

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

19 mai 2006

PROPOSITION DE LOI

modifiant l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en vue d'instaurer un régime du tiers-payant obligatoire et automatique en faveur des enfants socialement vulnérables

(déposée par Mmes Karin Jiroflée et
Magda de Meyer)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

19 mei 2006

WETSVOORSTEL

tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, achtste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met het doel in een automatische en verplichte derdebetalersregeling te voorzien voor sociaal kwetsbare kinderen

(ingediend door de dames Karin Jiroflée en
Magda De Meyer)

<i>cdH</i>	: Centre démocrate Humaniste
<i>CD&V</i>	: Christen-Democratisch en Vlaams
<i>ECOLO</i>	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
<i>FN</i>	: Front National
<i>MR</i>	: Mouvement Réformateur
<i>N-VA</i>	: Nieuw - Vlaamse Alliantie
<i>PS</i>	: Parti socialiste
<i>sp.a - spirit</i>	: Socialistische Partij Anders - Sociaal progressief internationaal, regionalistisch integraal democratisch toekomstgericht.
<i>Vlaams Belang</i>	: Vlaams Belang
<i>VLD</i>	: Vlaamse Liberalen en Democraten

Abréviations dans la numérotation des publications :

DOC 51 0000/000 : Document parlementaire de la 51e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif

QRVA : Questions et Réponses écrites

CRIV : Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)

CRABV : Compte Rendu Analytique (couverture bleue)

CRIV : Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)

PLEN : Séance plénière

COM : Réunion de commission

MOT : Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :

DOC 51 0000/000 : Parlementair document van de 51e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer

QRVA : Schriftelijke Vragen en Antwoorden

CRIV : Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)

CRABV : Beknopt Verslag (blauwe kaft)

CRIV : Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)

PLEN : Plenum

COM : Commissievergadering

MOT : Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes :
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.laChambre.be

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen :
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.deKamer.be
e-mail : publicaties@deKamer.be

RÉSUMÉ

Les auteurs de la présente proposition de loi entendent faire en sorte que les enfants défavorisés ne soient pas privés de soins de santé lorsque leurs parents ne sont pas en mesure d'avancer les montants nécessaires. Elles proposent dès lors d'instaurer un régime du tiers-payant généralisé pour les prestations effectuées au profit d'enfants dont les parents ne bénéficient que d'un revenu modeste.

SAMENVATTING

De indiensters van dit wetsvoorstel willen vermijden dat kansarme kinderen gezondheidszorgen missen wanneer hun ouders niet in staat zijn de nodige bedragen voor te schieten. Daarom stellen zij voor een veralgemeende derdebetalersregeling in te stellen voor zorgverstrekkingen aan kinderen van wie de ouders slechts een beperkt inkomen genieten.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Contexte

Les causes d'inégalité en matière de maladies et de médecine préventive sont diverses. Un élément important est le coût des soins de santé que les ménages socialement vulnérables ont du mal à supporter. Il est fréquent qu'ils ne soient pas en mesure de payer les factures d'hôpital et nombreuses sont les personnes qui doivent reporter leurs soins médicaux voire y renoncer pour des raisons financières.

Les enfants sont plus particulièrement victimes de cette situation, en raison du report d'importants traitements préventifs, par exemple les visites chez le dentiste ou chez l'ophtalmologue, report à la suite duquel ils peuvent contracter des problèmes médicaux qu'ils traîneront toute leur vie.

Différents facteurs sociologiques ont une incidence sur l'inégalité en matière de santé: le revenu, le travail, le niveau de formation, le logement, l'environnement et leurs conséquences sur le mode de vie. On observe davantage de risques et de problèmes de santé dans les ménages qui sont moins bien classés pour ces paramètres que dans les ménages qui s'en sortent mieux.¹

- Ainsi, 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 également significativement plus élevée: 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 entre 3 et 14 ans souffrant d'asthme sont deux fois plus nombreux chez les employés, 2,85 fois plus nombreux chez les ouvriers qualifiés et 3,14 fois plus nombreux chez les ouvriers non qualifiés que chez les cadres.

- Les adolescents (de 14 à 18 ans) des classes sociales défavorisées sont moins souvent vaccinés contre la polio, le tétanos et la rougeole: la probabilité de n'être pas vacciné contre une maladie est de 1,5 à 4 fois plus élevée chez les enfants de ces classes socia-

¹ *Hoe gezond zijn arme kinderen?*, *Artsenkrant* n° 1705, 18 octobre 2005

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Situering

De oorzaken van ongelijkheid inzake ziektes en ziektepreventie zijn divers. Een belangrijk element is dat gezondheidszorg moeilijk te betalen blijft voor sociaal kwetsbare gezinnen. Vaak kunnen zij de ziekenhuisrekeningen niet betalen en heel wat mensen moeten om financiële redenen hun medische zorgen uitstellen of ervan afzien.

Kinderen zijn hiervan in het bijzonder slachtoffer omdat belangrijke preventieve behandelingen worden uitgesteld, bijv. bij de tandarts en de oogarts, waardoor ze medische schade kunnen oplopen voor de rest van hun leven.

Er zijn verscheidene sociologische factoren te onderscheiden die een impact hebben op de ongelijkheid inzake gezondheid: inkomen, werk, opleidingsniveau, huisvesting, de omgeving en de effecten daarvan op de leefstijl. In gezinnen die laag scoren voor deze parameters komen meer gezondheidsgevaaren en -problemen voor dan in gezinnen die hoger gerangschikt staan.¹

- Zo komt een laag geboortegewicht 1,5 keer vaker voor 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 vergelijking met bedienden.

- Astma, zo blijkt uit de gezondheidsenquête van 1997, komt bij kinderen tussen 3 en 14 jaar tweemaal vaker voor bij bedienden, 2,85 maal vaker bij gekwalificeerde arbeiders en 3,14 maal vaker bij niet-gekwalificeerde arbeiders dan bij kaderleden.

- Adolescenten (14 tot 18 jaar) uit de zwakkere sociale klassen zijn minder vaak ingeënt tegen polio, tetanus en mazelen: de kans dat kinderen uit die klassen niet gevaccineerd zijn tegen een welbepaalde aandoening is 1,5 tot 4 keer hoger dan voor kinderen uit de

¹ *Hoe gezond zijn arme kinderen?*, *Artsenkrant* nr. 1705, 18 oktober 2005.

les que chez les enfants de classes sociales plus élevées. Environ un quart des adolescents des classes sociales défavorisées ne sont pas correctement vaccinés contre le tétanos, et plus d'un tiers ne reçoivent pas la quatrième dose du vaccin contre la polio.

- Il ressort d'une étude de la MC² que les 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.

De nombreux ménages sont confrontés à cette problématique. En dix ans, entre 1990 et 2000, le nombre d'enfants vivant dans la pauvreté dans notre pays a presque doublé (il est passé de 3,8% à 7,7%). C'est ce qui ressort de chiffres de l'Unicef, qui recense les enfants vivant dans des ménages dont le revenu correspond à 50% du revenu moyen, adapté en fonction de la composition du ménage, des allocations sociales, etc.

Il est vrai que des mesures de soutien importantes ont été prises ces derniers temps afin d'améliorer l'accessibilité financière des soins de santé, comme l'accès généralisé à l'assurance-maladie, l'extension de l'intervention majorée pour de nouvelles catégories de bénéficiaires et le filet de sécurité du maximum à facturer. Le système de la médecine forfaitaire dans les centres de santé de quartier et les maisons médicales répond également à un besoin, mais il n'atteint qu'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.

Depuis le Rapport général sur la pauvreté de 1995, on réclame l'extension du système du tiers payant aux soins ambulatoires. Cette exigence a été reconfirmée dans la résolution 44 du rapport annuel le plus récent du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale³.

Réglementation générale

Dans la plupart des pays européens, les organismes d'assurance paient directement les prestataires de soins pour les services rendus aux patients assurés. Il n'en va toutefois pas de même pour des pays comme la Belgique, la France, le Grand-Duché de Luxembourg

hogere sociale klassen. Zowat een vierde van de adolescenten uit de zwakkere klassen is niet correct gevaccineerd tegen tetanus, en meer dan een derde krijgt de vierde dosis van het poliovaccin niet.

- Uit een studie van de CM² blijkt dat gezinnen met een hoger inkomen gemiddeld tweemaal meer op tandartsbezoek gaan dan kinderen uit lage-inkomensgezinnen.

Heel wat gezinnen hebben met deze problematiek te kampen. Op tien jaar tijd, tussen 1990 en 2000, is het aantal kinderen in ons land dat in armoede leeft bijna verdubbeld, van 3,8 tot 7,7%. Dat blijkt uit cijfers van Unicef, dat de kinderen meetelt die leven in gezinnen die 50% van het gemiddelde inkomen krijgen, aangepast in functie van de samenstelling van het gezin, de sociale uitkeringen, enz.

Weliswaar zijn er in de voorbije periode belangrijke ondersteunende maatregelen getroffen om de betaalbaarheid van de gezondheidszorg te verbeteren, zoals de veralgemeende toegang tot de ziekteverzekering, de uitbreiding van de verhoogde tegemoetkoming voor nieuwe categorieën begunstigden en het vangnet van de maximumfactuur. Het systeem van forfaitaire geneeskunde in de wijkgezondheidscentra en de '*maisons médicales*' bieden ook antwoord op een behoefte 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.

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 meest recente jaarrapport van het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting³, wordt deze eis herbevestigd.

Algemene regeling

In de meeste Europese landen betalen de verzekeringsinstellingen rechtstreeks de zorgverstrekkers voor de diensten verleend aan verzekerde patiënten. Dit is evenwel niet het geval voor landen als België, Frankrijk, Luxemburg en gedeeltelijk Nederland waar het

² Mousset, Jean-Philippe; Diels, Joris, Oral health care. Consumption within the Belgian system, MC, 2002, Bruxelles

³ Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, Abolir la pauvreté – une contribution au débat et à l'action politique, décembre 2005;

² Mousset, Jean-Philippe; Diels, Joris, Oral health care. Consumption within the Belgian system, CM, 2002, Brussel

³ Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, Armoede Uitbannen. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie, december 2005;

et, en partie, les Pays-Bas, où le régime de restitution est d'application: le patient paie d'abord le montant intégral au prestataire de soins, puis l'organisme d'assurance rembourse les frais sur la base du certificat reçu, après déduction de l'intervention personnelle (ticket modérateur).

- C'est ainsi qu'en Belgique, le patient moyen paie pour une consultation chez le médecin généraliste 20,44 euros, soit 15,10 euros qu'il avance et 5,34 euros d'intervention personnelle (respectivement 19,06 euros et 1,38 euros pour les patients bénéficiant de l'intervention majorée).

- Pour une visite à domicile, les honoraires sont de 30,68 euros, et le patient se voit rembourser 19,95 euros (28,24 euros s'il bénéficie de l'intervention majorée).

- Un examen de la bouche chez le dentiste coûte 19,61 euros pour les enfants jusqu'à leur douzième anniversaire et le montant est ensuite intégralement remboursé au patient.

- Une consultation chez un pédiatre agréé coûte au patient 31,28 euros dont 19,58 euros lui sont remboursés (28,81 euros s'il bénéficie de l'intervention majorée).

- Un psychiatre demande 55 euros par séance et le patient se voit rembourser 42 euros en tant qu'assuré ordinaire (50 euros s'il bénéficie de l'intervention majorée).

Pour les soins médicaux intensifs et de longue durée en particulier, ces avances sur les honoraires atteignent des montants élevés. 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 multiples visites à brefs intervalles, ce qui met en péril la continuité des soins médicaux.

Régime du tiers payant: mesure existante

Le régime du tiers payant est un système qui évite au patient d'avancer les frais. Des motivations tant sociales et administratives que 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, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le régime du tiers payant peut être appliqué par le dispensateur de soins, pour autant que les prestations ne fassent pas l'objet de dispositions particulières (voir les rubriques ci-dessous).

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).

- Zo betaalt in België de doorsneepatiënt voor een raadpleging bij de huisarts 20,44 EUR, op te delen in 15,10 EUR die hij voorschiet en 5,34 EUR persoonlijke aandeel (resp. 19,06 EUR en 1,38 EUR met verhoogde tegemoetkoming).

- Voor een huisbezoek bedraagt het honorarium 30,68 EUR, de patiënt krijgt achteraf 19,95 EUR terugbetaald (28,24 EUR met verhoogde tegemoetkoming).

- Een mondonderzoek bij de tandarts kost voor kinderen tot de twaalfde verjaardag 19,61 EUR, achteraf krijgt de patiënt dit volledig terugbetaald.

- Voor de raadpleging bij een geaccrediteerde kinderarts betaalt de patiënt 31,28 EUR waarvan hij 19,58 EUR terugkrijgt (28,81 EUR met verhoogde tegemoetkoming).

- Een psychiater vraagt 55 EUR voor een sessie en de patiënt krijgt 42 EUR terug als gewoon verzekerde (50 EUR voor een verhoogde tegemoetkoming).

Zeker bij langdurige en intensieve medische zorgen lopen deze voorschotten op de erelonen hoog op. De bestaande maatregelen (verhoogde tegemoetkoming, maximumfactuur) grijpen hier niet op in omdat zij enkel uitwerking hebben op het remgeld. Het budget van gezinnen met lage inkomens laat niet of amper toe om dergelijke bedragen voor te schieten, zeker als het gaat over veelvuldige bezoeken dit op een korte termijn, waardoor de continuïteit van de medisch zorg in het gedrang komt.

Derdebetalersregeling: bestaande maatregel

De derdebetalersregeling is een systeem dat het voorschieten van kosten door de patiënt voorkomt. Bij de toepassing van dit instrument spelen zowel sociale, administratieve als budgettaire beweegredenen. De derdebetalersregeling is geregeld bij het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, achtste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

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

Le «régime du tiers payant» comporte quatre applications obligatoires (article 5⁴)⁵:

1. l'intervention de l'assurance dans le *prix de la journée d'entretien* et les prestations y assimilées;
2. l'intervention de l'assurance dans le coût de *toutes les prestations de santé dispensées pendant une hospitalisation*;
3. l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de *biologie clinique* dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés et qui sont visées aux articles 3, § 1^{er}, A, II et C, I, 18, § 2, B, e), et 24 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, et à l'article 2, § 2, de l'arrêté royal du 24 septembre 1992 fixant des modalités relatives aux honoraires forfaitaires pour certaines prestations de biologie clinique, dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés ainsi qu'à la sous-traitance de ces prestations, lorsque ces prestations sont effectuées dans des laboratoires de biologie clinique pour lesquels les organismes assureurs retiennent en garantie les montants des interventions de l'assurance soins de santé conformément à l'arrêté royal du 17 février 1995 déterminant les conditions et les modalités particulières conformément auxquelles les organismes assureurs sont autorisés, en application de l'article 61 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, à retenir en garantie des montants des interventions de l'assurance soins de santé dus pour des prestations dispensées dans les laboratoires de biologie clinique débiteurs auprès de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;
4. l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de santé mentionnées sous les n^{os} 450192 et 450214 dans le cadre du *dépistage organisé du cancer du sein par mammographie*, visé à l'article 17, § 1^{er}, 1^o 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^{er}) pour les frais suivants:

⁴ Toutes les références à des articles renvoient à l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

⁵ Nous ne parlons pas, en l'occurrence, du paiement de médicaments en pharmacie (officine publique), où la règle générale est que le patient ne paye que le ticket modérateur.

Er zijn vier verplichte toepassingen van de 'regeling betalende derde' (artikel 5⁴)⁵:

1. De verzekeringstegemoetkoming in de *verpleegdagprijs* en de hiermee gelijkgestelde verstrekkingen;
2. De verzekeringstegemoetkoming in de kosten van *alle geneeskundige verstrekkingen die verleend worden tijdens een hospitalisatie*;
3. De verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen inzake *klinische biologie*, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden en bedoeld in de artikelen 3, § 1, A, II en C, I, 18 § 2, B, e) en 24 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, en in artikel 2, § 2, van het koninklijk besluit van 24 september 1992 tot vaststelling van de nadere regelen betreffende de forfaitaire honoraria voor sommige verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, alsmede de onderaanneming van deze verstrekkingen, als die verstrekkingen zijn uitgevoerd in laboratoria voor klinische biologie waarvoor de verzekeringsinstellingen de bedragen van de verzekeringstegemoetkomingen als waarborg inhouden overeenkomstig het koninklijk besluit van 17 februari 1995 tot vaststelling van de voorwaarden en de nadere regelen overeenkomstig welke de verzekeringsinstellingen met toepassing van artikel 61 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 bedragen van de verzekeringsstegemoetkomingen voor verstrekkingen verleend in de laboratoria voor klinische biologie die aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering bedragen verschuldigd, als waarborg kunnen inhouden;
4. De verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen 450192 en 450214 in het kader van de *georganiseerde mammografische borstkankerscreening* zoals bedoeld in artikel 17, § 1, 1^o 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) voor volgende kosten:

⁴ Alle verwijzingen naar artikels hebben betrekking op het Koninklijk Besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, achtste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

⁵ We hebben het hier niet over de betaling van geneesmiddelen in de apotheek (publieke officina) waar het de algemene regel is dat de patiënt enkel het remgeld betaalt.

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)⁶. 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.

⁶ 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.

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 voorenbedoelde 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 rechthebbers 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 rechthebbers 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 de voorgaande alinea vermelde verstrekkingen (artikel 6, tweede lid)⁶. Om te beginnen zijn er de uitzonderingen verbonden met de voorziening:

1. Wanneer de patiënten verzorging toegediend krijgen die door het ziekenfonds forfaitair betaald wordt aan de zorgverstrekker in wijkgezondheidscentra (medische huizen). De derdebetalersregeling is er 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.

⁶ K.B. 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.

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).

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;
3. Les soins administrés à des personnes pour la période durant laquelle ils ont droit à l'intervention majorée de l'assurance;
4. Les fournitures 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 fournitures administrées à des personnes qui sont au chômage depuis au moins six mois complets;
6. Les soins administrés à une personne qui a droit aux allocations familiales majorées.

Le médecin ou le dentiste⁷ 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 fournitures ne faisant pas l'objet d'une interdiction. Les exceptions fixées 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...) peuvent recourir à ces possibilités pour appliquer le système de tiers payant qui prévoit les contrats respectifs entre les compagnies d'assurance et les prestataires de soins.

Analyse du problème

Le régime actuel présente deux défauts principaux:

1. Une difficulté fondamentale provient du fait qu'exception faite des applications obligatoires prévues à l'article 5, c'est toujours le prestataire de soins qui décide d'appliquer ou non ce régime⁸. Le patient soigné en ambulatoire n'a donc, à quelques exceptions près, *pas droit* au régime du tiers payant en vertu de la réglementation

⁷ Seuls les dentistes conventionnés peuvent faire cette demande. Le fait d'être conventionné ou non n'intervient pas pour les médecins.

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).

Andere uitzonderingen gelden in hoofde van de recht-hebbende 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;
3. Verzorging aan personen voor de periode waarin zij recht hebben op de verhoogde verzekerings-tegemoetkoming;
4. Verstrekkingen aan personen die een bruto belastbaar inkomen hebben dat lager is dan het jaarbedrag van het leefloon en op grond daarvan vrijgesteld zijn van bijdrageplicht;
5. Verstrekkingen toegediend aan personen die sedert minstens 6 maanden volledig werkloos zijn;
6. Verzorging toegediend aan de persoon die recht heeft op de verhoogde kinderbijslag.

De geneesheer of tandarts⁷ richt een aanvraag tot toetreding tot de derdebetalersregeling aan het Nationaal Intermutualistisch College die 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 bepaald in 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 gebruik maken van de mogelijkheden om de derdebetalersregeling toe te passen waarin voorzien in de respectievelijke contracten tussen verzekeringsinstellingen en zorgverstrekkers.

Probleemanalyse

De huidige regeling heeft twee voorname gebreken:

1. Een fundamentele moeilijkheid is dat het, met uitzondering van de verplichte toepassingen, bepaald in artikel 5, steeds de zorgverstrekkers is die beslist of hij deze regeling toepast of niet toepast⁸. De ambulante verzorgde patiënt heeft dus, op enkele uitzonderingen na, in de huidige regeling *geen recht* op de

⁷ Alleen geconventioneerde tandartsen kunnen deze aanvraag doen. Bij de geneesheren is het al of niet geconventioneerd zijn niet van belang.

actuelle, même s'il bénéficie d'un revenu qui ne permet pas ou à peine d'avancer le ticket modérateur. Pour les bénéficiaires issus de familles à faibles revenus mentionnés à l'article 6, alinéa 2, 5° à 7°, le régime du tiers payant peut être appliqué pour les prestations normalement exclues mais, dans ce cas-ci également, uniquement si le prestataire de soins le décide.

2. Le patient doit se renseigner lui-même sur la possibilité d'obtenir, auprès d'un prestataire, le bénéfice du tiers payant, ce qui est également source d'obstacles en raison du manque d'informations disponibles, des capacités de communication limitées du patient, d'entraves administratives, etc.

Il ressort de données de l'INAMI⁹ qu'en 2003, seulement 6% du montant total remboursé pour des consultations, visites, conseils et déplacements l'était par le biais du tiers payant pour des patients ambulatoires. Pour les soins dentaires, 14,8% du montant remboursé par l'INAMI en 2003 l'était par le biais du tiers payant. 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 limité actuellement.

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 fourniture d'informations efficace) exerce un effet positif sur l'accessibilité des soins de santé.

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

derdebetalersregeling ook al leeft hij van een inkomen dat het voorschieten van het remgeld niet of amper toelaat. Voor de rechthebbenden uit lage-inkomensgezinnen vermeld in artikel 6, tweede lid, 5° tot 7° kan de derdebetalersregeling toegepast worden voor de verstrekkingen waarvoor normaal een verbod geldt maar ook in dit geval enkel indien de zorgverstrekker dit beseft.

2. De patiënt moet zelf de inlichtingen inwinnen over de mogelijkheid om bij een bepaalde zorgverstrekker het voordeel van de derdebetalersregeling te verkrijgen wat eveneens voor obstakels zorgt door een gebrek aan beschikbare informatie, communicatieve beperkingen van de patiënt, administratieve hindernissen,...

Uit gegevens van het RIZIV⁹ blijkt dat in 2003 slechts 6% van het totaal terugbetaald bedrag voor raadplegingen, bezoeken, adviezen en verplaatsingen werd vergoed via derdebetalersregeling voor ambulante patiënten. Voor tandverzorging werd in 2003 14,8% van het door het RIZIV terugbetaald bedrag via de derdebetalersregeling vergoed. Thuisverpleegkundigen hanteren in 95% van de gevallen de derdebetalersregeling. Bij specialisten gebeurt het zelden voor wat betreft de ambulante verstrekkingen; in ziekenhuizen gelden specifieke regelingen. Kinesitherapeuten hebben weinig mogelijkheden om de derdebetalersregeling toe te passen door de afspraken met de verzekeringsinstellingen. De impact van de derdebetalersregeling is momenteel dus erg beperkt.

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 ondervindt. 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.

⁸ 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 (art. 6, alinéa 3, de l'A.R.).

⁹ INAMI; Service des soins de santé; Section études actuarielles, Statistiques des soins médicaux, 2004.

⁸ 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 (art. 6 lid 3 K.B.).

⁹ RIZIV; Dienst voor geneeskundige verzorging; Afdeling actuariële studies, Statistiek van de geneeskundige verzorging, 2004.

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.

Constatations¹⁰:

- Avantages pour le patient: plus besoin d'avancer l'argent, moins de problèmes administratifs, moins de déplacements (par exemple, à la mutualité, à la banque).
- Les opinions des médecins sont partagées. L'augmentation de la charge administrative constitue un facteur inhibiteur important.
- Tant les généralistes, les patients, les mutualités, que le personnel dispensateur de l'aide sociale et médicale manquent d'informations.
- Le régime du tiers payant devrait surtout être appliqué aux soins les plus chers (prestations spécialisées et soins dentaires).
- Il serait préférable que le régime du tiers payant soit généralisé, pour éviter d'accentuer la stigmatisation de groupes défavorisés.
- Les abus de la part de l'INAMI doivent faire l'objet d'un contrôle approfondi.

Proposition

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

L'intervention majorée et, plus particulièrement, le maximum à facturer permettent de limiter dans une certaine mesure le coût du ticket modérateur à payer par les ménages. L'obligation d'avancer les montants remboursables facturés pour la plupart des prestations ambulatoires pose toutefois aussi problème pour ces

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.

Bevindingen¹⁰:

- Voordelen voor de patiënt: voorschieten van geld valt weg, minder administratieve problemen, minder verplaatsingen (bijv. naar ziekenfonds, naar bank).
- De meningen van de artsen zijn verdeeld. Een belangrijke remmende factor is de bijkomende administratieve belasting.
- Er is een gebrek aan informatie zowel bij huisartsen, bij patiënten, bij ziekenfondsen, bij sociale en medische hulpverleners.
- De derdebetalersregeling zou vooral toegepast moeten worden voor de duurste zorgen (specialistische verstrekkingen en tandzorg).
- De derdebetalersregeling moet bij voorkeur ruim ingang vinden om te voorkomen dat stigmatisering van kansarme groepen in de hand gewerkt wordt.
- Er moet grondig gecontroleerd worden op misbruiken door het RIZIV.

Voorstel

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

De verhoogde tegemoetkoming en vooral de maximumfactuur zorgen ervoor dat gezinnen geen te hoge remgelduitgaven hebben. Maar ook het verplicht voorschieten van de terugbetaalbare bedragen aange-rekend voor de meeste ambulante verstrekkingen brengt deze gezinnen in moeilijkheden aangezien elke uitgave

¹⁰ De Maeseneer, Jan (promotor), Toegankelijkheid in de gezondheidszorg. Eindrapport. Deelrapport 4: De toegankelijkheid van de gezondheidszorg gezien door mensen in armoede; Deelrapport 5: Acties om de toegankelijkheid te verbeteren, Universiteit Gent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, 2003.

¹⁰ De Maeseneer, Jan (promoteur), Toegankelijkheid in de gezondheidszorg. Eindrapport. Deelrapport 4: De toegankelijkheid van de gezondheidszorg gezien door mensen in armoede; Deelrapport 5: Acties om de toegankelijkheid te verbeteren, Universiteit de Gand, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, 2003.

ménages, toute dépense y étant précaire. 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 défavorisés et à leur peur d'être stigmatisés à la suite de leur demande. Afin d'éviter cette situation, nous souhaitons ériger le régime du tiers payant en droit. La présente proposition de loi est axée, par priorité, sur le groupe-cible des enfants vivant dans des ménages à faibles revenus. Parallèlement, le régime est rendu plus accessible sur le plan administratif en veillant à ce que l'octroi de cet avantage à ce groupe-cible soit le plus possible automatique.

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 spécifiques, de la simplicité administrative, de contrôles efficaces et de l'informatisation. Il convient également de prévoir des règles en vue d'accélérer le remboursement par l'organisme assureur en cas d'application du régime du tiers payant au dispensateur de soins, celui-ci devant actuellement attendre plusieurs semaines pour percevoir ses honoraires. Dans une phase ultérieure, il conviendra d'adapter la réglementation pour les mutualités afin de permettre aux organismes assureurs de procéder plus rapidement aux paiements.

À terme, le régime du tiers payant obligatoire peut être étendu à d'autres groupes-cibles.

Concrètement, un article *6bis* est inséré dans l'arrêté royal précité, article contenant les principes énumérés ci-dessous.

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.

Groupe cible

Le groupe cible est composé des enfants de moins de dix-neuf ans qui appartiennent à l'un des groupes à faibles revenus suivants:

er precair is. Nu al is de derdebetalersregeling een principieel en wettelijk bepaalde 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 kansarme patiënten en hun vrees door hun vraag gestigmatiseerd te worden. Om dit te voorkomen wensen de indieners van de derdebetalersregeling een recht te maken. Dit voorstel richt zich daarbij tot de prioritaire doelgroep van kinderen die leven in lage-inkomensgezinnen. Gelijktijdig wordt de administratieve toegankelijkheid van de regeling verlaagd door voor deze doelgroep zoveel mogelijk te komen tot een automatische toekenning van het voordeel.

De indieners pleiten ervoor dat door gerichte informatiecampaagnes, administratieve eenvoud, efficiënte controles en informatisering de derdebetalersregeling aanvaardbaarder en interessanter wordt gemaakt voor zorgverstrekkers. Er moet ook een regeling komen voor de versnelde uitbetaling door de verzekeringsinstelling bij toepassing van de derdebetalersregeling aan de zorgverstrekker die nu meerdere weken moet wachten op zijn ereloon. Daartoe dient in een volgende fase de regelgeving voor de ziekenfondsen aangepast te worden om de verzekeringsinstellingen in staat te stellen om de uitbetaling te versnellen.

Op termijn kan de verplichte derdebetalersregeling uitgebreid worden naar andere doelgroepen.

In *concreto* wordt een artikel *6bis* toegevoegd aan het hierboven vermelde koninklijk besluit dat de hierna opgesomde principes bevat.

Nadere regelen

Deze verplichte derdebetalersregeling geldt voor alle verstrekkingen. Indien het toepassingsbereik beperkt zou worden tot bijv. de raadplegingen en huisbezoeken worden de technische verrichtingen uitgesloten alhoewel dat de duurste verstrekkingen zijn.

Doelgroep

De doelgroep zijn kinderen tot en met achttien jaar die behoren tot één van de volgende lage inkomensgroepen:

1. Les bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle de détresse (idem article 6, alinéa 2, 5°)

Il s'agit de bénéficiaires dont les ressources propres sont insuffisantes, mais qui ne satisfont toutefois pas aux conditions de l'article 6, alinéa 2, 6° et 7° (voir ci-dessous). C'est le cas, par exemple, d'enfants dont les parents ont toujours disposé d'un bon revenu, mais qui ont été soudain touchés par une faillite...

2. Les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et leurs personnes à charge (idem article 6, alinéa 2, 6°). Pour avoir droit à l'intervention majorée, il faut réunir les conditions suivantes:

- En ce qui concerne la qualité: retraité, veuf, orphelin, invalide, bénéficiaire du revenu d'intégration ou d'une allocation du CPAS équivalente au revenu d'intégration, d'allocations familiales majorées, du revenu garanti aux personnes âgées, de la garantie de revenus aux personnes âgées, personne de plus de 65 ans inscrite au registre national, chômeur complet d'au moins 50 ans étant au chômage depuis au moins un an, personne handicapée¹¹ et bénéficiaire d'une allocation de handicapé (sauf l'allocation d'intégration des catégories 3, 4 et 5 si l'époux ou le partenaire dispose d'un revenu)
- Condition de revenus: revenu annuel brut du ménage inférieur à 12.986,37 euros, ce montant étant majoré de 2.404,13 euros par personne à charge.

3. Les bénéficiaires et leurs personnes à charge dont le revenu annuel brut du ménage répond à la condition de revenus prévue pour l'intervention majorée, sans qu'ils remplissent les conditions relatives à la qualité prévue pour l'octroi de cet avantage.

Sont visés les enfants qui vivent dans des familles à faibles revenus, mais qui ne relèvent pas des catégories spécifiques (voir les conditions relatives à la qualité) pouvant prétendre à l'intervention majorée (retraités, bénéficiaires du revenu d'intégration, invalides...). La limite de revenus est identique à celle fixée pour l'octroi de l'intervention majorée.

¹¹ Au sens de l'article 32, alinéa 1^{er}, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

1. Rechthebbenden die zich in een individuele nood-situatie bevinden (idem artikel 6, tweede lid, 5°)

Het gaat om rechthebbenden die niet over voldoende eigen bestaansmiddelen beschikken hoewel ze niet beantwoorden aan de voorwaarden van artikel 6, tweede lid, 6° en 7° (zie hieronder) bevinden. Het betreft bijv. kinderen van ouders die steeds over een goed inkomen beschikten maar plots door een faillissement getroffen worden..

2. Rechthebbenden op de verhoogde verzekerings-tegemoetkoming en hun personen ten laste (idem artikel 6, tweede lid, 6°). Om recht te hebben op de verhoogde tegemoetkoming moet aan volgende voorwaarden voldaan zijn:

- Voor wat betreft de hoedanigheid: gepensioneerde, weduwe(naar), wees, invalide, personen met recht op leefloon of OCMW-steun gelijkwaardig aan het leefloon, op verhoogde kinderbijslag, op het gewaarborgd inkomen voor bejaarden, op de inkomensgarantie voor ouderen, de 65-plusser ingeschreven in het rijksregister, de volledig werkloze van minstens 50 jaar die minstens één jaar volledig werkloos is, de mindervalide¹¹ en de rechthebbende op een tegemoetkoming voor gehandicapten (behalve integratietegemoetkoming categorieën 3,4 en 5 indien de echtgenoot of partner een inkomen heeft)
- inkomensvoorwaarde: bruto jaarlijks gezinsinkomen onder 12.986,37 EUR, per persoon ten laste wordt dit bedrag verhoogd met 2.404,13 EUR.

3. Gerechtigden en hun personen ten laste die over een bruto jaarlijks gezinsinkomen beschikken dat beantwoordt aan de inkomensvoorwaarde voor de verhoogde tegemoetkoming zonder dat zij beantwoorden aan de voorwaarden inzake hoedanigheid geldend voor dit voordeel.

Hiermee zijn de kinderen bedoeld die leven in gezinnen met een laag inkomen maar niet behoren tot de specifieke categorieën (zie voorwaarden inzake hoedanigheid) die in aanmerking komen voor de verhoogde tegemoetkoming (gepensioneerden, leefloners, invaliden...). De inkomensgrens is dezelfde als de grens die geldt voor de toekenning van de verhoogde tegemoetkoming.

¹¹ Op grond van artikel 32, eerste lid, 13° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Régime

1. Les organismes assureurs examinent, de leur propre chef, si le patient répond aux conditions imposées en termes de limite d'âge, fixée à 18 ans, et de niveau de revenus. Pour les bénéficiaires confrontés à des difficultés financières, visés à l'article 6, alinéa 2, 5°, c'est le représentant légal, généralement le parent, qui prend 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 centre, le CPAS peut jouer un rôle à cet égard en délivrant, en concertation avec l'intéressé, un certificat d'indigence. Il est évident que le prestataire 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.

2. Les organismes assureurs remettent au parent ou au représentant légal une attestation indiquant que l'enfant 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° et 7°, 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 prestataires de soins seront en mesure de lire la carte SIS.

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

4. Sur présentation du certificat, le prestataire de soins applique le régime du tiers payant à toutes les prestations conformément aux règles énoncées dans l'arrêté royal. Une exception a toutefois été prévue à l'article 4*bis*, § 1^{er}, 2° qui dispose que le prestataire de soins doit appliquer le régime du tiers payant 'ordinaire' à l'ensemble de ses patients. Cette disposition s'éteindra si l'on applique l'article 6*bis* à insérer, étant donné que l'objectif de la modification de l'arrêté royal proposée en l'occurrence se limite à un groupe cible spécifique et comporte une obligation pour le prestataire de soins.

Regeling

1. De verzekeringsinstellingen onderzoeken op eigen initiatief of de patiënt beantwoordt aan de voorwaarden inzake de leeftijdsgrens van achttien jaar en de inkomenssituatie. Voor rechthebbenden met financiële problemen, bedoeld in artikel 6, tweede lid, 5°, is het de wettelijke vertegenwoordiger, meestal de ouder, die het initiatief neemt 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 regels, ook de zorgverstrekker oordelen dat de rechthebbende in aanmerking komt voor de derdebetalersregeling omwille van zijn financiële situatie.

2. De verzekeringsinstellingen overhandigen aan de ouder of wettelijke vertegenwoordiger een attest dat aantoonst dat het kind 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° en 7° 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 kunnen lezen.

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

4. Na voorlegging van het attest past de zorgverstrekker de derdebetalersregeling toe voor alle verstrekkingen volgens de regels voorzien in het koninklijk besluit. Er wordt hierbij een uitzondering mogelijk gemaakt op artikel 4*bis*, § 1, 2° dat bepaalt dat de zorgverstrekker de 'gewone' derdebetalersregeling op al zijn patiënten moet toepassen. Deze bepaling vervalt bij toepassing van het toe te voegen artikel 6*bis* aangezien de doelstelling van de hier voorgestelde wijziging van het koninklijk besluit zich beperkt tot een specifieke doelgroep en een verplichting inhoudt voor de zorgverstrekker.

Karine JIROFLÉE (sp.a-spirit)
Magda DE MEYER (sp.a-spirit)

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

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

Art. 2

Dans l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, il est inséré un article 6*bis*, libellé comme suit:

«Art. 6*bis*.— Par dérogation aux dispositions des articles 5 et 6, l'application du régime du tiers payant est obligatoire pour la personne n'ayant pas encore atteint l'âge de 19 ans si celle-ci satisfait aux conditions fixées à l'article 6, alinéa 2, 5° et 6° ou seulement à la condition de revenus fixée pour l'intervention majorée visée au 6°. À la demande de l'organisme assureur auquel ladite personne est affiliée, le représentant légal de cette personne communique toutes les informations nécessaires pour déterminer si la personne satisfait auxdites conditions.

Les organismes assureurs mettent, de leur propre initiative, à la disposition du représentant légal de la personne qui, conformément à l'alinéa 1^{er}, a droit à l'application du régime du tiers payant une attestation établissant ce droit. L'attestation est restituée à l'organisme assureur dès que la personne ne satisfait plus aux conditions fixées.

Le prestataire de soins applique le régime du tiers payant sur présentation de l'attestation. Par dérogation à l'article 4*bis*, § 1^{er}, 2°, le prestataire de soins n'est pas tenu, dans le cadre de l'application du présent article, d'appliquer le régime du tiers payant pour tous les bénéficiaires.».

Art. 3

La présente loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 2007.

30 mars 2006

WETSVOORSTEL

Artikel 1

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

Art. 2

In het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, achtste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 wordt een artikel 6*bis* ingevoegd dat luidt als volgt:

«Art. 6*bis*. — In afwijking van de bepalingen van de artikelen 5 en 6 is de derdebetalersregeling verplicht voor de persoon die de leeftijd van negentien jaar nog niet bereikt heeft indien hij voldoet aan de voorwaarden bepaald in artikel 6, tweede lid, 5° en 6° of enkel aan de inkomensvoorwaarde die geldt voor de verhoogde tegemoetkoming zoals bedoeld in het 6°. De wettelijke vertegenwoordiger van deze persoon stelt aan de verzekeringsinstelling waarbij hij is aangesloten op vraag van deze instelling alle gegevens ter beschikking die nodig zijn om te bepalen of de persoon aan deze voorwaarden voldoet.

De verzekeringsinstellingen stellen aan de wettelijke vertegenwoordiger van de persoon die op basis van het eerste lid recht heeft op de derdebetalersregeling op eigen initiatief een attest ter beschikking dat het recht op de regeling staft. Het attest wordt aan de verzekeringsinstelling teruggegeven van zodra de persoon niet meer aan de gestelde voorwaarden voldoet.

De zorgverstrekker past de derdebetalersregeling toe na voorlegging van het attest. In afwijking van artikel 4*bis*, § 1, 2° moet de zorgverstrekker bij de toepassing van dit artikel niet voldoen aan de vereiste dat hij de derdebetalersregeling moet toepassen voor alle rechthebbers.».

Art. 3

Deze wet treedt in werking op 1 januari 2007.

30 maart 2006

Karine JIROFLÉE (sp.a-spirit)
Magda DE MEYER (sp.a-spirit)