

BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

26 januari 2015

**WETSVOORSTEL**

**ter veralgemening van de  
derdebetalersregeling**

(ingediend door de dames Maya Detiège en  
Karin Jiroflée en de heer Alain Mathot)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS  
DE BELGIQUE

26 janvier 2015

**PROPOSITION DE LOI**

**généralisant le régime du tiers payant**

(déposée par Mmes Maya Detiège et  
Karin Jiroflée et M. Alain Mathot)

**SAMENVATTING**

*Dit wetsvoorstel regelt de veralgemening en automatisering van de derdebetalersregeling.*

*De derdebetalersregeling is een systeem dat het voorschieten van kosten voor geneeskundige verstrekkingen door de patiënt voorkomt. Nu al is de derdebetalersregeling een principieel en wettelijk bepaalde maatregel waarvan echter weinig gebruik wordt gemaakt. Oorzaak hiervan zijn wettelijke en administratieve hindernissen, de complexiteit van de maatregel, het gebrek aan informatie bij alle betrokken partijen, de beperkte mondigheid van patiënten en hun vrees door hun vraag gestigmatiseerd te worden als financieel onbemiddeld. Om dit te voorkomen wenst de indienster van de derdebetalersregeling een recht te maken. Voortaan zal het voordeel automatisch worden toegekend.*

**RÉSUMÉ**

*Cette proposition de loi prévoit la généralisation et l'automatisation du régime du tiers payant.*

*Le régime du tiers payant est un système qui évite au patient d'avancer les frais. Le régime du tiers payant est d'ores et déjà une mesure de principe, prévue par la loi, qui n'est cependant guère appliquée. Cela tient aux entraves légales et administratives, à la complexité de la mesure, au manque d'information de toutes les parties concernées, à l'autonomie réduite des patients et à leur peur d'être stigmatisés comme indigents à la suite de leur demande. Afin d'éviter cette situation, l'auteur souhaite ériger le régime du tiers payant en droit. Désormais, l'avantage sera octroyé automatiquement.*

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

*Afkortingen bij de nummering van de publicaties:*

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

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

*Abréviations dans la numérotation des publications:*

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

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

*Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers*

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

De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier

*Publications officielles éditées par la Chambre des représentants*

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

Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

## TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

De derdebetalersregeling ging in zijn huidige vorm van start in de jaren tachtig. Door de verschillende uitbreidingen en preciseringen die in de daaropvolgende decennia zijn aangebracht, is de regeling niet meer overzichtelijk. Gezien de veranderende maatschappelijke context, moet men zich de vraag stellen of de huidige regeling nog voldoende tegemoetkomt aan de hedendaagse maatschappelijke ontwikkelingen.

Dit wetsvoorstel heeft tot doel een stap verder te gaan dan de zgn. “sociale derdebetalersregeling” ingeschreven in de wet van 27 december 2012, met name door de derdebetalersregeling te veralgemenen voor de ambulante geneeskundige verzorging voor alle rechthebbenden, zoals dit reeds lang het geval is voor de verzorging in ziekenhuizen en voor de farmaceutische zorg.

**Ziektekosten vormen een belangrijke last voor mensen met een laag of gemiddeld inkomen. Zij stellen daardoor noodzakelijke zorg uit.**

Reeds in 1995 wees het Algemeen Verslag over de Armoede op de ongelijkheid binnen de bevolking op vlak van gezondheid, ten gevolge van financiële, administratieve en culturele obstakels. Armoede wordt overgedragen van de ene generatie op de andere. Kinderen uit arme gezinnen starten hun leven met een gezondheidsachterstand die in veel gevallen niet meer goed te maken is. Mensen in armoede komen vaak in een onomkeerbare spiraal terecht: hun armoede maakt ziek en hun ziekte maakt arm. Of anders gesteld: armoede ondermijnt de gezondheid en een slechte gezondheid kan tot armoede leiden.

Het TAHIB onderzoek heeft geleerd dat het om een gradiënt gaat en niet om een kloof: gezondheid neemt af naarmate men zich lager op de sociale ladder bevindt; de zwakste groepen zijn het sterkst getroffen, maar ook mensen uit de middenklasse zijn minder gezond en hebben een korter leven en minder gezonde levensjaren te verwachten dan mogelijk zou zijn (in vergelijking met de “beste” groep).<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Eindverslag – deel “Synthese van het onderzoek” van Tackling health inequalities in Belgium. 6/1/2010 (synthese op internet).

## DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Le régime du tiers payant a été instauré sous sa forme actuelle dans les années quatre-vingt. Par suite des différentes extensions et précisions qui y ont été apportées au cours des décennies suivantes, le régime manque désormais de clarté. Compte tenu de la modification du contexte social, force est de se demander si le régime actuel répond encore suffisamment aux évolutions sociales actuelles.

La présente proposition de loi vise à aller au-delà du “régime du tiers payant social” prévu par la loi du 27 décembre 2012, en généralisant le régime du tiers payant aux soins médicaux ambulatoires pour tous les bénéficiaires, ainsi que cela se pratique depuis longtemps déjà pour les soins en milieu hospitalier et les soins pharmaceutiques.

**Les frais de maladie représentent une charge importante pour les personnes ayant un revenu faible ou moyen. Celles-ci reportent dès lors des soins indispensables**

Dès 1995, le Rapport général sur la pauvreté attirait l'attention sur les inégalités existant au sein de la population en termes de santé en raison d'obstacles financiers, administratifs et culturels. La pauvreté se transmet de génération en génération. Les enfants de familles pauvres commencent leur vie avec un déficit de santé qui est irréversible dans la plupart des cas. Les personnes démunies entrent souvent dans un cercle vicieux: la pauvreté rend malade et la maladie rend pauvre. Autrement dit, la pauvreté mine la santé et une personne en mauvaise santé risque davantage de basculer dans la pauvreté.

Il ressort de l'étude *Tackling Health Inequalities in Belgium* (TAHIB) qu'il s'agit d'un gradient, et non d'un fossé: la santé régresse au fur et à mesure que l'on descend sur l'échelle sociale; les groupes les plus faibles sont les plus touchés, mais les gens de la classe moyenne sont également en moins bonne santé, vivent moins longtemps et s'attendent à vivre moins longtemps en bonne santé qu'il ne serait possible (par rapport au “meilleur” groupe).<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Rapport final – partie “Synthèse de l'étude” de Tackling health inequalities in Belgium. 6/1/2010 (synthese sur internet).

Enkele cijfers:

*Levensverwachting van een hooggeschoolde man van 25 jaar (begin 21<sup>e</sup> eeuw) was 80 jaar. Voor iemand die geen enkel onderwijs genoot is dit 7,5 jaar minder (nl. 72,5 jaar).*

*De voorbije tien jaar verhoogde de levensverwachting van hooggeschoolden met 2,5 jaar; voor ongeschoolden was er geen verbetering.*

*Een hooggeschoolde vrouw van 25 jaar heeft nog meer dan 47 gezonde levensjaren te verwachten, een vrouw die geen onderwijs genoot heeft er slechts 29 in het vooruitzicht, wat 18 jaar minder is.<sup>2</sup>*

Uit een onderzoek over gezondheidsongelijkheid<sup>3</sup> 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.

Tabel 1 Gezondheidsindicatoren en sociale klasse

Quelques chiffres:

L'espérance de vie d'un homme âgé de 25 ans disposant d'un diplôme de l'enseignement supérieur (au début du 21<sup>e</sup> siècle) était de 80 ans. Pour la personne non scolarisée, elle était inférieure de 7,5 ans (soit 72,5 ans).

Au cours des dix dernières années, l'espérance de vie des personnes hautement qualifiées s'est accrue de 2,5 ans; aucune amélioration n'a été observée pour les personnes non qualifiées.

Une femme âgée de 25 ans disposant d'un diplôme de l'enseignement supérieur peut encore espérer vivre pendant 47 ans en bonne santé, alors qu'une femme non qualifiée ne peut plus en espérer que 29, soit 18 ans de moins.<sup>2</sup>

Une étude consacrée aux inégalités en matière de santé<sup>3</sup> met également en évidence les différences en matière de santé entre les 20 % de revenus fiscaux les plus faibles et les 20 % les plus élevés. L'étude montre clairement qu'il existe d'importantes inégalités sociales dans la population belge en matière de santé.

Tableau 1 Indicateurs de santé et catégorie sociale

| Gebeurtenissen in de loop van het jaar 2006 — <i>Événements au cours de l'année 2006</i>                                                                                                                              | Gestandaardiseerde index voor de klasse — <i>Indice standardisé pour la catégorie</i> |                                     | Ratio (1)/(2) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------|
|                                                                                                                                                                                                                       | zwakste — <i>la plus faible</i> (1)                                                   | hoogste — <i>la plus élevée</i> (2) |               |
| Sterftecijfer. — <i>Taux de mortalité</i>                                                                                                                                                                             | 121.0                                                                                 | 83.4                                | 1.45          |
| Overlijden thuis. — <i>Décès à domicile</i>                                                                                                                                                                           | 82.9                                                                                  | 109.6                               | 0.76          |
| Arbeidsongeschiktheid (minstens 30 dagen). — <i>Incapacité de travail (30 jours minimum)</i>                                                                                                                          | 124.7                                                                                 | 80.6                                | 1.55          |
| Invalide worden. — <i>Invalidité</i>                                                                                                                                                                                  | 132.8                                                                                 | 80                                  | 1.66          |
| Opname in een psychiatrische instelling of in de (neuro)psych. dienst van een algemeen ziekenhuis. — <i>Admission dans une institution psychiatrique ou dans le service (neuro)psychiatrique d'un hôpital général</i> | 158.5                                                                                 | 72.4                                | 2.19          |
| Preventieve tandheelkundige zorgen. — <i>Soins dentaires préventifs</i>                                                                                                                                               | 72.4                                                                                  | 113.6                               | 0.64          |
| Facturering van een forfait voor dringende zorgen. — <i>Facturation d'un forfait pour soins urgents</i>                                                                                                               | 143.4                                                                                 | 87.5                                | 1.64          |

De oorzaken van ongelijkheid inzake ziektes en ziektepreventie bij de Belgische bevolking zijn divers. Een

Les causes d'inégalité au sein de la population belge en matière de maladies et de médecine préventive sont

<sup>2</sup> De sociale ongelijkheid inzake gezondheid blijft hardnekkig hoog in België. Uitgave van de Koning Boudewijnstichting, bundel 12/10/2010, uitgedeeld op congres Ongelijkheid in gezondheid te Genk, november 2010.

<sup>3</sup> Avalosse, Hervé; Gillis, Olivier; Cornelis, Koen; Mertens, Raf, Gezondheidsongelijkheid in België, Onderzoek en Ontwikkeling, CM, juli 2008.

<sup>2</sup> L'inégalité sociale en matière de santé reste tenace en Belgique. Édition de la Fondation Roi Baudouin, note du 12 octobre 2010, distribuée au congrès "Inégalités en matière de santé" tenu à Genk, novembre 2010.

<sup>3</sup> Avalosse, Hervé; Gillis, Olivier; Cornelis, Koen; Mertens, Raf, Gezondheidsongelijkheid in België, Onderzoek en Ontwikkeling, CM, juillet 2008.

belangrijke oorzaak is dat gezondheidszorg moeilijk te betalen blijft voor sociaal kwetsbare gezinnen, en ook steeds meer een belangrijke last wordt voor mensen met een gemiddeld inkomen. Aangezien lagere inkomensgroepen meer met ziekte hebben af te rekenen, gaat er ook relatief en absoluut meer van hun huishoudgeld naar gezondheidszorg.

Uit de resultaten van de Belgische gezondheidsenquête (2008)<sup>4</sup> blijkt 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 2004 was dat nog maar 9 %. In Brussel blijkt maar liefst 1 op de 4 mensen zorgen uit te stellen om financiële redenen (26 %), in Vlaanderen gaat het om 11 %.

Meer dan de helft van de huishoudens (54 %) behorende tot het laagste opleidingsniveau vindt volgens de bevraging de eigen uitgaven voor gezondheid te hoog; dit percentage daalt stelselmatig over de hoger opleidingsniveaus heen. In het hoogste opleidingsniveau percipieert slechts 20 % van de huishoudens deze uitgaven als te hoog. Meer dan de helft van de één-oudergezinnen ondervinden moeilijkheden om hun gezondheidszorgen nog te betalen.

Een andere studie baseerde zich op vragenlijsten. Er werden drie types huishoudens opgebouwd: huishoudens die met een chronische ziekte geconfronteerd worden en hierdoor financiële moeilijkheden hebben, huishoudens die met een chronische ziekte geconfronteerd worden maar hierdoor geen financiële moeilijkheden hebben en huishoudens die niet met een chronische ziekte geconfronteerd worden. Van de huishoudens die met een chronische ziekte geconfronteerd worden en hierdoor financiële moeilijkheden hebben moest 53 % afzien van noodzakelijke verzorging. De zorgen die het vaakst werden uitgesteld waren bril (31 %), tandverzorging (29 %), consultaties bij specialist (23 %) of huisarts (21 %) en geneesmiddelen (20 %).<sup>5</sup>

Uit een recente enquête van de socialistische mutualiteiten (2014) blijkt dat drie kwart van de ondervraagden zich soms tot vaak zorgen maakt over de betaalbaarheid van de zorg. Onrustwekkender nog is dat 40 procent van de respondenten vorig jaar nodige zorg heeft moeten uitstellen omwille van financiële redenen. Dat is des te schrijnender omdat dit in vele gevallen leidt tot hogere

diverses. Un facteur important à cet égard est le coût des soins de santé, que les ménages socialement vulnérables ont du mal à supporter et qui grève également de plus en plus le budget des personnes disposant de revenus moyens. Les catégories à faibles revenus étant davantage confrontées à la maladie, elles doivent consacrer aux soins de santé une part plus grande du budget de leur ménage en termes relatifs comme en termes absolus.

Les résultats de l'enquête belge de santé (2008)<sup>4</sup> montrent que 14 % des personnes interrogées reportent des soins médicaux, dentaires, ou de santé mentale, ou l'achat de médicaments ou de lunettes, parce qu'elles ne peuvent les payer. Dans l'enquête précédente de 2004, ce chiffre n'était que de 9 %. À Bruxelles, pas moins d'une personne sur quatre, soit 26 %, déclare différer des soins pour des raisons financières, contre 11 % en Flandre.

Plus de la moitié des ménages (54 %) disposant du niveau de formation le plus faible estime, selon le sondage, que ses dépenses en matière de santé sont trop élevées; ce pourcentage diminue graduellement à mesure que les niveaux de formation augmentent. Pour le niveau de formation le plus élevé, ces dépenses sont jugées trop élevées par 20 % seulement des ménages. Plus de la moitié des familles monoparentales rencontrent des difficultés lorsqu'il s'agit de payer les soins de santé.

Une autre étude s'est basée sur des questionnaires. Trois types de ménages ont été dégagés: les ménages confrontés à une maladie chronique qui connaissent de ce fait des difficultés financières, les ménages confrontés à une maladie chronique mais n'ayant pas de problèmes financiers et les ménages qui ne sont pas confrontés à une maladie chronique. Pour la première catégorie, 53 % des ménages ont dû renoncer aux soins qui s'imposaient. Les soins qui sont le plus souvent reportés concernent les lunettes (31 %), les soins dentaires (29 %), les consultations chez un spécialiste (23 %) ou chez un généraliste (21 %) et l'achat de médicaments (20 %).<sup>5</sup>

Il ressort d'une enquête récente des mutualités socialistes (2014) que trois quarts des personnes interrogées se font parfois à souvent du souci quant à l'accessibilité financière des soins de santé. Il est plus inquiétant encore de constater que, l'année dernière, 40 % des répondants ont dû reporter des soins nécessaires pour des raisons financières. C'est d'autant plus navrant que,

<sup>4</sup> Gezondheidsenquête, België 2008.

<sup>5</sup> Chronisch zieken in België: impact op de financiële situatie van de huishoudens. CM Informatie 237 – september 2009.

<sup>4</sup> Enquête de Santé, Belgique 2008.

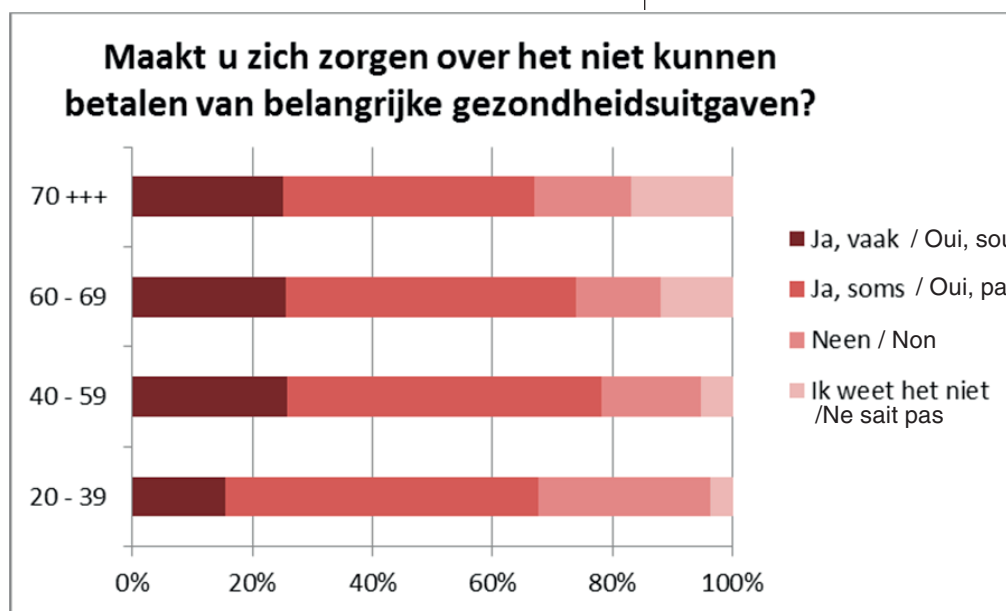
<sup>5</sup> "Chronisch zieken in België: impact op de financiële situatie van de huishoudens". CM Informatie 237 – septembre 2009.

kosten en zwaardere behandelingen in een latere fase. In veel gevallen merken we ook op dat mensen hun toevlucht nemen tot hun tweede keuze (ook vanuit medisch oogpunt) omwille van louter budgettaire redenen.<sup>6</sup>

Opvallend in deze studie is het hoge aandeel ouderen dat niet weet of ze de zorgen zullen kunnen betalen (zie grafiek). Wellicht speelt hier dat het idee van “zorgen” en gezondheidsuitgaven voor jong en oud totaal verschillende concepten zijn.

dans de nombreux cas, ce report entraîne des frais plus élevés et des traitements plus lourds dans une phase ultérieure. Nous observons aussi dans de nombreux cas que des personnes se tournent vers leur deuxième choix (également sous l’angle médical) pour des raisons purement budgétaires.<sup>6</sup>

On remarquera, dans cette étude, le nombre élevé de personnes âgées qui ignorent si elles pourront payer les soins (voir graphique). Cela tient sans doute au fait que l’idée des “soins” et des dépenses de santé est totalement différente pour les jeunes et les personnes âgées.



**De kostprijs van de gezondheidszorg wordt steeds duurder. De verzekerden dienen bijgevolg steeds meer voor te schieten.**

Het terugbetalingssysteem heeft tot gevolg dat de patiënt kosten van erelonen moet voorschieten, die bij intensieve of langdurige medische zorgen hoog oplopen. De bestaande maatregelen (verhoogde tegemoetkoming en OMNIO, maximumfactuur) grijpen hier niet op in omdat zij enkel uitwerking hebben op het remgeld. Het budget van gezinnen met lage inkomens laat niet of amper toe om dergelijke bedragen voor te schieten, zeker als het gaat over veelvuldige bezoeken op een korte termijn. Door de betalingsproblemen die dan optreden komt de continuïteit van de medische zorg in het gedrang.

Het systeem van forfaitaire geneeskunde in bepaalde praktijken en wijkgezondheidscentra biedt een antwoord op diverse ondersteuningsnoden maar zij bereiken slecht 1,5 % van de bevolking, terwijl het

**Le coût des soins de santé est de plus en plus élevé. Aussi les assurés doivent-ils avancer des montants de plus en plus importants**

Le système du remboursement implique que le patient doit avancer les frais d’honoraires, qui peuvent être élevés en cas de soins intensifs ou de longue durée. Les mesures existantes (intervention majorée et OMNIO, maximum à facturer) sont inopérantes en l’occurrence, dès lors qu’elles n’ont d’incidence que sur le ticket modérateur. Le budget des ménages aux revenus modestes ne permet pas ou guère d’avancer de tels montants, *a fortiori* en cas de visites nombreuses et rapprochées. Les problèmes de paiement qui surgissent à ce moment compromettent la continuité des soins médicaux.

Le système de la médecine forfaitaire appliqué dans certains cabinets et maisons médicales offre une réponse à divers besoins de soutien, mais cela ne permet d’atteindre qu’1,5 % de la population, alors

<sup>6</sup> Socmut, Enquête “Onvervulde noden”, 2014.

<sup>6</sup> Socmut, Enquête “Onvervulde noden”, 2014.



aantal mensen dat betaalbaarheidsproblemen heeft bij gezondheidszorguitgaven een veelvoud daarvan is. Er zijn dus aanvullende beleidsacties nodig.

Uit de conclusies van het Forum Armoede en Gezondheid<sup>7</sup> blijkt dat er inzake de toegang tot de gezondheidszorg enerzijds contextuele drempels bestaan, en anderzijds drempels m.b.t. de gezondheidszorg zelf. Dit gaat onder meer om organisatorische drempels, financiële drempels en drempels in de wetgeving en regelgeving. Er wordt aangegeven dat het voorschieten van de medische kosten moeilijk is, en dat het lange wachten op de terugbetaling (aangezien de stortingen op de bankrekening gebeuren) belemmerend werken.

Inzake de kostprijs van de gezondheidszorg stellen we bovendien het volgende vast <sup>8</sup> :

- De uitgaven voor gezondheidszorg in het voorbije decennium sterk toenamen.

- Het aandeel van de patiënt in de periode 2003-2011 ruwweg schommelt tussen 19 % en 22 % van de totale uitgaven (19,7 % in 2011). Hoewel de directe bestedingen van de gezinnen van jaar tot jaar stijgen in nominale termen, nemen zij minder snel toe dan de totale uitgaven. De oorzaken hiervan liggen aan volume- en prijseffecten, enerzijds, en aan de maatregelen die de patiëntkost beperken, zoals de Maximumfactuur (zie volgende paragraaf).

- Van de drie belangrijkste zorgsectoren is de ambulante zorg, met een beperkte toepassing van de derdebetalen, het sterkst gegroeid: tussen 2003 en 2011 kenden deze uitgaven een gemiddelde jaarlijkse stijging van 5,5 %. De uitgaven van de ziekenhuiszorg en de farmaceutische hulp, met een veralgemeende derdebetalersregeling, kennen respectievelijk een gemiddelde jaarlijkse groei van 3,2 % en 3,8 %.

que le nombre de personnes qui ont des difficultés à payer leurs dépenses de soins de santé est beaucoup plus élevé. Des actions politiques supplémentaires s'imposent donc.

Il ressort des conclusions du Forum pauvreté et santé<sup>7</sup> qu'il existe deux types d'obstacles dans l'accès aux soins de santé: les obstacles contextuels et les obstacles spécifiques au système de santé, parmi lesquels se retrouvent notamment les obstacles sur le plan de l'organisation, les obstacles financiers et les obstacles en matière de législation et de réglementation. Le rapport précise que les intéressés ont du mal à avancer les frais médicaux et qu'il est difficile pour eux de devoir attendre longtemps un remboursement (étant donné que les versements sont effectués sur le compte en banque).

Nous constatons en outre ce qui suit en ce qui concerne le coût des soins de santé <sup>8</sup> :

- Les dépenses de soins de santé ont fortement augmenté au cours des dix dernières années.

- La contribution du patient oscillait *grosso modo* entre 19 % et 22 % du total des dépenses (19,7 % en 2011) au cours de la période 2003-2011. Bien que les contributions directes des ménages augmentent d'année en année en termes nominaux, leur hausse est moins rapide que celle du total des dépenses. Des effets de volume et de prix, d'une part, et les mesures visant à limiter le coût pour le patient, tel que le "Maximum à facturer", d'autre part, en sont les causes (voir le paragraphe suivant).

- Parmi les trois principaux secteurs de soins, c'est celui des soins ambulatoires qui a connu la croissance la plus forte, avec une application limitée du tiers payant : entre 2003 et 2011, ces dépenses ont connu une hausse moyenne annuelle de 5,5 %. Les dépenses liées aux soins hospitaliers et à l'aide pharmaceutique, qui sont soumises à une application généralisée du système du tiers payant, connaissent une croissance annuelle moyenne de respectivement 3,2 % et 3,8 %.

<sup>7</sup> Forum armoede en gezondheid: knelpunten in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Van ervaringen naar onderzoek en beleid. 14/12/2002 van het Collectief van de Verenigingen Partners van het Algemeen Verslag over de Armoede.

<sup>8</sup> Assurinfo, Nr. 391 Weekblad van 5 december 2013.

<sup>7</sup> Forum pauvreté et santé: obstacles dans l'accès aux soins de santé. Du vécu et de la recherche à la politique. Conclusions du 14/12/2002 du Collectif des associations partenaires du rapport général sur la pauvreté.

<sup>8</sup> Assurinfo, n° 391 Bulletin hebdomadaire du 5 décembre 2013.

Cumulatieve stijgingspercentages van de uitgaven per zorgsector

|                                                       | 2003          | 2004          | 2005          | 2006          | 2007          | 2008          | 2009          | 2010          | 2011          |
|-------------------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>I. Zorgsectoren :</b>                              | <b>100,0%</b> | <b>106,2%</b> | <b>110,2%</b> | <b>109,4%</b> | <b>116,5%</b> | <b>125,3%</b> | <b>131,8%</b> | <b>136,6%</b> | <b>142,1%</b> |
| <b>1. Ziekenhuizen</b>                                | <b>100,0%</b> | <b>105,7%</b> | <b>107,1%</b> | <b>99,4%</b>  | <b>105,9%</b> | <b>113,9%</b> | <b>118,0%</b> | <b>121,8%</b> | <b>128,4%</b> |
| - in-patient (residentieel)                           | 100,0%        | 105,5%        | 106,3%        | 97,6%         | 103,8%        | 110,9%        | 113,7%        | 117,0%        | 123,3%        |
| - daghospitalisatie                                   | 100,0%        | 113,5%        | 119,8%        | 12,0%         | 13,7%         | 16,4%         | 17,8%         | 21,3%         | 25,0%         |
| - out-patient (ambulant)                              | 100,0%        | 111,5%        | 118,3%        | 478,5%        | 541,0%        | 757,5%        | 1062,2%       | 1136,5%       | 1270,0%       |
| - klinische biologie en medische beeldvorming         | 100,0%        | 120,8%        | 121,1%        | 163,9%        | 170,5%        | 176,0%        | 184,1%        | 186,4%        | 177,9%        |
| - andere                                              | 100,0%        | 123,7%        | 266,6%        | 195,6%        | 221,0%        | 280,2%        | 315,2%        | 392,6%        | 402,4%        |
| <b>2. Verpleging en residentiële zorg</b>             | <b>100,0%</b> | <b>101,4%</b> | <b>102,0%</b> | <b>136,7%</b> | <b>144,5%</b> | <b>152,1%</b> | <b>162,0%</b> | <b>169,4%</b> | <b>180,0%</b> |
| <b>3. Ambulante zorg</b>                              | <b>100,0%</b> | <b>110,5%</b> | <b>116,4%</b> | <b>112,5%</b> | <b>120,5%</b> | <b>129,9%</b> | <b>139,5%</b> | <b>147,6%</b> | <b>153,6%</b> |
| - artsen                                              | 100,0%        | 107,5%        | 114,0%        | 118,2%        | 127,0%        | 138,0%        | 149,3%        | 156,4%        | 163,0%        |
| - tandartsen                                          | 100,0%        | 107,0%        | 105,5%        | 114,2%        | 122,4%        | 131,5%        | 142,3%        | 151,7%        | 156,0%        |
| - paramedische diensten                               | 100,0%        | 106,3%        | 112,1%        | 109,9%        | 116,7%        | 126,2%        | 136,8%        | 144,5%        | 152,7%        |
| - medisch-diagnostische diensten                      | 100,0%        | 107,4%        | 111,0%        | 109,4%        | 117,5%        | 125,4%        | 133,6%        | 133,5%        | 131,3%        |
| - thuiszorg                                           | 100,0%        | 107,1%        | 112,5%        | 118,7%        | 125,8%        | 138,4%        | 145,9%        | 154,4%        | 163,0%        |
| - andere                                              | 100,0%        | 128,1%        | 139,6%        | 94,6%         | 101,6%        | 105,2%        | 110,5%        | 125,4%        | 131,7%        |
| <b>4. Farmaceutische hulp en medische goederen</b>    | <b>100,0%</b> | <b>108,3%</b> | <b>112,1%</b> | <b>112,3%</b> | <b>118,1%</b> | <b>126,2%</b> | <b>131,1%</b> | <b>134,8%</b> | <b>134,7%</b> |
| - farmaceutische verstrekkingen                       | 100,0%        | 108,0%        | 111,9%        | 111,8%        | 117,5%        | 125,6%        | 129,8%        | 133,1%        | 132,9%        |
| - medische goederen en andere                         | 100,0%        | 124,5%        | 126,1%        | 142,0%        | 150,5%        | 159,3%        | 202,0%        | 233,3%        | 240,3%        |
| <b>5. Promotie en preventie ivm gezondheidszorg</b>   | <b>100,0%</b> | <b>74,1%</b>  | <b>102,7%</b> | <b>91,0%</b>  | <b>100,6%</b> | <b>121,5%</b> | <b>121,5%</b> | <b>104,5%</b> | <b>106,2%</b> |
| <b>II. Beheer en administratie</b>                    | <b>100,0%</b> | <b>100,5%</b> | <b>106,2%</b> | <b>114,4%</b> | <b>109,0%</b> | <b>112,7%</b> | <b>118,0%</b> | <b>120,5%</b> | <b>124,0%</b> |
| <b>III. Private huishoudens (als zorgverstrekker)</b> | <b>100,0%</b> | <b>112,2%</b> | <b>119,8%</b> | <b>122,5%</b> | <b>133,9%</b> | <b>139,4%</b> | <b>151,4%</b> | <b>159,3%</b> | <b>165,8%</b> |
| <b>TOTALE UITGAVEN</b>                                | <b>100,0%</b> | <b>105,9%</b> | <b>110,0%</b> | <b>109,8%</b> | <b>116,2%</b> | <b>124,7%</b> | <b>131,2%</b> | <b>135,9%</b> | <b>141,3%</b> |

Bron: FOD Sociale Zekerheid

De kostprijs van de gezondheidszorg wordt steeds duurder. De verzekerden dienen bijgevolg steeds meer voor te schieten. De derdebetalersregeling is in principe hiervoor de geschikte oplossing: patiënten betalen bij de zorgverstrekker enkel nog het remgeld (en eventuele bijkomende kosten zoals supplementen).

### Initiatieven inzake de derdebetaler in de NCGZ (Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen)

In de nationale akkoorden artsen-ziekenfondsen werd de voorbije jaren regelmatig aandacht besteed aan de verbetering van de derdebetalersregeling.

In het akkoord 2008 verbinden de partijen er zich toe stapsgewijs een systeem te ontwikkelen van elektronische facturering van ambulante verstrekkingen in toepassing van de derdebetalersregeling. Daarbij zal de mogelijkheid worden onderzocht om de derdebetalersregeling via elektronische facturering ook mogelijk te maken voor verstrekkingen die thans zijn uitgesloten. Verder geeft de NCGZ aan mee te willen werken aan initiatieven die een betere toegankelijkheid voor kansarmen inhouden onder meer via een aanpassing van de derdebetalersregeling.

In het akkoord 2009-2010 wordt voorgesteld een werkgroep op te richten waarin voorstellen geformuleerd kunnen worden m.b.t. een uitbreiding en versterking van

Le coût des soins de santé est de plus en plus élevé. Les assurés doivent dès lors avancer des sommes de plus en plus importantes. Le régime du tiers payant est en principe la solution appropriée : les patients ne paient plus que le ticket modérateur (et les éventuels frais supplémentaires tels les suppléments) au prestataire de soins.

### Initiatives relatives au tiers payant au sein de la CNMM (Commission nationale médico-mutualiste).

Les accords nationaux médico-mutualistes des dernières années ont régulièrement mis l'accent sur l'amélioration du régime du tiers payant.

Dans l'accord 2008, les parties s'engagent à développer progressivement un système de facturation électronique des prestations ambulatoires en application du régime du tiers payant. On examinera la possibilité de permettre également l'application du régime du tiers payant via la facturation électronique pour les prestations actuellement exclues. La CNMM indique également vouloir collaborer à des initiatives améliorant l'accessibilité des soins pour les personnes défavorisées, notamment par le biais d'un aménagement du régime du tiers payant.

Dans l'accord 2009-2010, il est proposé de créer un groupe de travail chargé de formuler des propositions concernant l'extension et le renforcement du système



het systeem van de sociale derdebetalers inzake GMD, de elektronische overmaking van facturatiegegevens en een snelle betaling door de verzekeringsinstellingen aan de huisartsen. Verder zal de NCGZ verder nadenken over een elektronische facturering van ambulante verstrekkingen in toepassing van de derdebetalersregeling, met daarbij de mogelijkheid te onderzoeken of het mogelijk is de derdebetalersregeling via elektronische facturatie ook toe te passen voor verstrekkingen die waren uitgesloten.

Er werd opgenomen dat vanaf midden 2009 de regeling derdebetalers zou worden toegepast voor het GMD (met en zonder preventiemodule) als de patiënt er om verzoekt, alsook voor de honoraria in het kader van de zorgtrajecten. De verzekeringsinstellingen verbinden zich ertoe een eenvoudige procedure voor een snelle uitbetaling te ontwikkelen, en de NCGZ raadde aan om voor alle rechthebbenden op de voorkeurregeling die een document van hun verzekeringsinstelling voorleggen waaruit blijkt dat ze recht hebben op de regeling, de derdebetalersregeling toe te passen voor de raadgevingen en bezoeken.

In het akkoord 2011 verbinden de huisartsen die toetreden er zich toe in de regel de sociale derdebetalersregeling toe te passen voor alle verstrekkingen inzake raadgevingen, en dit op vraag van de patiënt en volgens de modaliteiten vastgesteld door de NCGZ. Bij een vermoeden van misbruik kan de toepassing geweigerd worden.

In het akkoord 2013-2014 verbindt de NCGZ zich ertoe, op basis van deze analyse en rekening houdend met de operationele beschikbaarheid van de mycarenetdiensten 'consultatie verzekerbareid' en 'elektronische facturatie', voorstellen te formuleren volgens welke vanaf 2015 stapsgewijs een systematische en administratief eenvoudige toepassing van de sociale derdebetalersregeling tot stand kan worden gebracht. Hierbij zal in mechanismen worden voorzien om misbruiken te vermijden en te beteugelen. In hetzelfde akkoord wordt bepaald dat er voorstellen worden uitgewerkt waarbij op transparante wijze aan de rechthebbenden informatie wordt verschaft over de aan hen en aan de verzekeringsinstellingen aangerekende erelonen en kosten via een patiëntenfactuur, zowel in het kader van de regeling derde betalende als daarbuiten.

### Recente wettelijke maatregelen

De wet van 27 december 2012 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, artikel 18, bepaalt dat vanaf 1 januari 2015 de derdebetalersregeling voor de rechthebbenden op

du tiers payant social en ce qui concerne le DMG, le transfert électronique des données de facturation et le paiement plus rapide des organismes assureurs aux médecins généralistes. La CNMM réfléchira également à l'idée d'une facturation électronique de prestations ambulatoires en application du régime du tiers payant, en examinant la possibilité de permettre également l'application du régime du tiers payant via la facturation électronique pour les prestations qui sont actuellement exclues.

On peut aussi lire dans l'accord que le régime du tiers payant sera appliqué à partir de la mi-2009 pour les honoraires concernant le DMG, avec et sans module de prévention, à la demande du patient, ainsi que pour les honoraires dans le cadre des trajets de soins. Les organismes assureurs se sont engagés à développer une procédure simple afin d'assurer un paiement rapide, et la CNMM a conseillé d'appliquer le régime du tiers payant aux consultations et aux visites pour tous les bénéficiaires du régime préférentiel pouvant présenter un document de leur organisme assureur attestant qu'ils ont droit à ce régime.

Dans l'accord 2011, 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 CNMM. En cas de présomption d'abus, l'application du régime pourra être refusée.

Dans l'accord 2013-2014, la CNMM s'engage, sur la base de cette analyse et compte tenu de la disponibilité opérationnelle des services Mycarenet 'consultation assurabilité' et 'facturation électronique', à formuler des propositions selon lesquelles, à partir de 2015, une application simple systématique et administrative du régime du tiers payant pourra se faire par étapes. Des mécanismes seront prévus à cet égard afin d'éviter et de sanctionner les abus. Le même accord prévoit l'élaboration de propositions permettant de donner aux bénéficiaires des informations de manière transparente via la facture patient sur les honoraires et les frais qui leur sont portés en compte, à eux ainsi qu'aux organismes assureurs, tant dans le cadre du régime du tiers payant qu'en dehors de celui-ci.

### Mesures législatives récentes

L'article 18 de la loi du 27 décembre 2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé prévoit qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, l'obligation d'application du régime du tiers payant

de verhoogde tegemoetkoming en voor patiënten met het statuut “chronisch zieke” verplicht wordt voor een aantal verstrekkingen.

Over welke verstrekkingen het gaat zal bij koninklijk besluit bepaald worden, hetzij :

1° op grond van een voorstel van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie die beslist over het doorsturen ervan aan het Verzekeringscomité;

2° op grond van het voorstel dat door de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie wordt geformuleerd op verzoek van de minister; die voorstellen worden meegedeeld aan het Verzekeringscomité;

3° op grond van het voorstel van de minister. Deze procedure kan worden gevolgd wanneer de voorstellen van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie niet beantwoorden aan de in het in het negende lid, 2° bedoelde verzoek vervatte doelstellingen. In dat geval moet de afwijzing van het voorstel van de overeenstemmende overeenkomsten- of akkoordencommissie gemotiveerd zijn.

In het regeerakkoord van 10 oktober 2014 is het progressief toekennen van het recht op verplichte derdebetalersregeling bij de huisarts, te beginnen vanaf 1 juli 2015 met patiënten die genieten van een verhoogde verzekeringstegemoetkoming opgenomen. Er is geen sprake meer van de verplichte toepassing voor de patiënten met het statuut “chronisch zieke” zoals bedoeld in de wet van 27 december 2012.

De wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid van 10 april 2014 bevat een hoofdstuk betreffende de financiële transparantie van de geneeskundige verzorging waarin bepaald wordt, onder artikel 96, dat onder bepaalde voorwaarden de zorgverleners ertoe gehouden zijn om aan de rechthebbende een bewijsstuk uit te reiken van de verrichte verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering, alsmede van de verstrekkingen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering en samen met verstrekkingen die er wel aanleiding toe geven worden verricht, als er toepassing wordt gemaakt van de derdebetalersregeling;

### **Tekortkomingen van de huidige derdebetalersregeling**

De derdebetalersregeling is een systeem dat het voorschieten van onkosten door de patiënt voorkomt. Bij de toepassing van dit instrument spelen zowel sociale,

est introduite pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les bénéficiaires du statut “affection chronique” pour un certain nombre de prestations médicales.

Un arrêté royal déterminera quelles sont les prestations visées, soit:

1° sur la base d'une proposition de la commission de conventions ou d'accords compétente qui décide de sa transmission au Comité de l'assurance;

2° sur la base de la proposition formulée par la commission de conventions ou d'accords compétente à la demande du ministre; ces propositions sont communiquées au Comité de l'assurance;

3° sur la base de la proposition du ministre. Cette procédure peut être suivie lorsque les propositions de la commission de conventions ou d'accords compétente ne répondent pas aux objectifs contenus dans la demande visée à l'alinéa 9, 2°. Dans ce cas, le refus de la proposition de la commission de conventions ou d'accords compétente doit être motivé.

L'accord de gouvernement du 10 octobre 2014 prévoit l'octroi progressif du droit au tiers payant obligatoire en ce qui concerne les médecins généralistes, à commencer par les patients qui bénéficient de l'intervention majorée de l'assurance dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015. Il n'est plus question d'application obligatoire pour les bénéficiaires du statut “affection chronique” comme le prévoyait la loi du 27 décembre 2012.

La loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé comporte un chapitre relatif à la transparence financière des soins de santé, qui prévoit, en son article 96, que sous certaines conditions, les dispensateurs de soins sont tenus de remettre au bénéficiaire un document justificatif des prestations effectuées donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire ainsi que des prestations n'y donnant pas lieu lorsque ces dernières sont effectuées avec des prestations qui y donnent lieu, lorsqu'il est fait application du régime du tiers payant;

### **Les manquements de l'actuel régime du tiers payant**

Le régime du tiers payant est un système qui évite au patient d'avancer les frais. Des motivations tant sociales qu'administratives et budgétaires interviennent dans

administratieve als budgettaire beweegredenen. De derdebetalersregeling is geregeld bij 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. De idee achter het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 is om de derde betaler te verbieden voor alle verstrekkingen die het rechtstreekse gevolg zijn van een initiatief van de patiënt, dit om hem 'bewust te maken' van de kostprijs van de verstrekkingen. Het oogmerk was hier dus om het aantal adviezen, raadplegingen en bezoeken binnen de perken te houden.<sup>9</sup>

Het huidig systeem van de derde betaler is (samen met andere bestaande maatregelen) één van de antwoorden om aan de voormelde maatschappelijke evoluties en noden tegemoet te komen. Op een aantal vlakken schiet ze evenwel te kort:

— De verboden op de toepassing van de betalende derde zijn in de huidige stand van de wetgeving opgenomen in artikel 6 van het koninklijk besluit van oktober 1986 dat de uitvoering van de derdebetalersregeling regelt. De verbodsregels en eraan toegevoegde uitzonderingen maken de procedure van de derdebetalersregeling uiterst complex en is een van de redenen van de lage toepassingsgraad. De historische reden van het verbod van derdebetalersregeling was het voorkomen van overconsumptie van zorg door de patiënt. Het probleem van overconsumptie ligt evenwel vooral bij sommige zorgverstrekkers. Dat moet niet worden bestreden door contante betaling op te leggen aan hun patiënten, maar door systematische opsporing en strenge bestraffing. Door het verbod op toepassing derdebetalersregeling worden zorgen afgeremd die zonder enige beperking toegankelijk zouden moeten zijn conform internationale aanbevelingen (zoals contacten met huisartsen en tandartsen). Het verbod werkt dus eerder onderconsumptie van eerstelijnszorg in de hand.

— Weinig zorgverleners passen het systeem toe; de toepassing is immers vrijwillig en op vraag van de patiënt. De verplichte toepassing (vanaf 2015) blijft beperkt tot een aantal verstrekkingen, waardoor de transparantie van het systeem gelimiteerd wordt. In heel wat gevallen zal de patiënt afhangen van de zorgverstrekker die al of niet kiest voor de toekenning van de derdebetaler. Zijn toegang tot ambulante zorg blijft gehypothekeerd.

— Het systeem is onvoldoende gekend bij verzekerden; de patiënten die geen recht hebben op de sociale derdebetaler moeten zelf de inlichtingen inwinnen over

l'application de cet instrument. Le régime du tiers payant est réglé par l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1<sup>er</sup>, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. L'idée qui sous-tend cet arrêté royal est d'interdire le tiers payant pour toutes les prestations qui sont la conséquence directe d'une initiative du patient, afin de le sensibiliser au coût des prestations. L'objectif poursuivi ici est donc de limiter le nombre d'avis, de consultations et de visites.<sup>9</sup>

L'actuel régime du tiers payant constitue (au même titre que les autres mesures existantes) l'une des réponses permettant de rencontrer les évolutions et les besoins sociaux précités. Il présente toutefois des manquements à un certain nombre d'égards:

— Dans l'état actuel de la législation, les interdictions figurent à l'article 6 de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution du régime du tiers payant. Les interdictions et les exceptions à celles-ci font que la procédure du régime du tiers payant est extrêmement complexe et que son application est peu fréquente. Si le régime du tiers payant a fait l'objet d'interdictions, c'est parce que l'on a voulu prévenir une surconsommation de soins par le patient. Toutefois, la surconsommation de soins est essentiellement le fait de certains prestataires de soins. On doit y mettre fin non pas en obligeant les patients à payer les soins en espèces, mais en tentant systématiquement de l'exposer au grand jour et en l'assortissant de lourdes peines. En interdisant l'application du régime du tiers payant, on empêche les patients de recourir à certains soins qui devraient être accessibles sans restriction aucune conformément aux recommandations internationales (notamment des consultations de médecins généralistes et de dentistes). L'interdiction a plutôt pour effet de réduire la consommation de soins de première ligne.

— Peu de prestataires de soins appliquent le système ; son application se fait en effet sur base volontaire et à la demande du patient. L'application obligatoire (à partir de 2015) restera limitée à certaines prestations, ce qui limitera la transparence du système. Dans de nombreux cas, le patient sera tributaire du choix du prestataire de soins d'octroyer ou non le tiers payant. Son accès aux soins ambulatoires reste hypothéqué.

— Le système n'est pas suffisamment connu des assurés; les patients qui n'ont pas droit au tiers payant social doivent se renseigner eux-mêmes sur la

<sup>9</sup> Verslag aan de Koning, koninklijk besluit van 10 oktober 1986.

<sup>9</sup> Rapport au Roi, arrêté royal du 10 octobre 1986.

de mogelijkheid om bij een bepaalde zorgverstrekker het voordeel van de derdebetalersregeling te verkrijgen, wat eveneens voor obstakels zorgt door een gebrek aan beschikbare informatie, communicatieve beperkingen van de patiënt, administratieve hindernissen. Het systeem bereikt daardoor niet alle verzekerden die er nood aan kunnen hebben.

— De selectiviteit van de maatregel van sociale derdebetalen werkt stigmatiserend;

— Het systeem van sociale derdebetalen blijft beperkt tot een specifieke groep van “rechthebbenden” en blijft uitgesloten voor de rest van de bevolking.

— Er zijn soms misbruiken; het voorkomen van fraude, waarbij het aantal ingediende prestaties effectief hoger ligt dan het aantal daadwerkelijk uitgevoerde prestaties vraagt aanvullende maatregelen, zoals de invoering van een patiëntenfactuur.

— Een uitzonderingsregime voor de arme patiënt met verhoogde tegemoetkoming maakt de zaken nodeloos ingewikkeld en brengt veel administratief werk voor de zorgverstrekker met zich, die nu immers verplicht is met beide systemen — rechtstreekse inning en afrekening met de ziekenfondsen — naast elkaar te werken.

— Uit de Gezondheidsenquête (2008) blijkt dat we de grootste socio-economische verschillen inzake toegang tot de gezondheidszorg niet aantreffen bij de huisarts maar bij het contact met een specialist, een kinesitherapeut en een tandarts. Versterkende maatregelen inzake de derdebetalen die zich enkel tot de huisarts richten volstaan dus niet.

### **Gevolg: lage toepassingsgraad**

Gegevens van het RIZIV (RIZIV, juni 2010) (zie tabel) wijzen uit dat het aantal artsen dat prestaties inde 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 derdebetalen, vier jaar later waren dat er nog maar 4 779.

possibilité d’obtenir, auprès d’un prestataire, le bénéfice du régime du tiers payant, ce qui est également source d’obstacles en raison du manque d’informations disponibles, des capacités de communication limitées du patient, d’entraves administratives, etc. Le système n’atteint dès lors pas tous les assurés qui peuvent en avoir besoin.

— La sélectivité de la mesure du tiers payant social a un effet stigmatisant.

— Le système actuel du tiers payant est toujours limité à un groupe spécifique d’“ayants droit” et reste inaccessible aux autres citoyens.

— Il y a parfois des abus; des mesures complémentaires, telle l’introduction d’une facture patient, s’imposent si l’on veut prévenir la fraude, qui se traduit par un nombre de prestations introduites supérieur au nombre de prestations réellement exécutées.

— Le régime d’exception pour le patient financièrement démuné bénéficiant d’une intervention majorée complique les choses inutilement et entraîne beaucoup de formalités administratives pour le prestataire de soins, qui est en effet tenu de travailler de concert avec les deux systèmes — perception directe et décompte avec les mutualités.

— L’enquête de santé 2008 montre que les principales différences socioéconomiques en matière d’accès aux soins de santé ne se situent pas au niveau de la médecine généraliste mais au niveau du spécialiste, du kinésithérapeute et du dentiste. Il ne suffit donc pas de prendre des mesures de renforcement axées uniquement sur le médecin généraliste.

### **Conséquence: faible taux d’application**

Les données de l’INAMI (INAMI, juin 2010) (voir tableau) 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.

| Aantal geneesheren en tandartsen die de derdebetalersregeling toepassen - Boekjaren 2004 tot 2008<br><i>Nombre de médecins qui appliquent le tiers payant - Exercice 2004 à 2008</i> |                                        |        |        |        |        |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Beroep/Profession                                                                                                                                                                    | Provincie - Jaar / Province - Année    | 2004   | 2005   | 2006   | 2007   | 2008   |
| Geneesheren/Médecins                                                                                                                                                                 | Antwerpen / Anvers                     | 3 981  | 4 017  | 4 062  | 4 080  | 4 134  |
|                                                                                                                                                                                      | Waals-Brabant / Brabant Wallon         | 1 617  | 1 644  | 1 664  | 1 707  | 1 743  |
|                                                                                                                                                                                      | Brussel Hoofdstad / Bruxelles-Capitale | 4 166  | 4 158  | 4 096  | 4 088  | 4 138  |
|                                                                                                                                                                                      | Henegouwen / Hainaut                   | 3 229  | 3 254  | 3 223  | 3 243  | 3 251  |
|                                                                                                                                                                                      | Luik / Liège                           | 3 514  | 3 534  | 3 556  | 3 559  | 3 609  |
|                                                                                                                                                                                      | Limburg / Limbourg                     | 1 670  | 1 722  | 1 760  | 1 764  | 1 784  |
|                                                                                                                                                                                      | Luxemburg / Luxembourg                 | 590    | 596    | 614    | 606    | 606    |
|                                                                                                                                                                                      | Namen / Namur                          | 1 443  | 1 440  | 1 478  | 1 486  | 1 509  |
|                                                                                                                                                                                      | Oost-Vlaanderen / Flandre Orientale    | 3 469  | 3 516  | 3 561  | 3 619  | 3 661  |
|                                                                                                                                                                                      | Vlaams-Brabant / Brabant-flamand       | 3 646  | 3 657  | 3 707  | 3 742  | 3 809  |
|                                                                                                                                                                                      | West-Vlaanderen / Flandre occidentale  | 2 593  | 2 608  | 2 624  | 2 647  | 2 685  |
|                                                                                                                                                                                      | Onverdeeld / Non-réparti               | 17     | 11     | 11     | 9      | 8      |
| Totaal aantal geneesheren / Total nombre médecins                                                                                                                                    |                                        | 29 935 | 30 157 | 30 356 | 30 550 | 30 937 |
| Tandartsen/Dentistes                                                                                                                                                                 | Antwerpen / Anvers                     | 662    | 641    | 632    | 563    | 582    |
|                                                                                                                                                                                      | Waals-Brabant / Brabant Wallon         | 226    | 219    | 224    | 226    | 197    |
|                                                                                                                                                                                      | Brussel Hoofdstad / Bruxelles-Capitale | 674    | 678    | 619    | 605    | 648    |
|                                                                                                                                                                                      | Henegouwen / Hainaut                   | 482    | 483    | 447    | 447    | 442    |
|                                                                                                                                                                                      | Luik / Liège                           | 591    | 592    | 559    | 562    | 583    |
|                                                                                                                                                                                      | Limburg / Limbourg                     | 449    | 446    | 435    | 433    | 439    |
|                                                                                                                                                                                      | Luxemburg / Luxembourg                 | 101    | 104    | 111    | 117    | 113    |
|                                                                                                                                                                                      | Namen / Namur                          | 227    | 228    | 216    | 219    | 227    |
|                                                                                                                                                                                      | Oost-Vlaanderen / Flandre Orientale    | 643    | 596    | 550    | 582    | 573    |
|                                                                                                                                                                                      | Vlaams-Brabant / Brabant-flamand       | 610    | 591    | 519    | 506    | 543    |
|                                                                                                                                                                                      | West-Vlaanderen / Flandre occidentale  | 447    | 478    | 453    | 442    | 430    |
|                                                                                                                                                                                      | Onverdeeld / Non-réparti               | 1      | 2      | 2      | 2      | 2      |
| Totaal aantal tandartsen / Total nombre dentistes                                                                                                                                    |                                        | 5 113  | 5 058  | 4 767  | 4 704  | 4 779  |

In het akkoord artsen-ziekenfondsen van 2011 is het engagement opgenomen om de derdebetalersregeling toe te passen voor patiënten met de voorkeursregeling. Een studie van het Socialistisch ziekenfonds bekeek de resultaten in 2012. Het aantal consultaties en het aantal gerechtigden met voorkeursregeling die konden gebruik maken van de regeling stegen, maar niet spectaculair. Het aantal huisartsen dat nu gebruik maakt van de derde betaler stijgt: meer dan 1 op de 10 huisartsen is begonnen met de derde betaler ten gevolge van het akkoord. Men kan besluiten dat het engagement om de sociale derdebetalersregeling toe te passen een positief effect heeft gehad maar minder dan te verwachten viel. We zijn

L'accord médico-mutualiste de 2011 prévoit l'engagement d'appliquer le système du tiers payant aux patients bénéficiant du régime préférentiel. Une étude des résultats de 2012 réalisée par la Mutualité socialiste révèle une augmentation - qui n'est toutefois pas spectaculaire - du nombre de consultations et du nombre de bénéficiaires du régime préférentiel qui ont pu avoir recours à ce système. De plus en plus de médecins généralistes utilisent le système du tiers payant: plus de dix pour cent d'entre eux ont commencé à l'appliquer à la suite de l'accord. On peut en conclure que l'engagement d'appliquer le régime du tiers payant social a eu un effet positif, mais moins important que

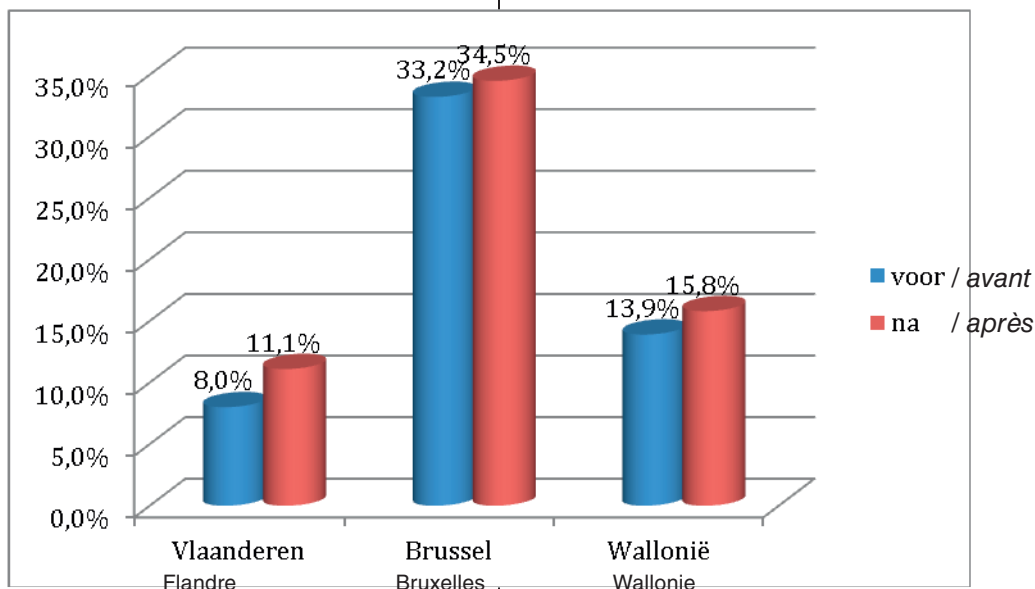


nog ver van een systematische toepassing. Resultaten van deze studie:

**Vergelijking voor en na het akkoord: effect op het aantal consultaties met sDBR**

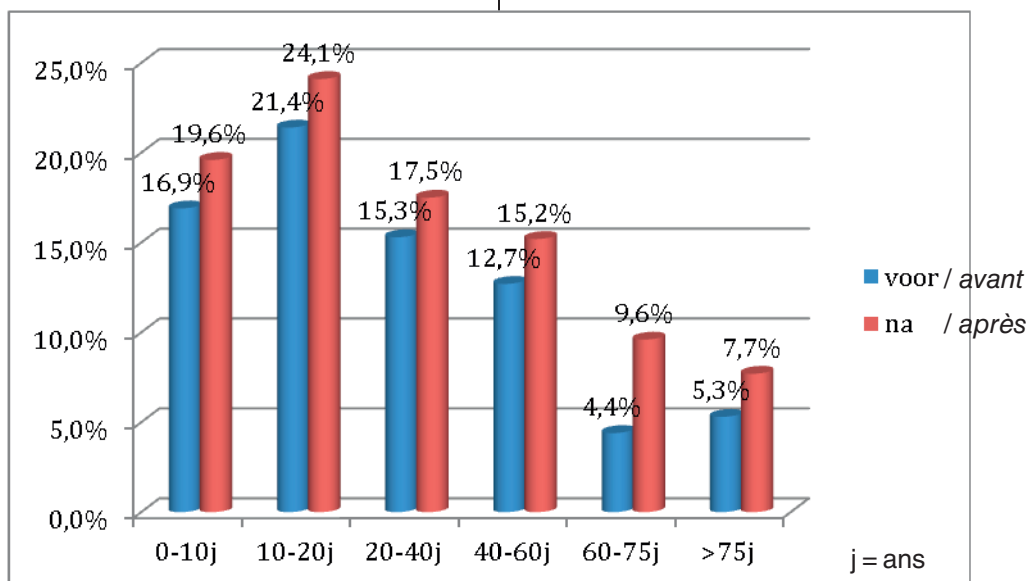
prévu. Nous sommes encore loin d'une application systématique de ce système. Résultats de l'étude:

**Comparaison de la situation avant et après l'accord: effets sur le nombre de consultations facturées dans le système du tiers payant social**



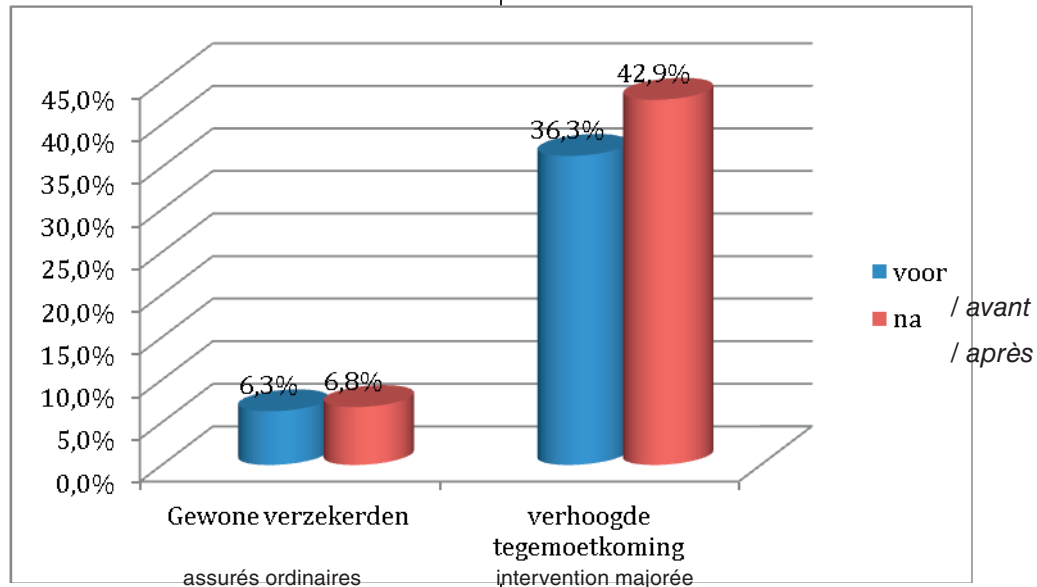
Ten gevolge van het akkoord is het aantal consultaties dat afgerekend werkt in derde betaler gemiddeld gestegen van 12,6% naar 15,0%. De stijging is vergelijkbaar voor alle leeftijdsgroepen.

À la suite de l'accord, le nombre de consultations facturées dans le système du tiers payant est passé en moyenne de 12,6% à 15,0%. On constate une augmentation similaire pour toutes les catégories d'âge.



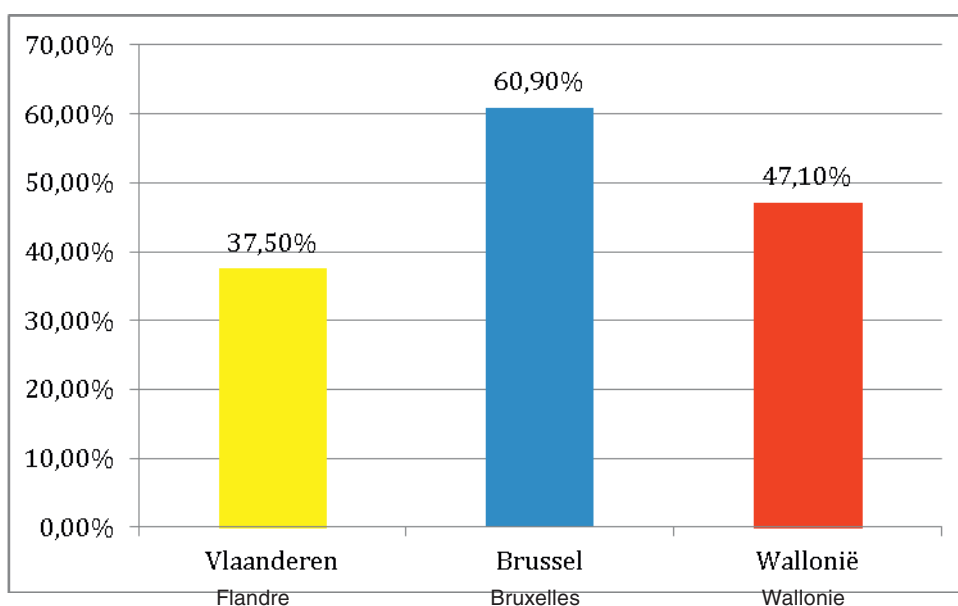
Logischerwijs is het aantal consultaties met afrekening in de sociale derde betaler het meest toegenomen bij patiënten met een verhoogde tegemoetkoming: van 36,3% naar 42,9%.

Logiquement, la proportion de consultations payées en application du régime du tiers payant social a augmenté le plus chez les patients bénéficiant d'une intervention majorée: de 36,3 % à 42,9 %.



Het aantal patiënten met verhoogde tegemoetkoming die konden genieten van de sDBR stijgt van 37,9% naar 45,8%. In de meerderheid van de gevallen zal eenmaal de sDBR is toegepast dat ook gebeuren voor alle consultaties die volgen. De verhouding van patiënten met de voorkeurregeling die genieten van de sDBR is het hoogst in Brussel: 6 op de tien. In Wallonië is dat 5 op de tien. In Vlaanderen 4 op de tien.

La proportion de patients ayant droit à une intervention majorée qui ont pu bénéficier du régime du tiers payant social passe de 37,9 % à 45,8 %. Dans la majorité des cas, une fois que le régime du tiers payant social a été appliqué, il le sera également pour toutes les consultations qui suivent. La proportion de patients ayant droit au régime préférentiel qui bénéficient du régime du tiers payant social est la plus élevée à Bruxelles : 6 sur 10. En Wallonie, le rapport est de 5 sur 10 et en Flandre, de 4 sur 10.



Het percentage huisartsen dat de sociale derdebetalersregeling toepast voor minstens 1% van hun consultaties stijgt van 53,4 % naar 62,6 %. Bij de ongeveer 4 000 huisartsen die deze regeling nooit toepassen zien we dat het aandeel patiënten met de voorkeurregeling niet noemenswaardig verschilt van het nationaal gemiddelde. 11 % van de huisartsen is voor de eerste keer begonnen met de sociale derde betaler ten gevolge van het akkoord<sup>10</sup>.

Uit een onderzoek van de CM blijkt dat in 2011 slechts één op drie (32 %) van de consultaties of huisbezoeken van leefloners bij een huisarts in sociale derdebetaler afgerekend werden <sup>11</sup>. In 2012 blijft in het geval van IGO-gerechtigden, ouderen die moeten rond komen met een erg laag inkomen, het aantal prestaties van huisartsen dat aan een sociale derde betaler wordt gefactureerd, zeer laag: het gaat om iets minder dan 25 % van de totale prestaties voor IGO-gerechtigden<sup>12</sup>.

Ook tussen de verschillende categorieën zorgverleners bestaan verschillen. Voor het jaar 2007 beschikken we over volgende cijfers<sup>13</sup>:

Le pourcentage de généralistes appliquant le régime du tiers payant social pour 1 % au moins de leurs consultations passe de 53,4 % à 62,6 %. Parmi les quelque 4000 généralistes qui n'appliquent jamais ce régime, on observe que la proportion de patients bénéficiant du régime préférentiel ne diffère pas notablement de la moyenne nationale. Par ailleurs, 11 % des généralistes ont commencé à appliquer le régime du tiers payant social pour la première fois à la suite de l'accord.<sup>10</sup>

Une enquête réalisée par la Mutualité chrétienne révèle qu'en 2011, seulement 32 % des consultations ou visites chez un généraliste ont été décomptées en tiers payant (TP)<sup>11</sup>. Dans le cas des bénéficiaires de la Grapa, des personnes de plus de 65 ans dont les ressources financières sont jugées "insuffisantes", la proportion des prestations des médecins généralistes facturées en tiers payant social demeure très faible en 2012: elle représente un peu moins du quart du volume total de prestations qu'ils exécutent auprès des bénéficiaires de la Grapa <sup>12</sup>.

Il existe également des différences entre les catégories de prestataires de soins. Pour l'année 2007, nous disposons des chiffres suivants<sup>13</sup> :

| Categorie zorgverlener | % toepassing<br>derdebetaler voor<br>ambulante verstrekkingen<br>—<br>% application du tiers<br>payant en matière de<br>prestations ambulatoires | Catégories de prestataires<br>de soins |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Artsen                 | 12,06                                                                                                                                            | Médecins                               |
| Tandartsen             | 17,64                                                                                                                                            | Dentistes                              |
| Kinesitherapeuten      | 12,88                                                                                                                                            | Kinésithérapeutes                      |
| Verpleegkundigen       | 97,87                                                                                                                                            | Infirmiers                             |
| Bandagisten            | 95,01                                                                                                                                            | Bandagistes                            |
| orthopedisten          | 89,52                                                                                                                                            | Orthopédistes                          |
| Opticiens              | 3,81                                                                                                                                             | Opticiens                              |
| Audiciens              | 58,55                                                                                                                                            | Audiciens                              |
| Vroedvrouwen           | 49,02                                                                                                                                            | Sages-femmes,                          |
| Logopedisten           | 27,32                                                                                                                                            | Logopèdes                              |

<sup>10</sup> Leila Maron; Ivan Van der Meeren, Sociale derde betaler in 2012, Socialistische Mutualiteiten.

<sup>11</sup> Henin, Elise (2013). Rechthebbenden op het leefloon: vinden zij hun weg in het gezondheidssysteem?, Brussel, Departement onderzoek en ontwikkeling, Christelijke Mutualiteit.

<sup>12</sup> CM-Informatie 256 • juni 2014.

<sup>13</sup> Zie slides van de studiedag derdebetaler van 27 mei 2009 op het RIZIV, onderdeel "Derde betaler en sociale derde betaler: toepassing".

<sup>10</sup> Leila Maron; Ivan Van der Meeren, Sociale derde betaler in 2012, Socialistische Mutualiteiten.

<sup>11</sup> Henin, Elise (2013). Les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale s'y retrouvent-ils dans le système de soins de santé ?, Bruxelles, Département Recherche et Développement, Mutualité chrétienne.

<sup>12</sup> MC-Information 256 • juin 2014.

<sup>13</sup> Voir les diapositives de la journée d'étude sur le tiers payant du 27 mai 2009 à l'INAMI, partie "Tiers payant et tiers payant social: application".

Conclusie: de impact van de derdebetalersregeling is momenteel dus erg beperkt, ook na de wijzigingen die tot nog toe zijn uitgevoerd.

### Voordelen van de algemene derdebetalersregeling

De recente initiatieven en wetgeving richten zich, met heel wat ingebouwde limieten, enkel op de realisatie van de zgn. sociale derdebetalersregeling. Het betreft de rechthebbenden op de voorkeursregeling, recent aangevuld met de patiënten het statuut van "chronisch zieke". Het veralgemenen van de derdebetalers voor ambulante verstrekkingen biedt nochtans overtuigende voordelen:

— verzekeren van een optimale toegankelijkheid van de zorg voor alle groepen patiënten;

— wanneer de derdebetalersregeling ook voor consultaties bij de huisarts en de tandarts zou worden toegepast, zouden verzekerden mogelijks sneller medische zorgen zoeken waardoor latere hogere kosten vermeden worden. Een verlaging van de drempel voor eerstelijnszorgen komt ten goede aan de verzekerden en de verzekering;

— ook voor andere zorgen is het, vanuit het standpunt van de verzekerde, interessant indien de derdebetalersregeling wordt toegepast: wanneer enkel het remgeld wordt aangerekend aan de verzekerde, heeft deze een duidelijker zicht op de supplementen welke aangerekend worden door de zorgverlener. Het verplicht afleveren van een patiëntenfactuur zorgt ervoor dat de patiënt op de hoogte is van de kostprijs van de verstrekking. De verzekerde dient het honorarium niet meer voor te schieten (hij moet niet meer zorgen dat hij voldoende geld voorhanden heeft), hij moet het getuigschrift niet meer zelf aan de verzekeringsinstelling bezorgen en wachten op de terugbetaling;

— de verplichte toepassing verhindert een mogelijk element van concurrentie tussen zorgverstrekkers wat eveneens de aantrekkelijkheid van het systeem ten goede komt. Het zal er toe bijdragen het concurrentienadeel van de eerstelijnszorg ten opzichte van de ziekenhuizen weg te werken;

— een automatisch algemeen recht werkt minder stigmatiserend in hoofde van de patiënt;

— administratieve vereenvoudiging en grotere transparantie in hoofde van de arts en de patiënt ten opzichte van het huidige systeem op basis van de complexe regelgeving "sociaal betalende derde";

Conclusion : L'incidence du régime du tiers payant est donc très limitée actuellement, y compris après les modifications effectuées jusqu'à présent.

### Avantages de la généralisation du régime du tiers payant

Les initiatives prises récemment et la législation visent seulement la réalisation du « tiers payant social » et prévoient de nombreuses limites. Elles concernent les bénéficiaires du régime préférentiel, ce groupe ayant récemment été étendu aux patients qui ont le statut de "malade chronique". Or, la généralisation du régime du tiers payant en matière de prestations ambulatoires présente des avantages convaincants :

— assurer une accessibilité optimale des soins à tous les groupes de patients ;

— si le régime du tiers payant était également appliqué aux consultations chez le médecin et le dentiste, les assurés se feraient peut-être soigner plus rapidement, ce qui permettrait d'éviter des frais plus élevés ultérieurement. L'abaissement du seuil des soins de première ligne est avantageux pour les assurés et pour l'assurance;

— l'application du régime du tiers payant est également intéressante, du point de vue de l'assuré, pour d'autres soins aussi : lorsque seul le ticket modérateur est réclamé à l'assuré, celui-ci a une idée plus précise des suppléments qui lui sont facturés par le prestataire de soins. La délivrance obligatoire d'une facture patient permet au patient d'être informé du coût de la prestation. L'assuré ne doit plus avancer le montant des honoraires (il ne doit plus veiller à disposer de la somme suffisante), il ne doit plus transmettre lui-même le certificat à l'organisme assureur et attendre le remboursement;

— l'application obligatoire élimine une éventuelle concurrence entre les dispensateurs de soins, ce qui améliore aussi l'attractivité du système. Cela contribuera à pallier le handicap concurrentiel qui pèse sur les soins de première ligne par rapport aux hôpitaux;

— un droit généralisé automatique a un effet moins stigmatisant dans le chef du patient;

— simplification administrative et transparence accrue dans le chef du médecin et du patient par rapport à l'actuel système basé sur la réglementation complexe du "tiers payant social";

— een veralgemeende derdebetalersregeling, laat onmiddellijk opvolging toe van de prestatieprofielen en spoort ook onmiddellijk eventuele misbruiken op.

### **Organisaties in het middenveld pleiten voor een veralgemening en automatisering van de derdebetalersregeling**

Sinds het *Algemeen Verslag over de Armoede* van 1995 wordt de uitbreiding van de derdebetalersregeling naar de ambulante zorg gevraagd. In de tweejaarlijkse verslagen van het Steunpunt voor Armoedebestrijding wordt telkens de eis om de derdebetalersregeling te veralgemenen bepleit. Uit het meest recente verslag (december 2013): “Het is wenselijk de derdebetalersregeling in eerste instantie te veralgemenen voor alle patiënten bij de huisarts en op langere termijn uit te breiden naar alle prestaties van zorgverstrekkers op de eerste (en tweede) lijn.”

In de Decenniumdoelen Armoede 2017 staat als maatregel: “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 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.”<sup>14</sup>

Het Netwerk tegen Armoede, de Gezinsbond en het Vlaams Patiëntenplatform pleiten voor een automatische en algemene derdebetalersregeling bij de huisarts, om definitief komaf te maken met de discussie wie allemaal recht zou hebben op deze regeling. In de toekomst is volgens hen deze automatische derdebetalersregeling wenselijk binnen de volledige eerstelijnszorg.<sup>15</sup>

<sup>14</sup> Memorandum federale verkiezingen, Beleidsvoorstellen voor politici en federale overheid, Decenniumdoelen 2017, 2010.

<sup>15</sup> Vlaams Patiëntenplatform, persbericht 27 februari 2014.

— un régime généralisé de tiers payant permet d’assurer un suivi immédiat des profils de prestation et de détecter directement d’éventuels abus.

### **Des organisations de la société civile plaident pour une généralisation et une automatisation du régime du tiers payant**

Depuis *Le rapport général sur la pauvreté* de 1995, d’aucuns demandent l’extension du régime du tiers payant aux soins ambulatoires. Les rapports bisannuels du Service de lutte contre la pauvreté plaident à chaque fois en faveur d’une généralisation du régime du tiers payant. On peut lire dans son rapport le plus récent (décembre 2013): “Il est souhaitable de généraliser dans un premier temps le système du tiers payant à tous les patients chez le médecin généraliste et, à plus long terme, de l’élargir à toutes les prestations de soins de première (et de deuxième) ligne.”

La mesure suivante est proposée dans le cadre des *Decenniumdoelen Armoede 2017* (Objectifs de la décennie 2017 - Non à la pauvreté): “Introduire le système du tiers payant dans les soins de première ligne. Les soins de santé des personnes à faibles revenus peuvent être compensés par le système du tiers payant : le patient paie seulement le ticket modérateur tandis que la partie de l’assurance maladie obligatoire est payée par la caisse d’assurance maladie. Le problème de la régulation actuelle est que son application est laissée au libre arbitre du médecin. Pour éviter que des patients ne doivent payer eux-mêmes ou abandonner, il n’est pas seulement nécessaire que le système forfaitaire du paiement soit appliqué plus largement dans la santé publique, mais aussi qu’à terme le régime du tiers payant soit mis en œuvre de manière générale pour ce qui est des soins de première ligne. Aujourd’hui, cette exigence vaut prioritairement pour tous les groupes à salaire modeste, les malades chroniques, les enfants et les jeunes.”<sup>14</sup> (traduction).

Le *Netwerk tegen Armoede*, le *Gezinsbond* et la *Vlaams Patiëntenplatform* préconisent l’application automatique et généralisée du système du tiers payant chez le médecin généraliste, pour mettre définitivement fin à la question de savoir qui doit pouvoir bénéficier d’un tel régime. Ils considèrent qu’il serait souhaitable d’appliquer automatiquement à l’avenir ce système du tiers payant pour l’ensemble des soins de première ligne.<sup>15</sup>

<sup>14</sup> Mémoire sur les élections fédérales, Propositions aux hommes et femmes politiques et aux autorités fédérales, Les Objectifs de la décennie 2017, 2010.

<sup>15</sup> *Vlaams Patiëntenplatform*, communiqué de presse du 27 février 2014.



In het Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België (2014) van het RIZIV en Dokters van de Wereld staan de volgende aanbevelingen:

- De derdebetalersregeling vanaf 1 januari 2015 verplicht toe te passen op een zo groot mogelijk aantal verstrekkingen (prioritair op verstrekkingen van de huisartsgeneeskunde en de tandheelkunde en op termijn op verstrekkingen van alle andere ambulante sectoren) voor elke patiënt met het statuut “chronische aandoeningen” en voor elke patiënt die recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming.

- Op langere termijn ook een veralgemening van de derdebetalersregeling voor alle ambulante behandelingen. Naast een betere toegankelijkheid van de zorg voor alle patiënten zal die veralgemening van de derdebetalersregeling ook leiden tot een belangrijke administratieve vereenvoudiging voor de zorgverleners. Het Witboek vermeldt een aantal voorwaarden die moeten vervuld zijn om deze stap te zetten:

- mogelijkheid om de verzekeraarbaarheid van de patiënt in de loop van het contact te controleren;
- elektronische facturatie;
- zeer korte terugbetalingstermijn door de verzekeringsinstellingen;
- vereenvoudigde administratieve formaliteiten.

Aan sommige voorwaarden werd reeds voldaan of zal binnenkort worden voldaan. Aangezien het om een historische hervorming gaat, stelt het Witboek dat een termijn van 4 jaar om tot die doelstelling te komen noodzakelijk, maar realistisch is.

De algemeen secretaris van de Socialistische Mutualiteiten, Paul Callewaert, sprak zich in april jl. in een interview uit over de verruiming van de regeling derde betaler. Hij stelde dat de veralgemening van de derdebetalersregeling op lange termijn het einddoel kan zijn. De zorg zal er efficiënter door worden en het verlaagt ook de drempel om naar een arts te stappen. Voor de ziekenfondsen komt er tijd vrij om andere diensten te versterken. Volgens hem moet de overgang in fasen verlopen. De facturatie moet eerst volledig geautomatiseerd zijn. En de ziekenfondsen moeten voldoende hefboomen in handen hebben om overconsumptie en fraude te bestrijden <sup>16</sup>.

### Vergelijking met andere landen

In feite is de derdebetalersregeling iets wat men in vele landen (Canada, Duitsland, Nederland, Scandinavische landen, ...) automatisch toepast. De

Le Livre Blanc sur l'accès aux soins en Belgique (2014) publié par l'INAMI et par les Médecins du monde émet les recommandations suivantes:

- Une obligation d'appliquer le tiers payant, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, pour un maximum de prestations (en priorité des prestations de médecine générale et de dentisterie et à terme tous les autres secteurs ambulatoires), pour tout patient qui a le statut de malade chronique et pour tout patient qui bénéficie de l'intervention majorée.

- À plus long terme, une généralisation du tiers payant pour tous les actes ambulatoires. Outre une meilleure accessibilité des soins pour tous les patients, cette généralisation du tiers payant se traduira également par une simplification administrative importante pour les dispensateurs de soins. Le Livre blanc mentionne une série de conditions qui devront être remplies avant de franchir le pas:

- possibilité de vérifier l'assurabilité du patient au cours du contact;
- facturation électronique;
- délai de remboursement très court de la part des mutualités;
- formalités administratives simplifiées.

Certaines de ces conditions sont déjà rencontrées ou le seront à brève échéance. Comme il s'agit d'une réforme d'ampleur historique, le Livre blanc affirme qu'un délai de 4 ans pour aboutir à cet objectif semble nécessaire mais réaliste.

En avril dernier, le secrétaire général des Mutualités socialistes, Paul Callewaert, s'est prononcé dans une interview sur l'élargissement du régime du tiers payant. Il a déclaré que l'objectif final à long terme pouvait être la généralisation de ce régime, ce qui rendra les soins plus efficaces et facilitera l'accès aux médecins. Les mutualités auront ainsi plus de temps pour renforcer d'autres services. Selon lui, la transition doit avoir lieu par étapes. Il convient d'abord d'automatiser entièrement la facturation. Et les mutualités doivent disposer de suffisamment de leviers pour lutter contre la surconsommation et la fraude<sup>16</sup>.

### Comparaison avec d'autres pays

En fait, le régime du tiers payant est un système qui est appliqué automatiquement dans de nombreux pays (Canada, Allemagne, Pays-Bas, pays scandinaves, ...).

<sup>16</sup> Knack, 23 april 2014.

<sup>16</sup> Knack, 23 avril 2014.

“terugbetaling” is in feite een verouderde vorm van betaling van prestaties in de geneeskundige sector. Dit is evenwel niet het geval voor landen als België, Frankrijk, Luxemburg en gedeeltelijk Nederland waar het restitutiestelsel gehanteerd wordt: de patiënt betaalt eerst het volledige bedrag aan de zorgverstrekkers waarna de verzekeringsinstelling de kosten terugbetaalt op basis van het ontvangen getuigschrift na aftrek van het persoonlijk aandeel (remgeld) (8). De situatie in ons land is dus eerder uitzonderlijk.

In Frankrijk wil men overgaan tot de invoering van de veralgemeende derdebetaler voor alle patiënten die een beroep doen op de eerstelijnszorg vanaf 2017<sup>17</sup>.

### **Financiële weerslag van een veralgemening van de derdebetalersregeling**

Het RIZIV maakte eind maart 2011 een berekening m.b.t. de financiële weerslag die een veralgemening van de derdebetalersregeling zou kunnen hebben. In de berekeningen zijn twee hypothesen (twee maten van gedragsverandering) nagegaan:

1. minimale impact: bij deze berekening wordt er van uitgegaan dat de geselecteerde doelgroep (chronisch zieke VT gerechtigden zonder derdebetaler en de chronisch zieke niet VT gerechtigden zonder derdebetaler) het profiel aanneemt van de totale subgroep van gebruikers (met en zonder derdebetalersregeling), berekend volgens leeftijd en eventueel chronische ziekte.

2. maximale impact: bij deze berekening wordt er van uitgegaan dat de geselecteerde doelgroep het profiel aanneemt van de vergelijkbare subgroep (leeftijd en al dan niet chronische ziekte) met de derdebetalersregeling.

Teneinde de cijfers te bekomen zijn de cijfers die verkregen werden voor deze doelgroepen, samen met de cijfers voor de rest van de populatie rechthebbenden bijeengezet en geëxtrapoleerd naar de totale populatie.

Hieruit blijkt dat onder de eerste hypothese (minimale impact) er een meerkost zou zijn van 65.6 miljoen euro. De tweede hypothese (maximale impact) levert een schatting van meerkost van 96.6 miljoen euro op.

Het betreft hier een zeer ruwe schatting, op basis van de vermelde hypothesen. Een mogelijke

Le “remboursement” est, en réalité, une forme désuète de paiement des prestations dans le secteur médical. Tel n’est toutefois pas le cas dans des pays comme la Belgique, la France, le Grand-Duché de Luxembourg et, en partie, les Pays-Bas, où l’on applique le régime de restitution: le patient paie d’abord le montant intégral au prestataire de soins, puis l’organisme d’assurance rembourse les frais sur la base de l’attestation reçue, après déduction de l’intervention personnelle (ticket modérateur). La situation dans notre pays est donc plutôt exceptionnelle.

La France souhaite généraliser le régime du tiers payant pour tous les patients faisant appel aux soins de première ligne dès 2017<sup>17</sup>.

### **Incidence financière d’une généralisation du régime du tiers payant**

Fin mars 2011, l’INAMI a calculé l’incidence financière que pourrait avoir une généralisation du régime du tiers payant. Les calculs se fondent sur deux hypothèses (deux mesures de changement de comportement):

1. incidence minimale: ce calcul est fondé sur l’hypothèse dans laquelle le groupe-cible sélectionné (les malades chroniques qui bénéficient de l’intervention majorée sans tiers payant et les malades chroniques qui ne bénéficient pas de l’intervention majorée sans tiers payant) adopte le profil de l’ensemble du sous-groupe d’utilisateurs (avec et sans régime de tiers payant), compte tenu de l’âge et éventuellement de la maladie chronique.

2. incidence maximale: ce calcul se fonde sur l’hypothèse dans laquelle le groupe-cible sélectionné adopte le profil du sous-groupe comparable (âge et avec ou sans maladie chronique) avec le régime du tiers payant.

Afin d’obtenir un résultat, les chiffres obtenus pour ces groupes cible ont été combinés aux chiffres du reste des bénéficiaires et extrapolés à l’ensemble de la population.

Il en ressort que, dans la première hypothèse (incidence minimale), le surcoût s’élèverait à 65,6 millions d’euros. Dans la seconde hypothèse (incidence maximale), le surcoût est estimé à 96,6 millions d’euros.

Il s’agit en l’espèce d’une estimation très approximative, basée sur les deux hypothèses précitées. C’est

<sup>17</sup> Intervention van Marisole Touraine, Franse minister van Sociale Zaken en Gezondheid, Voorstelling van de nationale gezondheidsstrategie, 23 september 2013.

<sup>17</sup> Intervention de Marisol Touraine, ministre française des Affaires sociales et de la Santé, présentation de la stratégie nationale de santé, 23 septembre 2013.

gedragsverandering van rechthebbenden die niet in de geselecteerde doelgroep opgenomen zijn is bv. niet opgenomen in de berekening.

### **Voorstel: een automatisch recht op de derdebetalersregeling**

De derde betalersregeling kan een belangrijke bijdrage leveren tot toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de afbouw van de gezondheidsongelijkheid tussen arm en rijk. Uit vele onderzoeken blijkt dat het feit dat men geld “*out-of-the-pocket*” dient te betalen, een wezenlijke rem betekent op de toegang tot de zorg, zelfs wanneer er een hoge mate van terugbetaling is. In het *World Health Report 2008 “Primary Health Care: now more than ever!”*, worden “*out-of-the-pocket*”-payments als een belangrijke remmende factor tot universele zorg genoemd.

De verhoogde tegemoetkoming en vooral de maximumfactuur zorgen ervoor dat gezinnen geen te hoge remgelduitgaven hebben. Maar het verplicht voorschieten van de terugbetaalbare bedragen aangerekend voor de meeste ambulante verstrekkingen brengt heel wat gezinnen in moeilijkheden. Nu al is de derdebetalersregeling een principieel en wettelijk bepaalde maatregel waarvan echter weinig gebruik wordt gemaakt. Oorzaak hiervan zijn wettelijke en administratieve hindernissen, de complexiteit van de maatregel, het gebrek aan informatie bij alle betrokken partijen, de beperkte mondigheid van patiënten en hun vrees door hun vraag gestigmatiseerd te worden als financieel onbemiddeld. Om dit te voorkomen wensen de indieners van de derdebetalersregeling een recht te maken. Om de administratieve toegankelijkheid van de regeling te verhogen is het absoluut noodzakelijk dat we overstappen naar de automatische toekenning van het voordeel.

Dit wetsvoorstel voert een verplichting voor huisartsen, artsen-specialisten, tandartsen, en kinesitherapeuten in van de toepassing van de derdebetalersregeling.

De regels voor de uitvoering van de verplichte toepassing behoren tot de bevoegdheid van de Koning. Een mogelijke uitbreiding van het toepassingsgebied, in het bijzonder gericht op andere beroepsgroepen binnen de ambulante geneeskundige verzorging (vroedvrouwen, logopedisten, opticiens...) behoort tot de bevoegdheid van de Koning. Hierbij dient opgemerkt dat paramedische zorgverstrekkers zoals thuisverpleegkundigen, bandagisten en orthopedisten reeds de meeste prestaties via derde betaler verrichten.

ainsi, par exemple, que le calcul ne tient pas compte d'un éventuel changement de comportement de la part de bénéficiaires qui ne figurent pas dans le groupe-cible sélectionné.

### **Proposition: un droit automatique au régime du tiers payant**

Le régime du tiers payant peut fortement contribuer à améliorer l'accessibilité des soins de santé et à mettre fin à l'inégalité qui existe entre les pauvres et les riches en matière de santé. De nombreuses études montrent que le fait de devoir déboursier de l'argent constitue un frein considérable à l'accès aux soins, même lorsque les frais sont remboursés en grande partie. Le *World Health Report 2008 “Primary Health Care: now more than ever!”* considère le fait de devoir déboursier de l'argent comme un grand frein à l'universalité des soins.

L'intervention majorée et, plus particulièrement, le maximum à facturer permettent de limiter dans une certaine mesure le coût du ticket modérateur à payer par les ménages. L'obligation d'avancer les montants remboursables facturés pour la plupart des prestations ambulatoires pose toutefois problème à de nombreux ménages. Le régime du tiers payant est d'ores et déjà une mesure de principe, prévue par la loi, qui n'est cependant guère appliquée. Cela tient aux entraves légales et administratives, à la complexité de la mesure, au manque d'information de toutes les parties concernées, à l'autonomie réduite des patients et à leur peur d'être stigmatisés comme indigents à la suite de leur demande. Afin d'éviter cette situation, nous souhaitons ériger le régime du tiers payant en droit. En vue d'améliorer l'accessibilité administrative du régime, il est absolument indispensable que l'avantage soit octroyé automatiquement.

La présente proposition de loi instaure l'obligation d'appliquer le régime du tiers payant pour les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les dentistes et les kinésithérapeutes.

Les modalités d'exécution de l'application obligatoire relèvent de la compétence du Roi. Il en va de même pour un possible élargissement du champ d'application, en particulier, à d'autres groupes professionnels prodiguant des soins de médecine ambulatoire (sages-femmes, logopèdes, opticiens...). Il convient de faire remarquer, à cet égard, que les prestataires de soins paramédicaux comme les infirmiers à domicile, les bandagistes et les orthopédistes appliquent déjà le régime du tiers payant pour la plupart de leurs prestations.

Het lijkt voor de indieners wenselijk om expliciet bij wet te bepalen dat er een permanente monitoring van de derdebetalersregeling opgezet zal worden, onder meer om fraude te voorkomen.

### Modaliteiten

De verplichte derdebetalersregeling, die hier wordt voorgesteld, geldt voor alle verstrekkingen. Indien het toepassingsbereik beperkt zou worden tot bijvoorbeeld de raadplegingen en huisbezoeken worden de technische verrichtingen uitgesloten alhoewel dat de duurste verstrekkingen zijn.

Om de transparantie van het systeem te verhogen is het voor de indieners een noodzakelijke voorwaarde bij de toepassing de zorgverstrekkers verplicht worden om een patiëntenfactuur af te leveren. Hierin is nu voorzien vanaf 1 januari 2015 in het kader van de wetgeving inzake financiële transparantie bij medische verzorging.

De indieners pleiten ervoor dat door gerichte informatiecampagnes, administratieve eenvoud, efficiënte controles en informatisering de derdebetalersregeling meer aanvaardbaar en interessanter wordt gemaakt voor zorgverstrekkers. Er moet ook een regeling komen voor de versnelde uitbetaling door de verzekeringsinstelling bij toepassing van de derdebetalersregeling aan de zorgverstrekker die nu beduidend langer moet wachten op zijn ereloon dan bij de gewone terugbetaling. Daartoe dient in een volgende fase de regelgeving voor de ziekenfondsen aangepast te worden om de verzekeringsinstellingen in staat te stellen om de uitbetaling te vervroegen.

Technisch dient dit elektronisch te worden doorgevoerd: met de verdwijning van de SIS-kaart en de opname van de sociale gegevens op de chip van de identiteitskaart is een enorme administratieve vereenvoudiging doorgevoerd. Een van de belangrijkste informatiserings- en moderniseringsprojecten van het RIZIV is *MyCareNet*, een netwerk waarbij zorgverleners en verzekeringsinstellingen administratieve en financiële gegevens uitwisselen. Tot nu bestond zo'n netwerk enkel tussen ziekenhuizen en verzekeringsinstellingen. Het nieuwe netwerk stelt zorgverleners onder meer in staat om zicht te krijgen op de rechten van patiënten.

Voor de verzekeringsinstellingen kan een uitbreiding van de derdebetalersregeling een (administratieve) vereenvoudiging van de rol als uitbetalingsinstelling

Nous estimons souhaitable de prévoir explicitement dans la loi que le régime du tiers payant fera l'objet d'un monitoring permanent, notamment en vue de lutter contre la fraude.

### Modalités

Le régime du tiers payant obligatoire que nous proposons ici s'applique à toutes les prestations. Si le champ d'application était, par exemple, limité aux consultations et aux visites à domicile, les actes techniques en seraient exclus, alors que ce sont les prestations les plus coûteuses.

En vue d'accroître la transparence du système, nous estimons indispensable que les prestataires de soins soient tenus de délivrer une facture patient. C'est désormais prévu à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015 dans le cadre de la législation sur la transparence financière des soins médicaux.

Nous voulons faire en sorte que le régime du tiers payant soit plus acceptable et plus intéressant pour les dispensateurs de soins, et ce, par le biais de campagnes d'informations spécifiques, de la simplicité administrative, de contrôles efficaces et de l'informatisation. Il convient également de prévoir des règles en vue d'accélérer le remboursement par l'organisme assureur en cas d'application du régime du tiers payant au dispensateur de soins, celui-ci devant actuellement attendre beaucoup plus longtemps pour percevoir ses honoraires qu'en cas de simple remboursement. Dans une phase ultérieure, il conviendra d'adapter la réglementation pour les mutualités afin de permettre aux organismes assureurs de procéder plus rapidement aux paiements.

Sur le plan technique, l'application du régime du tiers payant obligatoire doit passer par la voie électronique: la disparition de la carte SIS et l'enregistrement des données sociales sur la puce de la carte d'identité ont entraîné une énorme simplification administrative. L'un des principaux projets de l'INAMI en matière d'informatisation et de modernisation est *MyCareNet*. Il s'agit d'un réseau permettant aux prestataires de soins et aux organismes assureurs d'échanger des données administratives et financières. Jusqu'à présent, un réseau de ce type n'existait qu'entre les hôpitaux et les organismes assureurs. Le nouveau réseau permet notamment aux prestataires de soins de visualiser les droits des patients.

Pour les organismes assureurs, l'extension du régime du tiers payant peut également permettre une simplification (administrative) de leur rôle d'organisme payeur (la

inhouden (o.a. drastische vermindering loketwerk) Er kan een conversie in de taken van de verzekeringsinstellingen plaatsvinden. Na een inlooperperiode met een aantal aanpassingen kan er meer tijd vrijkomen waarbinnen andere diensten aan de leden (informereren, *coaching*...) kunnen verleend worden.

Maya DETIÈGE (sp.a)  
Karin JIROFLÉE (sp.a)  
Alain MATHOT (PS)

réduction drastique du travail au guichet, notamment). Il pourra y avoir une réorganisation des missions des organismes assureurs. Après une période de rodage nécessitant quelques adaptations, du temps sera libéré, qui permettra d'offrir d'autres services (informations, *coaching*, etc.) aux membres.



## WETSVOORSTEL

### Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

### Art. 2

In artikel 53, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 10 april 2014, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het achtste lid wordt opgeheven;

2° tussen het tiende en het elfde lid worden drie leden ingevoegd, luidende:

“De toepassing van de derdebetalersregeling is verplicht voor de geneeskundige verstrekkingen die verleend worden door huisartsen, geneesheren-specialisten, tandartsen en kinesitherapeuten.

De Koning bepaalt bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad de nadere regels voor de toepassing van het voorgaande lid. De Koning kan bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad het werkingsgebied van het negende lid uitbreiden tot andere categorieën van zorgverleners.

De Koning stelt de voorwaarden en de regels vast waaronder het Instituut een permanente monitoring van de toepassing van de derdebetalersregeling organiseert.”

Maya DETIÈGE (sp.a)  
Karin JIROFLÉE (sp.a)  
Alain MATHOT (PS)

## PROPOSITION DE LOI

### Article 1<sup>er</sup>

La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

### Art. 2

Dans l'article 53, § 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifiée en dernier lieu par la loi du 10 avril 2014, les modifications suivantes sont apportées:

1° l'alinéa 8 est abrogé;

2° entre les alinéas 10 et 11, sont insérés trois alinéas, rédigés comme suit:

“L'application du tiers payant est obligatoire pour les prestations médicales dispensées par les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les dentistes et les kinésithérapeutes.

Le Roi détermine, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les modalités d'application de l'alinéa précédent. Il peut, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, élargir le champ d'application de l'alinéa 9 à d'autres catégories de dispensateurs de soins.

Le Roi fixe les règles et conditions selon lesquelles l'Institut organise un *monitoring* permanent de l'application du régime du tiers payant.”