

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

27 mars 2020

PROPOSITION DE LOI

**généralisant le régime
du tiers payant**

(déposée par Mme Karin Jiroflée et
M. Jan Bertels)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

27 maart 2020

WETSVOORSTEL

**ter veralgemening van
de derdebetalersregeling**

(ingediend door mevrouw Karin Jiroflée en
de heer Jan Bertels)

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. Aujourd'hui, le régime du tiers payant est légalement obligatoire et automatisé chez les médecins généralistes pour les patients bénéficiant de l'intervention majorée.

Dans un souci d'accessibilité et compte tenu des possibilités d'automatisation qui existent aujourd'hui pour les médecins généralistes et les dentistes via les attestations électroniques, cette proposition de loi vise à généraliser et à automatiser le régime du tiers payant.

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. Vandaag is de derdebetalersregeling wettelijk verplicht en geautomatiseerd bij de huisarts voor patiënten die genieten van de verhoogde tegemoetkoming.

Met het oog op de toegankelijkheid en gelet op de automatiseringsmogelijkheid die vandaag bestaat voor huisartsen en tandartsen via het e-attest, strekt dit wetsvoorstel er toe de derdebetalersregeling te veralgemenen en automatiseren.

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

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

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, on est en droit 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 et entre-temps automatisé et généralisé pour un groupe-cible restreint, 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.

Inégalités en matière de santé

Un rapport réalisé en 2014 par la Fondation Roi Baudouin cristallise douloureusement les inégalités en matière de santé en Belgique: l'espérance de vie d'un homme de 25 ans titulaire d'un diplôme de l'enseignement supérieur atteint 80 ans en moyenne, alors qu'un homme sans diplôme décède en moyenne 7,5 ans plus tôt. Une femme de 25 ans diplômée de l'enseignement supérieur peut espérer vivre plus de 47 ans en bonne santé, contre 36 pour une femme non scolarisée. Les diplômés de l'enseignement supérieur rapportent moins souvent des problèmes de santé (ISP, 2015). Les inégalités en matière de santé se manifestent déjà à un âge précoce: les enfants et les jeunes de catégories sociales inférieures présenteront plus souvent de mauvaises habitudes en matière d'activité physique ou d'alimentation, mais aussi de bien-être mental (Service d'étude du gouvernement flamand, 2011).

Accessibilité des soins de santé

La Belgique n'obtient pas de très bons résultats en matière d'accessibilité des soins. Il ressort des chiffres de l'OCDE (2015) que les Belges paient de leur poche 18 % de leurs frais de santé. C'est un niveau élevé par rapport aux autres pays de l'OCDE. L'enquête de santé (ISP, 2013) indique également que les soins restent trop coûteux pour une part considérable de la population: 8 % des personnes interrogées répondent qu'elles reportent certains soins pour des raisons financières, et ce chiffre atteint 22 % en Région bruxelloise. Mais

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

De derdebetalersregeling ging in zijn huidige vorm van start in de jaren tachtig. Door 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 tegemoet komt aan de hedendaagse maatschappelijke ontwikkelingen.

Dit wetsvoorstel heeft tot doel een stap verder te gaan dan de zogenaamde “sociale derdebetalersregeling”, ingeschreven in de wet van 27 december 2012, en die inmiddels voor een beperkte doelgroep geautomatiseerd en veralgemeend werd, 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.

Gezondheidsongelijkheid

Een rapport van de Koning Boudewijnstichting uit 2014 maakt de gezondheidsongelijkheid in België pijnlijk duidelijk. Zo wordt een hooggeschoolde man van 25 in België gemiddeld 80 jaar oud. Een man zonder diploma overlijdt gemiddeld 7,5 jaar eerder. Met 25 jaar heeft een hooggeschoolde vrouw nog meer dan 47 gezonde jaren te verwachten. Bij een vrouw die geen onderwijs genoot, is dit ruim 18 jaar minder. Mensen met een hoger opleidingsniveau rapporteren ook minder vaak een slechte gezondheid (WIV, 2015). Gezondheidsongelijkheid manifesteert zich reeds op jonge leeftijd. Kinderen en jongeren met een lagere sociale status scoren bijvoorbeeld vaak slechter wat bewegings- en voedingsgewoonten betreft, maar ook op het vlak van mentaal welzijn (Studiedienst Vlaamse regering, 2011).

Toegankelijkheid gezondheidszorg

België scoort op het vlak van toegankelijkheid van zorg niet bijster goed. Uit de cijfers van de OESO (2015) blijkt dat Belgen 18 % van de gezondheidskosten uit eigen zak betalen. Dit is hoog in vergelijking met de andere OESO-landen. Dat zorg voor een aanzienlijke groep nog te duur blijft, blijkt ook uit de Gezondheidsenquête (WIV, 2013): 8 % van de respondenten gaf hierin aan dat ze sommige zorg om financiële redenen uitstellen, maar in het Brussels Gewest loopt dit op tot 22 %. Maar het percentage Belgen dat gezondheidsuitgaven moeilijk in

la proportion de Belges qui ont du mal à intégrer leurs dépenses de santé dans le budget du ménage est beaucoup plus élevée: 26 % des ménages estiment qu'il est (très) difficile d'intégrer les frais de santé dans le budget familial disponible. Dans les ménages dont les revenus sont parmi les moins élevés, pas moins de 53 % des personnes interrogées déclarent avoir des difficultés à assumer les dépenses de soins de santé, contre seulement 7 % dans les ménages dont les revenus sont parmi les plus élevés.

Il en va de même pour la première ligne. Une grande enquête réalisée à l'échelle européenne (QUALICOPC, 2014) ne classe la Belgique qu'à la 20^e place sur 31 pays étudiés sous l'angle de l'accessibilité des soins de première ligne. La même étude indique que 900 000 Belges reportent une visite chez le généraliste pour des raisons financières. Enfin, il ressort également de l'enquête de santé (ISP, 2013) que les personnes ayant un faible niveau d'éducation s'adressent relativement plus souvent au médecin généraliste en passant par une maison médicale. Cela s'explique partiellement par la situation géographique de ces maisons médicales, mais la gratuité découlant du régime forfaitaire joue également un rôle à cet égard.

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^{er} janvier 2015, l'obligation d'application du régime du tiers payant 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. Le gouvernement Michel I^{er} a malheureusement décidé de limiter l'automatisation du régime aux bénéficiaires de l'intervention majorée et de la réserver aux visites chez le généraliste. Le régime pour les patients bénéficiant du statut de malade chronique et pour la consultation chez le dentiste, comme le prévoyait le législateur de 2012, n'a jamais vu le jour.

Manquements du régime actuel

Le régime actuel présente des manquements à divers 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

te passer vindt in het huishoudbudget ligt fors hoger: 26 % van de huishoudens geeft aan dat de bijdragen voor gezondheidszorgen (zeer) moeilijk passen binnen het beschikbare huishoudbudget. Bij de laagst verdienende huishoudens stelt niet minder dan 53 % dat de uitgaven van gezondheidszorgen moeilijk om dragen zijn. Bij de meest verdienende huishoudens gaat het om slechts 7 % van de huishoudens.

Ook wat de eerste lijn betreft plaatst een grootschalig Europees onderzoek (QUALICOPC, 2014) België pas op de 20ste plaats van 31 onderzochte landen wat de financiële toegankelijkheid van de eerste lijn betreft. Hetzelfde onderzoek stelt vast dat 900 000 Belgen een bezoek aan de huisarts uitstellen omwille van financiële redenen. Tot slot blijkt uit de Gezondheidsenquête (WIV, 2013) ook dat lager opgeleiden relatief vaker via een Wijkgezondheidscentrum een beroep doen op de huisarts. Dit kan deels verklaard worden door de geografische ligging van deze centra, maar ook het kosteloze karakter door het forfaitaire systeem speelt een rol.

Recente wettelijke maatregelen

Artikel 18 van de wet van 27 december 2012 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg bepaalde dat vanaf 1 januari 2015 de derdebetalersregeling voor de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming en voor patiënten met het statuut "chronisch zieke" verplicht wordt voor een aantal verstrekkingen. De regering Michel I besloot jammer genoeg om de automatisering van de regeling te beperken tot mensen met de verhoogde tegemoetkoming en ook enkel van toepassing te maken bij de huisarts. Een regeling voor patiënten met het statuut chronische zieken en de raadpleging bij de tandarts, zoals de wetgever in 2012 voorzag, kwam er niet.

Tekortkomingen van de huidige regeling

Op een aantal vlakken schiet de huidige regeling 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 één van de redenen van de lage toepassingsgraad. De historische reden van het verbod

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 au comptant, 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 les consultations chez les médecins généralistes et les dentistes). L'interdiction a plutôt pour effet de réduire la consommation de soins de première ligne.

— En dépit de l'application obligatoire chez le généraliste, il ressort d'une étude de l'AIM de 2017 que le régime du tiers payant obligatoire lors des consultations de patients bénéficiant d'une intervention majorée n'est appliqué que dans 85 % des cas. Outre le nombre de contacts patients, l'application ou non du tiers payant tient également à certaines caractéristiques du médecin, telles que l'âge et le type de cabinet.

— La sélectivité de la mesure du tiers payant social a un effet stigmatisant. En outre, pour ceux qui ne bénéficient pas de l'intervention majorée et qui doivent par exemple faire face à court terme à de multiples visites médicales ou d'autres factures, le fait de devoir avancer les frais des soins peut aussi constituer un obstacle.

— Le régime d'exception pour le patient 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 2013 montre que les principales différences socioéconomiques en matière d'accès aux soins de santé ne se situent pas au niveau de la médecine générale 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.

Avantages de la généralisation du régime du tiers payant

La généralisation du régime du tiers payant en matière de prestations ambulatoires présente pourtant une série d'avantages convaincants:

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

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.

— Ondanks de wettelijke verplichte toepassing bij de huisarts blijkt uit een monitoring van het IMA uit 2017 dat slecht in 85 % van de gevallen de verplichte derdebetalersregeling bij raadplegingen van VT-patiënten wordt toegepast. Naast het aantal patiëntencontacten hangen ook kenmerken van de arts zoals leeftijd en praktijktype samen met het al dan niet toepassen van de derdebetalersregeling.

— De selectiviteit van de maatregel van sociale derdebetalers werkt stigmatiserend. Bovendien kan ook voor wie niet van de verhoogde tegemoetkoming geniet, en bijvoorbeeld op korte termijn met véél doktersbezoeken of andere facturen geconfronteerd wordt, het voorschieten een drempel vormen.

— Een uitzonderingsregime voor patiënten 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 (2013) 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 derdebetalers die zich enkel tot de huisarts richten volstaan dus niet.

Voordelen van de algemene derdebetalersregeling

Het veralgemenen van de derdebetalers voor ambulante verstrekkingen biedt nochtans overtuigende voordelen:

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

— lorsque les assurés se font soigner plus rapidement, cela permet 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 également: 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 à celui-ci d'être informé du coût de la prestation. L'assuré ne doit plus avancer le montant des honoraires (et ne doit donc plus veiller à disposer de la somme suffisante);

— 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;

— une simplification administrative et une 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".

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 systématiquement en faveur d'une généralisation du régime du tiers payant. Dans son rapport le plus récent (décembre 2013), on peut notamment lire ce qui suit:

"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 en matière de pauvreté 2017):

"Introduire le système du tiers payant dans les soins de première ligne. Les soins de santé des personnes

— lorsque les assurés se font soigner plus rapidement, cela permet 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 également: 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 à celui-ci d'être informé du coût de la prestation. L'assuré ne doit plus avancer le montant des honoraires (et ne doit donc plus veiller à disposer de la somme suffisante);

— 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;

— une simplification administrative et une 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".

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 van 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

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 réglementation actuelle est que son application est laissée au libre arbitre du médecin. Pour éviter que certains patients doivent payer leurs soins de santé eux-mêmes ou y renoncer, il n'est pas seulement nécessaire que le système forfaitaire du paiement soit appliqué plus largement en matière de soins, mais aussi qu'à terme, le régime du tiers payant soit mis en œuvre de manière générale pour les soins de première ligne. Aujourd'hui, cette demande s'applique prioritairement à tous les bas revenus, aux malades chroniques, aux enfants et aux jeunes." (traduction).

Le *Netwerk tegen Armoede*, le *Gezinsbond* et la *Vlaams Patiëntenplatform* préconisent l'application automatique et généralisée du régime du tiers payant chez le médecin généraliste, afin de ne plus devoir se demander qui doit pouvoir bénéficier de ce régime. Ces associations estiment qu'il serait souhaitable d'appliquer automatiquement le régime du tiers payant pour tous les soins de première ligne à l'avenir.

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

— Obligation d'appliquer le tiers payant, à partir du 1^{er} janvier 2015, pour un maximum de prestations (en priorité pour les prestations de médecine générale et de dentisterie et, à terme, dans tous les autres secteurs ambulatoires), à tout patient qui a le statut de malade chronique et à tout patient qui bénéficie de l'intervention majorée.

— Généralisation, à plus long terme, du tiers payant à tous les actes ambulatoires. Outre une meilleure accessibilité des soins pour tous les patients, cette généralisation du tiers payant se traduira par une simplification administrative importante pour les dispensateurs de soins.

En avril 2014, Paul Callewaert, secrétaire général des Mutualités socialistes, s'est prononcé sur l'élargissement du régime du tiers payant au cours d'une interview. Il a déclaré que l'objectif final, à long terme, pouvait être la généralisation de ce régime, ce qui améliorera l'efficacité des soins et facilitera l'accès à la médecine. Les mutualités auront dès lors plus de temps pour renforcer d'autres services.

medische zorgen vergoed worden via de derdebetalers-regeling: 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."

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.

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.

De algemeen secretaris van de Socialistische Mutualiteiten, Paul Callewaert, sprak zich in april 2014 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.

Notre proposition

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

Les modalités d'exécution de cette obligation relèveront de la compétence du Roi, qui sera également compétent pour l'élargissement éventuel de son champ d'application, en particulier à d'autres groupes professionnels dispensant des soins de santé ambulatoires (sages-femmes, logopèdes, opticiens, etc.). Il convient d'observer, 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 à la plupart de leurs prestations.

Ons voorstel

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.

Karin JIROFLÉE (sp.a)
Jan BERTELS (sp.a)

PROPOSITION DE LOI**Article 1^{er}**

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

Art. 2

Dans l'article 53, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par la loi du 10 avril 2014, il est inséré, après l'alinéa 18, trois nouveaux alinéas rédigés comme suit:

“À partir du 1^{er} janvier 2021, l'application du régime 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 19 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.”

6 mars 2020

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 na het achttiende lid drie nieuwe leden ingevoegd, luidende:

“Vanaf 1 januari 2021 is de toepassing van de derdebetalersregeling 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 negentiende 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.”

6 maart 2020

Karin JIROFLÉE (sp.a)
Jan BERTELS (sp.a)