

Aan: Dhr. Johan De Cock
Administrateur-generaal van het RIZIV
Tervurenlaan 211
1150 Brussel

Brussel, 1 juli 2013

Geachte Heer Administrateur-Generaal,

Betreft: Nota CGV 2013/212 Wet op de toegankelijkheid – Voorontwerp van wet en memorie van toelichting

Wij wensen u onze opmerkingen te bezorgen over de artikelen X + 10 en volgende van Afdeling X + 1 “Financiële transparantie van de gezondheidszorg” van het voorontwerp van wet, opgenomen in de nota CGV 2013/212.

Wij zullen geen commentaar leveren bij de artikelen X en X + 9 van Afdeling X “Niet-beantwoorde medische behoeften” betreffende de geneesmiddelen, die overigens buiten het toepassingsgebied van de Europese Richtlijn vallen.

Artikel 4 van de Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en van de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg verbindt de Lidstaten ertoe erop toe te zien dat de zorgaanbieders de patiënt voorafgaand aan de verstrekking informeren, zodat de patiënt met kennis van zaken een keuze kan maken, en na afloop van de verstrekking over de kosten ervan (“duidelijke facturen”, “duidelijke informatie over de prijzen... en over de status van de zorgaanbieders...”).

Het is inderdaad ontegensprekelijk zo dat er in hoofde van de zorgaanbieders een informatieplicht bestaat t.o.v. de patiënt. Dat er nieuwe maatregelen worden uitgevaardigd die ertoe strekken de patiëntenrechten op dat vlak te vervolledigen wordt dus niet betwist.

De manier waarop de Belgische wetgever die legitieme doelstelling wil bereiken, is echter volstrekt onaanvaardbaar om diverse redenen, die we hierna uiteenzetten.

Ten eerste is de gekozen methode, waarbij de voorlichting door middel van het getuigschrift voor verstekte hulp wordt gegeven, ontoelaatbaar. Verzekeringsinstellingen worden op die manier immers ingelicht over een relatie (arts-patiënt) waar ze geen deel aan hebben.

We herinneren eraan dat de enige bedoeling van het getuigschrift voor verstekte hulp de terugbetaling van de patiënt is. Dat is ook de reden waarom het getuigschrift uit twee luiken bestaat: een fiscaal luik en een luik voor het ziekenfonds. De ziekenfondsen hebben, tot bewijs van het tegendeel, geen enkele opdracht tot fiscale controle, terwijl de Richtlijn uitsluitend het beter informeren van de patiënt, en niet van de ziekenfondsen, beoogt.

Deze methode wordt trouwens in geen enkel opzicht gerechtvaardigd door de Richtlijn. Men kan zich niet beroepen op de richtlijn om de zorgaanbieders nieuwe verplichtingen op te leggen die verder

gaan dan de door de Richtlijn gestipuleerde informatieverplichtingen t.o.v. de Belgische en Europese patiënten.

In tegendeel, het gebruik van het getuigschrift voor verstrekte hulp voor iets anders dan de terugbetaalde verstrekking moet worden afgewezen. Alle inlichtingen die geen verband houden met de terugbetaling van een verstrekking (niet-terugbetaalde verstrekking, honorarium en supplement, niet-terugbetaald of niet onder het honorarium vallend materiaal) evenals de opgave van de voorschotten en dus ook van de door de patiënt te betalen saldi (ontwerp artikel 53, § 1, 1°, 2° en 3°) moeten worden vermeld in een verantwoordingsstuk (factuur), dat gescheiden is van het getuigschrift voor verstrekte hulp en dat uitsluitend voor de patiënt bestemd is.

Het staat buiten kijf dat deze inlichtingen alleen de patiënt en zijn arts aanbelangen, aangezien ze losstaan van de tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Deze inlichtingen mogen dus niet worden meegedeeld aan derden, in casu verzekeringsinstellingen, zonder de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt, aangezien het om een mededeling gaat die niet beantwoordt aan een legitiem doel in de zin van de privacywet. De arts mag deze informatie trouwens evenmin medelen, aangezien er geen grond is om het medisch geheim te delen. Dit anders interpreteren zou erop neerkomen dat men de verzekeraars de toestemming geeft om naar medische gegevens te vragen in domeinen waarvoor zij niet bevoegd zijn.

De doelstellingen van de Richtlijn kunnen probleemloos worden bereikt door de financiële inlichtingen in een afzonderlijk document op te nemen, zoals in de memorie van toelichting van het voorontwerp van wet te lezen staat.

Bovendien werkt het Verzekeringscomité volgens artikel 22, 11° van de ZIV-wet verordeningen uit met betrekking tot het verkrijgen van het recht op vergoeding in het kader van het artikel 34, dat de geneeskundige verstrekkingen beschrijft die worden terugbetaald in de nomenclatuur. Het is dus niet gemachtigd om verplichtingen in te stellen die verband houden met activiteiten waar het niets mee te maken heeft.

Ten tweede zijn de meeste voorschriften die gebaseerd zijn op ziekenhuisfacturatiesystemen met derdebetalersregeling totaal ongeschikt om bij uitbreiding te worden toegepast op alle zorgaanbieders of in de ambulante zorg, zoals bij de huisartsen.

Aangezien de regelgeving m.b.t. de in het ziekenhuis opgenomen patiënten niet gewijzigd wordt, slaat dit voorontwerp van wet dus enkel op de niet in het ziekenhuis opgenomen patiënten.

Ten derde dient een Lidstaat van de Europese Unie geen aanvullende regelgevende maatregelen uit te werken als hij kan aantonen dat zijn bestaande reglementering al een omzetting van de Richtlijn bevat.

In België lijkt ons de doelstelling van informatieverstrekking al ruimschoots bereikt door verordeningen zoals de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt; de wet op de ziekenhuizen; de uitvoeringsreglementering van de wet betreffende de verplichte verzekering

voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 en de fiscale regelgeving.

De Richtlijn heeft de relatie tussen zorgaanbieder en patiënt voor ogen. Het ligt dus voor de hand dat de aangewezen plaats voor een toepassing van de Richtlijn in het Belgische recht de wet betreffende de rechten van de patiënt, en niet de RIZIV-reglementering, is.

Er zijn in dit verband overigens adviezen voorhanden van de Federale commissie “rechten van de patiënt”, die gericht zijn op een betere voorlichting van de patiënt via de wet betreffende de rechten van de patiënt (bvb. in haar adviezen van 29 april 2009 en 29 mei 2009).

Ten vierde is dit wetsontwerp een heuse bureaucratische provocatie, die de taak van de werkenden er alleen maar zwaarder op maakt. De enorme administratieve last waarmee de artsen vandaag al geconfronteerd worden, zal nog groter worden. Dit staat haaks op het kenbaar gemaakte, zo niet reële voornemen van de regering tot administratieve vereenvoudiging in het licht van de werkzaamheden van de Belgische Dienst Administratieve Vereenvoudiging.

Deze bekommernis lijkt te worden gedeeld door de Europese Commissie, want sinds 2006 “heeft de Commissie voorgesteld een ambitieus actieprogramma op te zetten om de administratieve lasten van de bestaande regelgeving in de EU te verminderen. Als onderdeel hiervan stelde de Commissie voor dat de Europese Raad tijdens zijn voorjaarsbijeenkomst van 2007 als streefdoel een vermindering van die lasten met 25 % zou vaststellen, een doel dat de EU en de lidstaten tegen 2012 samen moeten verwezenlijken¹”.

Het spreekt voor zich dat de extra kosten die deze verzwaring van de bureaucratische last met zich mee zal brengen, door de ziekenfondsen als administratieve kosten zullen moeten gedragen worden. Zij sluiten immers hun lokale afdelingen, danken mensen af en hebben hun financiële lasten sterk zien dalen door de uitbreiding van de derdebetalersregeling.

Ten vijfde stipuleert het 6^{de} lid van § 1 ter van artikel 53 dat de akkoorden de andere vermeldingen vaststellen die op het verantwoordingsstuk moeten staan van alle – al dan niet door de nomenclatuur vergoede – verstrekkingen, en van de modaliteiten voor terugbetaling aan de begunstigde.

Volgens het 9^{de} lid zouden deze beslissingen, die in de akkoorden in een beschikkend gedeelte worden ondergebracht, van toepassing blijven zolang ze niet gewijzigd worden door een ander akkoord. Bovendien zouden ze bij koninklijk besluit verplicht kunnen worden gemaakt.

Daardoor zouden alle zorgaanbieders er door gebonden zijn, ongeacht of ze tot het akkoord zijn toegetreden of niet. Het is volstrekt ontoelaatbaar dat een arts die geen partij is in het akkoord zich naar deze vereisten zou moeten schikken.

¹ Werkdocument van de Commissie COM(2006) 691: “Metten van administratieve kosten en verminderen van administratieve lasten in de Europese Unie”. Mededeling van de Commissie aan de Raad, het Europees Parlement, het Europees Economisch en Sociaal Comité en het Comité van de Regio’s COM(2006) 689: “Strategische evaluatie van betere regelgeving in de Europese Unie”

Als we de vergelijking maken met de collectieve arbeidsovereenkomsten, die door de paritaire comités worden ingevoerd, dan stellen we vast dat deze overeenkomsten alleen aan een gehele sector worden opgelegd op vraag van het paritair comité of een organisatie voor de duur van de overeenkomst.

Als deze verzwaring van de administratieve last toch werkelijkheid zou worden, zullen de meerkosten voor de zorgaanbieders aan de artsen moeten worden vergoed.

Ten zesde verbiedt het ontwerp van § 1 bis van artikel 53 het vragen van voorschotten, tenzij door geconventioneerde artsen binnen de door de akkoorden en overeenkomsten vastgestelde grenzen.

In de Richtlijn staat geen enkele bepaling die het opleggen van een verbod aan de artsen om voorschotten te vragen rechtvaardigt. Deze maatregel beantwoordt niet aan de doelstelling van een betere voorlichting van de patiënt.

Dit voorstel creëert het principe van het absolute verbod. Het creëert ook een uitzondering voor geconventioneerde artsen. Het voorschottensysteem wordt al toegepast in de ziekenhuizen, die het nodig hebben om te overleven. Bij wijze van tegemoetkoming aan het non-discriminatiebeginsel breidt het wetsontwerp deze mogelijkheid uit naar alle zorgaanbieders. Maar door ze aan het akkoord te verbinden, creëert het een nog minder legitieme discriminatie. Het is onaanvaardbaar dat dit verbod wordt opgelegd aan een vrij beroep, dat veel minder financiële draagkracht heeft dan een ziekenhuis en dat het meeste te kampen heeft met onbetaalde rekeningen.

Op die manier heeft de niet-geconventioneerde arts ten overstaan van zijn patiënten minder rechten dan zijn geconventioneerde collega. Via deze discriminatie verplicht men de artsen dus onrechtstreeks om zich bij het akkoord aan te sluiten. Het is helemaal verwerpelijk dat dit ook geldt voor niet-terugbetaalde prestaties. Met het oog op de toegankelijkheid moet het voorschot worden betaald via derdebetalder of ten laste genomen door het ziekenfonds.

Het voorschotverbod voor één enkele categorie van beroepsbeoefenaars op grond van akkoorden waarin ze geen partij zijn, is ontoelaatbaar, niet alleen omwille van het vrije karakter van het beroep, maar ook omdat het indruist tegen de concurrentieregels, die de basis vormen van de vrije keuze van de patiënt. Tot slot is het nauwelijks voor te stellen welke situatie er zou ontstaan als er een jaar komt zonder akkoord. Dat zou immers het einde betekenen van het Belgische systeem van de arts-patiëntrelatie, dat door een reglementair systeem zou worden vervangen.

Er zou hoogstens kunnen worden ingestemd met een afbakening van het voorschot in het akkoord artsen-ziekenfondsen, maar dan enkel voor diegenen die beslist hebben om zich er bij aan te sluiten en zonder het principiële verbod in het akkoord op te nemen.

Overigens vloeit de verplichting om de patiënt die een voorschot heeft betaald een ontvangstbewijs te geven voort uit de algemene regels van het burgerlijk recht inzake bewijsrecht. Dit herhalen in een specifieke reglementering voegt niets toe aan het bestaande juridisch arsenaal op het vlak van bewijsrecht. De huidige regelgeving met betrekking tot het model van het ontvangstbewijs-getuigschrift voorziet al alle mogelijkheden (gedeeltelijke betaling, geen contante betaling enz.).

Ten zevende legt het artikel X+13, dat een § 1 bis invoegt in artikel 73 van de ZIV-wet, een verbod op voor supplementen voor verstrekkingen klinische biologie, pathologische anatomie en genetica.

Deze bepaling brengt een discriminatie tot stand tussen de ziekenhuis- en de ambulante geneeskunde. Bovenal heft deze omschrijving, als ze zo behouden blijft, het evenwicht op tussen de partijen van het akkoord artsen-ziekenfondsen, wat grond is tot beëindiging van het akkoord.

Ten achtste dient men, voor wat het bewijs van de voorlichting van de patiënt betreft, te verwijzen naar de algemene burgerrechtelijke regels over het bewijs. Er is geen reden om bijzondere voorschriften te voorzien. De omkering van de bewijslast is hoe dan ook niet in verhouding met het nagestreefde doel, namelijk de voorlichting van de patiënt. Het houdt ook in dat er een door de patiënt ondertekend document zal moeten bijgehouden worden voor het geval dat de patiënt zijn ontvangstbewijs kwijtspeelt. Een dergelijke situatie is uiteraard onhoudbaar.

Tot besluit kunnen we stellen dat dit voorontwerp van wet veel verder gaat dan de doelstellingen vervat in Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg, en dit zonder enige motivatie.

Wij zijn van mening dat een goedkeuring van deze teksten niet alleen een beëindiging van het huidige akkoord zou rechtvaardigen, maar vooral het bereiken van enig welk ander akkoord in de toekomst ernstig zou bemoeilijken. Het voortbestaan van het huidige consensussysteem – dat ervoor zorgt dat er in België een betere toegang is tot zorg dan in andere landen – zou op de helling komen te staan.

Wij wensen u een goede ontvangst van dit schrijven en vragen u dit als addendum toe te willen voegen aan nota CGV 2013/212 op de vergadering van 8 juli a.s. van het Verzekeringscomité.

Met de meeste hoogachting,

Dokter Roland LEMYE

Voorzitter van de Belgische Vereniging
van Artsensyndicaten (BVAS)