

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2008-2009

21 SEPTEMBER 2009

Wetsvoorstel ter veralgemening van de derdebetalersregeling
(Ingediend door mevrouw Marleen Temmerman)

TOELICHTING

Arm maakt ziek, ziek maakt arm

Er zijn verscheidene sociologische factoren te onderscheiden die een impact hebben op de ongelijkheid inzake gezondheid: inkomen, werk, opleidingsniveau, huisvesting, de omgeving en de effecten daarvan op de leefstijl. In gezinnen die laag scoren voor deze parameters komen meer gezondheidsgevaren en -problemen voor dan in gezinnen die hoger gerangschikt staan.

De oorzaken van ongelijkheid inzake ziektes en ziektepreventie bij de Belgische bevolking zijn divers. Een belangrijke voorzaak is dat gezondheidszorg moeilijk te betalen blijft voor sociaal kwetsbare gezinnen. Er bestaat een enorme gezondheidskloof tussen arm en rijk in onze samenleving. Armoede maakt ziek en ziekte maakt arm: armoede ondermijnt de gezondheid en een slechte gezondheid kan tot armoede leiden.

Vaak kunnen minder kapitaalkrachtige gezinnen de ziekenhuisrekeningen en arts- of tandartskosten niet betalen en heel wat mensen moeten om financiële redenen hun medische verzorging uitstellen of ervan afzien. Kinderen zijn hiervan in het bijzonder slachtoffer omdat belangrijke preventieve behandelingen worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij de tandarts en de oogarts, waardoor ze gezondheidsschade voor de rest van hun leven kunnen oplopen.

Zo komt een laag geboortegewicht 1,5 keer vaker voor bij arbeiders en 1,6 keer meer bij werklozen dan

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2008-2009

21 SEPTEMBRE 2009

Proposition de loi généralisant le régime du tiers-payant
(Déposée par Mme Marleen Temmerman)

DÉVELOPPEMENTS

La pauvreté rend malade et la maladie rend pauvre

Divers facteurs sociologiques ont une incidence sur l'inégalité en matière de santé: le revenu, le travail, le niveau de formation, le logement, l'environnement et leurs conséquences sur le mode de vie. On observe davantage de risques et de problèmes de santé dans les ménages qui sont moins bien classés pour ces paramètres que dans les ménages qui s'en sortent mieux.

Les causes d'inégalité au sein de la population belge en matière de maladies et de médecine préventive sont diverses. Le coût des soins de santé que les ménages socialement vulnérables ont du mal à supporter est à cet égard un facteur important. Dans notre société, la fracture sanitaire entre riches et pauvres est énorme. La pauvreté rend malade et la maladie rend pauvre: la pauvreté mine la santé et une personne en mauvaise santé risque de basculer dans la pauvreté.

Il n'est pas rare que des ménages moins nantis ne soient pas en mesure de payer les factures d'hôpital et les frais médicaux ou dentaires et beaucoup de ces personnes doivent postposer leurs soins médicaux, voire y renoncer. Les enfants sont plus particulièrement victimes de cette situation, en raison du report de traitements préventifs importants, par exemple les visites chez le dentiste ou chez l'ophtalmologue, ce qui les expose au risque de développer des problèmes de santé qu'ils traîneront ensuite toute leur vie.

Ainsi, les enfants ayant un faible poids à la naissance sont 1,5 fois plus nombreux chez les

bij bedienden of zelfstandigen. Ook de kindersterfte ligt significant hoger: 60% hoger bij arbeiders en 70% bij werklozen in vergelijking met bedienden. Astma, zo blijkt uit de gezondheidsenquête van 1997, komt bij kinderen tussen 3 en 14 jaar tweemaal meer voor bij bedienden dan bij kaderleden, 2,85 maal meer bij gekwalificeerde arbeiders en 3,14 maal vaker bij niet-gekwalificeerde arbeiders.

Adolescenten (14 tot 18 jaar) uit de zwakkere sociale klassen zijn minder vaak ingeënt tegen polio, tetanus en mazelen: de kans dat kinderen uit die klassen niet gevaccineerd zijn tegen een welbepaalde aandoening is 1,5 tot 4 keer hoger dan voor kinderen uit de hogere sociale klassen. Zowat een vierde van de adolescenten uit de zwakkere klassen is niet correct gevaccineerd tegen tetanus en meer dan een derde krijgt de vierde dosis van het poliovaccin niet.

Uit een studie van de CM (1) blijkt dat kinderen uit gezinnen met een hoger inkomen gemiddeld tweemaal meer op tandartsbezoek gaan dan kinderen uit lage-inkomensgezinnen.

Uit een onderzoek (2) over gezondheidsongelijkheid blijken ook de verschillen op gezondheidsvlak tussen de 20% laagste fiscale inkomens en de 20% hoogste. De studie toont duidelijk aan dat er binnen de Belgische bevolking belangrijke sociale ongelijkheden bestaan op het vlak van gezondheid.

Tabel 1 (3)

Gebeurtenissen in de loop van het jaar 2006 — Événements au cours de l'année 2006	Gestandaardiseerde index voor de klasse — Indice standardisé pour la catégorie		Ratio (1)/(2)
	zwakste — la plus faible (1)	hoogste — la plus élevée (2)	

Sterftecijfer. — *Taux de mortalité*

121.0 83.4 1.45

Overlijden thuis. — *Décès à domicile*

82.9 109.6 0.76

(1) Mousset, Jean-Philippe; Diels, Joris, *Oral Health Care. Consumption within the Belgian System*, CM, 2002, Brussel.

(2) Avalosse, Hervé; Gillis, Olivier; Cornelis, Koen; Mertens, Raf, *Gezondheidsongelijkheid in België, Onderzoek en Ontwikkeling*, CM, juli 2008.

(3) Toelichting:
— Sterftecijfer: risico om in een bepaalde periode, in dit geval 1 jaar te overlijden.
— Forfait dringende zorg; te betalen door mensen die onnodig gebruik maken van spoedgevallendienst (nu vervangen door andere maatregel).

ouvriers et 1,6 fois plus nombreux chez les chômeurs que chez les employés ou les indépendants. La mortalité infantile est aussi significativement plus importante: elle est 60% plus élevée chez les ouvriers et 70% plus élevée chez les chômeurs que chez les employés. Il ressort de l'enquête de santé menée en 1997 que les enfants asthmatiques âgés entre 3 et 14 ans sont deux fois plus nombreux chez les employés, 2,85 fois plus nombreux chez les ouvriers qualifiés et 3,14 fois plus nombreux chez les ouvriers non qualifiés que chez les cadres.

Les adolescents (de 14 à 18 ans) des classes sociales défavorisées sont moins souvent vaccinés contre la polio, le tétanos et la rougeole: la probabilité de n'être pas vacciné contre une maladie est de 1,5 à 4 fois plus élevée chez les enfants de ces catégories sociales que chez les enfants de catégories sociales plus élevées. Environ un quart des adolescents des groupes sociaux défavorisés ne sont pas correctement vaccinés contre le tétanos, et plus d'un tiers ne reçoivent pas la quatrième dose du vaccin contre la polio.

Il ressort d'une étude de la MC (1) que les enfants issus de ménages qui bénéficient d'un revenu plus élevé vont, en moyenne, deux fois plus souvent chez le dentiste que les enfants des ménages à faibles revenus.

Une autre étude (2) consacrée à l'inégalité sanitaire met quant à elle le doigt sur les différences dans le domaine de la santé entre la catégorie des 20% des revenus fiscaux les plus bas et celle des 20% les plus élevés. Elle met en exergue les inégalités sociales importantes qui existent au sein de la population belge dans le domaine de la santé.

Tableau 1 (3)

(1) Mousset, Jean-Philippe; Diels, Joris, *Oral Health Care. Consumption within the Belgian System*, CM, 2002, Brussel.

(2) Avalosse, Hervé; Gillis, Olivier; Cornelis, Koen; Mertens, Raf, *Gezondheidsongelijkheid in België, Onderzoek en Ontwikkeling*, CM, juli 2008.

(3) Explication:
— Taux de mortalité: risque de décéder au cours d'une période donnée, en l'occurrence 1 an.
— Forfait pour soins urgents; à payer par par les personnes qui recourent inutilement au service des urgences (remplacé à présent par une autre mesure).

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

Mannen met een lagere opleiding sterven gemiddeld 5 jaar vroeger dan mannen met een hogere opleiding. Laaggeschoolde vrouwen sterven gemiddeld 3 jaar vroeger. Mensen met een laag opleidingsniveau, die dus al minder lang leven, verkeren gemiddeld ook nog eens 15 jaar in minder goede gezondheid dan mensen met een hoog opleidingsniveau. Ook de geestelijke gezondheid verschilt sterk. Mensen in armoede voelen zich minder goed, kampen meer met depressies, angsten en slaapproblemen. De mentale kostprijs van armoede is enorm (1).

Armoede wordt overgedragen van de ene generatie op de andere. Daarom is het vermijden van alle vormen van achterstand in arme gezinnen prioritair. We stellen vast dat allerlei kleine en grote ziekten en aandoeningen bij kinderen (bijvoorbeeld: lui oog, tandbederf, scheve voet, astmatische aandoeningen ...) niet of laattijdig worden aangepakt. Daardoor starten deze kinderen hun leven met een gezondheidsachterstand die in veel gevallen niet meer goed te maken is.

Betaalbaarheid van de gezondheidszorg voor arme gezinnen

Weliswaar bestaan er belangrijke ondersteunende regelingen om de betaalbaarheid van de gezondheidszorg te verbeteren, zoals de veralgemeende toegang tot de ziekteverzekering, de verhoogde tegemoetkoming en de OMNIO, het vangnet van de maximumfactuur, het forfait voor chronisch zieken.

Het systeem van forfaitaire geneeskunde in de wijkgezondheidscentra biedt antwoord op diverse ondersteuningsnoden maar zij bereiken slechts 1,5% van de bevolking, terwijl het aantal mensen dat betaalbaarheidsproblemen heeft bij gezondheidszorguitgaven een veelvoud daarvan is. Er zijn dus aanvullende beleidsacties nodig.

(1) *Armoede schaadt de gezondheid*, campagnetekst welzijnszorg 2008, Welzijnszorg.

Les hommes faiblement qualifiés meurent en moyenne 5 ans plus tôt que les hommes hautement qualifiés. L'espérance de vie des femmes faiblement scolarisées est inférieure de 3 ans en moyenne. Les personnes moins qualifiées, qui ont déjà une espérance de vie plus faible, connaissent de surcroît un état de santé altéré durant 15 années de plus en moyenne que les personnes hautement qualifiées. Les différences sont tout aussi marquées sur le plan de la santé mentale. Les personnes vivant dans la pauvreté se sentent moins bien, souffrent davantage de dépressions, d'angoisses et de troubles du sommeil. Le prix de la pauvreté est énorme en termes de santé mentale (1).

La pauvreté se transmet de génération en génération. Il est dès lors prioritaire d'éviter toute forme de retard dans les familles pauvres. Nous constatons que toutes sortes de maladies et affections plus ou moins graves touchant les enfants (par exemple, œil paresseux, caries dentaires, malformation du pied, affections asthmatiques,...) ne sont pas traitées ou le sont trop tard. Ces enfants commencent donc leur vie avec un déficit de santé qui est irréversible dans la plupart des cas.

Accessibilité des soins de santé pour les familles pauvres

Il existe certes des mesures de soutien qui visent à améliorer l'accessibilité financière des soins de santé, comme l'accès généralisé à l'assurance-maladie, l'intervention majorée, le statut OMNIO, le filet de sécurité du maximum à facturer et le forfait pour maladies chroniques.

Le système de la médecine forfaitaire dans les maisons médicales offre une réponse à divers besoins de soutien, mais cela ne permet d'atteindre que 1,5% de la population, alors 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.

(1) *Armoede schaadt de gezondheid*, texte de la campagne d'aide aux personnes 2008, Welzijnszorg.

Kosten bij de zorgverstreker vormen een hoge drempel voor mensen met een laag inkomen; patiënten moeten immers eerst het hele bedrag voorschieten. De derdebetalersregeling is hiervoor nu al de geschikte oplossing. Patiënten betalen de zorgverstreker alleen hun remgeld.

Sinds het *Algemeen Verslag over de Armoede* van 1995 wordt de uitbreiding van de derdebetalersregeling naar de ambulante zorg gevraagd. In resolutie 44 van het jaarrapport 2005 van het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (1) wordt deze eis herbevestigd.

In 2008 vroeg Welzijnszorg (2) een automatisch recht op de derdebetalersregeling in de eerstelijnszorg voor iedereen met een laag beschikbaar inkomen. Nu moeten ze dit voordeel zelf vragen en kan de zorgverstreker daar wel of niet op ingaan. Welzijnszorg eist dat de derdebetalersregeling een automatisch toegekend recht wordt voor mensen met een laag beschikbaar inkomen.

Minster van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Laurette Onkelinx, heeft aangekondigd dat ze de mogelijkheden van een uitbreiding van de derdebetalersregeling voor de huisartsen zal onderzoeken (3). Dit op vraag van het Syndicaat Vlaamse Huisartsen, die hopen op deze wijze ook hun eigen veiligheidsrisico te beperken aangezien ze dan niet meer met grote sommen geld op zak hun huisbezoeken afronden. Ook willen zij zo de financieel zwakkeren helpen en een concurrentienadeel van de eerstelijnszorg ten opzichte van de ziekenhuizen wegwerken. In haar algemene beleidsnota stelt de minister dat ze de derdebetalersregeling wil laten toepassen tijdens het weekend om te vermijden dat een geneesheer te veel contant geld op zak heeft (4).

In het Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen 2009-2010 is opgenomen dat de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen (NCGZ) een werkgroep opdracht zal geven om voorstellen te formuleren met betrekking tot de uitbreiding en versterking van het systeem van de sociale derdebetalers, de elektronische overmaking van facturatiegegevens en de snellere betaling door de verzekeringsin-

Les coûts chez le prestataire de soins constituent un obstacle de taille pour les faibles revenus. En effet, les patients doivent d'abord avancer la totalité de la somme. Le régime du tiers payant est la solution adéquate toute trouvée. Les patients ne paient au prestataire de soins que le montant correspondant au ticket modérateur.

Depuis le *Rapport général sur la pauvreté* de 1995, on réclame l'extension du régime du tiers payant aux soins ambulatoires. Cette exigence a été réitérée dans la résolution 44 du rapport annuel 2005 du Service de lutte contre la pauvreté, (1) la précarité et l'exclusion sociale.

En 2008, *Welijnszorg* (2) a demandé un droit automatique au régime du tiers payant dans les soins de première ligne pour toutes les personnes à faibles revenus. Pour l'instant, ces personnes doivent demander elles-mêmes à en bénéficier et le prestataire de soins n'est pas tenu d'accepter. Welzijnszorg exige que le régime du tiers payant devienne un droit automatique pour les personnes à faibles revenus.

Mme Laurette Onkelinx, la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, a annoncé qu'elle examinerait les possibilités d'extension du régime du tiers payant aux médecins généralistes (3) à la demande du *Syndicaat Vlaamse Huisartsen*. Les médecins généralistes espèrent limiter ainsi le risque pour leur propre sécurité étant donné qu'ils ne finiraient plus leur tournée de visites à domicile avec une coquette somme d'argent en poche. De même, ils espèrent venir ainsi en aide aux personnes qui ont des difficultés financières et pallier un handicap concurrentiel qui pèse sur les soins de première ligne par rapport aux hôpitaux. La ministre affirme dans sa note de politique générale qu'elle entend faire appliquer le régime du tiers payant pendant le week-end afin d'éviter que les médecins généralistes n'aient plus sur eux des sommes importantes en liquide (4).

L'Accord national médico-mutualiste 2009-2010 dispose que la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) chargera un groupe de travail de formuler des propositions concernant l'extension et le renforcement du système du tiers payant social, le transfert électronique des données de facturation et le paiement plus rapide des médecins généralistes par les organismes assureurs. La CNMM élaborera une

(1) Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, *Armoede Uitbannen. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie*, december 2005; «Hoe gezond zijn arme kinderen?», *Artsenkrant*, nr. 1705, 18 oktober 2005.

(2) *Armoede schaadt de gezondheid*, campagnetekst welzijnszorg 2008, Welzijnszorg.

(3) «Onkelinx onderzoekt of patiënt enkel remgeld kan betalen aan huisarts», *De Morgen*, 29 januari 2008, blz. 5.

(4) Algemene Beleidsnota van de minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, deel Volksgezondheid, blz. 21, doc 52-0995/002, 3 april 2008.

(1) Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, *Abolir la pauvreté. Une contribution au débat et à l'action politiques*, décembre 2005; «Hoe gezond zijn arme kinderen?», *Artsenkrant*, n° 1705, 18 octobre 2005.

(2) *Armoede schaadt de gezondheid*, texte de la campagne d'aide aux personnes 2008, *Welijnszorg*.

(3) «Onkelinx onderzoekt of patiënt enkel remgeld kan betalen aan huisarts», *De Morgen*, 29 janvier 2008, p. 5.

(4) Note de politique générale de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, partie Santé publique, page 21, doc 52-0995/002, 3 avril 2008.

stellingen aan de huisartsen. De NCGZ zal een voorstel uitwerken op basis waarvan de regeling betreffende de administratieve verlenging van het globaal medische dossier (GMD) aangepast wordt tot een systeem van een meer automatische verlenging met het oog op een snellere betaling van het honorarium voor het verlengen van het beheer van het GMD, dit om de drempel voor het aanrekenen van het GMD zowel voor de patiënt als voor de huisarts zoveel mogelijk te verlagen.

In hetzelfde akkoord is afgesproken dat de NCGZ binnen een globale planning op niveau van het RIZIV haar werkzaamheden zal verderzetten met betrekking tot de elektronische facturering van ambulante verstrekingen met toepassing van de derdebetalersregeling. Daarbij zal de mogelijkheid worden onderzocht om de derdebetalersregeling via elektronische facturering ook mogelijk te maken voor verstrekingen die thans zijn uitgesloten.

Het akkoord 2009-2010 bepaalt eveneens dat de facultatieve derdebetalersregeling toegankelijk is voor de geneesheren, op hun verzoek, die niet tot het akkoord zijn toegetreden voor zover zij aan het Nationaal Intermutualistisch College te kennen geven dat zij onder dezelfde voorwaarden als de geneesheren met akkoord de tarieven van het akkoord zullen toepassen voor de verstrekingen die gedekt zijn door de derdebetalersregeling.

Nog volgens dit akkoord zal met het oog op het verzekeren van een optimale toegankelijkheid van de zorg voor bepaalde groepen verzekerden vanaf midden 2009 de regeling derde betalende, voorzien in het koninklijk besluit van 10 oktober 1986, worden toegepast voor de honoraria met betrekking tot het globaal medisch dossier, met en zonder preventiemodule, waarom de patiënt verzoekt, alsook voor de honoraria in het kader van zorgtrajecten. De verzekeringsinstellingen verbinden zich ertoe een gemeenschappelijke en eenvoudige procedure te ontwikkelen om een snelle uitbetaling van de verschuldigde honoraria te verzekeren. Op termijn zal deze procedure in het kader van het project « My Carenet » worden geïntegreerd. De NCGZ raadt aan om voor alle rechthebbenden op de voorkeurregeling die een document van hun verzekeringsinstelling voorleggen waaruit blijkt dat ze recht hebben op die regeling, de derdebetalersregeling toe te passen voor de raadplegingen en bezoeken.

Conclusie :

Al jarenlang wordt gesmeekt om een uitbreiding van de derdebetalersregeling. Sinds geruime tijd worden werkgroepen belast met onderzoek naar een uitbreiding van de derdebetalersregeling en worden goede voornemens en raadgevingen geformuleerd. In werkelijkheid is er weinig of niets gewijzigd aan de regeling van de jaren '80.

proposition d'adaptation du règlement relatif à la prolongation administrative du dossier médical global (DMG) en vue d'automatiser cette prolongation pour assouplir le paiement des honoraires pour la prolongation de la gestion du DMG, et ce afin de réduire au maximum le seuil pour l'attestation du DMG tant pour le patient que pour le médecin généraliste.

Il a été convenu dans le même accord que la CNMM poursuivra ses travaux au sein d'un planning global au niveau de l'INAMI concernant la facturation électronique de prestations ambulatoires en application du régime du tiers payant. La possibilité sera examinée de permettre également l'application du régime du tiers payant via la facturation électronique pour les prestations actuellement exclues.

L'accord 2009-2010 prévoit aussi que l'accès au système du tiers payant facultatif est ouvert à leur demande aux médecins qui n'ont pas adhéré à l'accord à condition qu'ils notifient au Collège intermutualiste national qu'ils respecteront les tarifs de l'accord pour les prestations couvertes par le système du tiers payant aux mêmes conditions que les médecins engagés.

Cet accord énonce également qu'en vue d'assurer une accessibilité optimale aux soins à certains groupes d'assurés, le régime du tiers payant, prévu dans l'arrêté royal du 10 octobre 1986, sera appliqué à partir de la mi-2009 pour les honoraires concernant le dossier médical global, avec et sans module de prévention, demandé par le patient, ainsi que pour les honoraires dans le cadre des trajets de soins. Les organismes assureurs s'engagent à développer une procédure commune et simple afin d'assurer un paiement rapide des honoraires dus. À terme, cette procédure sera intégrée dans le cadre du projet « My Carenet ». La CNMM recommande d'appliquer le régime du tiers payant pour les consultations et les visites à tous les bénéficiaires du régime préférentiel qui présentent un document de leur organisme assureur attestant qu'ils ont droit à ce régime.

Conclusion :

Cela fait plusieurs années que l'on réclame à cor et à cri une extension du régime du tiers payant. Depuis pas mal de temps, des groupes de travail ont été chargés d'étudier les moyens d'étendre le régime du tiers payant et ils ont formulé d'excellentes propositions et recommandations. Mais dans les faits, le régime des années 80 n'a guère été modifié, voire pas du tout.

Vergelijking met andere landen

In feite is de regeling derdebetalers iets wat men in vele landen (Canada, Duitsland, Nederland, Scandinavische landen, ...) automatisch toepast. De «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) (1). De situatie in ons land is dus eerder uitzonderlijk.

Zeker bij langdurige en intensieve medische zorgen lopen deze voorschotten op de erelonen hoog op. De bestaande maatregelen (verhoogde tegemoetkoming, 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 medisch zorg in het gedrang.

Derdebetalersregeling : bestaande maatregel

De derdebetalersregeling is een systeem dat het voorschieten van kosten door de patiënt voorkomt. Bij de toepassing van dit instrument spelen zowel sociale, 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 kb 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 beter bewust te maken van de kostprijs van de verstrekkingen. Het oogmerk is hier dus om het aantal adviezen, raadplegingen en bezoeken binnen de perken te houden (2).

De derdebetalersregeling kan door de zorgverstrekker toegepast worden in zover de verstrekkingen niet aan bijzondere bepalingen onderworpen zijn (zie de rubrieken hieronder).

(1) De Maeseneer, Jan (promotor), *Toegankelijkheid in de gezondheidszorg. Eindrapport. Deelrapport 5: Acties om de toegankelijkheid te verbeteren*, Universiteit Gent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, 2003.

(2) Verslag aan de Koning, koninklijk besluit van 10 oktober 1986.

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, ...). 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) (1). La situation dans notre pays est donc plutôt exceptionnelle.

Pour les soins médicaux intensifs et de longue durée en particulier, ces avances sur les honoraires atteignent des montants considérables. Les mesures existantes (intervention majorée, maximum à facturer) n'y changent rien car elles n'ont d'impact que sur le ticket modérateur. Le budget des ménages à faibles revenus ne permet pas ou guère d'avancer de telles sommes, surtout s'il s'agit de visites multiples à brefs intervalles, ce qui met en péril la continuité des soins médicaux.

Régime du tiers payant : mesure existante

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 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^{er}, 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 davantage au coût des prestations. L'objectif poursuivi ici est donc de limiter le nombre d'avis, de consultations et de visites (2).

Le «régime du tiers payant» peut être appliqué par le dispensateur de soins, pour autant que les prestations ne soient pas soumises à des dispositions particulières (voir les rubriques ci-dessous).

(1) De Maeseneer, Jan (promoteur), *Toegankelijkheid in de gezondheidszorg. Eindrapport. Deelrapport 5: Acties om de toegankelijkheid te verbeteren*, Université de Gand, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, 2003.

(2) Rapport au Roi, arrêté royal du 10 octobre 1986.

Er zijn vier verplichte toepassingen van de «regeling betalende derde» (artikel 5 (1)) (2):

1. De verzekeringstegemoetkoming in de verpleegdagprijs en de hiermee gelijkgestelde verstrekkingen;

2. De verzekeringstegemoetkoming in de kosten van alle geneeskundige verstrekkingen die verleend worden tijdens een hospitalisatie;

3. De verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden en bedoeld in de artikelen 3, § 1, A, II en C, I, 18 § 2, B, e) en 24 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, en in artikel 2, § 2, van het koninklijk besluit van 24 september 1992 tot vaststelling van de nadere regelen betreffende de forfaitaire honoraria voor sommige verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, alsmede de onderaanneming van deze verstrekkingen, als die verstrekkingen zijn uitgevoerd in laboratoria voor klinische biologie waarvoor de verzekeringsinstellingen de bedragen van de verzekeringstegemoetkomingen als waarborg inhouden overeenkomstig het koninklijk besluit van 17 februari 1995 tot vaststelling van de voorwaarden en de nadere regelen overeenkomstig welke de verzekeringsinstellingen met toepassing van artikel 61 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 bedragen van de verzekeringstegemoetkomingen voor verstrekkingen verleend in de laboratoria voor klinische biologie die aan het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering bedragen verschuldigd, als waarborg kunnen inhouden;

4. De verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen 450192 en 450214 in het kader van de georganiseerde mammografische borstkanker-screening zoals bedoeld in artikel 17, § 1, 1^obis van de bijlage bij het voornoemde koninklijk besluit van 14 september 1984.

In sommige gevallen bestaat er een verbod op de toepassing van de derde betaler (artikel 6, eerste lid), met name voor volgende kosten:

1. De kosten van alle geneeskundige verstrekkingen bedoeld in hoofdstuk II van de bijlage bij het

(1) Alle verwijzingen naar artikels hebben betrekking op het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, § 1, negende lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

(2) We hebben het hier niet over de betaling van geneesmiddelen in de apotheker (publieke officina) waar het de algemene regel is dat de patiënt enkel het remgeld betaalt.

Le «régime du tiers payant» comporte quatre applications obligatoires (article 5 (1)) (2):

1. l'intervention de l'assurance dans le prix de la journée d'entretien et les prestations y assimilées;

2. l'intervention de l'assurance dans le coût de toutes les prestations de santé dispensées pendant une hospitalisation;

3. l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de biologie clinique dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés et qui sont visées aux articles 3, § 1^{er}, A, II et C, I, 18, § 2, B, e), et 24 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, et à l'article 2, § 2, de l'arrêté royal du 24 septembre 1992 fixant des modalités relatives aux honoraires forfaitaires pour certaines prestations de biologie clinique, dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés, ainsi qu'à la sous-traitance de ces prestations, lorsque ces prestations sont effectuées dans des laboratoires de biologie clinique pour lesquels les organismes assureurs retiennent en garantie les montants des interventions de l'assurance soins de santé conformément à l'arrêté royal du 17 février 1995 déterminant les conditions et les modalités particulières conformément auxquelles les organismes assureurs sont autorisés, en application de l'article 61 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, à retenir en garantie des montants des interventions de l'assurance soins de santé dus pour des prestations dispensées dans les laboratoires de biologie clinique débiteurs auprès de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

4. l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de santé mentionnées sous les n^{os} 450192 et 450214 dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein par mammographie, visé à l'article 17, § 1^{er}, 1^obis de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984.

Dans certains cas, il est interdit d'appliquer le régime du tiers payant (article 6, alinéa 1^{er}), à savoir pour les frais suivants:

1. le coût de toutes les prestations de santé visées au chapitre II de l'annexe à l'arrêté royal du 14

(1) Toutes les références renvoient à des articles de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

(2) Nous ne parlons pas ici du paiement de médicaments en pharmacie (officine publique), où la règle générale est que le patient ne paie que le ticket modérateur.

koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (raadplegingen, bezoeken en adviezen van geneesheren);

2. De overeenkomstig de bepalingen van artikel 50 van de voornoemde gecoördineerde wet vastgestelde reiskosten;

3. De kosten van de geneeskundige verstrekkingen vermeld onder de nummers 0401-301011 en 0404-301033 in artikel 5, § 2 van de bijlage bij het vorenbedoelde koninklijk besluit van 14 september 1984 (raadplegingen en consulten bij tandartsen);

4. De kosten van de geneeskundige verstrekkingen, vermeld onder de codenummers die zijn opgenomen in de rubriek «Preventieve behandelingen» in artikel 5, § 2 van de bijlage bij het voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984;

5. De kosten van de geneeskundige verstrekkingen, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden en vermeld onder de titel «Radiografieën» in artikel 5, § 2 van de bijlage bij bovengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984;

6. De kosten van de geneeskundige verstrekkingen, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden en vermeld onder de titel «Conserverende verzorging» in artikel 5, § 2 van de bijlage bij bovengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984, behalve indien die verstrekkingen worden verleend aan rechthebbenden die jonger zijn dan 18 jaar.

Er zijn een aantal uitzonderingen op dit verbod, waardoor de derdebetalersregeling toch mogelijk wordt voor de in het voorgaande lid vermelde verstrekkingen (artikel 6, tweede lid) (3).

Om te beginnen zijn er de uitzonderingen verbonden met de voorziening:

1. Wanneer de patiënten verzorging toegediend krijgen die door het ziekenfonds forfaitair betaald wordt aan de zorgverstrekker in wijkgezondheidscentra (medische huizen). De derdebetalersregeling is in dit geval verplicht. Er zijn wel uitzonderingen indien de patiënt geneeskundige verzorging krijgt die per behandeling betaald wordt.

2. Verzorging toegediend in geestelijke gezondheidscentra, centra voor gezinsplanning en seksuele voorlichting en opvangcentra voor drugsverslaafden.

(1) Koninklijk besluit van 10 oktober 1986 inzake de derdebetalersregeling en omzendbrief van 27 mei 2004 van het RIZIV die de modaliteiten omschrijft voor toepassing van de uitzonderingen op het verbod inzake toepassing van de derdebetalersregeling.

septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (consultations, visites et avis médicaux);

2. les frais de déplacement fixés conformément aux dispositions de l'article 50 de la loi coordonnée précitée;

3. le coût des prestations de santé mentionnées sous les numéros 0401-301011 et 0404-301033 à l'article 5, § 2, de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984 (consultations chez un dentiste et consultations d'un dentiste à domicile);

4. le coût des prestations de santé mentionnées sous les numéros de code figurant dans la rubrique «Traitements préventifs» à l'article 5, § 2, de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984;

5. le coût des prestations de santé dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés et figurant sous le titre «Radiographies» à l'article 5, § 2, de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984;

6. le coût des prestations de santé dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés et figurant sous le titre «Soins conservateurs» à l'article 5, § 2, de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984, sauf si ces prestations sont délivrées à des bénéficiaires âgés de moins de 18 ans.

Il existe un certain nombre d'exceptions à cette interdiction, qui autorisent l'application du régime du tiers payant pour les prestations mentionnées à l'alinéa précédent (article 6, alinéa 2) (3)

Il y a tout d'abord les exceptions liées à la structure:

1. Lorsque les patients reçoivent des soins qui sont payés forfaitairement par la mutualité au prestataire de soins dans les centres de santé de quartier (maisons médicales). Le régime du tiers payant y est obligatoire. Des exceptions sont toutefois prévues si le patient reçoit des soins médicaux qui sont payés à la prestation.

2. Les soins dispensés dans les centres de soins de santé mentale, les centres de planification familiale et d'information sexuelle et les centres d'accueil pour toxicomanes.

(1) Arrêté royal du 10 octobre 1986 relatif au régime de tiers payant et circulaire de l'INAMI du 27 mai 2004 décrivant les modalités d'application des exceptions à l'interdiction en matière d'application du régime du tiers payant.

3. Verzorging toegediend in voorzieningen gespecialiseerd in de verzorging van kinderen, bejaarden of personen met een handicap die er 's nachts verblijven (zoals een erkend ROB of RVT, een medisch-pediatriesch centrum, een revalidatiecentrum).

4. Verzorging toegediend in het kader van een huisartsenwachtdienst.

Andere uitzonderingen gelden in hoofde van de rechthebbende en zijn personen ten laste :

1. Verzorging toegediend aan personen die in de loop van de behandeling overlijden of in coma liggen;

2. Verzorging toegediend aan personen die zich in een financiële noodsituatie bevinden (1);

3. Verzorging aan personen voor de periode waarin zij recht hebben op de verhoogde verzekeringstegevoering;

4. Verstrekkingen aan personen die een bruto belastbaar inkomen hebben dat lager is dan het jaarbedrag van het leefloon en op grond daarvan vrijgesteld zijn van bijdrageplicht;

5. Verstrekkingen toegediend aan personen die sedert minstens 6 maanden volledig werkloos zijn;

6. Verzorging toegediend aan de persoon die recht heeft op de verhoogde kinderbijslag.

7. Voor het gebruik van het globaal medisch dossier en van de diabetespas is er een jaarlijkse vergoeding waarvoor de patiënt om de derdebetalersregeling kan verzoeken en de arts die vervolgens niet mag weigeren.

8. Verstrekkingen tandheelkunde aan rechthebbenden tot de achttiende verjaardag; de patiënt kan om de derdebetalersregeling verzoeken; indien de arts aanvaardt moet hij de conventietarieven toepassen (2).

De geneesheer of tandarts richt een aanvraag tot toetreding tot de derdebetalersregeling aan het Nationaal Intermutualistisch College dat de aanvraag onderzoekt en op basis daarvan aanvaardt of weigert. Dit geldt dan voor alle patiënten en voor alle verstrekkingen waarvoor geen verbod geldt. De uitzonderingen opgenomen onder artikel 6, tweede

(1) Voor tandheelkundige verstrekkingen gebeurt dit op vraag van de patiënt, gestaafd met een door de patiënt eigenhandig opgemaakte en ondertekende verklaring op erewoord, waarin staat dat hij verkeert in een situatie waarin de reglementering de toepassing van de derdebetalersregeling mogelijk maakt. Deze verklaring wordt aan het getuigschrift toegevoegd. Het verlenen van geneeskundige verstrekkingen via de derdebetalersregeling aan de rechthebbenden die zich in een occasionele individuele financiële noodsituatie bevinden is niet mogelijk voor de verstrekkingen verleend door tandheelkundigen van wie de derdebetalersregeling werd ingetrokken en dit voor de duur van de intrekking.

(2) Koninklijk besluit 6 december 2005.

3. Les soins dispensés dans des structures spécialisées dans les soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux personnes handicapées qui y passent la nuit (comme une MRPA ou une MRS agréée, un centre médico-pédiatrique, un centre de revalidation).

4. Les soins dispensés dans le cadre d'un service de garde.

D'autres exceptions sont d'application dans le chef de l'ayant droit et des personnes à sa charge :

1. Les soins administrés à des personnes qui, au cours du traitement, décèdent ou sont dans le coma;

2. Les soins administrés à des personnes se trouvant dans une situation financière de détresse (1);

3. Les soins administrés à des personnes pour la période durant laquelle elles ont droit à l'intervention majorée de l'assurance;

4. Les prestations administrées à des personnes dont le revenu brut imposable est inférieur au montant annuel du revenu d'intégration et qui sont, de ce fait, exonérées de l'obligation de cotiser;

5. Les prestations administrées à des personnes qui sont en chômage complet depuis au moins six mois;

6. Les soins administrés à une personne qui a droit aux allocations familiales majorées;

7. L'utilisation du dossier médical global et du passeport du diabète donne lieu au paiement d'une indemnité annuelle, pour laquelle le patient peut demander l'application du tiers payant sans que le médecin puisse lui opposer un refus.

8. Les prestations dentaires aux ayants droit jusqu'à leur 18^e anniversaire; le patient peut demander l'application du tiers payant; si le médecin accepte, il doit appliquer les tarifs de la convention (2).

Le médecin ou le dentiste adresse une demande d'accès au régime du tiers payant au Collège intermutualiste national, qui examine la demande et, sur la base de ces critères, l'accepte ou la refuse. Ce système s'applique donc à tous les patients et pour toutes les prestations ne faisant pas l'objet d'une interdiction. Les exceptions prévues à l'article 6, alinéa 2, peuvent être

(1) En ce qui concerne les prestations dentaires, c'est le patient qui en fait la demande dans une déclaration sur l'honneur rédigée et signée de sa main, faisant état qu'il se trouve dans une situation où la réglementation permet l'application du régime du tiers payant. Cette déclaration est jointe à l'attestation. L'application du régime du tiers payant pour des prestations médicales fournies aux bénéficiaires se trouvant occasionnellement dans une situation financière individuelle de détresse n'est pas autorisée pour les prestations fournies par des praticiens de l'art dentaire auxquels le droit au régime du tiers payant a été retiré, et ce pour la durée du retrait.

(2) Arrêté royal du 6 décembre 2005.

lid, kunnen toegepast worden door alle geneesheren en tandartsen en de verstrekker kan er voor elke patiënt afzonderlijk over beslissen. Andere zorgverstrekkers (verpleegkundigen, kinesisten, logopedisten, ...) kunnen gebruik maken van de mogelijkheden om de derdebetalersregeling toe te passen, vervant in de respectieve contracten tussen verzekeringsinstellingen en zorgverstrekkers.

Problemanalyse

De oude regeling heeft twee belangrijke gebreken :

1. Een fundamentele moeilijkheid is dat het, met uitzondering van de verplichte toepassing, bepaald in artikel 5, steeds de zorgverstrekker is die beslist of hij deze regeling toepast of niet (1). De ambulante verzorgde patiënt heeft dus, op enkele uitzonderingen na, in de huidige regeling geen recht op de derdebetalersregeling ook al leeft hij van een inkomen dat het voorschieten van het remgeld niet of amper toelaat. Voor de rechthebbenden uit lage-inkomensgezinnen vermeld in artikel 6, tweede lid, 5° tot 7°, kan de derdebetalersregeling toegepast worden voor de verstrekkingen waarvoor normaal een verbod geldt maar ook in dit geval enkel indien de zorgverstrekker dit beslist.

2. De patiënt moet zelf de inlichtingen inwinnen over 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, ...

Uit gegevens van het RIZIV (2) blijkt dat in 2003 slechts 6% van het totaal terugbetaald bedrag voor raadplegingen, bezoeken, adviezen en verplaatsingen werd vergoed via derde betaler voor ambulante patiënten. Voor tandverzorging werd in 2003 14,8% van het door het RIZIV terugbetaald bedrag via de derdebetalersregeling vergoed.

Gevolg : lage toepassingsgraad

Uit een onderzoek van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (3) blijkt dat bij slechts 11 % van de leden bij

(1) Enkel indien de patiënt de toepassing van de derde betaler vraagt voor het beheer van het globaal medisch dossier, kan de arts de toepassing niet weigeren (artikel 6, lid 3, van het koninklijk besluit).

(2) RIZIV, dienst voor Geneeskundige Verzorging, afdeling Actuariële Studiën, *Statistieken van de geneeskundige verzorging*, 2004.

(3) *Toepassing van de derdebetalersregeling In de tandverzorging. Een studie van de onafhankelijke ziekenfondsen*, Brussel, december 2007.

appliquées par tous les médecins et dentistes, qui peuvent décider pour chaque patient séparément. D'autres prestataires de soins (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes...) peuvent recourir à ces possibilités pour appliquer le système du tiers payant qui sont prévues dans les contrats respectifs entre les compagnies d'assurance et les prestataires de soins.

Analyse du problème

L'ancien système présente deux inconvénients majeurs.

1. Une difficulté fondamentale provient du fait qu'exception faite des cas d'application obligatoire prévus à l'article 5, c'est toujours le prestataire de soins qui décide d'appliquer ou non ce régime (1). En vertu de la réglementation actuelle, le patient soigné en ambulatoire n'a donc pas droit, à quelques exceptions près, au régime du tiers payant, même si ses revenus ne lui permettent pas d'avancer le ticket modérateur ou s'ils ne le permettent qu'à peine. Pour les bénéficiaires issus de familles à faibles revenus mentionnés à l'article 6, alinéa 2, 5° à 7°, le régime du tiers payant peut être appliqué pour les prestations normalement exclues mais, dans ce cas-ci également, uniquement si le prestataire de soins le décide.

2. Le patient doit se renseigner lui-même sur la possibilité d'obtenir, auprès d'un prestataire, le bénéfice 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.

Il ressort de données de l'INAMI (2) qu'en 2003, seulement 6% du montant total remboursé pour des consultations, visites, conseils et déplacements l'a été par le biais du tiers payant pour des patients ambulatoires. Pour les soins dentaires, 14,8% du montant remboursé par l'INAMI en 2003 l'a été par le biais du tiers payant.

Conséquence : faible taux d'application

Selon une étude des Mutualités libres (3), le tiers payant n'a été appliqué qu'à 11 % des affiliés dans le

(1) Ce n'est que si le patient demande l'application du tiers payant pour la gestion du dossier médical global que le médecin ne peut refuser cette application (article 6, alinéa 3, de l'arrêté royal).

(2) INAMI, service des Soins de santé, section Études actuarielles, *Statistiques des soins médicaux*, 2004.

(3) *Application du tiers payant dans les soins dentaires. Une étude des mutualités libres*, Bruxelles, décembre 2007.

de tandverzorging de derde betaler ingeroepen werd. Een gering deel (3%) riep hiervoor een financiële noodtoestand in. Slecht 39% van de tandartsen die patiënten, aangesloten bij MLOZ, behandeld hebben, pasten ten minste één keer de derde betaler toe. Bovendien werden er ook regionale en provinciale verschillen vastgesteld. De toepassing door de tandartsen van de derde betaler gaat in dalende lijn naarmate hun anciënniteit toeneemt.

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

De pilootprojecten «Regel Betalende Derde»

De pilootprojecten «Regel Betalende Derde» die werden opgestart in Gent, regio Waasland, Antwerpen en Luik toonden aan dat het promoten van de derdebetalersregeling op basis van overleg en praktische ondersteuning (uitwerken van een procedure en efficiënte informatieverstrekking) een positieve impact heeft op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Aan de basis van de projecten lagen een aantal vaststellingen. Vooreerst ervoeren sommige huisartsen dat een groeiend aantal patiënten betalingsmoeilijkheden ondervinden. Zij vertonen hierdoor de neiging een consultatie uit of af te stellen. Ook zagen ze dat patiënten zich eerder tot spoeddiensten wendden, omdat daar geen directe betaling vereist is.

Het project in Gent leidde ertoe dat het aantal huisartsen dat de derdebetalersregeling toepast bijna verdubbelde, van 6,8% naar 12,2%. Het aantal patiënten waarvoor de derdebetalersregeling werd toegepast kende meer dan een verviervoudiging. Er was vooral een sterke stijging voor de patiënten met een verhoogde tegemoetkoming, vooral dan de gepensioneerden en invaliden.

Bevindingen (1):

— Voordelen voor de patiënt: voorschieten van geld valt weg, minder administratieve problemen, minder verplaatsingen (bijvoorbeeld naar ziekenfonds, naar bank).

(1) De Maeseneer, Jan (promotor), *Toegankelijkheid in de gezondheidszorg. Eindrapport. Deelrapport 4: De toegankelijkheid van de gezondheidszorg gezien door mensen in armoede; Deelrapport 5: Acties om de toegankelijkheid te verbeteren*, Universiteit Gent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, 2003.

cadre de soins dentaires. Une petite partie de ceux-ci (3%) ont invoqué pour cela une situation de détresse financière. Seuls 39% des dentistes qui ont traité des patients affiliés MLOZ ont appliqué au moins une fois le tiers payant. En outre, des différences régionales et provinciales ont également été constatées. L'application du tiers payant par les dentistes est inversement proportionnelle à leur ancienneté.

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

Projets pilotes «Règles du tiers payant»

Les projets pilotes «Règle du tiers payant» qui ont été lancés à Gand, dans le pays de Waas, à Anvers et à Liège ont montré que la promotion du régime du tiers payant qui se fonde sur la concertation et le soutien pratique (élaboration d'une procédure et information efficace) a un effet positif sur l'accessibilité des soins de santé.

C'est à la suite d'une série de constatations que les projets ont été mis sur pied. Tout d'abord, les médecins ont remarqué qu'un nombre croissant de patients éprouvent des difficultés de paiement. Ils ont dès lors tendance à reporter ou à annuler une consultation. Les médecins ont également constaté que les patients s'adressent plutôt aux services d'urgence parce que ceux-ci n'exigent aucun paiement direct.

Le projet mené à Gand a entraîné un quasi-doublement du nombre de généralistes appliquant le régime du tiers payant, qui est passé de 6,8% à 12,2%. Le nombre de patients pour lesquels le régime du tiers payant a été appliqué a plus que quadruplé. L'augmentation a été la plus nette pour les patients bénéficiant d'une intervention majorée, à savoir les retraités et les invalides, essentiellement.

Constatations (1):

— Avantages pour le patient: plus besoin d'avancer l'argent, moins de problèmes administratifs, moins de déplacements (par exemple, à la mutualité, à la banque).

(1) De Maeseneer, Jan (promoteur), *Toegankelijkheid in de gezondheidszorg. Eindrapport. Deelrapport 4: De toegankelijkheid van de gezondheidszorg gezien door mensen in armoede; Deelrapport 5: Acties om de toegankelijkheid te verbeteren*, Université de Gand, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, 2003.

— De meningen van de artsen zijn verdeeld. Een belangrijke remmende factor is de bijkomende administratieve belasting.

— Er is een gebrek aan informatie zowel bij huisartsen, bij patiënten, bij ziekenfondsen, bij sociale en medische hulpverleners.

— De derdebetalersregeling zou vooral toegepast moeten worden voor de duurste zorgen (specialistische verstrekingen en tandzorg).

— De derdebetalersregeling moet bij voorkeur ruim ingang vinden om te voorkomen dat stigmatisering van kansarme groepen in de hand gewerkt wordt.

— Er moet grondig gecontroleerd worden op misbruiken door het RIZIV.

Voorstel: een automatisch recht op de derdebetalersregeling

De regeling derde betaler kan een belangrijke bijdrage leveren tot toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de afbouw van de gezondheidskloof 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 ook het verplicht voorschieten van de terugbetaalbare bedragen aangevend voor de meeste ambulante verstrekingen brengt gezinnen in moeilijkheden. Nu al is de derdebetalersregeling een principieel en wettelijk voorziene 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.

De verplichte toepassing verhindert een mogelijk element van concurrentie tussen zorgverstrekkers wat eveneens de aantrekkelijkheid van het systeem ten goede komt.

— Les opinions des médecins sont partagées. L'augmentation de la charge administrative constitue un facteur inhibiteur important.

— Tant les généralistes, les patients, les mutualités, que le personnel dispensateur de l'aide sociale et médicale manquent d'informations.

— Le régime du tiers payant devrait surtout être appliqué aux soins les plus chers (prestations spécialisées et soins dentaires).

— Il serait préférable que le régime du tiers payant soit généralisé, pour éviter d'accentuer la stigmatisation de groupes défavorisés.

— Les abus de la part de l'INAMI doivent faire l'objet d'un contrôle approfondi.

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 combler le fossé 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 aussi problème aux 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.

L'application obligatoire élimine une éventuelle concurrence entre les dispensateurs de soins, ce qui améliore aussi l'attractivité du système.

Een veralgemeende regeling derde betaler, laat onmiddellijk opvolging toe van de prestatieprofielen en spoort ook onmiddellijk eventuele misbruiken op.

Om de transparantie van het systeem te verhogen vinden de indieners het aangewezen dat bij de toepassing de zorgverstrekkers verplicht worden om een patiëntenfactuur af te leveren. Het Verzekeringscomité krijgt de bevoegdheid om de modaliteiten van de patiëntenfactuur vast te leggen (op voorstel van de betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissie). Dit wordt ook bij wet geregeld.

Modaliteiten

De verplichte derdebetalersregeling 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.

De indieners pleiten ervoor dat door gerichte informatiecampagnes, administratieve eenvoud, efficiënte controles en informatisering de derdebetalersregeling aanvaardbaarder 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 meerdere weken 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. In het koninklijk besluit van 27 april 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, § 1, negende lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, is de toepassing van de derdebetalers in de huisartsgeneeskunde gewijzigd zodat het systeem sneller kan verlopen en ook tijdens de wachtdienst mogelijk wordt.

Technisch dient dit elektronisch te worden doorgevoerd: met de SIS-kaart (1), een pincode van de rechthebbende en een pincode van de verstrekker kan de financiële transactie automatisch gebeuren. Dit leidt tot enorme administratieve vereenvoudiging en vermindert het zinloos werk dat momenteel door heel veel bedienden gebeurt (manueel opstellen van overzichtlijsten, verifiëren van documenten, ...). Overigens leert de praktijk dat men in het systeem met derdebetalersregeling op basis van prestatie briefjes misbruiken niet echt op het spoor komt.

(1) In de toekomst wellicht de identiteitskaart.

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

En vue d'améliorer la transparence du système, les auteurs estiment qu'il faut imposer aux dispensateurs de soins de délivrer une facture du patient lorsqu'ils appliquent le régime du tiers payant. Le Comité de l'assurance est habilité à définir les modalités de la facture du patient (sur proposition de la commission de conventions ou d'accords concernée). Ces modalités sont également fixées dans la loi.

Modalités

Le régime du tiers payant obligatoire 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.

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 ciblées, 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 plusieurs semaines de plus pour percevoir ses honoraires que pour un remboursement ordinaire. À cet effet, il conviendra, dans une phase ultérieure, d'adapter la réglementation pour les mutualités afin de permettre aux organismes assureurs de procéder plus rapidement aux paiements. Dans l'arrêté royal du 27 avril 2007 modifiant l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'application du régime du tiers payant en médecine générale a été modifiée de manière à ce que le système puisse fonctionner plus rapidement et soit applicable aussi pendant le service de garde.

D'un point de vue technique, il faut procéder par la voie électronique: la transaction financière peut être effectuée automatiquement en ayant recours à la carte SIS (1), au code pin du bénéficiaire et au code pin du dispensateur de soins. Pareille procédure entraîne une énorme simplification administrative et réduit le travail inutile qui est fait actuellement par un grand nombre d'employés (établir des relevés manuellement, vérifier des documents, ...). Par ailleurs, la pratique montre que les attestations de soins donnés ne permettent pas réellement de détecter les abus dans le cadre du régime du tiers payant.

(1) Peut-être la carte d'identité à l'avenir.

Overgangsmaatregelen

Omwille van praktische uitvoerbaarheid in het kader van de RIZIV-reglementering en werking en om de zorgverstrekkers en verzekeringsinstellingen in de mogelijkheid te stellen zich aan de nieuwe regels aan te passen, bouwen we een aantal overgangsmaatregelen in die lopen tot 2014:

1. Vanaf 2010 kunnen alle rechthebbenden op eigen initiatief de derdebetalersregeling vragen bij de zorgverstrekker, die niet mag weigeren. Deze bepaling wordt toegevoegd aan artikel 4 van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, § 1, negende lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

2. Gelijktijdig wordt het verbod van de toepassing van de derdebetalersregeling afgeschaft. Dit betekent dat zorgverstrekkers steeds op eigen initiatief de derdebetalersregeling kunnen toepassen. Daarvoor worden de geldende beperkingen, opgenomen in artikel 4*bis* van hetzelfde koninklijk besluit, opgeheven.

De doelgroep zijn de rechthebbenden en hun personen ten laste in één of meer van de volgende situaties:

- kinderen (tot 18 jaar);
- rechthebbenden die zich in een occasionele, individuele financiële noodsituatie bevinden;
- rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming of het OMNIO-statuut;
- rechthebbenden die minstens 6 maanden volledig werkloos zijn;
- rechthebbenden met een bruto belastbaar inkomen dat lager is dan het jaarbedrag van het leefloon en die op grond daarvan vrijgesteld zijn van bijdrageplicht;
- rechthebbenden op een terugbetaling van de maximumfactuur tijdens het voorgaande jaar;
- bij elektronische facturatie;
- bij wachtprestaties.

3. De automatische derdebetalersregeling wordt vanaf 2010 ingevoerd voor een aantal prioritaire doelgroepen, met name jongeren, lage-inkomensgezinnen en rechthebbenden met veel medische kosten in het nabije verleden. Aanvullend bij de prestaties voor de vermelde doelgroepen wordt dezelfde regel van toepassing op de wachtprestaties en in het geval van elektronische facturatie. Het principe wordt ingevoerd dat de regeling van derde betalende verplicht is

Mesures transitoires

En vue d'assurer l'applicabilité du régime dans le cadre de la réglementation et du fonctionnement de l'INAMI, ainsi que pour permettre aux dispensateurs de soins et aux organismes assureurs de s'adapter aux nouvelles règles, une série de mesures transitoires sont prévues jusqu'en 2014:

1. À partir de 2010, tous les bénéficiaires peuvent demander de leur propre initiative l'application du régime du tiers payant au dispensateur de soins, lequel ne peut pas refuser. Cette disposition est ajoutée à l'article 4 de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

2. Parallèlement, l'interdiction d'appliquer le régime du tiers payant est supprimée. Cela signifie que les dispensateurs de soins peuvent toujours décider d'appliquer le régime du tiers payant de leur propre initiative. Les restrictions en vigueur, prévues à l'article 4*bis* du même arrêté royal, sont supprimées à cet effet.

Le groupe cible comprend les bénéficiaires et les personnes à leur charge qui se trouvent dans l'une ou plusieurs des situations suivantes:

- les enfants (jusqu'à l'âge de 18 ans);
- les bénéficiaires qui se trouvent exceptionnellement dans une situation financière individuelle de détresse;
- les bénéficiaires de l'intervention majorée ou du statut OMNIO;
- les bénéficiaires qui sont au chômage complet depuis au moins six mois;
- les bénéficiaires dont le revenu brut imposable est inférieur au montant annuel du revenu d'intégration et qui sont, de ce fait, exonérés de l'obligation de cotiser;
- les bénéficiaires d'un remboursement dans le cadre du maximum à facturer au cours de l'année précédente;
- en cas de facturation électronique;
- en cas de prestations de garde.

3. Le régime du tiers payant automatique est introduit à partir de 2010 pour plusieurs groupes cibles prioritaires, à savoir les jeunes, les ménages à faibles revenus et les bénéficiaires qui ont dû faire face à de nombreux frais médicaux dans un passé récent. Outre les prestations pour les groupes cibles spécifiés, la même règle s'applique aussi aux prestations de garde et en cas de facturation électronique. L'on instaure le principe selon lequel le régime du tiers

voor de rechthebbenden van die doelgroep behalve indien er een overeenkomst of akkoord is afgesloten tussen zorgverstrekkers en verzekeringsinstellingen dat dit anders bepaalt.

Vanaf 2014 wordt de verplichte en automatische derdebetalersregeling uitgebreid naar alle rechthebbenden.

Regeling

De verzekeringsinstellingen onderzoeken op eigen initiatief of de patiënt beantwoordt aan de voorwaarden. Voor rechthebbenden met financiële problemen neemt de rechthebbende het initiatief om een verklaring op eer voor te leggen aan de verzekeringsinstelling. Voor deze groep beschikt het ziekenfonds immers niet over de nodige gegevens om het inkomen te achterhalen. Het OCMW kan hierbij een rol spelen voor zover het gaat om personen of gezinnen die bij het centrum een dossier hebben door, in samenspraak met betrokkene, te voorzien in een attest van behoefte. Natuurlijk kan, op basis van de reeds bestaande regel, ook de zorgverstrekker oordelen dat de rechthebbende in aanmerking komt voor de derdebetalersregeling omwille van zijn financiële situatie.

De verzekeringsinstellingen overhandigen aan de rechthebbende of wettelijke vertegenwoordiger een attest dat aantoonde dat de patiënt in aanmerking komt voor de toepassing van de verplichte derdebetalersregeling. De verzekeringsinstellingen brengen nu reeds voor de verzekerden die beantwoorden aan de voorwaarden van artikel 6, tweede lid, 6^o en 7^o, een vermelding aan op de SIS-kaart aangaande de toepassing van de derdebetalersregeling. Op basis van dit wetsvoorstel kunnen zij deze vermelding uitbreiden met gegevens betreffende de verplichte toepassing van de derdebetalersregeling. Indien deze stap wordt gezet kan de toepassing van de verplichte derdebetalersregeling volledig automatisch verlopen van zodra alle zorgverstrekkers de SIS-kaart elektronisch kunnen lezen.

Het spreekt vanzelf dat het recht vervalt en het attest terug moet binnengeleverd worden indien de patiënt niet meer aan de voorwaarden voldoet.

Na voorleggen van het attest past de zorgverstrekker de derdebetalersregeling toe voor alle verstrekkingen volgens de regels vervat in het koninklijk besluit. De verplichte toepassing is de regel, maar de verzekeringsinstellingen en zorgverstrekkers kunnen het verplicht karakter wijzigen en beperken in een overeenkomst of akkoord volgens daarin opgenomen regels.

Er wordt hierbij een uitzondering mogelijk gemaakt op artikel 4bis, § 1, 2^o, dat bepaalt dat de zorgverstrekker de « gewone » derdebetalersregeling op al zijn

payant est obligatoire pour les bénéficiaires du groupe cible défini, sauf si une convention ou un accord contraire a été conclu entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs.

À partir de 2014, le régime du tiers payant obligatoire et automatique est étendu à tous les bénéficiaires.

Régime

Les organismes assureurs examinent, de leur propre initiative, si le patient répond aux conditions. Les bénéficiaires confrontés à des difficultés financières prennent l'initiative de faire une déclaration sur l'honneur à l'organisme assureur. En effet, pour cette catégorie, la mutualité ne dispose pas des données nécessaires pour déterminer le revenu. Pour autant qu'il s'agisse de personnes ou de familles qui possèdent un dossier auprès du CPAS, celui-ci peut jouer un rôle à cet égard en délivrant, en concertation avec l'intéressé, un certificat d'indigence. Il est évident que le dispensateur de soins peut également juger, conformément aux règles existantes, que le bénéficiaire entre en ligne de compte pour le régime du tiers payant eu égard à sa situation financière.

Les organismes assureurs remettent au bénéficiaire ou au représentant légal une attestation indiquant que le patient entre en ligne de compte pour l'application du régime obligatoire du tiers payant. Pour les assurés qui satisfont aux conditions de l'article 6, alinéa 2, 6^o et 7^o, les organismes assureurs apposent d'ores et déjà une mention sur la carte SIS en ce qui concerne l'application du régime du tiers payant. En vertu de la présente proposition de loi, ils pourraient étendre cette mention aux données relatives à l'application obligatoire du régime du tiers payant. Si cette étape est franchie, on pourra totalement automatiser la procédure d'application du régime obligatoire du tiers payant dès que l'ensemble des dispensateurs de soins seront en mesure d'effectuer une lecture électronique de la carte SIS.

Il va de soi que le patient qui ne satisfait plus aux conditions est déchu de ce droit et doit restituer l'attestation.

Sur présentation de l'attestation, le prestataire de soins applique le régime du tiers-payant à toutes les prestations conformément aux règles énoncées dans l'arrêté royal. Si l'application obligatoire est la règle, les organismes assureurs et les prestataires de soins peuvent toutefois modifier et limiter le caractère obligatoire dans une convention ou un accord suivant les règles qui y sont fixées.

À cet égard, une exception est prévue à l'article 4bis, § 1^{er}, 2^o, qui dispose que le prestataire de soins doit appliquer le régime du tiers-payant

patiënten moet toepassen. Deze bepaling vervalt bij toepassing van de verplichte toepassing aangezien de doelstelling van de hier voorgestelde wijziging van het koninklijk besluit beperkt is tot specifieke doelgroepen en het de keuzemogelijkheid ontnemt aan de zorgverstrekker.

Marleen TEMMERMAN.

*
* *

«ordinaire» à l'ensemble de ses patients. Cette disposition cesse d'avoir effet en cas d'application obligatoire étant donné que l'objectif de la modification de l'arrêté royal proposée ici se limite à des groupes-cibles spécifiques et prive le prestataire de soins de la possibilité de choisir.

*
* *

WETSVOORSTEL

Artikel 1

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

Hoofdstuk 1. — Instellen van het automatisch recht op de derdebetalersregeling

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 19 december 2008, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het eerste lid wordt vervangen als volgt:

«De zorgverleners van wie de verstrekkingen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering zijn ertoe gehouden aan de rechthebbenden en aan de verzekeringsinstellingen een getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of een gelijkwaardig document uit te reiken waarvan het model door het Verzekeringscomité wordt vastgesteld, op voorstel van de volgens de aard van de verstrekkingen bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie, waarop de verrichte verstrekkingen zijn vermeld; verstrekkingen opgenomen in de in artikel 35, § 1, bedoelde nomenclatuur, worden vermeld met hun rangnummer in de genoemde nomenclatuur, of op de manier die is vastgesteld in een verordening die door het Verzekeringscomité is genomen op voorstel van de volgens de aard van de verstrekkingen bevoegde Technische raad.»;

2° het zevende, achtste en negende lid van dezelfde paragraaf worden vervangen door een lid, luidende:

«De zorgverlener, dienst of inrichting ontvangt de betaling van de in het kader van de verplichte ziekteverzekering verschuldigde tegemoetkoming rechtstreeks, zonder tussenkomst van de rechthebbende, van de verzekeringsinstelling waarbij de rechthebbende, aan wie de geneeskundige verstrekkingen werden verleend, is aangesloten of ingeschreven. De Koning bepaalt de voorwaarden en modaliteiten voor de uitbetaling van de verzekeringstegemoetkomingen door de verzekeringsinstellingen aan de zorgverleners.»;

3° het laatste lid van dezelfde paragraaf wordt opgeheven.

PROPOSITION DE LOIArticle 1^{er}

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

Chapitre 1^{er}. — Instauration du droit automatique au régime du tiers payant

Art. 2

À l'article 53, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et modifiée en dernier lieu par la loi du 19 décembre 2008, les modifications suivantes sont apportées:

1° l'alinéa 1^{er} est remplacé par ce qui suit:

«Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires et aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, sur la proposition de la commission de conventions ou d'accords compétente en fonction de la nature des prestations, où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35, § 1^{er}, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature ou de la manière déterminée dans un règlement pris par le Comité de l'assurance sur la proposition du Conseil technique compétent en fonction de la nature des prestations.»;

2° les alinéas 7, 8 et 9 du même paragraphe sont remplacés par un alinéa rédigé comme suit:

«Le dispensataire de soins, le service ou l'institution reçoit directement, sans intervention du bénéficiaire, de l'organisme assureur auquel est affilié ou inscrit le bénéficiaire à qui les prestations de santé ont été dispensées, le paiement de l'intervention due dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Le Roi fixe les conditions et les modalités du paiement des interventions de l'assurance effectué par les organismes assureurs aux dispensateurs de soins.»;

3° le dernier alinéa du même paragraphe est supprimé.

Art. 3

Het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, § 1, negende lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt opgeheven.

Hoofdstuk 2. — Overgangsbepaling

Art. 4

In artikel 4 van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, § 1, negende lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 8 mei 2001, worden vóór het eerste lid twee leden toegevoegd, luidende :

«De verzekeringstegemoetkomingen voor geneeskundige verstrekkingen kunnen op initiatief van de zorgverlener het voorwerp uitmaken van een derdebetalersregeling.

Het toepassen van de derdebetalersregeling kan door de geneesheer niet geweigerd worden indien de rechthebbende verzoekt om de toepassing van die regeling.»

Art. 5

Artikel *4bis* van hetzelfde koninklijk besluit laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 9 februari 2009, wordt vervangen als volgt :

«Art. *4bis*. — Behalve indien een overeenkomst of akkoord bedoeld in artikel 51, § 1, eerste lid, van de voornoemde gecoördineerde wet anders bepaalt, is in afwijking van de bepalingen in artikel 4 en artikel 6, de toepassing van de derdebetalersregeling verplicht bij het betalen van de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen voor de rechthebbenden die voldoen aan de voorwaarden bepaald in artikel 6, tweede lid, 5^o tot en met 13^o, en voor de verstrekkingen bepaald in artikel 6, vierde lid.

De verzekeringsinstelling stelt in functie van het voorgaande lid aan de rechthebbende die op deze basis recht heeft op de verplichte toepassing van de derdebetalersregeling op eigen initiatief een attest ter beschikking dat het recht staft. Aan de rechthebbende die een beroep wil doen op dit recht op basis van de voorwaarden bepaald in artikel 6, tweede lid, 5^o, stelt de verzekeringsinstelling dit attest slechts ter beschikking nadat een OCMW een attest met beperkte maximumgeldigheid heeft afgeleverd dat de financiële noodtoestand staft.

Art. 3

L'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est abrogé.

Chapitre 2. — Mesure transitoire

Art. 4

Dans l'article 4 de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par l'arrêté royal du 8 mai 2001, il est inséré, avant l'alinéa 1^{er}, deux alinéas rédigés comme suit :

«Les interventions de l'assurance pour des prestations de santé peuvent, à l'initiative du dispensateur de soins, être soumises au régime du tiers payant.

Le médecin ne peut pas refuser d'appliquer le régime du tiers payant si le bénéficiaire en fait la demande.»

Art. 5

L'article *4bis* du même arrêté royal, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 9 février 2009, est remplacé par ce qui suit :

«Art. *4bis*. — Sauf si une convention ou un accord au sens de l'article 51, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée précitée, en dispose autrement et par dérogation aux dispositions des articles 4 et 6, l'application du régime du tiers-payant est obligatoire lors du paiement de l'intervention de l'assurance dans les frais des prestations pour les bénéficiaires qui répondent aux conditions visées à l'article 6, alinéa 2, 5^o à 13^o, ainsi que pour les prestations visées à l'article 6, alinéa 4.

En fonction de l'alinéa précédent, l'organisme assureur met de sa propre initiative à la disposition du bénéficiaire qui a droit sur cette base à l'application du régime du tiers-payant, une attestation établissant ce droit. L'organisme assureur ne met cette attestation à la disposition du bénéficiaire désireux de faire usage de ce droit sur la base des conditions visées à l'article 6, alinéa 2, 5^o, qu'après la délivrance par un CPAS d'une attestation à validité réduite prouvant la situation financière précaire.

De zorgverstrekker past de derdebetalersregeling toe na voorlegging van het attest indien hij daartoe verplicht is met toepassing van het eerste lid.».

Art. 6

Artikel 6, tweede lid, van hetzelfde koninklijk besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 9 februari 2009, wordt aangevuld met de bepalingen onder 10° tot 13°, luidende:

«10° aan de rechthebbenden die de leeftijd van negentien jaar nog niet bereikt hebben;

11° aan de rechthebbenden op het OMNIO-statuut, zoals bepaald in het koninklijk besluit van 1 april 2007 tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, §§1 en 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en tot invoering van het OMNIO-statuut, alsmede hun personen ten laste;

12° aan de rechthebbenden die in het voorgaande kalenderjaar recht hadden op de maximumfactuur, zoals bepaald in de wet van 5 juni 2002 betreffende de maximumfactuur in de verzekering voor geneeskundige verzorging;

13° met toepassing van het elektronisch overmaken van facturen.».

Hoofdstuk 3. — Inwerkingtreding

Art. 7

De artikelen 2 en 3 treden in werking op 1 januari 2014. De artikelen 4, 5 en 6 treden in werking op 1 januari 2010.

22 juni 2009.

Marleen TEMMERMAN.

Le prestataire de soins applique le régime du tiers-payant sur présentation de l'attestation s'il en a l'obligation en application de l'alinéa 1^{er}.».

Art. 6

L'article 6, alinéa 2, du même arrêté royal, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 9 février 2009, est complété par les dispositions 10° à 13° rédigées comme suit:

«10° aux bénéficiaires n'ayant pas encore atteint l'âge de dix-neuf ans;

11° aux bénéficiaires du statut OMNIO visé à l'arrêté royal du 1^{er} avril 2007 du 1^{er} avril 2007 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§1^{er} et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et instaurant le statut OMNIO, ainsi qu'aux personnes qui sont à leur charge;

12° aux bénéficiaires qui, au cours de l'année civile précédente, avaient droit au maximum à facturer visé dans la loi du 5 juin 2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé;

13° en cas de facturation électronique.»

Chapitre 3. — Entrée en vigueur

Art. 7

Les articles 2 et 3 entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2014. Les articles 4, 5 et 6 entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2010.

22 juin 2009.