

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

6 avril 2011

PROPOSITION DE LOI

**modifiant la réglementation en ce qui
concerne l'extension du régime du tiers
payant social**

(déposée par Mmes Nahima Lanjri et
Nathalie Muylle)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

6 april 2011

WETSVOORSTEL

**tot wijziging van de regelgeving wat de
uitbreiding van het systeem van de sociale
derde betaler betreft**

(ingediend door de dames Nahima Lanjri en
Nathalie Muylle)

RÉSUMÉ

Le régime du tiers payant social prévoit que l'intervention dans les soins dispensés accordée dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité est payée directement par la mutualité au prestataire de soins. Ce système augmente l'accessibilité (financière) pour les groupes précarisés dès lors qu'ils ne doivent payer que le ticket modérateur. Les auteurs de cette proposition veulent que certains groupes cibles puissent bénéficier automatiquement de ce droit.

SAMENVATTING

De sociale derdebetalersregeling is een systeem waarbij de in het kader van de verplichte ziekteverzekering voorziene tussenkomst in de verleende zorg rechtstreeks door het ziekenfonds aan de zorgverstrekker wordt betaald. Dit systeem verhoogt de toegankelijkheid (betaalbaarheid) voor de financieel zwakke groepen vermits zij enkel het remgeld moeten betalen. De indieners van dit wetsvoorstel willen dat bepaalde doelgroepen automatisch van dit recht kunnen genieten.

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie	
PS	:	Parti Socialiste	
MR	:	Mouvement Réformateur	
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams	
sp.a	:	socialistische partij anders	
Ecolo-Groen!	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen	
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten	
VB	:	Vlaams Belang	
cdH	:	centre démocrate Humaniste	
LDD	:	Lijst Dedecker	
INDEP-ONAFH	:	Indépendant - Onafhankelijk	

<i>Abréviations dans la numérotation des publications:</i>		<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties:</i>	
DOC 53 0000/000:	Document parlementaire de la 53 ^{ème} législature, suivi du n° de base et du n° consécutif	DOC 53 0000/000:	Parlementair document van de 53 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA:	Questions et Réponses écrites	QRVA:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)	CRIV:	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)
CRABV:	Compte Rendu Analytique (couverture bleue)	CRABV:	Beknopt Verslag (blauwe kaft)
CRIV:	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)	CRIV:	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)
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 (beigekleurig papier)

<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>		<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>	
<i>Commandes:</i>		<i>Bestellingen:</i>	
Place de la Nation 2		Natieplein 2	
1008 Bruxelles		1008 Brussel	
Tél.: 02/ 549 81 60		Tel.: 02/ 549 81 60	
Fax: 02/549 82 74		Fax: 02/549 82 74	
www.lachambre.be		www.dekamer.be	
e-mail: publications@lachambre.be		e-mail: publicaties@dekamer.be	

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Les soins de santé constituent un droit fondamental pour tout citoyen. Selon nous, il est dès lors crucial de garantir l'accessibilité aux soins de santé, y compris sur le plan financier.

Mais pour de nombreuses personnes, la facture des soins de santé commence à peser extrêmement lourd. Parmi les facteurs à risque, on peut citer un très bas salaire ou une allocation fort réduite ou une maladie chronique. En Belgique, le revenu d'intégration et de nombreuses autres allocations se situent sous le seuil de risque de pauvreté. D'autre part, un grand nombre de personnes sont endettées ou en médiation de dettes et peuvent également se retrouver sous ce seuil. Pour toutes ces catégories de personnes, une consultation chez le médecin grève lourdement leur budget réduit. Le fait de devoir avancer les frais des soins de première ligne s'avère représenter un frein important qui incite ces personnes à les reporter ou même à y renoncer dans certains cas.

De nombreuses études montrent que l'inégalité en matière de soins de santé est bien réelle au sein de la population. Ainsi, il ressort d'études réalisées par la Mutualité chrétienne que les enfants issus de ménages à revenus élevés se rendent, en moyenne, deux fois plus souvent chez le dentiste que les enfants de ménages à revenus modestes (Mousset J.-P., Diels J., *Oral Health Care. Consumption within the Belgian System*, MC, 2002, Bruxelles.)

Une étude consacrée aux inégalités sociales de santé met également en évidence les différences en matière de soins de santé entre les 20 % de revenus fiscaux les plus bas et les 20 % de revenus fiscaux les plus élevés. L'étude montre clairement que des inégalités sociales majeures existent en la matière au sein de la population belge. (Avalosse H., Gillis O., Cornelis K., Mertens R., *Inégalités sociales de santé, Recherche et Développement*, MC, juillet 2008).

En 2010 ont été publiés les résultats de l'Enquête nationale sur la santé 2008, d'où il ressortait également que 14 % des personnes interrogées reportent des soins médicaux, dentaires ou mentaux, ou l'achat de médicaments ou de lunettes, car elles ne peuvent pas se permettre ces dépenses. Or, elles n'étaient que 9 % selon l'enquête précédente, réalisée en 1997. À Bruxelles, pas moins d'une personne sur quatre (26 %) diffère des soins pour des raisons financières, contre

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Gezondheidszorg is een basisrecht voor iedereen. Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg is voor ons dan ook van cruciaal belang. Voor tal van mensen begint de factuur voor gezondheidszorg echter zeer zwaar door te wegen.

Een zeer laag loon, een zeer beperkte uitkering of chronische ziekte kunnen risicofactoren zijn. Het leefloon en ook vele andere uitkeringen in België liggen onder de drempel van het armoederisico. Daarnaast is er ook een grote groep mensen die schulden hebben of die een programma van schuldbemiddeling volgen. Ook zij kunnen onder deze drempel zakken. Voor al deze groepen neemt een consultatie bij de arts een zeer grote hap uit hun kleine budget. Het voorschieten van de kosten voor eerstelijnszorg blijkt een hoge drempel te zijn die leidt tot het uitstellen en in sommige gevallen zelfs tot het afstellen van gezondheidszorgen.

Uit tal van onderzoeken blijkt de effectieve gezondheidsongelijkheid onder de bevolking. Zo blijkt uit studies van de Christelijke Mutualiteit dat kinderen uit gezinnen met een hoger inkomen gemiddeld tweemaal meer op tandartsbezoek gaan dan kinderen uit lage-inkomensgezinnen. (Mousset J.-P., Diels J., *Oral Health Care. Consumption within the Belgian System*, CM, 2002, Brussel.)

Uit een onderzoek over gezondheidsongelijkheid blijken ook de verschillen op gezondheidsvlak tussen de 20 % laagste fiscale inkomens en de 20 % hoogste. De studie toont duidelijk aan dat er binnen de Belgische bevolking belangrijke sociale ongelijkheden bestaan op het vlak van gezondheid. (Avalosse H., Gillis O., Cornelis K., Mertens R., *Gezondheidsongelijkheid in België, Onderzoek en Ontwikkeling*, CM, juli 2008).

In 2010 werden de resultaten bekendgemaakt van de Nationale Gezondheidsenquête 2008, waaruit eveneens bleek dat 14 % van de ondervraagden medische zorg, tandverzorging, geneesmiddelen, een bril of mentale zorg uitstellen omdat ze die niet kunnen betalen. Bij de vorige enquête in 1997 was dat maar 9 %. In Brussel blijkt maar liefst één op de vier mensen zorgverlening uit te stellen om financiële redenen (26 %), in Vlaanderen gaat het om 11 %. Verder bevestigt de bevraging

11 % en Flandre. En outre, l'enquête confirme que de plus en plus de personnes (un ménage sur trois) éprouvent des difficultés à intégrer les dépenses de santé dans le budget familial. Ce sont principalement des personnes âgées, lesquelles ont besoin de plus de soins en général. Néanmoins, la composition du ménage joue également un rôle important à cet égard. C'est ainsi que plus de la moitié des familles monoparentales ont actuellement des difficultés à payer leurs dépenses de santé.

Selon nous, l'extension et l'octroi automatique du droit au régime du tiers payant constituent une solution appropriée à ce problème croissant. Grâce au mécanisme du tiers payant, le patient n'est en effet pas obligé d'avancer de l'argent: l'intervention de l'assurance obligatoire pour la prestation fournie est directement versée au prestataire de soins par l'assurance du patient, tandis que le patient paie uniquement le ticket modérateur.

Nous devons, à cet égard, rechercher un équilibre entre deux préoccupations: la première est de nature sociale et vise à garantir à chacun l'accès aux soins de santé, la seconde est de nature financière et vise à maîtriser les dépenses de soins de santé et à éviter la surconsommation.

De nombreuses organisations de la société civile demandent, depuis des années, une extension ou une application généralisée du régime du tiers payant en vue d'améliorer l'accessibilité des soins pour les personnes défavorisées. Depuis le Rapport général sur la pauvreté de 1995, on réclame déjà l'extension du régime du tiers payant aux soins ambulatoires. En 2008, *Welzijnszorg* a demandé un droit automatique au régime du tiers payant dans les soins de première ligne pour toutes les personnes à faibles revenus. Pour l'instant, ces personnes doivent demander elles-mêmes à en bénéficier et le prestataire de soins n'est pas tenu d'accepter. *Welzijnszorg* exige que le régime du tiers payant devienne un droit automatique pour les personnes à faibles revenus.

En 2010, des organisations telles que "*Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen*" et "*Verbruikersateljee*", réunies pour discuter des objectifs de la décennie pour la lutte contre la pauvreté, ont encore plaidé explicitement en faveur d'une généralisation du régime du tiers payant. Voici ce que l'on peut lire à ce sujet dans les objectifs en question (*Decenniumdoelen Armoede 2017*): "Introduire le régime du tiers payant dans les soins de première ligne. Les personnes qui ont de faibles revenus peuvent se faire rembourser les soins médicaux par le biais du

dat steeds meer mensen (één op drie gezinnen) het momenteel moeilijk hebben om de gezondheidskosten in het huishoudbudget in te passen. Veelal gaat het om oudere mensen, die door de band genomen meer zorg nodig hebben. Maar ook de gezinssamenstelling speelt een belangrijke rol. Zo ondervinden momenteel meer dan de helft van de éénoudergezinnen moeilijkheden om hun gezondheidszorg nog te betalen.

Volgens ons is de uitbreiding en het automatisch toekennen van het recht op derdebetalersregeling een geschikte oplossing voor dit toenemend probleem. Dankzij het mechanisme van de derdebetalersregeling is de patiënt immers niet genoodzaakt een som geld voor te schieten: de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor de geleverde verstrekking wordt rechtstreeks door de verzekering van de patiënt uitbetaald aan de zorgverlener, terwijl de patiënt enkel het remgeld betaalt.

We moeten hierbij een evenwicht zoeken tussen twee bekommernissen. Eén van sociale aard: de toegang tot de geneeskundige verzorging voor iedereen waarborgen. De andere van financiële aard: het beheersen van de uitgaven van de geneeskundige verzorging en het voorkomen van overconsumptie.

Vele organisaties uit het middenveld zijn al jaren vragende partij voor een uitbreiding of veralgemeende toepassing van de derdebetalersregeling met het oog op een grotere toegankelijkheid voor kansarmen. Al sinds het Algemeen Verslag over de Armoede van 1995 wordt de uitbreiding van de derdebetalersregeling naar de ambulante zorg gevraagd. In 2008 vroeg *Welzijnszorg* een automatischrecht op de derdebetalersregeling in de eerstelijnszorg voor iedereen met een laag inkomen. Nu moeten de mensen dit voordeel zelf vragen en kan de zorgverstrekker daar wel of niet op ingaan. *Welzijnszorg* eist dat de derdebetalersregeling een automatisch toegekend recht wordt voor mensen met een laag beschikbaar inkomen.

In 2010 pleitten organisaties als "*Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen*" en het "*Verbruikersateljee*" verenigd rond de Decenniumdoelen om armoede aan te pakken, nog uitdrukkelijk voor een veralgemeende invoering van de derdebetalersregeling. De Decenniumdoelen Armoede 2017 vermelden: Derdebetalersregeling invoeren in de eerstelijnszorg. Voor wie moet leven van een laag inkomen kunnen medische zorgen vergoed worden via de derdebetalersregeling: de patiënt betaalt enkel het remgeld terwijl het deel ten laste van de verplichte ziekteverzekering rechtstreeks wordt

régime du tiers payant: le patient ne paie alors que le ticket modérateur, et la partie à charge de l'assurance-maladie obligatoire est directement réglée avec la mutualité. Le problème du régime actuel réside dans le fait que son application dépend du bon vouloir du médecin. Pour éviter que des patients doivent avancer eux-mêmes l'argent pour les dépenses de santé, qu'ils reportent des soins ou qu'ils y renoncent, il faut non seulement que le système de paiement forfaitaire soit appliqué plus largement dans les soins de santé, mais aussi que le régime du tiers payant soit, à terme, appliqué purement et simplement à tout le monde dans les soins de première ligne. Actuellement, cette exigence est formulée en priorité pour les groupes de revenus les plus faibles, les malades chroniques, les enfants et les jeunes." (traduction)

En 2011, elles ont réitéré leur demande avec d'autres organisations comme le Welzijnszorg, la *Vlaams Patiëntenplatform*, la *Gezinsbond* et les maisons médicales. Il s'agit d'instaurer un système généralisé et automatique auprès des médecins généralistes. À l'avenir, ce système sera également souhaitable pour les autres professionnels des soins de santé de première ligne comme les dentistes. C'est en formulant cette demande forte, qu'elles clôturent l'année européenne de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

État de la réglementation

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

Dans certains cas, le régime du tiers payant est obligatoire (article 5 de l'arrêté royal). C'est le cas pour une hospitalisation ou pour les prestations y assimilées; pour l'intervention de l'assurance dans les frais de toutes les prestations dispensées lors d'une hospitalisation; pour les prestations de biologie clinique dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés par les laboratoires agréés; pour l'intervention de l'assurance dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein.

Dans d'autres cas, l'application du régime du tiers payant est interdite (article 6 de l'arrêté royal). Pour les médecins généralistes et les spécialistes, cette interdiction s'applique aux consultations, aux visites et aux conseils; pour les dentistes, l'interdiction vaut pour les consultations de patients âgés de plus de 12 ans,

vereffend met het ziekenfonds. Probleem bij de huidige regeling is dat de toepassing ervan wordt overgelaten aan de vrije keuze van de arts. Om te vermijden dat patiënten medische kosten uit eigen zak moeten voorschieten of uit- en afstellen, is het noodzakelijk dat niet alleen het forfaitair betalingssysteem in de zorg ruimer wordt toegepast maar ook dat op termijn de derdebetalersregeling in de eerstelijnszorg voor iedereen zonder meer wordt toegepast. Nu geldt deze eis prioritair voor alle lagere inkomensgroepen en chronisch zieken, voor kinderen en jongeren.

In 2011 herhaalden zij samen met onder andere Welzijnszorg, het Vlaams patiëntenplatform, de Gezinsbond en de wijkgezondheidscentra hun vraag. Een snelle invoering van een algemeen en automatisch systeem bij de huisarts. In de toekomst is dergelijk systeem ook wenselijk voor de andere eerstelijns gezondheidszorgberoepen zoals de tandarts. Met deze krachtige eis sluiten zij het Europees jaar van de strijd tegen armoede en sociale uitsluiting af.

Stand van zaken regelgeving

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

Er zijn een aantal toepassingen waarbij de *derdebetalersregeling verplicht* is (artikel 5 van het koninklijk besluit). Dit is het geval bij een ziekenhuisopname of hiermee gelijkgestelde tegemoetkomingen; de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van alle verstrekkingen die verleend worden tijdens een hospitalisatie; verstrekkingen van klinische biologie die aan de niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden worden verleend door de erkende laboratoria; de verzekeringstegemoetkoming in het kader van de georganiseerde borstkanker-screening.

Daarnaast zijn er een aantal gevallen waarbij de *derdebetalersregeling verboden* is (artikel 6 van het koninklijk besluit). Voor huisartsen en specialisten geldt dergelijk verbod bij raadplegingen, bezoeken en adviezen; voor tandartsen bij raadplegingen voor patiënten ouder dan 12 jaar, preventieve behandelingen, conserverende

pour les traitements préventifs, pour les soins dentaires conservateurs à des patients âgés de plus de 18 ans, tels que le traitement ou l'obturation d'une dent ou d'un canal d'une dent, et pour les radiographies dentaires chez les bénéficiaires non hospitalisés; pour le paiement des frais de déplacement.

Dans certaines conditions bien définies, le régime du tiers payant peut néanmoins s'appliquer (et l'interdiction prévue à l'article 6 de l'arrêté royal n'est dès pas d'application), à savoir pour les:

- 1° bénéficiaires de l'intervention majorée;
- 2° titulaires dont les revenus annuels bruts imposables ne sont pas supérieurs au revenu d'intégration;
- 3° titulaires bénéficiaires d'allocations familiales majorées;
- 4° titulaires qui ont depuis six mois la qualité de chômeur complet ayant charge de famille ou d'isolé;
- 5° bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle de détresse;
- 6° bénéficiaires qui décèdent en cours d'un traitement ou qui se trouvent dans un état comateux;
- 7° bénéficiaires de prestations dispensées dans un centre de santé mentale, de planning familial ou d'accueil pour toxicomanes;
- 8° bénéficiaires admis dans un établissement spécialisé dans les soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux handicapés;
- 9° ainsi que pour la facturation dans le cadre du dossier médical global (DMG) (102771) et du passeport du diabète (102852).

Dans les cinq cas d'exception précités, le régime du tiers payant social s'applique. Ce régime prévoit que les mutualités rémunèrent le médecin dans le courant du mois qui suit celui au cours duquel elles ont reçu un état récapitulatif spécifique. Ce délai de paiement réduit abaisse le seuil d'application du régime du tiers payant pour les patients à bas revenus. L'application du régime du tiers payant social peut être demandée tant par le médecin que par le patient.

L'article 6, alinéa 4, de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 prévoit par ailleurs que l'application du régime du tiers payant n'est pas non plus interdite dans le cadre d'un service de garde de médecine générale. Le

tandverzorging voor patiënten ouder dan 18 jaar zoals de behandeling of vulling van een tand of wortelkanaal en voor tandradiografieën bij niet-gehospitaliseerden; voor de betaling van de reiskosten.

In bepaalde welomschreven voorwaarden kan er echter toch gebruik gemaakt worden van de derdebetalersregeling (en is er dus een uitzondering op het verbod van artikel 6 van het koninklijk besluit), met name:

- 1° voor gerechtigden met verhoogde tegemoetkoming;
- 2° voor gerechtigden met een bruto belastbaar inkomen dat niet hoger is dan het leefloon;
- 3° voor gerechtigden met verhoogde kinderbijslag;
- 4° voor gerechtigden die zes maanden volledig werkloos zijn, hetzij met gezinslast, hetzij als alleenstaande;
- 5° ingeval van een individuele financiële noodsituatie;
- 6° bij overlijden of comateuze toestand bij behandeling;
- 7° bij opname in een centrum voor geestelijke gezondheidszorg, voor gezinsplanning of voor opvang van verslaafden;
- 8° bij opname in een centrum voor de verzorging van kinderen, bejaarden of mindervaliden;
- 9° voor de facturering van het Globaal Medisch Dossier (GMD) (102771) en de diabetespas (102852)

Voor de eerste vijf uitzonderingssituaties geldt de regeling sociaal betalende derde. Deze regeling bepaalt dat de ziekenfondsen de geneesheer betalen binnen de maand volgend op deze waarin ze een specifieke verzamelaarsstaat ontvingen. Met deze verkorte betalingstermijn verlaagt de drempel om de regeling betalende derde toe te passen voor patiënten met een laag inkomen. Zowel de geneesheer als de patiënt kunnen vragen de regeling sociale derde betaler toe te passen.

Het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 voorziet ook in artikel 6, vierde lid dat het verbod op derdebetaler niet geldt in het kader van huisartsenwacht dienst. De arts kan op dat moment dus de derdebetalersregeling

médecin peut, dans ce cas, appliquer le régime du tiers payant, avec la restriction qu'il doit alors respecter les tarifs de la convention.

Enfin, dans certains cas, le régime du tiers payant est facultatif ou autorisé. Le dispensateur de soins peut demander lui-même l'application du régime. Pour les médecins et les praticiens de l'art dentaire (article 4bis de l'arrêté royal), c'est le cas pour les prestations pour lesquelles le régime du tiers payant n'est ni interdit ni obligatoire.

Pour les dispensateurs de soins autres que les médecins et praticiens de l'art dentaire (article 4 de l'arrêté royal), il est prévu que le régime du tiers payant peut être appliqué selon les modalités fixées dans les accords et conventions ou, à défaut de tels accords ou conventions, par contrat particulier entre l'organisme assureur et le prestataire de soins.

Dans sa note de politique générale 2008, Mme Laurette Onkelinx, la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, a annoncé qu'elle examinerait les possibilités d'extension du régime du tiers payant aux médecins généralistes, et ce, à la demande du *Syndicat Vlaamse Huisartsen*. Les médecins généralistes espèrent limiter ainsi le risque pour leur propre sécurité étant donné qu'ils ne finiraient plus leur tournée de visites à domicile avec une coquette somme d'argent en poche. De même, ils espèrent venir ainsi en aide aux personnes qui ont des difficultés financières et pallier un handicap concurrentiel qui pèse sur les soins de première ligne par rapport aux hôpitaux.

La "résolution visant à étendre le régime du tiers payant social" de Mme Lanjri et consorts, adoptée au Sénat au début 2010 (Doc Sénat 2008-09, n° 4-1185/1), demande au gouvernement fédéral:

1. de lancer un projet visant à étendre le régime du tiers payant par groupes cibles. Ce projet vise à améliorer l'accessibilité aux soins pour les patients précarisés, en encourageant à appliquer le régime du tiers-payant. Le groupe cible comprend tous les médecins généralistes de certaines communes et leurs patients ayant droit à une intervention majorée ou bénéficiant du statut OMNIO. La méthode et les moments d'évaluation seront fixés dans le projet en question;

2. de faire évoluer le système petit à petit d'un libre choix pour le médecin vers un droit automatique pour le patient;

toepassen, zij het dat hij dan de conventietarieven moet respecteren.

Ten slotte zijn er toepassingen waarbij de *derdebetalersregeling facultatief* of toegestaan is. De zorgverlener kan dan zelf vragen om de regeling te mogen toepassen. Voor geneesheren en tandheeskundigen (art. 4bis van het koninklijk besluit) is dit het geval bij de verstrekkingen waarvoor de derdebetalersregeling noch verboden, noch verplicht is.

Voor de andere zorgverleners dan geneesheren en tandheeskundigen (artikel 4 van het koninklijk besluit) is bepaald dat de derdebetalersregeling kan worden toegepast volgens de nadere regelen die in de akkoorden en de overeenkomsten zijn vastgesteld of, indien er geen dergelijke akkoorden of overeenkomsten bestaan, via een bijzondere overeenkomst tussen de verzekeringsinstelling en de zorgverlener.

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Laurette Onkelinx, heeft in haar beleidsnota 2008 aangekondigd dat ze de mogelijkheden van een uitbreiding van de derdebetalersregeling voor de huisartsen zal onderzoeken, dit op vraag van het Syndicaat Vlaamse Huisartsen, die hopen op deze wijze ook hun eigen veiligheidsrisico te beperken aangezien ze dan niet meer met grote sommen geld op zak hun huisbezoeken afronden. Ook willen zij zo de financieel zwakkeren helpen en een concurrentienadeel van de eerstelijnszorg ten opzichte van de ziekenhuizen wegwerken.

De in begin 2010, in de Senaat, goedgekeurde "resolutie betreffende uitbreiding van het systeem van de sociale derde betaler" (*Parl. St. Senaat 2008-09, nr. 4-1185/1*) van mevr. Lanjri en co vraagt de federale regering om:

1. een project te lanceren om het systeem van derde betaler uit te breiden per doelgroep. De doelstelling van dit project is de toegankelijkheid te verbeteren van de zorg voor de minderbedeelden door het aanmoedigen van het gebruik van het systeem van de derde betaler. De doelgroep betreft alle huisartsen van enkele gemeenten en hun patiënten die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming of het OMNIO-statuut. De methode en de evaluatiemomenten moeten worden opgenomen in dit project;

2. het systeem meer en meer te doen evolueren van een vrijblijvende keuze voor de arts naar een automatisch recht van de patiënt;

3. d'établir, pour certains groupes cibles, un droit automatique. Nous pensons principalement aux bénéficiaires du statut OMNIO, de l'intervention majorée et du forfait de soins et aux personnes bénéficiant d'une aide financière en raison d'un handicap ou encore aux personnes atteintes de maladies chroniques. À cette fin, il conviendra cependant d'uniformiser ces régimes sur le plan administratif. Il faudra aussi organiser les choses de telle sorte que l'application du régime du tiers payant apparaisse sur les vignettes de mutuelles ou à la lecture des données de la carte SIS, afin que le patient ne doive plus formuler de demande explicite;

4. d'accorder ce régime à la demande du patient pour certains autres groupes. Le CPAS pourra régler la question au moyen de la carte médicale et de l'attestation délivrée avec celle-ci;

5. à terme, d'étendre éventuellement ce régime en ce qui concerne également d'autres dispensateurs de soins. Nous pensons par exemple aux prestations des kinésithérapeutes;

6. de faire en sorte que le projet implique toutes les parties concernées: les médecins de famille, les dentistes, les patients (et associations de patients), les mutualités et peut-être aussi certains spécialistes;

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

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

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

3. voor bepaalde doelgroepen zou het een automatisch recht te creëren. Denken we dan voornamelijk aan rechthebbenden van OMNIO, de verhoogde tegemoetkoming, het zorgforfait en personen die recht hebben op financiële hulp wegens een handicap of personen die aan een chronische ziekte lijden. Hiertoe moeten deze systemen wel administratief gehomogeniseerd worden. Het moet ook zo georganiseerd worden dat dit kan bekeken worden op de klever van de ziekenfondsen of via het lezen van de SIS-kaart zodat de patiënt er niet meer expliciet naar moet vragen;

4. voor bepaalde andere groepen dit systeem toe te kennen op vraag van de patiënt. Het OCMW kan dit behandelen op basis van de medische kaart en het attest dat daarbij wordt afgeleverd;

5. op termijn dit systeem mogelijks ook uit te breiden op het punt van andere zorgverleners ook. Denken we bijvoorbeeld aan de prestatie geleverd door kinesitherapeuten;

6. ervoor te zorgen dat alle betrokken partijen bij het project worden betrokken: huisartsen, tandartsen, patiënten(verenigingen), ziekenfondsen, mogelijks ook een aantal specialisten.

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

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

9. in het kader van het project de niet-geconventioneerde zorgverlener toe te laten de derdebetalersregeling toe te passen voor zover hij de tarieven aanrekent die volgens het jongste akkoord als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming;

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

Jusqu'ici, aucune suite n'a toutefois encore été donnée à l'application automatique pour les groupes définis ni à l'extension à d'autres prestataires de soins que les médecins de famille.

L'accord national médico-mutualiste 2009-2010 contient des dispositions spécifiques à propos du régime du tiers payant en son chapitre "Accessibilité pour le patient":

"14.1. L'accès au système du tiers payant facultatif est ouvert à leur demande aux médecins qui n'ont pas adhéré à l'accord dans la mesure où ils notifient au Collège intermutualiste national qu'ils respecteront les tarifs de l'accord pour les prestations couvertes par le système du tiers payant dans les mêmes conditions que les médecins engagés.

14.2. Tiers payant social: En vue d'assurer une accessibilité optimale aux soins à certains groupes d'assurés, le régime du tiers payant, prévu dans l'arrêté royal du 10 octobre 1986, sera appliqué à partir de la mi-2009 pour les honoraires concernant le dossier médical global, avec et sans module de prévention, demandé par le patient, ainsi que pour les honoraires dans le cadre des trajets de soins. Les organismes assureurs s'engagent à développer une procédure commune et simple afin d'assurer un paiement rapide des honoraires dus. À terme, cette procédure sera intégrée dans le cadre du projet "My Carenet".

La Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) recommande d'appliquer le régime du tiers payant pour les consultations et les visites à tous les bénéficiaires du régime préférentiel qui présentent un document de leur organisme assureur attestant qu'ils ont droit à ce régime."

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

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

Tot op heden is er echter geen gevolg gegeven aan de automatische toepassing voor de afgebakende groepen of aan de uitbreiding naar andere zorgverleners dan huisartsen.

In het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2009-2010 werden onder het hoofdstuk "Toegankelijkheid voor de patiënt" specifieke bepalingen opgenomen betreffende de derdebetalersregeling:

14.1. De facultatieve derdebetalersregeling is op hun verzoek toegankelijk voor de geneesheren die niet tot het akkoord zijn toetreden voor zover zij aan het Nationaal Intermutualistisch College te kennen geven dat zij onder dezelfde voorwaarden als de geneesheren met akkoord de tarieven van het akkoord zullen toepassen voor de verstrekkingen die gedekt zijn door de derdebetalersregeling.

14.2. Sociale derde betaler Met het oog op het verzekeren van een optimale toegankelijkheid van de zorg voor bepaalde groepen verzekerden zal vanaf midden 2009 de regeling derde betalende, bedoeld in het koninklijk besluit van 10 oktober 1986, worden toegepast voor de honoraria met betrekking tot het globaal medisch dossier, met en zonder preventiemodule, waarom de patiënt verzoekt alsook voor de honoraria in het kader van zorgtrajecten. De verzekeringsinstellingen verbinden zich ertoe een gemeenschappelijke en eenvoudige procedure te ontwikkelen om een snelle uitbetaling van de verschuldigde honoraria te verzekeren. Op termijn zal deze procedure in het kader van het project *My Carenet* worden geïntegreerd.

De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen (NCGZ) raadt aan om voor alle rechthebbenden op de voorkeurregeling die een document van hun verzekeringsinstelling voorleggen waaruit blijkt dat ze recht hebben op die regeling, de derdebetalersregeling toe te passen voor de raadplegingen en bezoeken."

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

Toutefois, les contrôles ne porteront que sur les prestations dépassant un certain seuil et des sanctions ne seront appliquées qu'en cas d'abus manifestes. La disposition a été ajoutée après concertation avec les partenaires de l'accord dans le but de n'éliminer que les cas manifestes d'abus du régime du tiers payant. Le contrôle ne s'applique pas aux dentistes qui travaillent dans des quartiers socialement défavorisés ou qui ont des patients qui se trouvent dans une situation financière précaire et qui dépassent certains maximums.

L'accord national medico-mutualiste 2011-2012 adopté récemment prévoit que "les médecins généralistes qui adhèrent à l'accord national s'engagent, de manière générale, à appliquer le régime du tiers payant social pour toutes les prestations de consultation, et ce à la demande du patient et selon les modalités fixées par la Commission nationale médico-mutualiste. En cas de présomption d'abus ou de présomption d'irrégularités dans le chef du patient ou si la situation réelle du patient semble ne pas être conforme aux conditions précitées, l'application du régime pourra néanmoins être refusée. L'application de ce régime sera évaluée au terme d'une année, sur la base d'éventuelles constatations faites tant auprès des médecins qu'au sein des organismes assureurs."

L'accord national dento-mutualiste 2011-2012 demande qu'un groupe de travail "Modalités de paiement":

— mène une réflexion sur la perception du ticket modérateur;

— élabore des propositions de facture patient dans le cadre du système du tiers payant en ayant en vue la transparence.

Les problèmes qui se posent dans le régime actuel du tiers payant social (tel que convenu dans l'accord national médico-mutualiste 2011) sont les suivants:

1. une difficulté fondamentale réside dans le fait que le patient doit encore demander lui-même l'application du régime du tiers payant. Autrement dit, il n'y a pas d'automatisme;

2. le patient doit rechercher lui-même les renseignements sur la possibilité de bénéficier du régime du tiers payant chez un prestataire de soins déterminé, autrement dit, en vue de savoir s'il s'agit d'un médecin conventionné qui a souscrit à l'accord;

3. il en résulte qu'en raison du fait que le patient manque d'informations ou qu'il n'ose pas parler de ses difficultés financières, un certain nombre de béné-

Men zal echter enkel de verstrekkingen die een bepaald maximum overstijgen controleren en bestraffen indien misbruik wordt vastgesteld. De bepaling werd toegevoegd na overleg met de partners van het akkoord met de bedoeling enkel manifeste gevallen van misbruik van de derdebetalersregeling uit te schakelen. De controle geldt niet voor tandartsen die in sociaal achtergestelde wijken werken of die financieel precare patiënten hebben en die bepaalde maxima overschrijden.

Het recent goedgekeurde Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2011-2012 stelt dat huisartsen die toetreden, er zich toe verbinden in regel de sociale derdebetalersregeling toe te passen voor alle verstrekkingen inzake raadplegingen, en dit op vraag van de patiënt en volgens de modaliteiten vastgesteld door de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen. Bij vermoeden van misbruik, onregelmatigheid in hoofde van de patiënt of bij vermoeden dat de werkelijke situatie van de patiënt niet overeen stemt met de hierboven gestelde voorwaarden, kan evenwel de toepassing worden geweigerd. De toepassing van deze regeling zal worden geëvalueerd na één jaar op basis van eventuele bevindingen zowel bij artsen als bij verzekeringsinstellingen."

Het nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen 2011-2012 vraagt dat een werkgroep "Betalingmodaliteiten":

— nadenkt over de inning van het remgeld;

— voorstellen uitwerkt voor de patiëntenfactuur in het kader van de derdebetalersregeling, met het oog op transparantie.

Problemen in de huidige sociale derdebetalersregeling (zoals overeengekomen in het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2011):

1. een fundamentele moeilijkheid ligt in het gegeven dat de patiënt nog steeds de toepassing van de derdebetaler zelf moet vragen. Er is met andere woorden geen automatisme;

2. de patiënt moet zelf de inlichtingen inwinnen over de mogelijkheid om bij een bepaalde zorgverstrekker het voordeel van de derdebetalersregeling te verkrijgen, met andere woorden of het een geconventioneerde arts is, die het akkoord heeft onderschreven;

3. dit heeft tot gevolg dat, door gebrek aan info bij de patiënt of door het niet durven kenbaar van de financiële moeilijkheden steeds een aantal rechthebbenden het

ficiaires doivent toujours (continuer à) payer le montant total, ce qui hypothèque l'accès aux soins ambulants;

4. tout cela entraîne une application assez faible du système du tiers payant social.

Il ressort de données de l'INAMI qu'en 2003, seulement 6 % du montant total remboursé pour des consultations, visites, conseils et déplacements l'ont été par le biais du tiers payant pour des patients ambulatoires. Pour les soins dentaires, 14,8 % du montant remboursé par l'INAMI en 2003 l'ont été par le biais du tiers payant. Selon une étude des Mutualités libres, le tiers payant n'a été appliqué qu'à 11 % des affiliés dans le cadre de soins dentaires. Une petite partie de ceux-ci (3 %) ont invoqué pour cela une situation de détresse financière. Seuls 39 % des dentistes qui ont traité des patients affiliés MLOZ ont appliqué au moins une fois le tiers payant. En outre, des différences régionales et provinciales ont également été constatées.

L'application du tiers payant par les *dentistes* est inversement proportionnelle à leur ancienneté. Des données plus récentes (INAMI, juin 2010) indiquent que le nombre de médecins qui ont effectué des prestations en recourant au tiers payant a augmenté de 3,5 %, passant de 29 935 en 2004 à 30 937 en 2008. Un recul de 6 à 7 % a même été enregistré chez les dentistes: alors qu'en 2004, 5 113 dentistes ont recouru au tiers payant, ils n'étaient plus que 4 779 à le faire quatre ans plus tard. Le nombre de demandes introduites est manifestement inconnu.

Dans 95 % des cas, les *infirmiers qui soignent à domicile* appliquent le régime du tiers payant. Les spécialistes l'appliquent rarement en ce qui concerne les prestations ambulatoires et les hôpitaux sont soumis à des règles spécifiques. Les *kinésithérapeutes* disposent de peu de possibilités d'appliquer le tiers payant en raison des accords conclus avec les organismes assureurs. L'incidence du régime du tiers payant est donc très limitée actuellement.

C'est pourquoi quelques initiatives locales ont été menées à Gand, Anvers et Liège, par exemple, (promotion et information efficace), destinées à vérifier les effets d'un système "de tiers payant" sur l'accessibilité des soins de santé.

Tous ces éléments nous ont convaincus que l'application automatique et obligatoire du système présente de nombreux avantages:

volledige bedrag moeten (blijven) betalen waardoor de toegang tot ambulante zorg gehypothekeerd blijft;

4. dit alles leidt tot een vrij lage toepassing van het systeem van de sociale derde betaler.

Uit gegevens van het RIZIV blijkt immers dat in 2003 slechts 6 % van het totaal terugbetaald bedrag voor raadplegingen, bezoeken, adviezen en verplaatsingen werd vergoed via derde betaler voor ambulante patiënten. Voor tandverzorging werd in 2003 14,8 % van het door het RIZIV terugbetaald bedrag via de derde-betalersregeling vergoed. Uit een onderzoek van de Onafhankelijke Ziekenfondsen blijkt dat bij slechts 11 % van de leden bij de tandverzorging de derde betaler ingeroepen werd. Een gering deel (3 %) riep hiervoor een financiële noodtoestand in. Slechts 39 % van de tandartsen die patiënten, aangesloten bij de *Mutualités Libres* – Onafhankelijke Ziekenfondsen (MLOZ), behandeld hebben, paste ten minste één keer de derde betaler toe. Bovendien werden er ook regionale en provinciale verschillen vastgesteld.

De toepassing door *de tandartsen* van de derde betaler gaat in dalende lijn naarmate hun anciënniteit toeneemt. Meer recente gegevens (RIZIV, juni 2010) wijzen uit dat het aantal artsen dat prestaties afrekenen via derde betaler, steeg van 29 935 in 2004 tot 30 937 in 2008, een toename met 3,5 %. Bij de tandartsen was er zelfs een achteruitgang met 6 à 7 %: in 2004 namen 5 113 tandartsen hun toevlucht tot de derde betaler, vier jaar later waren dat er nog maar 4 779. We kennen blijkbaar niet het aantal ingediende aanvragen.

Thuisverpleegkundigen hanteren in 95 % van de gevallen de derdebetalersregeling. Bij specialisten gebeurt het zelden wat betreft de ambulante verstrekkingen; in ziekenhuizen gelden specifieke regelingen. *Kinesitherapeuten* hebben weinig mogelijkheden om de derde betaler toe te passen door de afspraken met de verzekeringsinstellingen. De impact van de derdebetalersregeling is momenteel dus erg beperkt.

Daarom werden enkele lokale initiatieven in bijvoorbeeld in Gent, Antwerpen en Luik (promoten en efficiënte informatieverstrekking) genomen, om de impact van een systeem "Regel derde betaler" op de toegankelijkheid van de zorg na te gaan.

Dit alles heeft ons ervan overtuigd dat het automatisch en verplicht toepassen van het systeem tal van voordelen heeft:

— *pour le patient*: celui-ci n'a plus à expliquer sa situation, ni à demander explicitement à bénéficier du régime du tiers payant. Le patient est dès lors nettement moins stigmatisé et les soins de santé deviennent accessibles. On peut espérer que les soins médicaux seront ainsi administrés plus rapidement.

— *pour le prestataire de soins*: celui-ci a moins de travail administratif grâce à l'utilisation, dès 2013, de 'eHealth'. Le risque d'abus — du fait que le prestataire doit souvent évaluer la situation lui-même ou faire confiance au patient — diminue considérablement (surtout pour des patients nouveaux ou inconnus dans le cas d'un service de garde, par exemple). En outre, le remboursement par les organismes assureurs sera plus rapide;

— *pour la société et l'INAMI*: les soins médicaux seront moins différés dans le temps, de sorte qu'il sera possible d'intervenir plus rapidement/préventivement, ce qui raccourcira la durée du traitement et fera baisser les coûts.

Nous ne souhaitons toutefois pas une généralisation du régime du tiers payant.

L'intention n'est pas d'accorder ce droit à tout le monde. L'objectif principal est d'accroître l'accessibilité en faveur de tous et d'ainsi réduire l'écart entre les riches et les pauvres. Nous souhaitons néanmoins ajouter d'autres groupes vulnérables à la plus grande catégorie de bénéficiaires, qui est celle des bénéficiaires du statut OMNIO et d'interventions majorées (tiers payant social). Si l'intention est de réaliser une grande simplification administrative simultanément à l'instauration de ce régime, on pourra par exemple adapter le système des différentes catégories de ticket modérateur.

L'intention n'est pas non plus de généraliser le système à toutes les professions des soins de première ligne. Nous étendons le système aux généralistes, mais aussi aux dentistes en raison de la spécificité des pathologies et dès lors que certaines études ont constaté qu'un grand nombre de personnes éprouvent des difficultés à payer leurs frais dentaires. Une extension à d'autres professions du secteur des soins (par exemple aux kinésithérapeutes) doit être possible à l'avenir.

Nous souhaitons dès lors aller plus loin que l'accord médico-mutualiste 2011:

— le tiers payant social doit être accordé à *plus de groupes-cibles* (y compris en ce qui concerne le forfait de soins, les personnes handicapées ou les malades chroniques),

— *voor de patiënt*: deze moet zelf zijn situatie niet uitleggen en de expliciete vraag naar derdebetalersregeling stellen, waardoor dit veel minder stigmatiserend is en de gezondheidszorg toegankelijk wordt. Medische zorgen worden op die manier hopelijk sneller toegediend.

— *voor de zorgverstreker*: deze heeft minder administratieve taken, door het gebruik vanaf 2013 van 'eHealth'. De kans op misbruiken, door het vaak zelf moeten inschatten van de situatie of het moeten vertrouwen op de patiënt, wordt aanzienlijk verminderd (zeker bijvoorbeeld bij nieuwe en onbekende patiënten in wachtdienst). Tevens zal de uitbetaling door de verzekeringsinstellingen sneller gebeuren;

— *voor de maatschappij en het RIZIV*: medische zorgen zullen minder worden uitgesteld, zodat sneller / preventief kan ingegrepen worden, en de behandeling korter en kostprijs lager zijn.

Toch wensen wij geen veralgemeende derdebetalersregeling in te voeren.

Iedereen dit recht geven is niet de bedoeling, aangezien men voornamelijk beoogt de toegankelijkheid te vergroten voor iedereen en dus de kloof tussen arm en rijk te dichten. De grootste groep begunstigden, met name diegene die vallen onder het statuut omnio en verhoogde tegemoetkomingen (de sociale derde betaler), willen wij wel aanvullen met andere kwetsbare groepen. Indien we tegelijkertijd met de invoering van dit systeem, een grote administratieve Vereenvoudiging willen doorvoeren, kan men bijvoorbeeld het systeem van de verschillende categorieën remgeld aanpassen.

Het is eveneens ook niet de bedoeling dat we het systeem veralgemenen naar alle zorgberoepen binnen de eerste lijn. Naast huisartsen, breiden wij het systeem uit naar de tandartsen, vanwege de specifieke pathologie en gelet op de vaststellingen in studies dat de tandartsfactuur voor een aanzienlijke groep van mensen moeilijk te betalen is. Naar de toekomst toe moet een uitbreiding naar andere zorgberoepen (bv. kinesist) mogelijk zijn.

Wij wensen dus een stap verder te gaan dan het bereikte akkoord geneesheren –ziekenfondsen 2011:

— *voor meer doelgroepen* (ook voor het zorgforfait, personen met een handicap of chronisch zieken) moet de sociale derde betaler,

- *obligatoirement et automatiquement,*
- *chez les médecins généralistes et les dentistes,*
- *pour toutes les prestations relatives aux consultations, visites à domicile et prestations techniques.*

Le tiers payant social obligatoire sera instauré pour les nouveaux groupes-cibles après l'évaluation de l'accord médico-mutualiste 2011 qui aura lieu au cours de l'année 2012. Au cours d'une phase transitoire, l'enregistrement administratif s'effectuera sur papier. À partir de 2013, il s'effectuera en ligne. À cette date, *Ehealth (My Carenet)* permettra en effet, principalement aux médecins généralistes, d'accéder à la banque de données de l'INAMI et des organismes assureurs.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 2

Dans l'article 4*bis*, § 3, de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le § 3 est également complété par un alinéa précisant que la procédure administrative relative à l'intervention de l'assurance se déroulera, à partir de 2013, par la voie électronique, par le biais de la plate-forme *eHealth/My Carenet*. D'ici là, la carte SIS sera supprimée et la carte d'identité électronique sera instaurée pour tout le monde.

Art. 3

Les modifications apportées à l'article 6, alinéa 2 (exceptions à l'interdiction), de l'arrêté royal précité visent à réaliser les extensions que nous souhaitons instaurer. Ces extensions concernent la nature des prestations, les dispensateurs de soins et les groupes cibles définis pour lesquels le régime du tiers payant social doit devenir obligatoire et automatique. Ces bénéficiaires ne devront donc plus demander eux-mêmes son application et le médecin ne pourra plus la refuser.

- *verplicht en automatisch worden toegekend,*
- *bij de huisartsen en tandartsen,*
- *voor alle verstrekkingen inzake raadplegingen, huisbezoeken en technische prestaties.*

Na de evaluatie in de loop van 2012 van het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2011, zal de verplichte sociale derde betaler voor de bijkomende doelgroepen ingevoerd worden. In een overgangsfase zal de administratieve registratie op papier gebeuren en vanaf 2013 zal dit online kunnen. *Ehealth (My Carenet)* zal het immers tegen dan mogelijk maken dat voornamelijk huisartsen toegang hebben tot de gegevensbanken van RIZIV en verzekeringsinstellingen.

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Artikel 2

In artikel 4*bis* van het Koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 35, § 1, negende lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt aan § 3 ook een lid toegevoegd dat specificeert dat de administratieve procedure inzake de verzekeringstegemoetkoming vanaf 2013 online, via *eHealth/My CareNet* zal verlopen. Tegen dan zal de SIS-kaart afgevoerd en de elektronische identiteitskaart voor iedereen ingevoerd zijn.

Art. 3

De wijzigingen in artikel 6, tweede lid (uitzonderingen op het verbod) van het vernoemde koninklijk besluit beogen de uitbreidingen die wij willen invoeren. Deze uitbreidingen betreffen de aard van de verstrekkingen en de zorgverleners en de afgebakende doelgroepen voor wie de sociale derdebetalersregeling verplicht en automatisch moet worden. Deze rechthebbenden zullen dus zelf de toepassing niet meer moeten vragen, en de arts kan niet weigeren.

Art. 5

Les dispositions de la présente proposition de loi n'entreront en vigueur qu'après l'évaluation de l'accord national médico-mutualiste 2011, qui est prévue dans le courant de 2012. Le régime du tiers payant social obligatoire et automatique ne pourra toutefois produire son plein effet que lorsque "*My Carenet*" sera opérationnel.

Art. 5

De bepalingen van dit wetsvoorstel treden pas in werking na de voorziene evaluatie in de loop van 2012 van het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2011. De verplichte en automatische sociale derde betaler kan echter ook maar volle uitwerking krijgen indien "*My Carenet*" wordt ingevoerd.

Nahima LANJRI (CD&V)
Nathalie MUYLLE (CD&V)

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Art. 2

Dans l'article 4*bis*, § 3, de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifiée par l'arrêté royal du 8 mai 2001, les modifications suivantes sont apportées:

1° les mots “, étayée par la facture du patient,” sont insérés entre les mots “une demande par lettre recommandée” et les mots “adressée à chaque organisme assureur”;

2° le paragraphe est complété par un alinéa rédigé comme suit:

“La demande, la vérification et la notification de la décision d'octroi et de paiement de l'intervention de l'assurance s'effectueront, à partir de 2013, par la voie électronique, par le biais de la plate-forme *eHealth*. Le Roi en fixera les modalités.”

Art. 3

Dans l'article 6 du même arrêté royal, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 9 février 2011, les modifications suivantes sont apportées:

a) l'alinéa 2 est complété un 10°, un 11° et un 12° rédigés comme suit:

“10° aux bénéficiaires du statut omnio;

11° aux bénéficiaires du forfait de soins;

12° aux bénéficiaires d'une aide financière en raison d'un handicap.”;

b) l'article est complété par deux alinéas rédigés comme suit:

“Le régime du tiers payant est attribué automatiquement et sans demande du patient lors de toutes les consultations et visites à domicile de médecins

WETSVOORSTEL

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

Art. 2

In artikel 4*bis*, § 3, van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, § 1, negende lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 8 mei 2001, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° tussen het woord “aanvraag” en de woorden “in te dienen”, worden de woorden “gestaafd met de patiëntfactuur” ingevoegd;

2° de paragraaf wordt aangevuld met een lid, luidende:

“De aanvraag, het onderzoek en de kennisgeving van de beslissing voor de toekenning en uitbetaling van de verzekeringstegemoetkoming zal vanaf 2013 op elektronische wijze gebeuren via het *eHealth-platform*. De Koning zal de nadere regelen bepalen.”

Art. 3

In artikel 6 van hetzelfde koninklijk besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 9 februari 2011, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

a) het tweede lid wordt aangevuld met de bepalingen onder 10° tot 12°, luidende:

“10° aan rechthebbenden van omnio;

11° aan rechthebbenden van het zorgforfait;

12° aan rechthebbenden van financiële hulp wegens een handicap”;

b) het artikel wordt aangevuld met twee leden, luidende:

“De derdebetalersregeling wordt automatisch en zonder vraag van de patiënt toegekend tijdens alle raadplegingen en huisbezoeken bij huisartsen en tand-

généralistes et de dentistes, y compris dans le cadre de services de garde, en ce compris toutes les prestations techniques nécessaires à cette occasion.

L'organisme assureur ou le centre public d'action sociale met, de sa propre initiative, à la disposition du bénéficiaire du régime du tiers payant, une attestation du prestataire de soins établissant ce droit. À partir de 2013, cette attestation est remplacée par une procédure dans *eHealth* dont le Roi fixera les modalités.”

Art. 4

Le Roi peut abroger, compléter, modifier ou remplacer les dispositions qui sont modifiées par les articles 2 et 3.

Art. 5

La présente loi entre en vigueur au plus tôt le 1^{er} janvier 2012 et au plus tard le 1^{er} janvier 2013.

7 mars 2011

artsen, ook in het kader van wachtdiensten, inclusief alle technische prestaties die hierbij noodzakelijk zijn.

De verzekeringsinstelling of het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn stelt op eigen initiatief aan de rechthebbende van de sociale derdebetalersregeling een attest ter beschikking van de zorgverlener dat het recht staft. Dit attest wordt vanaf 2013 vervangen door een procedure in *eHealth* waarvoor de Koning de nadere regelen zal bepalen.”

Art. 4

De Koning kan de bepalingen die door de artikelen 2 en 3 worden gewijzigd, opheffen, aanvullen, wijzigen of vervangen.

Art. 5

Deze wet treedt in werking ten vroegste op 1 januari 2012 en uiterlijk op 1 januari 2013.

7 maart 2011

Nahima LANJRI (CD&V)
Nathalie MUYLLE (CD&V)