

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2009-2010

11 MAART 2010

Wetsvoorstel houdende maatregelen om de gezondheidszorg toegankelijker te maken

(Ingediend door de dames Zakia Khattabi en Freya Piryns)

TOELICHTING

Dit voorstel neemt de tekst over van voorstel stuk nr. 52-1597/001, dat mevrouw Muriel Gerkens c.s. indiende in de Kamer van volksvertegenwoordigers.

Het gezondheidsvraagstuk beheerst veel van de officiële rapporten en studies die de jongste jaren aan het armoedeverschijnsel zijn gewijd.

Zeker nu de koopkracht afbrokkelt en daardoor steeds meer medeburgers echt in bestaansonzekerheid terechtkomen, is het van vitaal belang geworden dat we op dat vraagstuk ingaan.

De band tussen gezondheid en bestaansonzekerheid staat voor iedereen vast en wordt door iedereen als dusdanig erkend. De economische omstandigheden hebben immers een bepalende invloed op de gezondheid: hoe armer men is, hoe minder gezond.

De gezondheid, of beter een slechte gezondheid, is dan weer een bron van bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting. Zo hangt het vinden van een job in ruime mate af van de gezondheidstoestand van de betrokkene. Tevens kunnen de gezondheidskosten financieel zwaar doorwegen, waardoor sommige mensen verzorging gaan uitstellen en hun gezondheidstoestand er alleen maar op verergert. Een slechte gezondheid en armoede vormen dus een desastreuze en krachtige cocktail, die leidt tot sociale uitsluiting. Een en ander vergt een ingrijpend optreden.

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2009-2010

11 MARS 2010

Proposition de loi relative à un ensemble de mesures visant à renforcer l'accessibilité aux soins de santé

(Déposée par Mmes Zakia Khattabi et Freya Piryns)

DÉVELOPPEMENTS

La présente proposition de loi reprend le texte de la proposition Doc. n° 52-1597/001, déposée à la Chambre des représentants par Mme Muriel Gerkens et consorts.

La problématique de la santé occupe une place importante dans les différents rapports officiels et les multiples études consacrés ces dernières années à la question de la pauvreté.

À un moment où le pouvoir d'achat s'effrite, précipitant un nombre de plus en plus important de nos concitoyens dans des situations de grande précarité, la question se pose de manière de plus en plus aiguë.

Le lien entre santé et précarité est établi et reconnu par tous: d'une part, les conditions économiques constituent un déterminant majeur de l'état de santé d'une personne: plus on est pauvre, moins bonne est la santé.

Mais la santé, ou plutôt la mauvaise santé, est aussi une cause de précarité et d'exclusion sociale: l'accès au travail, par exemple, est largement conditionné par la bonne santé; de la même manière, des soins de santé peuvent coûter cher et peser lourdement sur un budget, au point de pousser certain(e)s à reporter des soins, avec autant de nouvelles conséquences sur leur santé. Mauvaise santé et pauvreté constituent donc un couple infernal et puissant, conduisant à l'exclusion sociale, auquel il importe d'apporter des réponses conséquentes.

Hoewel gezondheid zeker niet mag worden gereduceerd tot gezondheidszorg, staat vast dat de toegang tot de gezondheidszorg, inzonderheid de eerstelijnsgezondheidszorg, primordiaal is voor iemands gezondheid.

Te hoge gezondheidszorgkosten hebben twee kwalijke neveneffecten: de armste bevolkingsgroepen verarmen nog meer; voorts sluiten ze bepaalde mensen uit van soms elementaire zorgverstrekking, wat niet alleen dramatische gevolgen kan hebben voor henzelf, maar ook voor de samenleving, al was het maar door de eruit voortvloeiende hogere kosten voor ziekenhuisverzorging.

De WHO heeft er recentelijk aan herinnerd dat vlot toegankelijke primaire gezondheidszorg de beste garantie is voor de gezondheid van de bevolking, ook in de rijke landen. Verschillende Europese landen hebben trouwens elke vorm van betaling in de eerstelijnszorg opgeheven.

De jongste jaren hebben heel wat factoren tegelijk de toegang tot de gezondheidszorg voor een deel van de bevolking bemoeilijkt: de verhoging van het remgeld voor bepaalde zorgverstrekingen, de vermindering van het aantal terugbetaalde consultaties, het verbod op de derdebetalersregeling voor ambulante verzorging sinds 1986, de prijs van de innoverende geneesmiddelen — dat alles in een context van structurele werkloosheid en niet-welvaartsvaste sociale uitkeringen.

Om daar iets tegen te doen, werden verschillende maatregelen genomen, zoals de verplichte verzekering kleine risico's voor zelfstandigen, de afstemming van de socialezekerheidsregeling voor de zelfstandigen op die van de loontrekkenden, de invoering van de maximumfactuur en, in april 2007, de invoering van het Omnio-statuut. Dat initiatief was interessant omdat het op het grondbeginsel beruiste dat alle gezinnen met een laag inkomen een verhoogde tegemoetkoming moeten kunnen krijgen in het kader van de ziekteverzekering, zoals dat eerder al voor de mensen onder het voormalige WIGW-statuut het geval was.

De Omnio-regeling heeft echter niet het verhoopte resultaat gehad. In juli 2008, dus 15 maanden na de invoering van de regeling, hebben slechts 155 000 potentiële begunstigden — op een totaal van 818 000, dus slechts 19 % — hun rechten ter zake doen gelden. Ook al neemt dat percentage gaandeweg kennelijk toe, dan nog lijkt het weinig waarschijnlijk dat ooit de maximale dekking zal worden bereikt. Dit blijkt uit de laatste cijfers van oktober 2008, die gewagmaken van 181 000 begunstigden.

In jaargang 2007 van zijn tweejaarlijks verslag doet het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting de volgende vaststelling: «*Het Omnio-statuut wordt weliswaar niet automatisch toegekend maar moet bij het ziekenfonds*

Même si la santé ne se résume pas aux soins, loin s'en faut, il est certain que l'accessibilité aux soins, particulièrement de première ligne, est un élément important pour la santé des citoyens.

Des coûts de santé trop importants ont deux effets pervers majeurs: ils appauvrissent encore les populations pauvres et, bien souvent, ils excluent les personnes de soins parfois élémentaires, ce qui peut avoir des conséquences dramatiques pour elles-mêmes, comme pour la collectivité, par l'augmentation des coûts en soins hospitaliers, par exemple.

L'OMS a rappelé récemment que garantir des soins de santé primaires très accessibles était la meilleure manière de garantir la santé de la population, y compris dans les pays riches. Plusieurs pays européens ont d'ailleurs supprimé toute forme de paiement dans les soins de première ligne.

Ces dernières années, une conjonction d'éléments est venue réduire l'accès aux soins d'une partie de la population: l'augmentation des tickets modérateurs pour certains soins, la réduction du nombre de séances remboursées, l'interdiction du tiers-payant en ambulatoire depuis 1986, le prix des médicaments innovants. Le tout, sur un fond de chômage chronique et de non-liaison des allocations sociales au bien-être.

Pour contrecarrer ce phénomène, diverses mesures ont été prises, comme notamment l'obligation de couverture des petits risques pour les indépendants, l'alignement de la sécurité sociale des indépendants sur celle des salariés, l'instauration du maximum à facturer et, en avril 2007, la mise sur pied du statut Omnio. L'initiative était intéressante sur son principe fondateur: faire bénéficier tous les ménages ayant un faible revenu d'une augmentation majorée de l'intervention de l'assurance maladie, comme en disposaient déjà les anciens «*VIPO*».

Le dispositif, cependant, n'a pas produit les résultats escomptés puisque, en juillet 2008, soit quinze mois après sa mise sur pied, seulement 155 000 bénéficiaires potentiels sur 818 000 ont fait valoir ce droit, soit 19 %. Même si ce taux tend à croître avec le temps, il est probable que la couverture maximale ne sera jamais atteinte. Les derniers chiffres d'octobre 2008 annoncent 181 000 bénéficiaires qui en attestent.

Le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, dans son dernier rapport bisannuel, fait le constat suivant: «*Le statut Omnio n'est pas octroyé automatiquement. Il doit être demandé à la mutuelle. Une question se pose dès lors: comment les*

aangevraagd worden. Dit doet de vraag rijzen hoe personen, die uit deze maatregel voordeel zullen halen, geïnformeerd zullen worden. Het lijkt erop dat tot op heden nog maar weinig potentiële rechthebbenden zich hebben aangemeld. Ziekenfondsen van hun kant klagen de administratieve complexiteit van deze maatregel aan alsook de hun toegewezen rol van controle van de inkomsten, waardoor tijd verloren gaat voor de begeleiding en verdediging van hun leden.»

Een nauwkeurige observatie van wat zich in het veld afspeelt leert dat de informatie, in weerwil van de informatiecampaagnes, niet goed doordringt. De mensen voor wie de maatregel geldt, zijn ondanks alles veelal niet op de hoogte. Sommige ziekenfondsen of zorginstellingen, zoals gezondheidscentra, hebben zelf zeer intensieve campagnes gevoerd, met weinig resultaat.

Bovendien blijkt dat het niet volstaat geïnformeerd te zijn. De betrokkenen moeten zelf nog zware en complexe demarches ondernemen; ze stellen die uit zolang ze niet echt nood hebben aan het voor hen voordelige statuut (de meeste mensen doen niet vaak een beroep op verzorging). Wanneer ze er echter nood aan hebben, is het al te laat om nog een aanvraag in te dienen.

Daar komt nog bij dat de regeling zo complex is dat zelfs de beroepsmensen uit de sociale sector en de gezondheidssector er amper nog hun weg in vinden, waardoor ze de begunstigten niet naar behoren kunnen informeren. Die complexiteit is te wijten aan de verschillende systemen voor verhoogde tegemoetkomingen (WIGW, RVV, Omnio) en aan de complexiteit van de administratieve procedure om op die voordelen aanspraak te maken.

Wellicht kunnen intensieve informatiecampaagnes helpen om deze gang van zaken te verbeteren, maar zelfs dan ziet het er naar uit dat heel wat potentiële rechthebbenden zullen verzuimen de nodige stappen te zetten.

Zonder twijfel bestaat de beste oplossing erin het statuut zo ruim mogelijk automatisch toe te kennen. Dit wetsvoorstel strekt daartoe. Tegelijkertijd is het de bedoeling de regeling te vereenvoudigen, door de drie huidige regelingen die toegang bieden tot verhoogde tegemoetkomingen (WIGW, RVV en Omnio) samen te smelten tot één regeling.

Aangezien een dergelijke doelstelling al zit vervat in het in juli 2008 door de Ministerraad aangenomen Federaal Plan Armoedebestrijding, stelt de indienster voor die doelstelling meteen bij wet te verankeren.

Het principe is eenvoudig: alle leden van een gezin met een inkomen dat onder het grensbedrag ligt, hebben er automatisch recht op. De Kruispuntbank van de sociale zekerheid moet elk kwartaal de

bénéficiaires potentiels seront-ils informés? Il semble que, jusqu'à présent, peu d'entre eux se soient manifestés. Les mutuelles se plaignent de la complexité administrative de cette mesure et du rôle de contrôleur des revenus qui leur est confié. De ce fait, elles disposent de moins de temps pour l'accompagnement et la défense de leurs affiliés.»

Une observation attentive de la situation sur le terrain met en évidence ceci: malgré les campagnes, l'information ne passe pas bien. Les personnes à qui la mesure s'adresse ne sont généralement pas informées, malgré les campagnes. Certaines mutuelles, ou encore certaines institutions de soins comme des maisons médicales, ont réalisé des campagnes très intensives avec peu de résultats.

De plus, on constate que le fait que les personnes soient informées ne suffit pas. Les démarches à effectuer sont lourdes et complexes, et les usagers retardent la démarche tant qu'ils n'en ont pas vraiment besoin (une majorité de gens ne consomment pas régulièrement de soins). Mais, quand ils en ont besoin, il est trop tard pour le demander.

De plus, la complexité du système fait que les professionnels du social et de la santé ne s'y retrouvent plus eux-mêmes et donc ne peuvent pas informer correctement les usagers. Complexité due aux différents systèmes de remboursements préférentiels: VIPO, BIM et Omnio, et complexité des démarches administratives à effectuer pour ouvrir le droit.

La situation pourrait sans doute être améliorée via des campagnes d'information intensives; mais, même dans ce cas, il est plus que probable que de nombreux ayants droit n'entreprendront pas les démarches nécessaires.

La solution la plus efficace serait, sans conteste, de rendre le statut automatique dans toute la mesure du possible. C'est l'objet de la présente proposition. Par la même occasion, il s'agit de simplifier le système, en refondant les trois systèmes d'accès au remboursement préférentiel actuels (VIPO, BIM et Omnio) en un seul.

Ces mesures étant inscrites dans le Plan fédéral de lutte contre la pauvreté, adopté par le Conseil des ministres en juillet 2008, nous proposons de les inscrire sans plus tarder dans la loi.

Le principe est simple: toutes les personnes faisant partie d'un ménage ayant des revenus inférieurs au plafond y ont automatiquement droit. Pour déterminer la composition du ménage et les revenus dont il

samenstelling en de inkomsten van het gezin bepalen op grond van de beschikbare gegevens : RSZ-aangifte, sociale uitkeringen, leefloon enz. Als het gezinsinkomen onder die grensbedragen ligt, brengt de Kruispuntbank van de sociale zekerheid dat ter kennis van de verzekeringsinstelling, die het statuut verleent voor een tijdspanne van twee jaar.

Om de zorg nog toegankelijker te maken, doen wij een bijkomend voorstel, met name een regeling met twee grensbedragen. Thans ligt de inkomensgrens om recht te hebben op het Omnio-statuuat immers vrij laag. Dat heeft tot gevolg dat een werkloze die actief werk zoekt maar die in het beste geval slechts een tijdelijke job van enkele maanden vindt, bestraft wordt omdat hij de toegang tot dat statuut verliest en dus ook tot de afgeleide rechten, zoals het 50 %-tarief voor de NMBS of voor de TEC, in Wallonië. Dat is een echte werkloosheidsval; wij stellen voor die ten dele weg te werken via de creatie van de Omnio- en Omnio Plus-regelingen.

Gelijklopend met die bijsturing van het Omnio-statuuat moeten andere maatregelen worden genomen om de toegang tot de gezondheidszorg te vergemakkelijken.

De eerste maatregel bestaat erin voor alle verzekerden het terugbetalingspercentage voor de huisarts-geneeskunde te verhogen van 75 naar 85 % voor de gewone verzekerden en van 90 naar 95 en 100 % voor de mensen met het Omnio- en het Omnio Plus-statuuat.

Het is immers zaak de eerstelijnszorg toegankelijker te maken. Thans geven tal van mensen die in moeilijkheden verkeren er de voorkeur aan naar het ziekenhuis te gaan in plaats van een huisarts te raadplegen, gewoon omdat ze niet over voldoende middelen beschikken. Bij de arts moet het consult worden betaald, terwijl de ziekenhuisfactuur later wordt opgestuurd. Dat brengt nutteloze uitgaven met zich voor bijkomende onderzoeken en ziekenhuisopnames, hetgeen kosten veroorzaakt voor de ziekteverzekering én voor de patiënt, die met nog meer schulden opgezaald raakt. Dat verschijnsel werd bevestigd door een recent onderzoek van de Christelijke Mutualiteit over de ongelijkheden inzake gezondheid: de mensen die tot de laagste sociaaleconomische klasse behoren, hebben de slechtste gezondheidstoestand; ze raadplegen minder snel de huisarts, maar worden vaker opgenomen in het ziekenhuis.

Om het stelsel te vervolledigen, moet de derdebetalersregeling voor ambulante zorg absoluut worden gewijzigd. Die regeling is thans immers verboden, behalve in bepaalde omstandigheden. Opdat de huisarts die regeling mag toepassen, moet aan tal van voorwaarden zijn voldaan en moeten veel administratieve stappen worden genomen. In geval van toepassing van

dispose, c'est la Banque carrefour qui est chargée de le vérifier pour l'ensemble des assurés sociaux, sur la base des données disponibles : déclarations ONSS, allocations sociales, revenus d'insertion sociale, ..., et ce chaque trimestre. Dès lors qu'un ménage se trouve en dessous des plafonds, la Banque carrefour transmet l'information à l'organisme assureur qui octroie le statut pour une période de deux ans.

Pour renforcer encore l'accessibilité aux soins, nous formulons une proposition supplémentaire, à savoir un système à deux plafonds. En effet, actuellement, le plafond de revenus pour avoir droit au statut Omnio est relativement bas. Il en résulte par exemple qu'une personne, au chômage cherchant activement du travail et trouvant tout au plus quelques mois d'intérim, se voit pénalisée en perdant l'accès à ce statut ... et aux droits dérivés, comme par exemple le tarif de 50 % pour la SNCB ou pour les TEC, en Wallonie. Il s'agit là d'un véritable piège à l'emploi que nous proposons d'atténuer en créant les systèmes Omnio et Omnio plus.

Parallèlement à cette refonte du statut Omnio, d'autres mesures doivent être prises pour faciliter l'accès aux soins de santé.

La première consiste en l'augmentation du taux de remboursement pour la médecine générale, pour l'ensemble des assurés : de 75 à 85 % pour les assurés ordinaires et de 90 à 95 et 100 % pour les personnes relevant respectivement du statut Omnio et Omnio plus.

Il importe en effet de rendre les soins de première ligne plus accessibles. Actuellement, nombre de personnes en situation de précarité préfèrent se rendre à l'hôpital plutôt que chez le généraliste, simplement parce qu'ils n'ont pas de liquidités disponibles. Chez le médecin, il faut payer sa consultation tandis que, à l'hôpital, la facture est envoyée plus tard. Ceci a pour effet d'induire des dépenses inutiles en termes d'examen complémentaires et d'hospitalisations, ce qui a un coût pour l'assurance maladie comme pour le patient. Et celui-ci s'endette encore plus. Ce phénomène a été confirmé par une étude récente de la Mutualité chrétienne sur les inégalités de santé : la classe socioéconomique la plus basse a la plus mauvaise santé, se rend moins vite chez le généraliste mais subit plus d'hospitalisations.

Enfin, pour compléter le dispositif, il faut impérativement modifier le système du tiers-payant en ambulatoire. Celui-ci est, en effet, interdit actuellement, sauf dans certaines conditions. Pour que le médecin généraliste puisse l'appliquer, il y a de nombreuses conditions à remplir, et de formalités administratives à réaliser. De plus, en cas d'application

de derdebetalersregeling verliest de arts bovendien het remgeld, behalve als de patiënt het hem rechtstreeks kan betalen, wat zelden het geval is. Een en ander brengt met zich dat weinig artsen ermee instemmen de derdebetalersregeling toe te passen; die situatie dreigt de komende jaren te verergeren als gevolg van de daling van het aantal huisartsen, die dus almaar minder tijd zullen hebben voor administratieve taken. Dat is een van de redenen voor de zwakste sociale klassen om de eerstelijnszorg de rug toe te keren.

Krachtens artikel 53 van de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen bepaalt de Koning voor welke prestaties de derdebetalersregeling toegestaan, verplicht of verboden is. Het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 (1) preciseert dat de derdebetalersregeling verboden is voor de bezoeken aan en de raadplegingen van artsen, behalve uitzonderingen. Wij stellen voor in de wet zelf te voorzien in een uitzondering op die regel, teneinde de toepassing van de derdebetalersregeling toe te staan voor de bezoeken aan en de raadplegingen van huisartsen buiten het ziekenhuis.

Opdat het systeem doeltreffend is, moet het worden aangevuld door een systeem dat het factureren vergemakkelijkt. Ideaal zou een kaartsysteem zijn (SIS-kaart bijvoorbeeld), maar we weten dat zoiets niet mogelijk is in de nabije toekomst. In afwachting kan een systeem op papier volstaan op voorwaarde dat er een centrale tarifieringsdienst wordt opgericht. Welk systeem er ook wordt gebruikt, het is belangrijk dat het zo eenvoudig mogelijk is, dat het bruikbaar is voor huisbezoeken en dat het misbruik kan voorkomen (tarifiering van niet gepresteerde verstrekkingen).

Zodoende brengen wij een regeling tot stand die het voor de mensen met een laag inkomen financieel mogelijk maakt zo gemakkelijk mogelijk toegang te hebben tot de eerstelijnszorg, zonder daarbij de arts te bestraffen door hem een financieel verlies te doen lijden of hem administratieve rompslomp op te leggen.

Op budgettair vlak zou een en ander niet noodzakelijk kosten met zich brengen op termijn; integendeel, de bijstellingen kunnen zelfs voor besparingen zorgen. Uit het recente onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg over het systeem van de forfaitaire financiering waarvan de gezondheidscentra gebruik maken, blijkt immers overduidelijk dat de in het kader van die regeling verzorgde patiënten iets meer kosten aan eerstelijnszorg maar dat ze, over het geheel genomen, minder duur zijn voor de verzekering omdat ze in mindere mate een beroep doen op de gespecialiseerde zorg en/of de ziekenhuiszorg. In

(1) 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.

du tiers-payant, le médecin perd le ticket modérateur, sauf s'il arrive à en obtenir un paiement direct du patient, ce qui est rarement le cas. Il en résulte que peu de généralistes acceptent de pratiquer le tiers-payant; cette situation risque de s'aggraver dans les années à venir, en raison de la diminution du nombre de généralistes qui auront de moins en moins de temps à consacrer à des tâches administratives. C'est un des éléments qui explique que les classes sociales les plus fragiles se détournent des soins de première ligne.

L'article 53 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée du 14 juillet 1994 prévoit actuellement que le Roi détermine les prestations pour lesquelles le tiers-payant est autorisé, obligatoire ou interdit. L'arrêté royal du 10 octobre 1986 (1) précise que le tiers-payant est interdit pour les visites et consultations de médecins, sauf exceptions. Nous proposons de prévoir une exception à cette règle, dans la loi même, pour autoriser l'application du tiers-payant pour les visites et consultations de généralistes en dehors de l'hôpital.

Pour que le système soit efficace, il faut le compléter par un système qui facilite la facturation. L'idéal serait un système par carte (carte SIS par exemple), mais nous savons que ce n'est pas possible dans un avenir proche. En attendant, un système papier peut suffire pour autant que soit mis en place un office de tarification centralisé. Quel que soit le système utilisé, il importe qu'il soit le plus simple possible, utilisable pour les visites à domicile et qu'il permette d'éviter les abus (tarification d'actes non prestés).

Ce faisant, nous mettons en place un dispositif qui permet aux personnes à faibles revenus d'accéder le plus facilement possible, financièrement parlant, aux soins de première ligne, tout en ne pénalisant pas le médecin par des pertes financières et de la surcharge administrative.

Sur un plan budgétaire, l'opération n'aura pas nécessairement un coût à terme; elle pourrait même générer des économies. La récente étude réalisée par le Centre d'expertise des soins de santé, sur le système de financement forfaitaire utilisé par les maisons médicales, montre de manière très claire que les patients qui sont soignés dans le cadre de ce système coûtent un peu plus cher au niveau de la première ligne mais coûtent moins cher, globalement, pour l'assurance, en raison d'un moindre recours aux soins spécialisés et/ou hospitaliers. Or, dans le système de financement des maisons médicales, les soins de médecine générale ne

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

de financieringsregeling van de gezondheidscentra is de huisartsgeneeskundige zorg echter niet betalend, waardoor ze bijzonder toegankelijk is voor mensen die het financieel moeilijk hebben.

Er mag dus redelijkerwijs van worden uitgegaan dat, mocht de financiële toegankelijkheid in de algemene regeling worden versterkt, vaker gebruik zou worden gemaakt van de eerstelijnszorg, en ook dat de algemene kosten niet zouden stijgen, maar dat ze zelfs zouden kunnen afnemen.

COMMENTAAR BIJ DE ARTIKELEN

Artikel 2, 1°

Dit artikel strekt ertoe de huidige WIGW-, RVV- en Omnio-statuten te vervangen door een enkel statuut, dat gebaseerd is op het gezinsinkomen. Er wordt voorzien in twee inkomensgrensbedragen, die recht geven op verschillende terugbetalingen. De grensbedragen, alsook het in aanmerking te nemen inkomen, worden vastgesteld bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

Op grond van de huidige ervaring zou een alleenstaande met een jaarinkomen van minder dan 16 000 euro toegang krijgen tot het eerste statuut, wie minder dan 13 000 euro verdient, zou in aanmerking komen voor het tweede statuut. De plafonds moeten natuurlijk worden geïndexeerd.

De Kruispuntbank van de sociale zekerheid wordt ermee belast elk kwartaal de inkomensgegevens voor alle verzekerden samen te brengen en aan de verzekeringsinstellingen de naam mee te delen van de mensen met een gezinsinkomen onder de vastgestelde grensbedragen. De verzekeringsinstelling verleent de rechthebbers dan automatisch het statuut voor twee jaar en brengt hen ervan op de hoogte.

In dit artikel worden ook de preferentiële terugbetalingstarieven voor de rechthebbers gepreciseerd. Voorts wordt inzake huisbezoeken en raadplegingen van huisartsen voor alle verzekerden een verhoogd tarief toegepast: 85 % voor de gewone verzekerden, 95 % voor de Omnio-gerechtigden en 100 % voor de categorie Omnio Plus.

Tot slot wordt, zoals in de vigerende tekst, gepreciseerd wat moet worden verstaan onder het begrip « gezin ».

Artikel 2, 2°

Met dit artikel wordt artikel 37, § 19, van de voornoemde wet van 14 juli 1994 weggelaten. Die paragraaf heeft immers geen reden van bestaan meer, aangezien hij het recht op de verhoogde verzekerings-

sont pas payants, ce qui les rendent particulièrement accessibles pour les personnes précarisées.

On peut donc raisonnablement formuler l'hypothèse que, si l'accessibilité financière se voyait renforcée dans le système général, la première ligne serait plus utilisée et que les coûts globaux ne seraient pas augmentés, voire qu'ils pourraient même être diminués.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 2, 1°

Cet article vise à remplacer les actuels statuts VIPO, BIM et Omnio par un seul statut Omnio, basé sur les revenus du ménage. Deux plafonds de revenus sont prévus, donnant droit à des remboursements différenciés. Les montants des plafonds, de même que les revenus à prendre en considération, sont fixés par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres.

On peut imaginer, sur la base de l'expérience actuelle, qu'un isolé ait accès au premier statut en dessous de 16 000 euros de revenus annuels et au second en dessous de 13 000 euros. Les plafonds doivent bien entendu être indexés.

C'est la Banque carrefour qui est chargée de collecter, chaque trimestre, les données de revenus pour l'ensemble des assurés et de communiquer aux organismes assureurs le nom des personnes dont les revenus du ménage sont inférieurs aux plafonds fixés. L'organisme assureur octroie alors automatiquement le statut pour deux ans aux ayants droit et les en informe.

Cet article précise également les taux de remboursement préférentiels pour les ayants droit; il précise encore que, en ce qui concerne les visites à domicile et les consultations de médecins généralistes, un taux majoré est appliqué pour l'ensemble des assurés: 85 % pour les assurés ordinaires, 95 % pour les Omnio et 100 % pour les Omnio plus.

Il précise enfin ce qu'il y a lieu d'entendre par la notion de « ménage », comme le faisait l'ancien texte de loi.

Article 2, 2°

Cet article supprime le § 19 de l'article 37 de la loi du 14 juillet 1994 précitée: celui-ci n'a plus sa raison d'être, puisqu'il instituait le droit à l'intervention majorée pour certaines catégories d'assurés n'ayant

tegemoetkoming instelt voor bepaalde categorieën van verzekerden die niet onder de toepassing van het WIGW-statuut vielen. Die verzekerden zullen krachtens dit wetsvoorstel onder de toepassing van het Omnio-statuut vallen.

Artikel 3

Krachtens artikel 53 van de vigerende wet bepaalt de Koning wanneer de derdebetalersregeling verboden is, wordt toegestaan of verplicht is. In het koninklijk besluit dat toepassing geeft aan dit artikel 2, wordt behoudens uitzonderingen de praktijk van de derde betaler verboden voor de bezoeken en raadplegingen van artsen in de ambulante zorg. Met die wijziging staat de wet de derdebetalersregeling toe voor de bezoeken en raadplegingen van huisartsen buiten het ziekenhuis.

*
* *

WETSVOORSTEL

Artikel 1

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

Art. 2

In artikel 37 van de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in paragraaf 1, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 16 april 1997 en bij de wetten van 2 augustus 2002, 27 december 2006, 26 maart 2007 en 21 december 2007, worden het tweede en het derde lid vervangen door de volgende leden, luidende :

«De rechthebbenden van het Omnio- en Omnio Plus-statuut, alsook de personen die van hun gezin deel uitmaken, genieten evenwel een verhoogde verzekeringstegemoetkoming. De Koning preciseert bij een besluit vastgesteld na overleg in de Minister-raad de inkomensvoorwaarden waaraan voldaan moet zijn om aanspraak te maken op het Omnio- en Omnio Plus-statuut, alsmede de voorwaarden waaronder het

pas la qualité VIPO et que ceux-ci bénéficieraient, en vertu de la présente proposition de loi, du statut Omnio.

Article 3

La loi actuelle prévoit, en son article 53, que le Roi détermine quand le tiers-payant est interdit, autorisé ou obligatoire. L'arrêté royal d'application de cet article 2 interdit, sauf exceptions, la pratique du tiers-payant pour les visites et consultations de médecins en ambulatoire. La présente modification introduit dans la loi l'autorisation de la pratique du tiers-payant pour les visites et consultations de généralistes en dehors de l'hôpital.

Zakia KHATTABI.
Freya PIRYNS.

*
* *

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

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

Art. 2

Dans l'article 37 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 les modifications suivantes sont apportées :

1° au paragraphe 1^{er}, modifié par l'arrêté royal du 16 avril 1997 et par les lois du 2 août 2002, du 27 décembre 2006, du 26 mars 2007 et du 21 décembre 2007, les alinéas 2 et 3 sont remplacés par les alinéas suivants :

«Toutefois, les personnes bénéficiant du statut Omnio et Omnio plus, ainsi que les personnes faisant partie de leur ménage, bénéficient d'une intervention majorée de l'assurance. Par arrêté délibéré en Conseil des ministres, le Roi précise les conditions de revenus à satisfaire pour bénéficier du statut Omnio et Omnio plus, ainsi que les conditions dans lesquelles le droit à l'intervention majorée de l'assurance est ouvert, main-

recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming ingaat, wordt behouden of wordt ingetrokken. Ieder kwartaal bepaalt de Kruispuntbank van de sociale zekerheid de inkomsten van het gezin van elke verzekerde. Vervolgens bezorgt zij aan elke verzekeringsinstelling de lijst van de verzekerden wier gezinsinkomen lager ligt dan de door de Koning bepaalde inkomens. De verzekeringsinstelling verleent voor de duur van twee jaar het Omnio- en Omnio Plus-statuut aan de aangeslotenen die daartoe aan de nodige voorwaarden voldoen, met name uiterlijk op de eerste dag van de maand volgend op die waarin de Kruispuntbank de informatie heeft ontvangen.

Voor de in artikel 34, eerste lid, 1^o, 7^obis, 7^oter en 7^oquater, bedoelde verzorging wordt de verzekeringsstegemoetkoming voor de rechthebbenden van het Omnio- en Omnio Plus-statuut vastgesteld op respectievelijk 90 pct. en 95 pct. van de hen betreffende tarieven, behalve indien het gaat om een raadpleging van de artsen-specialisten, waarbij de verzekeringsstegemoetkoming respectievelijk 85 pct. en 90 pct. van de hen betreffende tarieven bedraagt. Bij de raadplegingen en bezoeken van de huisartsen ligt de verzekeringstegemoetkoming vast op 85 pct. voor de gewone verzekerden, en respectievelijk op 95 pct. en 100 pct. voor de rechthebbenden van het Omnio- en Omnio Plus-statuut.

Een gezin is samengesteld uit hetzij één persoon die gewoonlijk alleen leeft, hetzij twee of meer personen die gewoonlijk in dezelfde woonplaats verblijven en er samenleven. De samenstelling van het gezin wordt bepaald aan de hand van de gegevens die zijn opgenomen in het Rijksregister van de natuurlijke personen op 1 januari van het jaar waarvoor de toekenning van het Omnio- en Omnio Plus-statuut wordt onderzocht. De Koning kan onder de door Hem bepaalde voorwaarden de samenstelling van het gezin wijzigen voor de personen die in een gemeenschap leven of die zich door hun gezondheidstoestand in een afhankelijkheidssituatie bevinden. ».

2^o paragraaf 19 wordt opgeheven.

Art. 3

In artikel 53, § 1, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 22 februari 1998, 25 januari 1999, 24 december 1999, 26 juni 2000, 14 januari 2002, 27 december 2004 en 27 december 2005, wordt het negende lid vervangen als volgt :

«De derdebetalersregeling is toegestaan voor de buiten een ziekenhuis verrichte bezoeken en raadplegingen van huisartsen. Voor de andere prestaties stelt de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na advies van het Verzekeringscomité, de voorwaarden en regelen vast overeenkomstig welke de derdebetalersregeling voor de door Hem

tenu ou retiré. La Banque carrefour de la sécurité sociale détermine, chaque trimestre, les revenus du ménage de chaque assuré. Elle transmet ensuite à chaque organisme assureur la liste des assurés dont le revenu du ménage est inférieur à ceux fixés par le Roi. L'organisme assureur octroie le statut Omnio ou Omnio plus aux affiliés qui en remplissent les conditions, au plus tard le 1^{er} jour du mois qui suit la réception de l'information de la Banque carrefour et pour une durée de deux ans.

Pour les soins visés à l'article 34, alinéa 1^{er}, 1^o, 7^obis, 7^oter et 7^oquater, l'intervention de l'assurance est fixée, pour les bénéficiaires des statuts Omnio et Omnio plus, respectivement à 90 et 95 % des tarifs qui les concernent, sauf en ce qui concerne la consultation des médecins-spécialistes pour laquelle l'intervention de l'assurance est respectivement de 85 % et 90 % des tarifs qui les concernent. En ce qui concerne les consultations et visites de médecins généralistes, l'intervention de l'assurance est fixée à 85 % pour les assurés ordinaires et, respectivement, à 95 et 100 % pour les bénéficiaires du statut Omnio et Omnio plus.

Un ménage est constitué soit par une personne vivant habituellement seule, soit par deux ou plusieurs personnes qui occupent habituellement un même logement et y vivent en commun. La composition du ménage est déterminée en fonction des données contenues au Registre national des personnes physiques au 1^{er} janvier de l'année pour laquelle l'octroi du statut Omnio et Omnio plus est examiné. Le Roi peut, dans les conditions qu'Il détermine, modifier la composition du ménage pour les personnes vivant dans une communauté ou se trouvant dans une situation de dépendance, en raison de leur état de santé. »;

2^o le paragraphe 19 est abrogé.

Art. 3

À l'article 53, § 1^{er}, de la même loi, modifié par les lois du 22 février 1998, du 25 janvier 1999, du 24 décembre 1999, du 26 juin 2000, du 14 janvier 2002, du 27 décembre 2004 et du 27 décembre 2005, l'alinéa 9 est remplacé par la disposition suivante :

«Le régime du tiers-payant est autorisé pour les visites et consultations de médecins généralistes effectuées en dehors d'un hôpital. Pour les autres prestations, le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Comité de l'assurance, les conditions et règles conformément auxquelles, pour les prestations de santé qu'Il détermine, le régime

bepaalde geneeskundige verstrekkingen is toegestaan, verboden of verplicht. Elke overeenkomst die afwijkt van de door de Koning ter uitvoering van deze bepaling uitgevaardigde reglementering, is nietig.».

Art. 4

Deze wet treedt uiterlijk in werking op de eerste dag van de zevende maand volgend op die waarin ze in het *Belgisch Staatsblad* werd bekendgemaakt.

du tiers-payant est autorisé, interdit ou obligatoire. Est nulle, toute convention qui déroge à la réglementation édictée par le Roi en exécution de la présente disposition.».

Art. 4

La présente loi entre en vigueur au plus tard le premier jour du septième mois qui suit celui au cours duquel elle aura été publiée au *Moniteur belge*.

Zakia KHATTABI.
Freya PIRYNS.