrische aandoeningen te informeren inzake hun verhoogde risico op somatische gezondheidsproblemen en de sociale beschermingsmaatregelen waarop zij recht hebben;

17. in overleg met de deelstaten de nodige stappen te zetten ter voorbereiding van homogene bevoegdheidspakketten en een zorg op maat van de inwoners in onderscheiden regio's en dus een volledige gemeenschapsbevoegdheid.

22 april 2021

Kathleen DEPOORTER (N-VA)
Frieda GIJBELS (N-VA)
Yoleen VAN CAMP (N-VA)