

# SÉNAT DE BELGIQUE

---

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2010

---

1<sup>er</sup> OCTOBRE 2010

---

## Proposition de loi généralisant le régime du tiers payant

(Déposée par Mme Marleen Temmerman et M. Frank Vandenbroucke)

---

### DÉVELOPPEMENTS

---

#### La maladie et la santé sont inégalement réparties dans la société

Divers facteurs sociologiques ont une incidence sur l'inégalité en matière de santé : les revenus, 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.

Une étude récente de la Fondation Roi Baudouin (FRB) montre que la fracture sanitaire entre les catégories sociales ne cesse de se creuser. Il peut être clairement démontré que l'espérance de vie augmente avec le degré de scolarisation. Les statistiques montrent par exemple qu'une femme de 25 ans disposant d'un diplôme de l'enseignement supérieur peut espérer vivre 18 ans de plus en bonne santé qu'une femme du même âge sans qualification (1).

D'autres études révèlent que les enfants ayant un faible poids à la naissance sont 1,5 fois plus nombreux chez les ouvriers et 1,6 fois plus nombreux chez les chômeurs que chez les employés ou les indépendants. La mortalité infantile est aussi significativement plus

---

(1) Étude *Tackling Health Inequalities in Belgium* (TAHIB), une recherche des services publics de programmation Politique scientifiquement menée par l'Institut scientifique de santé publique (ISP), le Centre d'études socio-économiques de la santé (SESA) de l'UCL et le Steunpunt Demografie de la VUB.

# BELGISCHE SENAAAT

---

BUITENGEWONE ZITTING 2010

---

1 OKTOBER 2010

---

## Wetsvoorstel ter veralgemening van de derdebetalersregeling

(Ingediend door mevrouw Marleen Temmerman en de heer Frank Vandenbroucke)

---

### TOELICHTING

---

#### Ziekte en gezondheid zijn ongelijk gespreid in de maatschappij

Er zijn verscheidene sociologische factoren 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 gezondheidsgevaars en -problemen voor dan in gezinnen die hoger gerangschikt staan.

Uit een recente studie van de Koning Boudewijnstichting (KBS) blijkt dat de gezondheidskloof tussen sociale groepen nog verder toeneemt. Het is duidelijk aantoonbaar dat hoger opgeleiden langer leven dan lager opgeleiden. Zo blijkt uit de cijfers dat een vrouw van 25 jaar zonder opleiding 18 jaar minder gezonde levensjaren voor de boeg heeft dan haar hooggeschoolde leeftijdsgenote (1).

Andere studies tonen aan dat een laag geboortegewicht 1,5 keer vaker voorkomt bij arbeiders en 1,6 keer meer bij werklozen dan bij bedienden of zelfstandigen. Ook de kindersterfte ligt significant hoger : 60% hoger bij arbeiders en 70% bij werklozen in

---

(1) TAHIB-onderzoek *Tackling Health Inequalities in Belgium*, een onderzoek van de Programmatorische Overheidsdiensten Wetenschapsbeleid uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV), het *Centre d'études socio-économiques de la santé (SESA) de l'UCL* en het Steunpunt Demografie van de VUB.

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 catégories sociales défavorisées sont moins souvent vaccinés contre la polio, le tétanos et la rougeole. 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. La probabilité de ne pas être 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. Il ressort d'une étude de la MC 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 (1).

Une autre étude 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 (2)

**Tableau 1 : indicateurs de santé et catégorie sociale**

Événements au cours de l'année 2006	Indice standardisé pour la catégorie		Ratio (1)/(2)
	la plus faible (1)	la plus élevée (2)	
Taux de mortalité	121.0	83.4	1.45
Décès à domicile	82.9	109.6	0.76
Incapacité de travail (30 jours minimum)	124.7	80.6	1.55
Invalité	132.8	80	1.66
Admission dans une institution psychiatrique ou dans le service (neuro)-psychiatrique d'un hôpital général	158.5	72.4	2.19
Soins dentaires préventifs	72.4	113.6	0.64
Facturation d'un forfait pour soins urgents	143.4	87.5	1.64

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

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

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

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

**Tabel 1 : Gezondheidsindicatoren en sociale klasse**

Gebeurtenissen in de loop van het jaar 2006	Gestandaardiseerde index voor de klasse		Ratio (1)/(2)
	zwakste (1)	hoogste (2)	
Sterftecijfer	121.0	83.4	1.45
Overlijden thuis	82.9	109.6	0.76
Arbeidsongeschiktheid (minstens 30 dagen)	124.7	80.6	1.55
Invalide worden	132.8	80	1.66
Opname in een psychiatrie instelling of in de (neuro)psych. dienst van een algemeen ziekenhuis	158.5	72.4	2.19
Preventieve tandheelkundige zorgen	72.4	113.6	0.64
Facturering van een forfait voor dringende zorgen	143.4	87.5	1.64

(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.

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.

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 d'affections plus ou moins graves touchant les enfants (par exemple, œil paresseux, caries dentaires, malformation du pied, affections asthmatiques, etc.) 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.

### **Nous finançons de plus en plus nos soins de santé de notre poche (dépenses « *out-of-pocket* »)**

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

Les données diffèrent d'une étude à l'autre, mais les conclusions concordent : ces dernières années, nous finançons de plus en plus nos soins de santé de notre poche (dépenses « *out-of-pocket* ») et nous ne réalisons pas un bon score en la matière sur le plan international. Voici les résultats de trois études :

### **Les dépenses nationales en soins de santé, 7<sup>e</sup> édition, Assuralia, mars 2010**

La quote-part personnelle du patient comprend les dépenses qui ne sont pas financées par les pouvoirs publics et qui ne sont pas remboursées par l'assureur privé ni par la mutualité dans le cadre d'une assurance complémentaire. Nous constatons que la quote-part du patient continue d'augmenter (19,5 % en 2008 contre 18,8 % en 2007). Il s'agit :

— des tickets modérateurs officiels (le maximum à facturer est déjà déduit des tickets modérateurs);

— des dépenses *out-of-pocket* (suppléments d'honoraires, médicaments non remboursables, etc.).

Les dépenses *out-of-pocket*, tickets modérateurs et assurances privées ont représenté ensemble une quotité de 24,1 % en 2008. La Belgique se classe ainsi parmi les pays les plus chers d'Europe, aux côtés de l'Espagne et de la Suisse.

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.

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.

### **We betalen onze gezondheidszorg steeds meer uit eigen budget (*out-of-pocket*)**

De oorzaken van ongelijkheid inzake ziektes en ziektepreventie bij de Belgische bevolking zijn divers. Een belangrijke oorzaak is dat gezondheidszorg moeilijk te betalen blijft voor sociaal kwetsbare gezinnen, en ook steeds meer een belangrijke last wordt voor mensen met een gemiddeld inkomen. Aangezien lagere inkomensgroepen meer met ziekte hebben af te rekenen, gaat er ook relatief en absoluut meer van hun huishoudgeld naar gezondheidszorg.

De data verschillen per studie maar de conclusie is eensluidend : we betalen de jongste jaren onze gezondheidszorg steeds meer uit eigen budget (*out-of-pocket*) en we scoren op dit vlak niet goed op internationaal niveau. Hieronder de resultaten van drie studies :

### **De nationale uitgaven in de gezondheidszorg, 7<sup>e</sup> editie, Assuralia, maart 2010**

De eigen bijdrage van de patiënt omvat de uitgaven die niet door de overheid worden gefinancierd en die niet worden terugbetaald door de private verzekeraar of door het ziekenfonds in het kader van een aanvullende verzekering. We stellen vast dat het aandeel van de patiënt blijft groeien (19,5 % in 2008 tegenover 18,8 % in 2007). Het gaat om :

— de officiële remgelden (maximumfactuur is reeds afgetrokken van de remgelden);

— de *out-of-pocket* uitgaven (ereloonsupplementen, niet-terugbetaalbare geneesmiddelen, ...).

*Out-of-pocket*, remgelden en private verzekeringen samen bedroegen in 2008 24,1 %. Daarmee behoort België bij de duurste landen in Europa, naast Spanje en Zwitserland.

**Wealthcare of healthcare ?, Itinera Institute, 2010/29, avril 2010**

Augmentation des dépenses privées (sous la forme de tickets modérateurs et d'assurances privées) en Belgique: alors qu'elles ne représentaient que 23 % des dépenses totales de soins de santé en 1997, elles atteignent aujourd'hui 28 %. Cette tendance haussière se poursuit.

**Eco-Santé OCDE 2010 — Version : juin 2010**

Le Belge paie relativement beaucoup de sa poche, comparativement à d'autres pays.

**Tableau 2 : dépenses « out-of-pocket » en Occident****Wealthcare of healthcare ?, Itinera Institute, 2010/29, April 2010**

De toename van de privé-uitgaven (onder de vorm van remgelden en privéverzekeringen) in België: in 1997 stelden zij slechts 23 % van de totale gezondheidszorguitgaven voor, vandaag 28 %. Deze trend zet zich door naar boven.

**OECD Health Data 2010 — Version : June 2010**

De Belg betaalt relatief veel uit eigen budget in vergelijking met andere landen.

**Tabel 2 : Out-of-pocketuitgaven in het Westen**

*Health expenditure by financing agent/scheme, Out-of-pocket payments (households), % total expenditure on health, TEH*

		2007		2008	
<i>OECD countries</i>					
Australia		18,0			
Austria		15,4		15,1	
Belgium	de	21,3	de	22,2	de
Canada		14,7		14,7	e
Chile					
Czech Republic		13,2		15,7	
Denmark	d	13,8	d		
Finland		19,0		19,4	
France		7,1		7,4	
Germany		13,3		13,0	
Greece					
Hungary		24,3		23,9	
Iceland		16,0		15,3	
Ireland		14,1		14,4	
Italy		20,1		19,5	
Japan		14,6			
Korea		35,5		35,0	
Luxembourg	e				
Mexico		50,9		49,3	
Netherlands	de	5,5	de	5,7	e
New Zealand	de	14,3		13,9	
Norway		15,1		15,1	e
Poland		24,2		22,4	
Portugal					
Slovak Republic		26,2		25,7	
Spain		21,0		20,7	
Sweden		15,8		15,6	

Switzerland	30,7	30,8	e
Turkey	21,8		
United Kingdom	11,7	11,1	
United States	12,3	12,1	
<i>Accession countries</i>			
Estonia	21,9	19,7	
Israel	27,2	29,7	
Slovenia	13,3	12,8	

## Legend

b : Break in series

d : Differences in methodology

e : Estimate

### Mais de plus en plus de personnes éprouvent des difficultés à payer leurs soins de santé ...

Les résultats de la dernière enquête de santé en Belgique (2008) ont été publiés à la mi-juillet 2010. Il en ressort que 14 % des personnes interrogées rapportent des soins médicaux, dentaires ou mentaux, ou l'achat de médicaments ou de lunettes, car elles ne peuvent pas se permettre ces dépenses. Or, elles n'étaient que 9 % selon l'enquête précédente, réalisée en 1997. À Bruxelles, pas moins d'une personne sur quatre (26 %) diffère des soins pour des raisons financières, contre 11 % en Flandre.

**Tableau 3 : ménages contraints de différer des dépenses médicales pour des raisons financières (source : étude FRB 2010)**

### Maar steeds meer mensen vinden het moeilijk om hun gezondheidszorg nog te kunnen betalen ...

Half juli 2010 werden de resultaten van de meest recente Belgische gezondheidsenquête (2008) gepubliceerd. Het blijkt dat 14 % van de ondervraagden medische zorg, tandverzorging, geneesmiddelen, een bril of mentale zorg uitstellen omdat ze die niet kunnen betalen. Bij de vorige enquête in 1997 was dat maar 9 %. In Brussel blijkt maar liefst 1 op de 4 mensen zorgverlening uit te stellen om financiële redenen (26 %), in Vlaanderen gaat het om 11 %.

**Tabel 3 : Gezinnen die medische kosten moesten uitstellen om financiële redenen. Bron : KBS-studie 2010)**

Percentage of the households that had to postpone medical care because of financial reasons							
All education levels							
Belgium, 1997-2001-2004							
	1997		N <sup>(*)</sup>	2001		2004	
	Postponement of medical care consumption for financial reason			Postponement of medical care consumption for financial reason		Postponement of medical care consumption for financial reason	
	Had to postpone medical care	Did not have to postpone medical care		Had to postpone medical care	Did not have to postpone medical care	Had to postpone medical care	Did not have to postpone medical care
Education level	11.8	88.2	859	12.6	87.4	873	1218
Primary or no degree							
Secondary inferior	10.5	89.5	882	12.1	87.9	1011	1127
Secondary superior	9.2	90.8	1385	10.3	89.7	1905	1863
Superior education	4.4	95.6	1476	6.7	93.3	1899	1833
Total	8.4	91.6	4582	10.0	90.0	5188	5441

Weighted percentage.  
 (\*) Total number of persons.  
 Take care with the interpretation, especially if N < 100!

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

Verder bevestigt de bevraging dat steeds meer mensen (een op drie gezinnen) het momenteel moeilijk hebben om de gezondheidskosten in het huishoudbudget in te passen. Veelal gaat het om oudere mensen, die door de bank genomen meer zorg nodig hebben. Maar ook de huishoudsamenstelling speelt een belangrijke rol. Zo ondervinden momenteel meer

que plus de la moitié des familles monoparentales ont actuellement des difficultés à payer leurs dépenses de santé.

En résumé, il existe une réelle fracture sanitaire entre riches et pauvres dans notre société. Celle-ci est due principalement à l'augmentation du coût des soins de santé et au fait que les patients en Belgique doivent de plus en plus financer ces dépenses de leur poche. C'est ainsi que les personnes démunies entrent souvent dans un cercle vicieux : la pauvreté rend malade et la maladie rend pauvre. Autrement dit, la pauvreté mine la santé et une personne en mauvaise santé risque davantage de basculer dans la pauvreté.

### Accessibilité des soins de santé

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 appliqué dans certains cabinets et 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.

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.

### Tant la société civile ...

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, la précarité et l'exclusion sociale (1).

(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.

dan de helft van de eenoudergezinnen moeilijkheden om hun gezondheidszorg nog te betalen.

Samengevat: er bestaat een duidelijke gezondheidskloof tussen arm en rijk in onze samenleving. De belangrijkste oorzaak is het feit dat gezondheidszorg duurder wordt, en dat patiënten in ons land steeds meer «*out-of-pocket*» moeten betalen. Op die manier komen mensen in armoede vaak in een onomkeerbare spiraal terecht: hun armoede maakt ziek en hun ziekte maakt arm. Of anders gesteld: armoede ondermijnt de gezondheid en een slechte gezondheid kan tot armoede leiden.

### Betaalbaarheid van de gezondheidszorg

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 bepaalde praktijken en wijkgezondheidscentra biedt een antwoord op diverse ondersteuningsnoden maar zij bereiken slecht 1,5 % van de bevolking, terwijl het aantal mensen dat betaalbaarheidsproblemen heeft bij gezondheidszorguitgaven een veelvoud daarvan is. Er zijn dus aanvullende beleidsacties nodig.

Kosten bij de zorgverstrekker 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 zorgverstrekker enkel het remgeld.

### Zowel het middenveld ...

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 wordt deze eis herbevestigd (1).

(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.

En 2008, *Welzijnszorg* a demandé un droit automatique au régime du tiers payant dans les soins de première ligne pour toutes les personnes à faibles revenus. Pour l'instant, ces personnes doivent demander elles-mêmes à en bénéficier et le prestataire de soins n'est pas tenu d'accepter. *Welzijnszorg* exige que le régime du tiers payant devienne un droit automatique pour les personnes à faibles revenus (1).

En 2010, des organisations telles que «*Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen*» et «*Verbruikersateljee*», réunies pour discuter des objectifs de la décennie pour la lutte contre la pauvreté, ont encore plaidé explicitement en faveur d'une généralisation du régime du tiers payant.

Voici ce que l'on peut lire à ce sujet dans les objectifs en question (*Decenniumdoelen Armoede 2017*): «Introduire le régime du tiers payant dans les soins de première ligne. Les personnes qui ont de faibles revenus peuvent se faire rembourser les soins médicaux par le biais du régime du tiers payant: le patient ne paie alors que le ticket modérateur, et la partie à charge de l'assurance-maladie obligatoire est directement réglée avec la mutualité. Le problème du régime actuel réside dans le fait que son application dépend du bon vouloir du médecin. Pour éviter que des patients doivent avancer eux-mêmes l'argent pour les dépenses de santé, qu'ils reportent des soins ou qu'ils y renoncent, il faut non seulement que le système de paiement forfaitaire soit appliqué plus largement dans les soins de santé, mais aussi que le régime du tiers payant soit, à terme, appliqué purement et simplement à tout le monde dans les soins de première ligne. Actuellement, cette exigence est formulée en priorité pour les groupes de revenus les plus faibles, les malades chroniques, les enfants et les jeunes. (traduction)».

### **... que les pouvoirs publics reconnaissent l'utilité du régime du tiers payant**

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 (2) 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

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

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

In 2008 vroeg *Welzijnszorg* een automatisch recht op de derdebetalersregeling in de eerstelijnszorg voor iedereen met een laag inkomen. Nu moeten de mensen 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 (1).

In 2010 pleitten organisaties als «*Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen*» en het «*Verbruikersateljee*,» verenigd rond de Decenniumdoelen om armoede aan te pakken, nog uitdrukkelijk voor een veralgemeende invoering van de derdebetalersregeling.

De Decenniumdoelen Armoede 2017 vermelden: «Derdebetalersregeling invoeren in de eerstelijnszorg. Voor wie moet leven van een laag inkomen kunnen medische zorgen vergoed worden via de derdebetalersregeling: de patiënt betaalt enkel het remgeld terwijl het deel ten laste van de verplichte ziekteverzekering rechtstreeks wordt vereffend met het ziekenfonds. Probleem bij de huidige regeling is dat de toepassing ervan wordt overgelaten aan de vrije keuze van de arts. Om te vermijden dat patiënten medische kosten uit eigen zak moeten voorschieten of uit- en afstellen, is het noodzakelijk dat niet alleen het forfaitair betalingssysteem in de zorg ruimer wordt toegepast maar ook dat op termijn de derdebetalersregeling in de eerstelijnszorg voor iedereen zonder meer wordt toegepast. Nu geldt deze eis prioritair voor alle lagere inkomensgroepen en chronisch zieken, voor kinderen en jongeren.».

### **... als de overheid erkennen het nut van de derdebetalersregeling**

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Laurette Onkelinx, heeft aangekondigd dat ze de mogelijkheden van een uitbreiding van de derdebetalersregeling voor de huisartsen zal onderzoeken (2), 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 nu reeds wil laten toepassen

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

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

de politique générale qu'elle entend faire appliquer dès aujourd'hui le régime du tiers payant pendant le week-end afin d'éviter que les médecins généralistes aient une trop grosse somme d'argent sur eux (1).

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. 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. On examinera la possibilité 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.

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.

#### **Propositions formulées au sein de groupes de travail sur la base de l'accord national médico-mutualiste 2009-2010 (points 7.2.2 et 14.2)**

— Assurer une accessibilité optimale des soins pour certains groupes de patients.

À cet effet, il faut passer à un système obligatoire ne permettant plus au médecin de refuser l'application du régime du tiers payant social si le patient en fait la demande. À terme, il conviendra d'examiner si un

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

tijdens het weekend om te vermijden dat een geneesheer te veel contant geld op zak heeft (1).

In het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2009-2010 is opgenomen dat de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen (NCGZ) een werkgroep opdracht zal geven 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 verzekeringsinstellingen aan de huisartsen. 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 verstrekkingen met toepassing van de derdebetalersregeling. Daarbij zal de mogelijkheid worden onderzocht de derdebetalersregeling via elektronische facturering ook mogelijk te maken voor verstrekkingen 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 toegetroten voorzover zij aan het Nationaal Intermutualistisch College te kennen geven dat zij onder dezelfde voorwaarden als de geneesheren met akkoord de tarieven van het akkoord zullen toepassen voor de verstrekkingen die gedekt zijn door de derdebetalersregeling.

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.

#### **Voorstellen die op basis van het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2009-2010 (punt 7.2.2 en punt 14.2) in werkgroepen werden geformuleerd**

— Verzekeren van een optimale toegankelijkheid van de zorg voor bepaalde groepen patiënten.

Daarom moet men de overstap maken naar een verplicht systeem waarbij de arts de toepassing sociaal betalende derde niet meer kan weigeren indien de patiënt het vraagt. Op termijn zal moeten worden

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



système automatique ne constitue pas une meilleure solution et n'est pas moins stigmatisant pour le patient (si les données peuvent être échangées par voie électronique).

— Simplification administrative du système actuel de tiers payant social pour le médecin.

Dans l'état actuel de la législation, les médecins ont plusieurs raisons d'être réticents à l'égard du régime du tiers payant social. Ils veulent éviter des tracasseries administratives supplémentaires, ils ne sont pas certains que leur patient est bien « en règle » et ils doivent attendre longtemps pour percevoir leurs honoraires. Par ailleurs, le fait que de nombreux médecins aient déjà recours aujourd'hui à un bureau de tarification externe nuance quelque peu cette problématique.

Le délai prévu actuellement par la loi est de trente jours à compter de la fin du mois de la réception des attestations de soins. Le médecin peut déposer des attestations une fois par mois au maximum.

Ce délai de paiement serait considérablement réduit si :

1. les médecins pouvaient déposer leurs attestations plusieurs fois par mois;
2. pour les attestations déposées dans le cadre du tiers payant social, il existait une dispense d'inscription dans le facturier d'entrée (obligation pour les factures dans le cadre du tiers payant).

### Problèmes supplémentaires

— Identification du groupe cible : quel instrument ?

À l'heure actuelle, il n'est pas (encore) possible d'échanger électroniquement avec le médecin généraliste des données relatives au statut du patient (qui fait partie du groupe cible du tiers payant social). Ces données peuvent être chargées sur la carte SIS, mais les médecins ne disposent pas d'un lecteur de carte. À moyen terme, il faudra donc chercher une solution par le biais de *e-health/My Carenet*. (Il va de soi que la consultation des données d'assurabilité d'un patient n'a de raison d'être pour le médecin que dans le cadre de l'application du tiers payant). Des documents papier pourront être utilisés au cours d'une période transitoire. La grande majorité des membres bénéficiant du tiers payant social relèvent du statut BIM ou Omnio. Pour ces membres, la vignette de la mutualité doit suffire. En ce qui concerne le groupe cible restant, on pourrait utiliser une simple attestation que la mutualité délivrerait au maximum une fois par année civile.

onderzocht of een systeem van automatisch recht geen betere oplossing is en minder stigmatiserend werkt in hoofde van de patiënt (indien de gegevens elektronisch kunnen worden uitgewisseld).

— Administratieve vereenvoudiging van het huidige systeem sociaal betalende derde in hoofde van de arts.

Artsen hebben in de huidige wetgeving verschillende redenen om weigerachtig te staan tegenover de sociaal betalende derde. Ze willen de bijkomende administratieve rompslomp vermijden, zijn niet zeker of hun patiënt wel « in regel » is en ze moeten langer wachten op hun honorarium. Anderzijds brengt het feit dat vele artsen reeds een beroep doen op een extern tarificatiebureau een zekere nuancering aan in deze problematiek.

De huidige wettelijk voorziene termijn bedraagt dertig dagen na het einde van de maand van ontvangst van de getuigschriften. De arts mag maximaal eenmaal per maand getuigschriften indienen.

Deze betalingstermijn zou aanzienlijk worden ingekort indien :

1. de artsen meerdere malen per maand hun getuigschriften mogen aanbieden;
2. voor de getuigschriften die worden aangeboden in sociaal betalende derde er een vrijstelling geldt van inschrijving in het inkomfacturenboek (= verplichting voor de facturen in het kader van betalende derde.)

### Bijkomende problemen

— Identificatie doelgroep : welk instrument ?

Op dit ogenblik is het (nog) niet mogelijk om gegevens rond het statuut van de patiënt (namelijk patiënt behoort tot doelgroep van sociaal betalende derde) elektronisch uit te wisselen met de huisarts. De SIS-kaart kan wel worden opgeladen met een dergelijke indicatie, maar de artsen beschikken niet over een SIS-kaartlezer. Op middellange termijn zal dus moeten gezocht worden naar een oplossing via *e-health/My Carenet*. (Het consulteren van de verzekeraargegevens van een patiënt is voor de arts natuurlijk enkel relevant in het kader van de toepassing betalende derde). In een overgangperiode kan gewerkt worden met papieren documenten. Het grootste aandeel van de leden in sociaal betalende derde zijn leden met VT- of Omnio-statuut. Voor deze leden moet de ziekenfondsklever volstaan. Voor de overige doelgroep zou men kunnen werken met een eenvoudig attest vanuit het ziekenfonds dat maximaal éénmaal per kalenderjaar wordt afgeleverd.

— Identification du groupe cible : mise à jour des données.

Tant la vignette de la mutualité que l'attestation délivrée risquent de ne pas (ou plus) correspondre aux données d'assurabilité au moment de la consultation chez le médecin. C'est pourquoi l'on pourrait faire du droit à l'application du tiers payant social un droit annuel. Les modifications du statut du patient durant l'année en cours n'auraient alors aucune incidence sur le droit à l'application du tiers payant social, ni sur le taux de remboursement.

Conclusion : cela fait plusieurs années que divers acteurs insistent sur la nécessité d'étendre le 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.

### 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, etc.). 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 assureur 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 : mesures existantes

Le régime du tiers payant est un système qui évite au patient d'avancer les frais. Des motivations tant

(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.

— Identificatie doelgroep : up-to-date houden van gegevens.

Zowel de ziekenfondsklever als het afgeleverde attest riskeert niet (meer) overeen te stemmen met de actuele verzekerbaarheidsgegevens op het ogenblik van de consultatie bij de arts. Men zou daarom van het recht op toepassing van de sociaal betalende derde een jaarrecht kunnen maken. Wijzigingen aan het statuut van de patiënt gedurende het lopende jaar hebben dan geen invloed op het recht op toepassing sociaal betalende derde, noch op het terugbetalingstarief.

Conclusie : al jarenlang wordt aangedrongen op een uitbreiding van de derdebetalersregeling, door diverse actoren. 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 echter weinig of niets gewijzigd aan de regeling van de jaren '80.

### Vergelijking met andere landen

In feite is de derdebetalersregeling 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 chronische 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 : huidige maatregelen

De derdebetalersregeling is een systeem dat het voorschieten van onkosten door de patiënt voorkomt.

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

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<sup>er</sup>, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. L'idée qui sous-tend cet arrêté royal est d'interdire le tiers payant pour toutes les prestations qui sont la conséquence directe d'une initiative du patient, afin de le sensibiliser davantage au coût des prestations. L'objectif poursuivi ici est donc de limiter le nombre d'avis, de consultations et de visites (1).

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).

Le régime du tiers payant comporte quatre applications obligatoires (article 5 (2)) (3) :

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<sup>er</sup>, 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

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

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

(3) 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.

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 besluit van 10 oktober 1986 is om de derde betaler te verbieden voor alle verstrekkingen die het rechtstreekse gevolg zijn van een initiatief van de patiënt, dit om hem 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 (1).

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

Er zijn vier verplichte toepassingen van de «regeling betalende derde» (artikel 5 (2)) (3) :

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 rechtshabenden 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 rechtshabenden, 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

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

(2) 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.

(3) 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.

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 numéros 450192 et 450214 dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein par mammographie, visé à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>bis, 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<sup>er</sup>), 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 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)

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 zijn, als waarborg kunnen inhouden;

4. De verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen 450192 en 450214 in het kader van de georganiseerde mammografische borstkankerscreening zoals bedoeld in artikel 17, § 1, 1<sup>o</sup>bis, 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 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).

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.

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

(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.

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 zorgverstreker in wijkgezondheidscentra. 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.

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-pediatrisch centrum, een revalidatiecentrum).

4. Verzorging toegediend in het kader van een huisartsenwacht dienst.

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 verzekeringsteemoetkoming;

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 zes 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 derdebetalers-

(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.

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<sup>e</sup> anniversaire; le patient peut demander l'application du tiers payant; si le médecin accepte, il doit appliquer les tarifs de la convention (1).

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

### **Analyse du problème du régime actuel du tiers payant**

Le régime en vigueur présente plusieurs inconvénients marquants :

1. Une difficulté fondamentale réside en ce que, 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 (2).

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<sup>o</sup> à 7<sup>o</sup>, 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.

(1) Arrêté royal du 6 décembre 2005.

(2) 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).

regeling 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 (1).

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 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 gebruikmaken van de mogelijkheden om de derdebetalersregeling toe te passen, opgenomen in de respectieve contracten tussen verzekeringsinstellingen en zorgverstrekkers.

### **Problemanalyse van de huidige derdebetalersregeling**

De bestaande regeling heeft een aantal opvallende 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 (2).

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<sup>o</sup> tot 7<sup>o</sup>, 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.

(1) Koninklijk besluit 6 december 2005.

(2) 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).

3. La mauvaise application du système actuel a pour conséquence qu'un certain nombre d'ayants droit doivent (continuer à) payer, ce qui hypothèque l'accès aux soins ambulatoires.

4. Le système actuel du tiers payant est toujours limité à un groupe spécifique d'« ayants droit » et reste inaccessible aux autres citoyens.

5. Pour les prestataires de soins, la complexité du système signifie une lourde charge administrative pour laquelle ils ne bénéficient d'aucune compensation financière. Au contraire, ils risquent une amende de 25 à 250 euros s'ils commettent des erreurs de traitement administratif, par exemple en délivrant en retard les documents relatifs au régime du tiers payant.

### Conséquence : faible taux d'application

Il ressort de données de l'INAMI qu'en 2003, seulement 6 % du montant total remboursé pour des consultations, visites, conseils et déplacements l'ont été par le biais du tiers payant pour des patients ambulatoires (1). Pour les soins dentaires, 14,8 % du montant remboursé par l'INAMI en 2003 l'ont été par le biais du tiers payant. Selon une étude des Mutualités libres, le tiers payant n'a été appliqué qu'à 11 % des affiliés dans le cadre de soins dentaires (2). Une petite partie de ceux-ci (3 %) ont invoqué pour cela une situation de détresse financière. Seuls 39 % des dentistes qui ont traité des patients affiliés MLOZ ont appliqué au moins une fois le tiers payant. En outre, des différences régionales et provinciales ont également été constatées. L'application du tiers payant par les dentistes est inversement proportionnelle à leur ancienneté.

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

Il y a environ un an, plusieurs bureaux de tarification ont soudainement remarqué une augmentation spectaculaire du recours au tiers payant. Ce phéno-

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

(2) Application du tiers payant dans les soins dentaires. Une étude des Mutualités libres, Bruxelles, décembre 2007.

3. De gebrekkige toepassing van het huidige systeem heeft vóór gevolg dat nog steeds een aantal rechthebbenden moeten (blijven) betalen waardoor de toegang tot ambulante zorg gehypothekeerd blijft.

4. Het huidige systeem van derde betaler blijft beperkt tot een specifieke groep van « rechthebbenden » en blijft uitgesloten voor de rest van de bevolking.

5. De complexiteit van het systeem betekent een zware administratieve last voor de zorgverstrekkers waarvoor ze niet financieel gecompenseerd worden. Anderzijds lopen ze wel het risico op een boete van 25 tot 250 euro als ze fouten maken bij de administratieve verwerking, bijvoorbeeld als ze de documenten voor de derbetalersregeling te laat afleveren.

### Gevolg : lage toepassingsgraad

Uit gegevens van het RIZIV 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 (1). Voor tandverzorging werd in 2003 14,8 % van het door het RIZIV terugbetaald bedrag via de derdebetalersregeling vergoed. Uit een onderzoek van de Onafhankelijke Ziekenfondsen blijkt dat bij slechts 11 % van de leden bij de tandverzorging de derde betaler ingeroepen werd (2). Een gering deel (3 %) riep hiervoor een financiële noodtoestand in. Slecht 39 % van de tandartsen die patiënten, aangesloten bij MLOZ, behandeld hebben, paste ten minste één keer de derde betaler toe. Bovendien werden er ook regionale en provinciale verschillen vastgesteld. De toepassing door de tandartsen van de derde betaler gaat in dalende lijn naarmate hun anciënniteit toeneemt.

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

Zowat een jaar geleden signaleerden enkele tarifieringskantoren namelijk plots een spectaculaire toename van het gebruik van de derde betaler. Die

(1) RIZIV, dienst voor Geneeskundige Verzorging, afdeling Actuariële Studiën, Statistiek van de geneeskundige verzorging, 2004.

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

mène était en partie imputable à un doublement du nombre de notes d'honoraires de médecin impayées, qui a amené de plus en plus de médecins à recourir au système du tiers payant (la nomenclature des prestations médicales ne permet pas d'identifier les prestations qui ont été effectuées dans le cadre d'un service de garde).

**Tableau 4 : application du régime du tiers payant par les médecins et les dentistes (2004-2008)**

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

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.

toename was voor een deel op rekening te schrijven van een verdubbeling van het aantal onbetaalde doktersrekeningen, waardoor meer artsen hun toevlucht tot het systeem namen (de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen laat niet toe om de verstrekkingen die gerealiseerd zijn in het kader van een wachtdienst te identificeren).

**Tabel 4 : Toepassing derdebetalersregeling bij geneesheren en tandartsen (2004-2008)**

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



### Projets pilotes « Règle 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 constats que les projets ont été mis sur pied. Tout d'abord, les médecins ont remarqué qu'un nombre croissant de patients éprouvaient des difficultés de paiement. Ceux-ci ont dès lors tendance à reporter ou à annuler une consultation. Les médecins ont également constaté que les patients s'adressaient plutôt aux services d'urgence parce que ceux-ci n'exigeaient 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.

### 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. En revanche, l'obligation d'avancer les montants remboursables facturés pour la plupart des prestations ambulatoires peut poser 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

### 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.

### Voorstel : een automatisch recht op de derdebetalersregeling

De derdebetalersregeling 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 het verplicht voorschieten van de terugbetaalbare bedragen aangerekend voor de meeste ambulante verstrekkingen kan gezinnen in moeilijkheden brengen. 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

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.

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 l'obligation 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 simplification 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 nettement plus longtemps 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<sup>er</sup>, 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.

Sur le plan technique, l'application du régime du tiers payant obligatoire doit passer par la voie électronique : la disparition de la carte SIS et l'enregistrement des données sociales sur la puce de la carte d'identité d'ici à 2013 entraîneront une énorme simplification

de la réglementation à 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.

Een veralgemeende derdebetalersregeling, 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 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 akkoordcommissie). 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 meer aanvaardbaar en interessanter wordt gemaakt voor zorgverstrekkers. Er moet ook een regeling komen voor de versnelde uitbetaling door de verzekeringsinstelling bij toepassing van de derdebetalersregeling aan de zorgverstrekker die nu beduidend langer moet wachten op zijn ereloon dan bij de gewone terugbetaling. Daartoe dient in een volgende fase de regelgeving voor de ziekenfondsen aangepast te worden om de verzekeringsinstellingen in staat te stellen 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 derde betaler in de huisarts-geneeskunde gewijzigd zodat het systeem sneller kan verlopen en ook tijdens de wachtdienst mogelijk wordt.

Technisch dient dit elektronisch te worden doorgevoerd : met de verdwijning van de SIS-kaart, en de opname van de sociale gegevens op de chip van de identiteitskaart tegen 2013 zal een enorme administratieve vereenvoudiging doorgevoerd worden. Een van

administrative. L'un des principaux projets de l'INAMI en matière d'informatisation et de modernisation pour la période 2010-2012 est *MyCareNet*. Il s'agit d'un réseau permettant aux prestataires de soins et aux organismes assureurs d'échanger des données administratives et financières. Jusqu'à présent, un réseau de ce type n'existait qu'entre les hôpitaux et les organismes assureurs.

Le nouveau réseau permet aux prestataires de soins de visualiser les droits des patients. Les bénéficiaires du statut Omnio, qui donne droit à un remboursement plus important des frais médicaux aux personnes dont le revenu du ménage est peu élevé, pourront ainsi faire valoir leurs droits plus facilement.

L'introduction du nouveau réseau permettra aussi de supprimer la carte SIS dès 2013. Le patient devrait alors être identifié à la pharmacie au moyen de sa carte d'identité électronique.

Un deuxième grand projet intitulé *Recip-e* vise à inciter les prestataires de soins à établir des prescriptions électroniques.

Tous ces projets d'informatisation doivent contribuer à réduire le travail inutile qui est fait actuellement par un grand nombre d'employés (établir des relevés manuellement, vérifier des documents, etc.).

### 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 2011, 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<sup>er</sup>, 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);

de belangrijkste informatiserings- en moderniseringsprojecten van het RIZIV voor de periode 2010-2012 is *MyCareNet*, een netwerk waarbij zorgverleners en verzekeringsinstellingen administratieve en financiële gegevens uitwisselen. Tot nu bestond zo'n netwerk enkel tussen ziekenhuizen en verzekeringsinstellingen.

Het nieuwe netwerk stelt zorgverleners in staat om zicht te krijgen op de rechten van patiënten. Daardoor zullen bijvoorbeeld mensen met een Omnio-statuuat waarbij personen met een laag gezinsinkomen een hogere terugbetaling van de ziektekosten krijgen, vlotter van hun rechten kunnen genieten.

Een ander gevolg van het nieuwe netwerk is dat de SIS-kaart in 2013 kan afgeschaft worden. Identificatie in de apotheek zou tegen dan gebeuren via de elektronische identiteitskaart.

Een tweede belangrijke project is het zogenoemde *Recip-e*, waarbij zorgverleners elektronische voorschriften uitschrijven.

Door al deze informatiseringsprojecten wordt het zinloos werk dat momenteel door heel veel bedienden gebeurt (manueel opstellen van overzichtslijsten, verifiëren van documenten, ...).

### 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 2011 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);

— 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 instauré à partir de 2011 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. D'autre part, l'on instaure le principe selon lequel le régime du tiers 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 2013, le régime du tiers payant obligatoire et automatique est étendu à tous les bénéficiaires. À ce moment-là, la logistique ne pourra plus poser de problèmes, étant donné que *MyCareNet* sera opérationnel, la carte SIS sera supprimée et la carte d'identité électronique aura été généralisée.

### 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.

— rechthebbenden die zich in een occasionele, individuele financiële nood situatie bevinden;

— rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming of het Omnio-statuut;

— rechthebbenden die minstens zes 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 in 2011 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 voor de rechthebbenden van die doelgroep behalve indien er een overeenkomst of akkoord is afgesloten tussen zorgverstrekkers en verzekeringsinstellingen dat dit anders bepaalt.

Vanaf 2013 wordt de verplichte en automatische derdebetalersregeling uitgebreid naar alle rechthebbenden. Op dat moment kan het logistiek geen problemen meer stellen gezien *MyCareNet* operationeel is, de SIS-kaart afgevoerd is en de elektronische identiteitskaart ingevoerd is.

### 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 behoeftigheid. 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.

Les organismes assureurs remettent au bénéficiaire ou à son 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<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup>, 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<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, qui dispose que le prestataire de soins doit appliquer le régime du tiers payant « 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.

\*  
\* \*

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<sup>o</sup> en 7<sup>o</sup>, 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 zorgverstreker 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<sup>o</sup>, dat bepaalt dat de zorgverstreker de « gewone » derdebetalersregeling op al zijn 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 zorgverstreker.

Marleen TEMMERMAN.  
Frank VANDENBROUCKE.

\*  
\* \*

**PROPOSITION DE LOI****Article 1<sup>er</sup>**

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

**Art. 2**

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

1<sup>o</sup> l'alinéa 1<sup>er</sup> 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 matérielle ou électronique 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<sup>er</sup>, 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<sup>o</sup> les alinéas 7, 8 et 9 sont remplacés par un alinéa rédigé comme suit :

«Le dispensateur 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 modalités du paiement des interventions de l'assurance effectué par les organismes assureurs aux dispensateurs de soins.»;

3<sup>o</sup> le dernier alinéa est abrogé.

**Art. 3**

Dans l'article 4 de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1<sup>er</sup>, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et

**WETSVOORSTEL****Artikel 1**

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

**Art. 2**

In artikel 53, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 19 december 2008, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1<sup>o</sup> 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 materieel of elektronisch 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<sup>o</sup> het zevende, achtste en negende lid 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 nadere regelen voor de uitbetaling van de verzekeringstegemoetkomingen door de verzekeringsinstellingen aan de zorgverleners.»;

3<sup>o</sup> het laatste lid wordt opgeheven.

**Art. 3**

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

indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par l'arrêté royal du 8 mai 2001, il est inséré, avant l'alinéa 1<sup>er</sup>, 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. 4

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

« Art. 4*bis*. — Sauf si une convention ou un accord au sens de l'article 51, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, 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<sup>o</sup> à 13<sup>o</sup>.

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<sup>o</sup>, qu'après la délivrance par un CPAS d'une attestation à validité réduite prouvant la situation financière précaire.

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<sup>er</sup>. »

#### Art. 5

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<sup>o</sup> à 12<sup>o</sup> rédigées comme suit :

« 10<sup>o</sup> aux bénéficiaires n'ayant pas encore atteint l'âge de dix-neuf ans;

11<sup>o</sup> aux bénéficiaires du statut Omnio visé à l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007 fixant les conditions d'octroi de

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.

De toepassing van de derdebetalersregeling kan door de geneesheer niet geweigerd worden indien de rechthebbende er om verzoekt. »

#### Art. 4

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

« Art. 4*bis*. — Behalve indien een overeenkomst of akkoord bedoeld in artikel 51, § 1, eerste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, 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<sup>o</sup> tot en met 13<sup>o</sup>.

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<sup>o</sup>, stelt de verzekeringsinstelling dit attest slechts ter beschikking nadat een OCMW een attest met beperkte maximumgeldigheid heeft afgeleverd dat de financiële noodtoestand staft.

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

#### Art. 5

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<sup>o</sup> tot 12<sup>o</sup>, luidende :

« 10<sup>o</sup> aan de rechthebbenden die de leeftijd van 26 jaar nog niet bereikt hebben;

11<sup>o</sup> aan de rechthebbenden op het Omnio-statuut, zoals bepaald in het koninklijk besluit van 1 april 2007

l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1<sup>er</sup> 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.»

Art. 6

L'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1<sup>er</sup>, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, cessera d'être en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013.

Art. 7

L'article 2 entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013. Les articles 3, 4 et 5 entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

20 juillet 2010.

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.»

Art. 6

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, treedt buiten werking op 1 januari 2013.

Art. 7

Artikel 2 treedt in werking op 1 januari 2013. De artikelen 3, 4 en 5 treden in werking op 1 januari 2011.

20 juli 2010.

Marleen TEMMERMAN.  
Frank VANDENBROUCKE.