

Avis du GBO (Groupement Belge des Omnipraticiens) sur la proposition de loi visant à généraliser l'application obligatoire du régime du tiers payant (TP).

Le GBO a pris connaissance de la proposition de loi portant sur l'obligation généralisée du régime de tiers payant pour toutes les prestations de santé remboursées en Belgique. Fidèle à ses valeurs d'accessibilité aux soins, de solidarité et de respect de la pratique médicale indépendante, le GBO s'oppose à cette mesure, qui, loin de répondre aux défis réels de l'accès aux soins, risque de restreindre la liberté du médecin dans la gestion de sa pratique médicale au service de la population dont il s'occupe.

Novembre 2024

Une augmentation de l'accessibilité pour tous les patients : un enjeu crucial de santé publique.

Le GBO soutient pleinement l'objectif d'améliorer l'accès aux soins de santé, notamment pour les personnes en situation de précarité. Et en particulier pour les patients non bénéficiaires de l'intervention majorée (non-BIM) en difficulté. En effet l'obligation de TP existe déjà pour les patients BIM en médecine générale (MG).

Mais, très justement, l'inaccessibilité financière est aujourd'hui surtout dénoncée vis à vis de la médecine spécialisée, de la dentisterie, des examens complémentaires radiologiques et autres, des médicaments et de certains matériels tels que les lunettes et autres prothèses auditives.

L'inaccessibilité aux soins est aussi engendrée par une structuration insuffisante du système des soins de santé qui permettrait un recours « au prestataire le plus adéquat, au meilleur endroit, au meilleur moment » et qui engendrerait des économies substantielles par une diminution de report des soins et de recours inutiles en 2e ligne ou 3e ligne de soins, échelonnent des soins que nous estimons de ce fait favorable à la santé publique.

Une facilitation du TP pour toutes les professions ne pourra se faire qu'à condition qu'elles disposent de moyens de facturation électronique avec vérification de l'assurabilité et du remboursement de la prestation et amélioration substantielle de la gestion par les mutuelles des remboursements des prestations. Actuellement les kinésithérapeutes doivent attendre plusieurs mois avant d'être payés par le système du TP.

Un autre motif d'inaccessibilité doit être pris en compte : en effet, c'est le nombre insuffisant de médecins généralistes (MG) et autres prestataires qui fait que l'accès aux soins pour tous n'est plus du tout garanti en première ligne de soins.

Le GBO estime cependant que l'obligation du TP, étendue à tous les prestataires pour tous les patients, sape la capacité des médecins à ajuster leur pratique aux besoins spécifiques des patients, à maintenir une relation de confiance fondée sur la liberté de choix et de gestion et ne favorise pas la prise de conscience du coût de la sécurité sociale.

Nous rappelons que le régime du TP ne peut en aucun cas influencer les possibilités de conventionnement/déconventionnement, de réponse aux exigences particulières et de rendez-vous avec prestations spéciales, non associées à un code de nomenclature.

Un sondage de nos membres a récolté 315 réponses. Nous vous en livrons les éléments remarquables ci-dessous.

Les difficultés rencontrées par les MG vis à vis de la pratique du TP et de sa gestion par les mutuelles :

De nombreux griefs sont faits vis à vis de la gestion actuelle des TP.

- Retard dans certains paiements, en particulier la CAAMI.
- La non transparence des paiements sans informations précises dans les commentaires des virements pour un bon suivi de la comptabilité.
- Le nombre d'erreurs dans les envois e-facts par bugs informatiques.
- L'incertitude d'être payés par les mutuelles, le manque de temps pour vérifier les paiements des tiers-payant. Beaucoup de refus, non motivés, obligent les MG à contacter les mutuelles pour des corrections... qui finalement ne sont pas prises en compte. Plusieurs prestations ne sont donc jamais payées. Erreurs de remboursement.
- Une plus grande dépendance vis-à-vis des mutuelles : si les mutuelles arrêtent de payer les e-fact comme cela s'est produit en 12/2023 pendant plusieurs semaines, le MG ne peut plus payer ses propres factures.
- Le refus de remboursement. Par exemple refus de payer la consultation de déclaration de décès.
- Le versement n'est jamais effectué séparément pour chaque patient mais bien par période par les mutuelles... c'est extrêmement difficile déjà actuellement de vérifier les paiements.
- Les versements pour les DMG sont actuellement nébuleux, particulièrement dans les pratiques médicales en groupe.

Les avantages du régime du TP, en général

- L'augmentation de l'accessibilité financière pour les plus démunis.
- L'augmentation de la sécurité du patient qui ne transporte plus d'argent.
- L'augmentation de la sécurité du prestataire, par l'absence d'argent liquide.
- La sécurité d'être payé pour le prestataire, même si le patient est en détresse financière, temporairement ou définitivement.
- Si le système est organisé de façon optimale, la simplification de la comptabilité, la transparence sur les prix, l'absence d'incertitude sur le montant remboursé, la simplification des procédures, la facilité administrative d'une facturation automatique, la meilleure visibilité des suppléments appliqués (pour les médecins déconventionnés).
- La simplification vis-à-vis des banques qui suppriment les automates de dépôt de cash.
- La possibilité d'augmenter les honoraires des médecins sans conséquence pour les patients.
- La facilité de facturation par le médecin pour chaque membre d'une même famille qui consulte à plusieurs en même temps.
- La facilité de faire revenir le patient pour un contrôle d'une situation clinique et ainsi avoir la possibilité de réduire certaines prescriptions, d'antibiotiques par exemple, plus facilement.
- La facilitation des contacts thérapeutiques pour certains MG : moins d'argent circule entre le médecin et le patient, ce qui faciliterait les contacts et le rapport médecin/malade.
- Des économies de personnel importantes pour les intermédiaires mutuellistes par une simplification administrative qui pourraient engendrer une diminution de leurs coûts de fonctionnement et permettre de diminuer leurs subsides pour les réinjecter dans de nouvelles politiques de santé.

Sur les 315 membres généralistes répondants à notre enquête, moins du tiers (85) est favorable à l'obligation de TP pour tous par tous.

Les avantages de l'obligation généralisée du TP

- Une uniformisation des pratiques avec moins de disparité entre les médecins. Une harmonisation des pratiques permet une meilleure lisibilité des tarifs pour le patient.
- Une uniformisation de la procédure quel que soit le statut économique estimé avec une diminution de la stigmatisation des patients. Les MG ne doivent plus évaluer eux-mêmes le statut de détresse financière.
- Une juste répartition entre les tous les praticiens. En effet, on peut espérer une diminution de concentration de « cas sociaux » chez les médecins qui appliquent le TP par rapport à ceux qui ne l'appliquent pas. Et une diminution de facto du risque de sélection de patientèle.
- Une diminution du report des soins pour des personnes qui théoriquement pourraient avancer l'argent et assumer le coût mais qui sont dans une situation ne le permettant pas (fuite du domicile, perte de revenus,...), sans que le soignant ne soit au courant.
- Une diminution du risque d'agression des prestataires.
- Une "homogénéisation" de la comptabilité puisqu'il n'y aurait plus qu'une source de revenus, mais pas une simplification car à l'heure actuelle il est parfois très difficile de débusquer les erreurs commises par les mutuelles.
- Une simplification administrative de gestion des attestations de soins pour libérer du temps pour le soin et l'accueil (mutuelles, secrétariat)
- Une transparence fiscale.

Plus de deux tiers de nos répondants s'opposent à ce projet de loi parce qu'ils refusent l'obligation du TP et non le concept même du TP, largement utilisé en MG.

Actuellement en effet, les MG appliquent déjà obligatoirement le TP pour les patients BIM. Et par extension très largement pour les patients nécessiteux non BIM. Ils réfutent donc la diminution d'accès aux soins généralistes, encore moins depuis l'organisation efficace du remboursement des e-attests effectué dans les 2 jours ouvrables maximum. D'autant plus qu'en MG, la très grande proportion de conventionnés (85%) permet aux patients à bas revenus de se soigner correctement pour 1 ou 4 euros.

Les obstacles à la généralisation de l'obligation du TP

- Le délai de la mise en pratique du projet de loi semble très court: est-ce que tous les prestataires seront prêts, faute de moyens électroniques ?
- L'absence d'affiliation à une mutuelle par des patients non en ordre d'assurabilité.
- La non-validité de certaines cartes d'identités.
- Les frontaliers non contrôlables.
- La non-souplesse de paiement, nécessaire lors de bugs informatiques : si les mutuelles arrêtent de payer les e-fact comme ça c'est déjà produit en 12/2023 pendant plusieurs semaines, le MG ne peut plus payer ses factures et n'ont plus la possibilité de transformer l'e-fact en e-attest.
- La non-utilisation actuelle par certains MG de la facturation électronique, rendant la gestion du TP par attestations-papier difficile.

- La surcharge administrative actuelle des MG. Si le TP est appliqué pour tous, le médecin devra vérifier les comptes systématiquement encore plus qu'actuellement pour débusquer les erreurs commises par les mutuelles.
- L'inscription du patient en maison médicale (MM) « au forfait ». Lorsqu'un patient inscrit en MM vient voir un généraliste hors de la MM, il faut alors permettre d'attester sans TP pour se faire honorer et demander au patient de se faire rembourser par sa MM. La démarche administrative doit rester à charge du patient et non du MG.
- L'impossibilité d'appliquer le TP à domicile vu l'absence de réseau dans la campagne à certains endroits et l'impossibilité matérielle de vérifier l'assurabilité des gens.
- Frais bancaire de paiement électronique pour des petits montants (4-6€) alors qu'il y a peu, l'État a obligé les MG à proposer un paiement électronique.
- Maintien des attestations dans certaines maisons de repos.

Les risques d'une obligation généralisée de TP

- La plupart des prestataires insiste sur une perte de la « symbolique » de payer le MG, pourtant chère à nos confrères psychanalystes dans le rapport thérapeutique, avec un risque de perte de valeur sociale ou morale (ce qui est gratuit est bien sûr de peu de valeur !). Le risque est de ternir l'image de la médecine et du médecin dans un monde où, bien souvent, seul l'argent a de l'importance, où tout ce qui est quasi gratuit est galvaudé par certains grands publics.
- La responsabilisation du patient vis-à-vis de sa santé, sur le plan personnel et collectif, peut passer par la conscience du prix que les soins coûtent. La gratuité ne dessert-elle pas le message médical que la santé est aussi une question d'investissement personnel.
- Le régime d'un TP généralisé et obligatoire ne favorise-t-il pas le shopping médical avec une dévalorisation de la consultation et une accumulation/surconsommation de traitements pour répondre aux inquiétudes des patients.
- Les MG demandent une liberté d'action vis à vis des adolescents qu'ils veulent pouvoir traiter sous la supervision de leurs parents. Le TP systématique obligatoire ne le permet pas.
- Les MG craignent un pas de plus vers la fonctionnarisation de la médecine et ont le sentiment de devenir de faux indépendants. Ils revendiquent la reconnaissance de leur profession libérale, de leur indépendance intellectuelle et de leur liberté d'action. Par exemple il est primordial de garder un levier possible pour exercer un effet dissuasif pour les visites à domicile inutiles. Pour les patients harcelants, consultant sans arrêt ou se positionnant dans une relation de type « commerciale » vis-à-vis du médecin: on peut penser que l'action sur le mode de paiement peut les limiter. Il importe de garder un levier pour aider à la réflexion les patients qui abusent des soins ou procèdent par intimidation (surtout en garde). Les deux corollaires à la liberté diagnostique, thérapeutique et financière, revendiquée par les MG sont bien entendu la responsabilité et solidarité. Les MG revendiquent que cela le soit de la part des deux parties dans la relation thérapeutique.

Témoignage.

Le patient : « J'attends qu'il me soigne de son mieux « secundum artem » et j'honore son effort et l'attention qu'il me prête ».

Le médecin : « Je le soigne et j'attends de lui qu'il honore mon dévouement. J'insiste, **c'est le dévouement qui est ainsi récompensé, plus que tel ou tel diagnostic ou acte.** »

- Dans un contexte où nous travaillons déjà à flux tendu toute l'année, certains médecins craignent que réduire le coût "ressenti" des patients ne les pousse consulter plus souvent pour des problèmes non médicaux et craignent d'être encore plus sollicités dans un contexte

où ils peinent à garder la tête hors de l'eau en terme de charge horaire. Il y a un risque de médicalisation des problèmes sociaux. Nous le voyons très clairement avec la fréquentation dans nos cabinets de consultations pour des problèmes psychologiques... parce que chez le MG c'est moins cher !

- Il y a plus de 30 ans, le tiers-payant avait été interdit par une crainte d'abus de « production » de soins lié à la facilité de facturation. Une obligation généralisée ne serait-elle pas un encouragement à la surfacturation ?
- Y a-t-il un risque de déconventionnement avec une demande de supplément pour diminuer l'effet dérisoire ressenti du euro symbolique ?

Témoignage.

« Tout les jours quand je demande 4 euros, on me regarde "c'est tout ? Toujours pas augmenté ?" Les patients me donnent un euro ou plusieurs supplémentaires, refuse que je leur rende la monnaie. Depuis quand en est-on arrivé à une situation où les patients ont pitié de nos honoraires ? »

En conclusion, le GBO fait des propositions pour améliorer l'accessibilité aux soins, sans obligation généralisée du TP

- Les droits sociaux doivent être systématisés. L'accessibilité au statut BIM et de facto au TP doit être améliorée. Nous rencontrons encore trop souvent des patients qui devraient être BIM mais qui n'ont pas fait les démarches pour acquérir ce statut, ou qui le perdent à chaque début d'année et doivent refaire les démarches annuellement.
- Il faut verrouiller légalement le travail des mutuelles : par exemple concernant le délai de paiement pour qu'elles ne puissent pas décider unilatéralement d'en augmenter les délais. Et il est important d'en améliorer la transparence de paiement.
- Les patients précarisés doivent pouvoir bénéficier du régime du tiers payant pour tous les soins chez tous les prestataires.
- Il faut assurer une garantie de fonctionnement en continu des services informatiques fournis par l'État dont les prestataires sont dépendants pour éviter les bugs informatiques, permettre de consulter efficacement l'assurabilité des patients et assurer la pratique du TP fiable et rapide.

Et last but not least

- Favoriser une structuration des soins de santé, qui favorise « les meilleurs soins, par le prestataire le plus adéquat, au meilleur endroit, au meilleur moment et au prix et coûts les plus justes.
- Favoriser une meilleure répartition des prestataires médicaux et paramédicaux en nombre suffisant sur tout le territoire belge

Le GBO soutient donc la généralisation et la facilitation du TP pour tous les prestataires et pour tous les patients, sans obligation aucune.

Il nous semble utile que la réflexion sur la pratique du TP soit intégrée à une réflexion plus large sur les conditions de travail et sur ce qui complique le travail (thérapeutique et administratif) du médecin généraliste.

La valorisation de la profession doit être en outre soutenue par une approche de qualité, financée à sa juste valeur par les pouvoirs publics.

In fine, la société doit s'interroger sur les moyens qu'elle choisit de s'accorder pour optimiser « ses » médecins généralistes, sous peine de voir s'accroître les départs prématurés de la profession.

Docteur Anne Gillet-Verhaegen,
vice-présidente du GBO
22 novembre 2024