

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2010-2011

15 JUIN 2011

Proposition de loi généralisant le régime du tiers payant

AMENDEMENTS

N^o 1 DE MME TEMMERMAN ET
M. VANDENBROUCKE

Intitulé

**Dans l'intitulé, remplacer le mot « généralisant »
par le mot « étendant ».**

Justification

La proposition de loi amendée vise à franchir un pas supplémentaire par rapport à l'accord médico-mutualiste 2011 et à améliorer et à simplifier l'accès au régime du tiers payant pour certains groupes cibles. À la lumière des différentes modifications récemment apportées à ce régime, les auteurs estiment qu'il est indiqué de prévoir une évaluation globale et bien étayée du processus d'extension et ce, pour le 1^{er} janvier 2014 au plus tard, tout en tenant compte de la possibilité de procéder à une généralisation (*cf.* l'amendement n^o 6).

N^o 2 DE MME TEMMERMAN ET
M. VANDENBROUCKE

Art. 2

Supprimer cet article.

Voir:

Documents du Sénat :

5-203 - SE 2010 :

N^o 1 : Proposition de loi de Mme Temmerman et M. Vandembroucke.

BELGISCHE SENAAT

ZITTING 2010-2011

15 JUNI 2011

Wetsvoorstel ter veralgemening van de derdebetalersregeling

AMENDEMENTEN

Nr. 1 VAN MEVROUW TEMMERMAN EN DE
HEER VANDENBROUCKE

Opschrift

**In het opschrift het woord « veralgemening »
vervangen door het woord « verruiming ».**

Verantwoording

Het geamendeerde wetsvoorstel heeft tot doel een stap verder te gaan dan het bereikte akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2011 en zodoende de toegang tot de derdebetalersregeling te verbeteren en te vereenvoudigen voor welbepaalde doelgroepen. In het licht van de verschillende recente wijzigingen in deze regeling menen de indieners dat het aangewezen is een globale en goed onderbouwde evaluatie van het verruimingsproces te voorzien en dit uiterlijk op 1 januari 2014, waarbij eveneens de mogelijkheid van een veralgemeende invoering onder ogen genomen wordt (zie amendement nr. 6).

Nr. 2 VAN MEVROUW TEMMERMAN EN DE
HEER VANDENBROUCKE

Art. 2

Dit artikel weglaten.

Zie:

Stukken van de Senaat :

5-203 - BZ 2010 :

Nr. 1 : Wetsvoorstel van mevrouw Temmerman en de heer Vandembroucke.

Justification

Cet article est sans objet dans la proposition de loi amendée.

N^o 3 DE MME TEMMERMAN ET
M. VANDENBROUCKE

Art. 3

Remplacer cet article par ce qui suit :

« Dans l'article 53, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifiée en dernier lieu par la loi du 19 décembre 2008, les alinéas 8 et 9 sont remplacés par quatre alinéas rédigés comme suit :

« Les dispensateurs de soins ont le droit d'appliquer le régime du tiers payant de leur propre initiative.

Les dispensateurs de soins sont tenus d'appliquer le régime du tiers payant pour le paiement des interventions suivantes :

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

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

— l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de biologie clinique dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés;

— l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de santé dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein par mammographie;

— l'intervention de l'assurance dans le coût de toutes les prestations de santé dispensées par des médecins généralistes, des médecins spécialistes, des dentistes, des kinésithérapeutes et des infirmiers dans le cadre des soins à domicile, aux personnes suivantes :

1^o les bénéficiaires qui décèdent en cours de traitement ou qui se trouvent dans un état comateux;

2^o les bénéficiaires de l'intervention majorée, au sens de l'article 37, §§ 1^{er} et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ainsi que les titulaires, au sens de l'article 32, alinéa 1^{er}, 13^o et 15^o, de la même loi, et les personnes à leur charge, s'ils bénéficient de l'intervention majorée;

3^o les titulaires et les personnes à leur charge qui sont dispensés de l'obligation de cotisation parce que

Verantwoording

In het geamendeerde wetsvoorstel is dit artikel zonder voorwerp.

Nr. 3 VAN MEVROUW TEMMERMAN EN DE
HEER VANDENBROUCKE

Art. 3

Dit artikel vervangen als volgt :

« 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, wordt het achtste en negende lid vervangen door vier leden die luiden als volgt :

« Zorgverleners hebben het recht om op eigen initiatief de derdebetalersregeling toe te passen.

Het toepassen van de derdebetalersregeling is voor zorgverleners verplicht voor het betalen van :

— de verzekeringstegemoetkoming in de verpleegdagprijs en de hiermee gelijkgestelde verstrekkingen;

— de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van alle geneeskundige verstrekkingen die verleend worden tijdens een hospitalisatie;

— de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden;

— de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen in het kader van de georganiseerde mammografische borstkankerscreening;

— de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van alle verstrekkingen die verleend worden door huisartsen, geneesheren-specialisten, tandartsen, kinesitherapeuten en door verpleegkundigen in het kader van de thuisverpleging, aan de volgende personen :

1^o de rechthebbenden die tijdens de behandeling overlijden of zich in comateuze toestand bevinden;

2^o de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37 § 1 en § 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 alsmede aan de gerechtigden, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 13^o en 15^o van dezelfde wet en hun personen ten laste, indien zij de verhoogde tegemoetkoming genieten;

3^o de gerechtigden en hun personen ten laste die, omdat het jaarlijks bruto belastbaar gezinsinkomen

les revenus annuels bruts imposables de leur ménage ne sont pas supérieurs au montant visé à l'article 14, § 1^{er}, 4^o, de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale;

4^o les bénéficiaires qui sont pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en chômage contrôlé, ainsi que les personnes qui sont à leur charge;

5^o les bénéficiaires qui remplissent les conditions médico-sociales pour obtenir le droit aux allocations familiales majorées conformément à l'article 47 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés ou conformément à l'article 20 de l'arrêté royal du 8 avril 1976 établissant le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants, et les personnes qui sont à leur charge;

6^o les bénéficiaires qui, au cours de l'année civile précédente, entraient en ligne de compte pour le maximum à facturer visé dans la loi du 5 juin 2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé;

7^o les bénéficiaires n'ayant pas encore atteint l'âge de vingt-six ans.

Le Roi détermine, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, les modalités de l'application obligatoire du régime du tiers payant. Le Roi peut étendre par un arrêté délibéré en Conseil des ministres l'application obligatoire du régime du tiers payant.

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

Justification

Premier alinéa ajouté :

Dans le cadre d'une application élargie du régime du tiers payant, les auteurs souhaitent annuler les interdictions qui frappent l'application du régime du tiers payant. Cela signifie que les prestataires de soins peuvent toujours appliquer le régime du tiers payant de leur propre initiative. Dans l'état actuel de la législation, les interdictions figurent à l'article 6 de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution du régime du tiers payant. Les interdictions et les exceptions à celles-ci font que la procédure du régime du tiers payant est extrêmement complexe et que son application est peu fréquente. Si le régime du tiers payant a fait l'objet d'interdictions, c'est parce que l'on a voulu prévenir une surconsommation de soins par le patient. Toutefois, la surconsommation de soins est essentiellement le fait de certains prestataires de soins. On doit y mettre fin non pas en obligeant les patients à payer les soins en espèces, mais en tentant systématiquement de l'exposer au grand jour et en l'assortissant de lourdes peines. En interdisant l'application du régime du tiers payant, on empêche les patients de recourir à certains soins qui devraient être accessibles sans restriction aucune conformément aux recommandations internationales (notamment

niet hoger is dan het bedrag bedoeld in artikel 14 § 1, 4^o, van de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie, vrijgesteld zijn van bijdrageplicht;

4^o de rechthebbenden die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecontroleerde werklozen zij en hun personen ten laste;

5^o de rechthebbenden die voldoen aan de medisch-sociale voorwaarden om recht te geven op de verhoogde kinderbijslag overeenkomstig artikel 47 van de gecoördineerde wetten betreffende de kinderbijslag voor loonarbeiders of overeenkomstig artikel 20 van het koninklijk besluit van 8 april 1976 houdende regeling van de gezinsbijslagen ten voordele van de zelfstandigen en van de personen die te hunnen laste zijn;

6^o de rechthebbenden die in het voorgaande kalenderjaar in aanmerking kwamen voor de maximumfactuur, bedoeld in de wet van 5 juni 2002 betreffende de maximumfactuur in de verzekering voor geneeskundige verzorging.

7^o de rechthebbenden die de leeftijd van 26 jaar nog niet bereikt hebben.

De Koning bepaalt bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad de nadere regels voor de verplichte toepassing van de derdebetalersregeling. De Koning kan bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad de verplichte toepassing van de derdebetalersregeling uitbreiden.

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

Verantwoording

Eerste toegevoegde lid :

In het kader van een verruimde toepassing van de derdebetalersregeling wensen de indieners de verboden inzake de toepassing van de derdebetalersregeling af te schaffen. Dit betekent dat zorgverstrekkers steeds op eigen initiatief de derdebetalersregeling kunnen toepassen. De verboden zijn in de huidige stand van de wetgeving opgenomen in artikel 6 van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 dat de uitvoering van de derdebetalersregeling regelt. De verbodsregels en eraan toegevoegde uitzonderingen maken de procedure van de derdebetalersregeling uiterst complex en is een van de redenen van de lage toepassingsgraad. De historische reden van het verbod van derdebetalersregeling was het voorkomen van overconsumptie van zorg door de patiënt. Het probleem van overconsumptie ligt evenwel vooral bij sommige zorgverstrekkers. Dat moet niet worden bestreden door contante betaling op te leggen aan hun patiënten, maar door systematische opsporing en strenge bestraffing. Door het verbod op toepassing derdebetalersregeling worden zorgen afgeremd die zonder enige beperking toegankelijk zouden moeten zijn conform internationale aanbevelingen (zoals contacten met huisartsen en tandartsen). Het

des consultations de médecins généralistes et de dentistes). L'interdiction a plutôt pour effet de réduire la consommation de soins de première ligne.

Deuxième alinéa ajouté :

Dans la proposition de loi amendée, les dispositions relatives à l'application obligatoire du régime du tiers payant, visées dans l'article 5 de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution du régime du tiers payant, figurent à l'article 53, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. En inscrivant ces dispositions dans la loi, le législateur offre une protection plus stable aux bénéficiaires. Tant les bénéficiaires que les prestataires de soins ont droit à davantage de continuité et de sécurité juridique concernant le mode de paiement de l'intervention de l'assurance : soit par le système du remboursement, soit par le régime du tiers payant.

La proposition telle qu'elle est amendée instaure également l'obligation, pour les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les dentistes, les kinésithérapeutes et les infirmiers à domicile, d'appliquer le régime du tiers payant à un certain nombre de groupes cibles de patients, énumérés à l'article 6 de l'arrêté royal du 10 octobre 1986, à l'exception des bénéficiaires qui se trouvent de manière ponctuelle dans une situation précaire au niveau financier (vu qu'il n'est pas question, dans ce cas, d'une situation structurellement précaire au niveau des revenus), ainsi qu'aux groupes suivants :

— les bénéficiaires qui, au cours de l'année civile précédente, avaient droit au maximum à facturer, ainsi qu'il était déjà prévu dans l'article 5 initial de la proposition de loi à l'examen (point 7°);

— les personnes n'ayant pas encore atteint l'âge de 26 ans, ainsi qu'il était également prévu dans l'article 5 initial de la proposition de loi à l'examen (point 8°).

L'arrêté royal actuel fait référence aux bénéficiaires de l'intervention majorée (IM) au sens de l'article 37, §§ 1^{er} et 19, de la loi SSI. L'article 37, § 1^{er}, concerne les bénéficiaires de l'intervention majorée; les bénéficiaires du statut Omnio bénéficient également de l'intervention majorée de l'assurance. Étant donné que l'arrêté royal actuel fait déjà référence aux bénéficiaires du statut Omnio, il est inutile de mentionner cette catégorie une deuxième fois, comme le prévoyait la proposition de loi initiale.

Troisième alinéa ajouté :

Les règles pour l'exécution de l'application obligatoire, de même qu'une extension éventuelle du champ d'application relèvent de la compétence du Roi.

Quatrième alinéa ajouté :

Il paraît souhaitable, selon les auteurs, de prévoir explicitement dans la loi qu'un monitoring permanent du régime du tiers payant sera organisé afin de prévenir les cas de fraude (comme c'est le cas actuellement pour les dentistes).

N^o 4 DE MME TEMMERMAN ET M. VANDENBROUCKE

Art. 4

Supprimer cet article.

Justification

Cet article est sans objet dans la proposition de loi amendée.

verbod werkt dus eerder onderconsumptie van eerstelijnszorg in de hand.

Tweede toegevoegde lid :

In het geamendeerde wetsvoorstel worden de bepalingen inzake de verplichte toepassing van de derdebetalersregeling zoals voorzien in artikel 5 van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986, dat de uitvoering van de derdebetalersregeling regelt opgenomen in artikel 53, § 1 van de GVVU-wet. Door deze bepalingen in de wet te verankeren creëert de wetgever voor de rechthebbenden een stabielere bescherming. Rechthebbenden zowel als zorgverstrekkers hebben recht op meer continuïteit en rechtszekerheid inzake de wijze waarop de verzekeringstegemoetkoming wordt uitbetaald: hetzij via de terugbetalingregeling, hetzij via de derdebetalersregeling.

Het geamendeerde voorstel voert aanvullend een verplichting voor huisartsen, specialisten, tandartsen, kinesitherapeuten en thuisverpleegkundigen in van de toepassing van de derdebetalersregeling voor enkele wel omschreven doelgroepen van patiënten, die in het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 worden opgesomd in artikel 6, met uitzondering van de rechthebbenden die zich in een occasionele financiële noodsituatie bevinden (aangezien er in dit geval geen sprake is van een structurele precare inkomenssituatie), aangevuld met de volgende groepen :

— de rechthebbenden op de maximumfactuur in het voorafgaande jaar, zoals ook voorzien was in het oorspronkelijke artikel 5 van dit wetsvoorstel (punt 7°).

— personen tot de leeftijd van 26 jaar, zoals ook voorzien was in het oorspronkelijke artikel 5 van dit wetsvoorstel (punt 8°)

Het huidige koninklijk besluit verwijst naar rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming (VT) bedoeld in artikel 37, §§ 1 en 19 van de GVVU wet. Art 37, § 1 betreft rechthebbenden VT, de rechthebbenden van het statuut OMNIO genieten dezelfde verhoogde verzekeringstegemoetkoming. Het koninklijk besluit verwijst dus reeds naar rechthebbenden OMNIO en het heeft geen zin deze categorie een tweede maal op te nemen, zoals dit was voorzien in het oorspronkelijke wetsvoorstel.

Derde toegevoegde lid :

De regels voor de uitvoering van de verplichte toepassing evenals een mogelijke uitbreiding van het toepassingsgebied behoren tot de bevoegdheid van de Koning.

Vierde toegevoegde lid :

Het lijkt voor de indieners wenselijk om expliciet bij wet te voorzien dat er een permanente monitoring van de derdebetalersregeling opgezet zal worden om fraude te voorkomen (zoals nu al voor de tandartsen het geval is).

Nr. 4 VAN MEVROUW TEMMERMAN EN DE HEER VANDENBROUCKE

Art. 4

Dit artikel weglaten.

Verantwoording

In het geamendeerde wetsvoorstel is dit artikel zonder voorwerp.

N^o 5 DE MME TEMMERMAN ET
M. VANDENBROUCKE

Art. 5

Supprimer cet article.

Justification

Cet article est sans objet dans la proposition de loi amendée.

N^o 6 DE MME TEMMERMAN ET
M. VANDENBROUCKE

Art. 6

Remplacer cet article comme suit :

«Le gouvernement évalue, au plus tard le 1^{er} janvier 2014, l'utilité de l'extension du régime du tiers payant instaurée en vertu de la loi du ... étendant le régime du tiers payant et examine s'il est souhaitable de procéder à une généralisation en vertu de laquelle le prestataire de soins, le service ou l'institution reçoit directement de l'organisme assureur le paiement de l'intervention due dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Cette évaluation tient compte en particulier des éléments suivants :

— *la résolution du 14 janvier 2010 visant à étendre le régime du tiers payant social;*

— *l'état d'avancement de la mise en œuvre du réseau MyCareNet;*

— *les recommandations formulées par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé, créé par chapitre 2, titre III de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, sur la base d'une comparaison internationale du système de remboursement et d'une évaluation de l'utilité des modifications apportées au régime du tiers payant depuis l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, §1^{er}, alinéa 8, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en particulier la modification du régime du tiers payant par l'arrêté royal précité et les modifications apportées sur la base de la loi du ... visant à étendre le régime du tiers payant social;*

— *le souci de simplification administrative;*

— *l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, institué par l'article 21 de la loi relative à l'assurance*

Nr. 5 VAN MEVROUW TEMMERMAN EN DE
HEER VANDENBROUCKE

Art. 5

Dit artikel weglaten.

Verantwoording

In het geamendeerde wetsvoorstel is dit artikel zonder voorwerp.

Nr. 6 VAN MEVROUW TEMMERMAN EN DE
HEER VANDENBROUCKE

Art. 6

Dit artikel vervangen als volgt :

«De regering evalueert uiterlijk op 1 januari 2014 de doelmatigheid van de verruiming van de derdebetalersregeling die krachtens de wet van ... ter verruiming van de derdebetalersregeling tot stand kwam en gaat na of een veralgemening, waarbij de zorgverlener, dienst of inrichting de betaling van de in het kader van de verplichte ziekteverzekering verschuldigde tegemoetkoming steeds rechtstreeks ontvangt van de verzekeringsinstelling, wenselijk is. Deze evaluatie houdt in het bijzonder rekening met de volgende elementen :

— *de resolutie van 14 januari 2010 betreffende uitbreiding van het systeem van de sociale derde betaler;*

— *de stand van zaken van de uitvoering van MyCareNet;*

— *de aanbevelingen van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, ingesteld bij hoofdstuk 2 van Titel III van de programmawet (I) van 24 december 2002, op basis van een internationale vergelijking van het terugbetalingssysteem en een evaluatie van de doelmatigheid van de wijzigingen in de derdebetalersregeling sinds de inwerkingtreding van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, § 1, achtste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in het bijzonder de wijziging van de derdebetalersregeling door het koninklijk besluit en van de wijzigingen doorgevoerd op basis van de wet van ... ter verruiming van de derdebetalersregeling;*

— *het streven naar administratieve vereenvoudiging;*

— *het advies van het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige verzorging ingesteld bij artikel 21*

soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. »

Justification

Le présent amendement vise à prévoir dans la loi que le gouvernement procédera, au plus tard le 1^{er} janvier 2014, à une évaluation du système actuel de remboursement et de l'extension du régime du tiers payant, sur la base d'une liste de critères bien définis susceptible d'être complétée. Cette évaluation permettra de mesurer l'efficacité des mesures d'extension mises en œuvre et d'examiner s'il est souhaitable de généraliser le régime du tiers payant en remplacement du système de remboursement actuel.

N^o 7 DE MME **TEMMERMAN** ET
M. **VANDENBROUCKE**

Art. 7

Remplacer cet article comme suit :

« La présente loi entre en vigueur à la date fixée par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, et au plus tard le 1^{er} janvier 2013. »

Justification

Il convient d'adapter la date d'entrée en vigueur à la lumière des amendements déposés à la proposition.

N^o 8 DE M. **IDE** ET CONSORTS

Art. 2

Remplacer cet article par ce qui suit :

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

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

« Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, en cas d'application du régime du tiers payant, aux organismes assureurs et aux bénéficiaires 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 et où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35, § 1^{er}, cette

van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. »

Verantwoording

Er wordt bij wet voorzien dat de regering uiterlijk op 1 januari 2014 een evaluatie zal uitvoeren, op basis van een aantal welomschreven criteria die nog aangevuld kunnen worden, van het bestaande terugbetalingssysteem en van de verruiming van de derdebetalersregeling. Daarmee kan worden nagegaan wat de doelmatigheid is van de doorgevoerde verruimingsoperaties en of een veralgemening van de derdebetalersregeling ter vervanging van het bestaande terugbetalingssysteem wenselijk is.

Nr. 7 VAN MEVROUW **TEMMERMAN** EN DE
HEER **VANDENBROUCKE**

Art. 7

Dit artikel vervangen als volgt :

« Deze wet treedt in werking op de datum bepaald door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en uiterlijk op 1 januari 2013. »

Verantwoording

De datum van inwerkingtreding dient aangepast te worden aan de amendering van het wetsvoorstel.

Marleen **TEMMERMAN**.
Frank **VANDENBROUCKE**.

Nr. 8 VAN DE HEER **IDE** C.S.

Art. 2

Dit artikel vervangen als volgt :

« 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^o 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 of, bij toepassing van de derdebetalersregeling, aan de verzekeringsinstellingen en de rechthebbenden 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, en waarop de verrichte verstrekkingen zijn vermeld; verstrekkingen opgeno-

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. En cas d'application du régime du tiers payant, l'attestation précitée est délivrée aussi bien aux bénéficiaires qu'aux organismes assureurs. Le coût total et le montant du ticket modérateur sont mentionnés sur l'attestation destinée au bénéficiaire. »;

2° 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. Le délai entre le dépôt, par le dispensateur de soins, des documents de facturation pour soins ambulatoires, d'une part, et le paiement effectué par l'organisme assureur au dispensateur de soins, d'autre part, ne peut excéder 30 jours. À défaut de paiement dans ce délai, des intérêts moratoires sont dus de plein droit et sans aucune mise en demeure préalable. Dans le même délai, l'organisme assureur délivre au bénéficiaire une quittance sur laquelle figure le coût total des prestations fournies ainsi que le montant qui reste à charge du bénéficiaire. Pour toute prestation, un minimum de 10 % du coût total reste à charge du bénéficiaire. »;

3° le dernier alinéa est abrogé. ».

Justification

Le présent amendement vise à compléter la proposition de loi n° 5-203/1 sur les points suivants :

1. Un paiement plus rapide des prestations de soins ambulatoires aux dispensateurs de soins qui appliquent le régime du tiers payant

Les auteurs du présent amendement veulent éviter que soit mise en péril la continuité du remboursement au prestataire de soins qui dispense des soins ambulatoires.

La généralisation du régime du tiers payant implique, en effet, le report du paiement des honoraires au dispensateur de soins.

Compte tenu de leur nature et de leur volume, ces prestations ambulatoires peuvent et doivent faire l'objet d'une procédure accélérée de remboursement.

C'est la raison pour laquelle le présent amendement prévoit explicitement que le délai entre le dépôt des documents de

men 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. In geval van derdebetalersregeling wordt bovenstaand getuigschrift zowel aan de rechthebbenden als aan de verzekeringsinstellingen afgeleverd. Op het getuigschrift bestemd voor de rechthebbende zijn de volledige kostprijs alsook het remgeld vermeld. »;

2° 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. De termijn tussen het indienen van de factureringsstukken voor ambulante zorgen door de zorgverlener enerzijds en de betaling van de verzekeringsinstelling aan de zorgverlener anderzijds mag maximaal 30 dagen bedragen. Bij niet betaling binnen deze termijn zijn van rechtswege en zonder enige voorafgaande ingebrekestelling moratoire interesten verschuldigd. Binnen dezelfde termijn levert de verzekeringsinstelling een kwijtschrift af aan de rechthebbende. Op dit kwijtschrift wordt de volledige kostprijs van de verleende verstrekkingen vermeld alsook het bedrag dat ten laste van de rechthebbende blijft. Voor elke verstrekking blijft minimaal 10 % ten laste van de rechthebbende. »;

3° het laatste lid wordt opgeheven. »

Verantwoording

Dit amendement heeft tot doel het wetsvoorstel 5-203/1 aan te vullen op de volgende punten :

1. De versnelde uitbetaling voor ambulante zorgen aan zorgverleners die de derdebetalersregeling toepassen.

De indieners van dit amendement wensen te vermijden dat de continuïteit van de terugbetaling van de zorgverlener die ambulante zorgen verstrekt in het gedrang komt.

Immers, de veralgemening van de regeling betalende derde impliceert uitstel van betaling van het ereloon van de zorgverlener.

Gelet op de aard en het aantal van deze ambulante verstrekkingen kan en moet er voorzien worden in een versnelde procedure van terugbetaling voor ambulante zorgen.

Daarom wordt uitdrukkelijk bepaald dat de termijn tussen het indienen van de factureringsstukken en de uitbetaling door de

facturation, d'une part, et le paiement effectué par l'organisme assureur, d'autre part, ne peut excéder trente jours civils. En cas de défaut de paiement dans le délai imparti, des intérêts moratoires seront dus, de plein droit et sans mise en demeure, par l'organisme assureur au dispensateur de soins.

2. La responsabilisation du bénéficiaire et la prévention de la surconsommation

La généralisation du régime du tiers payant ne peut pas donner l'impression que les soins de santé sont gratuits. Pour toute prestation, le dispensateur de soins devra percevoir un ticket modérateur d'un montant au moins équivalent à 10 % du coût total.

Par ailleurs, les auteurs du présent amendement souhaitent profiter de la généralisation du régime du tiers payant pour responsabiliser les bénéficiaires quant au coût des soins de santé. À cet effet, il est prévu que l'organisme assureur envoie au bénéficiaire, dans un délai ne pouvant excéder trente jours civils, une quittance sur laquelle figure explicitement le coût total de la prestation ainsi que le montant qui reste à la charge du bénéficiaire. Le patient recevra également du médecin une copie du bordereau lui permettant d'avoir connaissance du coût total au moment du paiement. Pour ce faire, l'on pourrait envisager, par exemple, que l'attestation comprenne trois volets au lieu de deux. Lorsque la plate-forme eHealth sera installée, une quittance sera générée pour le patient, sur laquelle figurera également un message de sensibilisation concernant le coût total.

Le présent amendement vise en outre à supprimer les mots « , sur la proposition de la commission de conventions ou d'accords compétente en fonction de la nature des prestations, » dans l'article 53, § 1^{er}, parce que le régime doit également pouvoir être appliqué dans l'hypothèse où aucune commission de conventions ou d'accords n'a été instituée.

N° 9 DE M. IDE ET CONSORTS

(Sous-amendement à l'amendement n° 6)

Art. 6

Compléter l'article 6 proposé par ce qui suit :

« — l'existence d'une surconsommation et d'abus éventuels;

— l'existence de la nécessité d'un contrôle en cas de surconsommation et d'abus;

— la mesure de la charge administrative;

— l'analyse de la charge administrative occasionnée par la plateforme e-Health. »

Justification

Les modifications proposées dans le texte à l'examen peuvent entraîner de nombreux effets secondaires, tels que des abus ou une surcharge administrative. Il serait donc judicieux de vérifier si ces effets secondaires sont présents et, dans l'affirmative, d'examiner comment le système doit encore être modifié.

verzekeringsinstelling maximaal dertig kalenderdagen mag bedragen. Indien de verzekeringsinstelling in gebreke blijft zijn van rechtswege, zonder dat daartoe een aanmaning dient te gebeuren, moratoire interesten verschuldigd aan de zorgverlener.

2. De responsabilisering van de rechthebbende en vermijden van overconsumptie.

Een veralgemening van de regeling betalende derde mag niet tot perceptie van een gratis gezondheidszorg leiden. Voor elke prestaties moet er minimaal 10 % remgeld geïnd worden door de zorgverlener.

Bovendien wensen de indieners van het amendement de veralgemening van de derdebetalersregeling aan te grijpen om de rechthebbende te responsabiliseren met betrekking tot de kostprijs van gezondheidszorg. Hiertoe bezorgt de verzekeringsinstelling de rechthebbende binnen een termijn van maximaal dertig kalenderdagen een kwijtschrift waarop expliciet de volledige kostprijs van de prestatie vermeld wordt, alsook het bedrag dat ten laste van de rechthebbende blijft. De patiënt ontvangt van de arts ook een afschrift-strookje waardoor hij ook de volledige kostprijs kent bij betaling. Dit kan bijvoorbeeld mogelijk gemaakt worden doordat het getuigschrift 3 luiken in plaats van 2 luiken bevat. Bij in voege treding van eHealth wordt een kwijtschrift voor de patiënt gegenereerd waarop eveneens een sensibiliserende tekst staat met betrekking tot de totale kostprijs.

«Op voorstel van de volgens de aard van de verstrekkingen bevoegde overeenkomsten- of akkoordcommissie» wordt weggelaten in het eerste lid van artikel 53, § 1 omdat de regeling ook van toepassing moet kunnen zijn indien er geen overeenkomsten- of akkoordcommissie opgericht is.

Nr. 9 VAN DE HEER IDE C.S.

(Subamendement op het amendement nr. 6)

Art. 6

Het voorgestelde artikel 6 aanvullen als volgt :

— het nagaan van eventuele overconsumptie en misbruiken;

— het nagaan van de nood aan controle in geval van overconsumptie en misbruik;

— het meten van administratieve belasting;

— het onderzoeken van administratieve belasting door e-health.

Verantwoording

Deze veranderingen kunnen tal van mogelijke neveneffecten met zich meebrengen, zoals mogelijk misbruik, administratieve belasting. Een analyse naar het al dan niet aanwezig zijn van deze neveneffecten is aangeraden, en indien dergelijke analyse dit bevestigt, kan er worden gekeken hoe het systeem verder dient te worden aangepast.

N° 10 DE M. IDE ET CONSORTS

Art. 6/1 (nouveau)

Insérer un article 6/1 rédigé comme suit :

« Dans la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, le texte de l'article 122 est remplacé par ce qui suit :

« Art. 122. Il est réclamé aux patients qui se présentent dans une unité de soins d'urgence d'un hôpital une contribution forfaitaire de 12,50 euros.

Cette contribution n'est pas réclamée dans les situations suivantes :

1° lorsque le patient est référé vers l'unité de soins d'urgence par un médecin qui lui a remis une lettre d'envoi;

2° lorsque le patient est amené à l'unité de soins d'urgence en application de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente, ou par les services de police;

3° lorsque le patient est admis à l'hôpital via l'unité de soins d'urgence pour au moins une nuit ou en hospitalisation de jour telle que visée en exécution de l'article 90, § 3, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, ou s'il y reste en observation pendant au moins 12 heures.

Chaque mois, les hôpitaux transmettent aux organismes assureurs visés à l'article 2, i., de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, chaque perception visée à l'alinéa 1^{er} du mois écoulé, et ce conformément aux modalités fixées par le Comité de l'assurance soins de santé visé à l'article 21 de la même loi. »

Justification

L'extension du régime du tiers payant devrait permettre de juguler encore mieux le recours abusif aux facilités offertes par les services des urgences. Les deux mesures visent à rendre les soins plus accessibles et à utiliser efficacement les moyens de l'assurance-maladie.

La présente proposition poursuit les objectifs suivants :

— accroître l'efficacité du service des urgences dans les hôpitaux en canalisant l'afflux de demandes abusives (ou inopportunes) vers les soins de première ligne;

— tirer pleinement parti à la fois des soins de première ligne et des services des urgences et mettre fin à la concurrence qui règne parfois entre ces deux types de soins;

— changer le comportement des gens qui, de manière systématique, se rendent en premier lieu au service des urgences et n'ont pas de médecin généraliste (attitré).

Nr. 10 VAN DE HEER IDE C.S.

Art. 6/1 (nieuw)

Een artikel 6/1 invoegen, luidende :

« In de Wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, wordt artikel 122 vervangen als volgt :

« Art. 122. Er wordt een forfaitaire bijdrage van 12,50 euro geïnd van de patiënten die zich in een eenheid voor spoedgevallenzorg van een ziekenhuis melden.

Deze bijdrage wordt niet geïnd indien :

1° de patiënt naar de eenheid voor spoedgevallenzorg wordt doorverwezen door een arts met een verwijfsbrief;

2° de patiënt in de eenheid voor spoedgevallenzorg wordt binnengebracht bij toepassing van de wet van 8 juli 1964 op de dringende geneeskundige hulpverlening, of door de politiediensten;

3° de patiënt via de eenheid voor spoedgevallenzorg wordt opgenomen in het ziekenhuis voor ten minste één nacht of in daghospitalisatie zoals bedoeld in uitvoering van artikel 90, § 3, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, of er gedurende ten minste 12 uren geobserveerd wordt.

De ziekenhuizen delen maandelijks aan de verzekeringsinstellingen, bedoeld in artikel 2, i., van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, elke in het eerste lid bedoelde inning van de afgelopen maand mee, en dit overeenkomstig de modaliteiten vastgesteld door het Comité van de verzekering geneeskundige verzorging, bedoeld in artikel 21 van dezelfde wet. »

Verantwoording

Gelet op de verruiming van de regeling betalende derde kan het oneigenlijk gebruik van de faciliteiten op spoedopname verder ingeperkt worden. Beide maatregelen beogen een betere toegankelijkheid van de zorg en een efficiënte aanwending van de middelen van de ziekteverzekering.

Dit voorstel heeft tot doel :

— de efficiëntie van de spoedopname in ziekenhuizen te verhogen door de toestroom van oneigenlijke (of ongepaste) vragen te kanaliseren naar de eerstelijnszorg;

— zowel de eerstelijnszorg als de spoedopname ten volle te valoriseren en de concurrentie die soms tussen beide heerst, uit de wereld te helpen;

— de attitude bij mensen te veranderen die steevast eerst naar de spoeddienst gaan en over geen (vaste) huisarts beschikken.

Dans cette optique, les hôpitaux réclameront toujours une contribution forfaitaire aux patients qui s'adressent à une unité de soins d'urgence sans qu'il y ait réellement urgence médicale. Le montant à percevoir est fixé à 12,5 euros. Il s'agit d'un ticket modérateur qui est payé sur place.

L'hôpital ne réclamera aucune contribution dans les seuls cas suivants :

1° lorsque le patient est amené à l'unité de soins d'urgence en application de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente, ou par les services de police;

2° lorsque le patient est admis à l'hôpital via l'unité de soins d'urgence pour au moins une nuit ou en hospitalisation de jour telle que visée en exécution de l'article 90, § 3, de la loi relative aux hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, ou s'il y reste en observation pendant au moins 12 heures;

3° lorsque le patient est renvoyé vers l'unité de soins d'urgence par un médecin qui lui a remis une lettre d'envoi.

Chaque mois, les hôpitaux transmettent aux organismes assureurs le montant de la perception du mois écoulé conformément aux modalités fixées par le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

N° 11 de M. IDE ET CONSORTS

(Sous-amendement à l'amendement n° 4)

Art. 4

Remplacer cet article par ce qui suit :

« L'article 5 de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est complété par un nouvel alinéa rédigé comme suit :

« Sous réserve de la disposition de l'article 6, l'application du régime du tiers payant est possible à la demande du patient et pour l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de santé dispensées par des médecins généralistes, des dentistes, des kinésithérapeutes et des infirmiers dans le cadre des soins à domicile, aux personnes suivantes :

1° les bénéficiaires qui décèdent en cours de traitement ou qui se trouvent dans un état comateux;

2° les bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle occasionnelle de détresse.

Pour les prestations visées à l'article 5 de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984, cela se passe à la demande du patient, étayée d'une déclaration sur l'honneur rédigée et signée de la main du patient, faisant état de ce qu'il se trouve dans une situation où la réglementation permet l'application du

Daarom zal een ziekenhuis steeds een forfaitaire bijdrage innen van de patiënten die zich zonder medisch urgentie tot een eenheid van de spoedgevallenzorg wenden. Het te innen bedrag wordt vastgelegd op 12,5 EURO. Dit is een remgeld dat ter plaatse wordt betaald.

Enkel in de volgende gevallen zal het ziekenhuis geen bijdrage heffen :

1° de patiënt wordt in de eenheid voor spoedgevallenzorg binnengebracht bij toepassing van de wet van 8 juli 1964 op de dringende geneeskundige hulpverlening, of door de politiediensten;

2° de patiënt wordt via de eenheid voor spoedgevallenzorg opgenomen in het ziekenhuis voor ten minste één nacht of in daghospitalisatie zoals bedoeld in uitvoering van artikel 90, § 3, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, of er gedurende ten minste 12 uren geobserveerd;

3° de patiënt wordt naar de eenheid voor spoedgevallenzorg doorverwezen door een arts, met een verwijfsbrief.

De ziekenhuizen delen maandelijks aan de verzekeringsinstellingen het bedrag van de inning van de afgelopen maand mee volgens de modaliteiten vastgesteld door het Comité van de verzekering geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Nr. 11 VAN DE HEER IDE C.S.

(Subamendement op het amendement nr. 4)

Art. 4

Dit artikel vervangen als volgt :

« Artikel 5 van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, § 1, negende lid, van de wet betreffende de verplichte verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt aangevuld met een nieuw lid, luidende :

« Onder voorbehoud van de bepaling van artikel 6 is het toepassen van de derdebetalersregeling mogelijk op vraag van de patiënt en dit voor de verzekerings tegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen die verleend worden door huisartsen, tandartsen, kinesitherapeuten en door verpleegkundigen in het kader van de thuisverpleging, aan de rechthebbenden die voldoen aan de volgende voorwaarden :

1° aan rechthebbenden die tijdens de behandeling overlijden of zich in comateuze toestand bevinden;

2° aan de rechthebbenden die zich in een occasionele individuele financiële noodsituatie bevinden;

Voor de verstrekkingen uit artikel 5 van de bijlage bij het voornoemde koninklijk besluit van 14 september 1984, 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 reglemente-

régime du tiers payant. Cette déclaration est jointe à l'attestation de soins.

La dispensation de prestations de santé via le régime du tiers payant aux bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle occasionnelle de détresse est néanmoins impossible pour les prestations dispensées par des praticiens de l'art dentaire auxquels le régime du tiers payant est retiré en application de l'article 4bis, § 5, 1^o, et ceci pour la durée de ce retrait.

3^o les bénéficiaires de l'intervention majorée, au sens de l'article 37, §§ 1^{er} et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ainsi que les titulaires, au sens de l'article 32, alinéa 1^{er}, 13^o et 15^o de la même loi et leurs personnes à charge, s'ils bénéficient de l'intervention majorée;

4^o les titulaires et les personnes à leur charge qui sont dispensés de l'obligation de cotisation conformément à l'article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, parce que les revenus annuels bruts imposables de leur ménage ne sont pas supérieurs au montant visé à l'article 14, § 1^{er}, 4^o de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale;

5^o les bénéficiaires qui sont pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en chômage contrôlé, qui ont depuis au moins six mois la qualité de chômeur complet au sens de la réglementation relative au chômage, et qui au sens de cette dernière réglementation ont la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé, ainsi que les personnes qui sont à leur charge;

6^o les bénéficiaires qui remplissent les conditions médico-sociales pour obtenir le droit aux allocations familiales majorées conformément à l'article 47 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés ou conformément à l'article 20 de l'arrêté royal du 8 avril 1976 établissant le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants, et les personnes qui sont à leur charge;

7^o les 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;

ring 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 nood-situatie bevinden is evenwel niet mogelijk voor de verstrekkingen verleend door tandheekkundigen van wie de derdebetalersregeling met toepassing van artikel 4bis, § 5, 1^o, werd ingetrokken en dit voor de duur van de intrekking.

3^o aan de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 1 en § 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 alsmede aan de gerechtigden, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 13^o en 15^o van dezelfde wet en hun personen ten laste, indien zij de verhoogde tegemoetkoming genieten;

4^o aan gerechtigden en aan de personen te hunnen laste die, omdat het jaarlijks bruto belastbaar gezinsinkomen niet hoger is dan het bedrag bedoeld in artikel 14 § 1, 4^o, van de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie, vrijgesteld zijn van bijdrageplicht overeenkomstig artikel 134 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

5^o aan de rechthebbenden die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecontroleerde werklozen zijn, die sedert ten minste zes maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze als bedoeld in de reglementering betreffende de werkloosheid en in de zin van laatstgenoemde reglementering de hoedanigheid hebben van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, alsmede de personen die te hunnen laste zijn;

6^o aan de rechthebbenden die voldoen aan de medisch-sociale voorwaarden om recht te geven op de verhoogde kinderbijslag overeenkomstig artikel 47 van de gecoördineerde wetten betreffende de kinderbijslag voor loonarbeiders of overeenkomstig artikel 20 van het koninklijk besluit van 8 april 1976 houdende regeling van de gezinsbijslagen ten voordele van de zelfstandigen en van de personen die te hunnen laste zijn;

7^o 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.

8° les bénéficiaires n'ayant pas encore atteint l'âge de vingt-six ans. »

Justification

Les auteurs du présent amendement estiment qu'il est préférable d'appliquer le régime du tiers payant à la demande du patient plutôt que de prévoir son application automatique. L'accord médico-mutualiste national 2011 instaure lui aussi un régime du tiers payant non automatique, tout en prévoyant l'obligation de l'appliquer si le patient le demande.

Les médecins spécialistes ne sont pas associés à l'extension du régime du tiers payant, et ce pour les raisons suivantes :

- il y a un risque éventuel de surconsommation;
- il convient d'éviter un accès direct (bon marché) aux spécialistes;
- l'objectif est que le patient consulte d'abord son médecin de famille. Il est également fait référence à la proposition de loi n° 655/1 de M. Louis Ide modifiant l'article 122 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, laquelle prévoit que les patients qui se rendent directement aux services d'urgence sans lettre d'envoi en supportent la responsabilité financière.

8° aan de rechthebbenden die de leeftijd van 26 jaar nog niet bereikt hebben. »

Verantwoording

De indieners van dit amendement zijn van mening dat de sociale derdebetalersregeling best gebeurt op vraag van de patiënt en niet automatisch. Het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2011 voorziet ook een niet-automatische derdebetalersregeling, maar er is wel een verplichting als de patiënt er om vraagt.

De geneesheren-specialisten worden niet betrokken bij de verruiming van de derdebetalersregeling en dit omwille van de volgende redenen :

- Mogelijke dreiging van overconsumptie;
- Vermijden van het gebruik van een (goedkope) directe toegang tot specialisten;
- Het is de bedoeling dat de patiënt in eerste instantie de huisarts raadpleegt. Hiermee wil men eveneens verwijzen naar het wetsvoorstel 5-655/1 van de heer Louis Ide tot vervanging van artikel 122 van de Wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008. Hierin worden de patiënten die rechtstreeks de spoeddiensten raadplegen zonder verwijsbrief, financieel geresponsabiliseerd.

Louis IDE.
Elke SLEURS.
Piet DE BRUYN.