

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

10 februari 2015

WETSVOORSTEL

**betreffende het systeem van
de sociale derde betaler**

(ingediend door de dames Nahima Lanjri,
Nathalie Muylle en Els Van Hoof)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

10 février 2015

PROPOSITION DE LOI

**relative au régime
du tiers payant social**

(déposée par Mmes Nahima Lanjri,
Nathalie Muylle et Els Van Hoof)

SAMENVATTING

Onder bepaalde voorwaarden kan afgeweken worden van het verbod op toepassing van derdebetalersregeling. Bij deze sociale derdebetalersregeling moet de patiënt de kosten voor zijn gezondheidsuitgaven dus niet meer voorschieten; hij betaalt enkel het remgeld.

Dit wetsvoorstel strekt ertoe de sociale derde betalersregeling verplicht en automatisch toe te kennen aan een grotere groep rechthebbenden, en dit via eHealth (MyCarenet) en voor alle verstrekkingen inzake raadplegingen, huisbezoeken en technische prestaties van huisartsen, tandartsen en kinesisten.

RÉSUMÉ

Sous certaines conditions, il peut être dérogé à l'interdiction d'appliquer le régime du tiers payant. Dans le cadre de ce régime du tiers payant social, le patient ne doit donc plus avancer les frais de ses dépenses de santé; il paie uniquement le ticket modérateur.

Cette proposition de loi vise à étendre l'octroi obligatoire et automatique du régime du tiers payant social à davantage de bénéficiaires, et ce, via la plate-forme eHealth (MyCarenet) et pour toutes les prestations en consultations, visites à domicile et prestations techniques des médecins généralistes, des dentistes et des kinésithérapeutes.

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti Socialiste
MR	:	Mouvement Réformateur
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	:	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	:	centre démocrate Humaniste
VB	:	Vlaams Belang
PTB-GOI	:	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture
FDF	:	Fédéralistes Démocrates Francophones
PP	:	Parti Populaire

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:

DOC 54 0000/000:	Parlementair document van de 54 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV:	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV:	Beknopt Verslag
CRIV:	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN:	Plenum
COM:	Commissievergadering
MOT:	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 54 0000/000:	Document parlementaire de la 54 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA:	Questions et Réponses écrites
CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV:	Compte Rendu Analytique
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:	Séance plénière
COM:	Réunion de commission
MOT:	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

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

De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd 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
courriel: publications@lachambre.be

Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Dit wetsvoorstel neemt, met een aantal wijzigingen, de tekst over van het voorstel DOC 53 1377/001.

Probleemstelling

Gezondheidszorg is een basisrecht voor iedereen. Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg is voor de indieners dan ook van cruciaal belang.

Uit tal van onderzoek blijkt dat er een effectieve gezondheidsongelijkheid bestaat onder de bevolking. Opleiding, opvoeding, socio-culturele achtergrond spelen hierbij een belangrijke rol, maar vaak is het inkomen de determinerende factor om wel of niet naar een huisarts, tandarts, ... te stappen.

Zo blijkt uit CM studies dat kinderen uit gezinnen met een hoger inkomen gemiddeld tweemaal meer op tandartsbezoek gaan dan kinderen uit lage-inkomensgezinnen.¹

In 2010 werden de resultaten bekendgemaakt van de Nationale Gezondheidsenquête 2008, waaruit eveneens bleek dat 14 % van de ondervraagden medische zorg, tandverzorging, geneesmiddelen, een bril of mentale zorg uitstellen omdat ze die niet kunnen betalen. Bij de vorige enquête in 1997 was dat maar 9 %. In Brussel blijkt maar liefst 1 op de 4 mensen zorgverlening uit te stellen om financiële redenen (26 %), in Vlaanderen gaat het om 11 %. Verder bevestigt de bevraging dat steeds meer mensen (een op drie gezinnen) het momenteel moeilijk hebben om de gezondheidskosten in het huishoudbudget in te passen. Veelal gaat het om oudere mensen, die door de bank genomen meer zorg nodig hebben. Maar ook de huishoudsamenstelling speelt een belangrijke rol. Zo ondervinden momenteel meer dan de helft van de eenoudergezinnen moeilijkheden om hun gezondheidszorg nog te betalen.

Uit de Armoedebareometer 2012 (cijfers 2010) blijkt dat het aantal mensen dat gezondheidszorgen (voornamelijk dokter en tandarts) uitstelt omwille van financiële redenen is opnieuw gestegen: 1.5 % personen, die boven de armoedegrens leven (vorige: 1.0 %) en 4.4 %

¹ Mousset J.-P., Diels J., *Oral Health Care. Consumption within the Belgian System*, CM, 2002, Brussel.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La présente proposition de loi reprend, en l'adaptant, le texte de la proposition de loi DOC 53 1377/001.

Problématique

Les soins de santé constituent un droit fondamental pour tout citoyen. Selon nous, il est dès lors crucial de garantir l'accessibilité aux soins de santé, y compris sur le plan financier.

De nombreuses études montrent que l'inégalité en matière de soins de santé est bien réelle au sein de la population. Si la formation, l'éducation, le contexte socioculturel jouent un rôle important en la matière, le revenu est toutefois souvent le facteur déterminant pour la consultation ou non d'un médecin généraliste, d'un dentiste, etc.

Ainsi, il ressort d'études réalisées par la Mutualité chrétienne que les enfants issus de ménages à revenus élevés se rendent, en moyenne, deux fois plus souvent chez le dentiste que les enfants de ménages à revenus modestes.¹

En 2010 ont été publiés les résultats de l'Enquête nationale sur la santé 2008, d'où il ressortait également que 14 % des personnes interrogées reportent des soins médicaux, dentaires ou mentaux, ou l'achat de médicaments ou de lunettes, car elles ne peuvent pas se permettre ces dépenses. Or, elles n'étaient que 9 % selon l'enquête précédente, réalisée en 1997. À Bruxelles, pas moins d'une personne sur quatre (26 %) diffère des soins pour des raisons financières, contre 11 % en Flandre. En outre, l'enquête confirme que de plus en plus de personnes (un ménage sur trois) éprouvent des difficultés à intégrer les dépenses de santé dans le budget familial. Ce sont principalement des personnes âgées, lesquelles ont besoin de plus de soins en général. Néanmoins, la composition du ménage joue également un rôle important à cet égard. C'est ainsi que plus de la moitié des familles monoparentales ont actuellement des difficultés à payer leurs dépenses de santé.

Selon le baromètre de la pauvreté 2012 (chiffres de 2010), le nombre de personnes différant des soins de santé pour des raisons financières (principalement chez le médecin et le dentiste) est de nouveau en hausse: 1,5 % des personnes vivant au-dessus du seuil de

¹ Mousset J.-P., Diels J., *Oral Health Care. Consumption within the Belgian System*, MC, 2002, Bruxelles.

personen die onder de armoedegrens leven (vorige 4,2 %). De vergelijking met vorig jaar leert dat de stijging het grootst is bij mensen boven de armoedegrens en in 2008 stelden 29,2 % *van de éénoudergezinnen*¹ hun gezondheidszorgen uit.

Voor tal van mensen weegt dus de factuur voor gezondheidszorgen zeer zwaar door. Initiatieven zoals bijvoorbeeld de verhoogde (verzekerings)tegemoetkoming, de sociale derde betalingsregeling en de maximumfactuur, hebben tot doel bovenstaande problemen te helpen voorkomen.

Het voorschieten van de kosten voor eerstelijnsgezondheidszorg blijkt echter voor velen het probleem te zijn. Dit aspect van ons gezondheidszorgsysteem is drempelverhogend, leidt tot het uitstellen en in sommige gevallen zelfs tot het afstellen van gezondheidszorgen. Zo worden medische problemen vaak erger, waardoor de huisarts soms moet doorverwijzen naar een specialist, of waardoor een langere of duurdere behandeling noodzakelijk is. De medische kosten worden dus groter, waardoor men in een vicieuze cirkel komt.

De derdebetalersregeling is juist een systeem dat het integraal voorschieten van de kosten voor geneeskundige verstrekkingen door de patiënt voorkomt. Onder "derdebetalersregeling" wordt namelijk de betalingswijze verstaan waarbij de zorgverstrekker, de dienst of de instelling de betaling van de in het kader van de verplichte ziektekostenverzekering verschuldigde tegemoetkoming, rechtstreeks ontvangt van de verzekeringsinstelling (de mutualiteit) en waarbij de rechthebbende, aan wie de geneeskundige zorg werd verstrekt, is aangesloten of ingeschreven. Dat betekent dus dat de patiënt de kosten voor zijn gezondheidsuitgaven niet meer moet voorschieten en enkel nog het remgeld betaalt².

We moeten hierbij een evenwicht zoeken tussen twee bekommernissen: één van sociale aard, de toegang tot de geneeskundige verzorging voor iedereen waarborgen, de andere van financiële aard, het beheersen van de uitgaven van de geneeskundige verzorging en overconsumptie voorkomen.

Vele organisaties uit het middenveld (Welzijnszorg, Vlaams Netwerk van Verenigingen waar armen het woord nemen, het Vlaams Patiëntenplatform, de Gezinsbond) zijn dan ook al jaren vragende partij voor een veralgemeende toepassing van de derdebetalersregeling of een

pauvrete (contre 1 % auparavant) et 4,4 % des personnes vivant sous le seuil de pauvreté (contre 4,2 % précédemment). Si l'on compare ces chiffres avec ceux de l'an dernier, on constate que l'augmentation est la plus forte chez les personnes vivant au-dessus du seuil de pauvreté. En 2008, 29,2 % des familles monoparentales différaient leurs soins de santé.

La facture des soins de santé représente donc un coût très important pour beaucoup de gens. Des initiatives telles que l'intervention majorée (de l'assurance), le régime du tiers payant social et le maximum à facturer visent à prévenir les problèmes évoqués ci-dessus.

Le fait de devoir avancer les frais des soins de première ligne s'avère problématique pour de nombreuses personnes. Cet aspect de notre système de soins de santé a un effet prohibitif et incite les patients à reporter les soins ou même à y renoncer dans certains cas. Souvent, cette situation aggrave les problèmes médicaux, obligeant parfois le généraliste à renvoyer le patient chez un spécialiste, et peut allonger la durée du traitement ou en accroître le coût. Par conséquent, les coûts médicaux augmentent et l'on tombe dans un cercle vicieux.

Le régime du tiers payant vise précisément à éviter que le patient doive avancer intégralement les frais liés aux prestations de santé. On entend par régime du tiers payant, le mode de paiement par lequel le prestataire de soins, le service ou l'institution reçoit directement de l'organisme assureur (la mutuelle) 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. En d'autres mots, le patient ne doit pas avancer les frais liés aux dépenses de santé, il paie uniquement le ticket modérateur².

Nous devons, à cet égard, rechercher un équilibre entre deux préoccupations: la première est de nature sociale et vise à garantir à chacun l'accès aux soins de santé, la seconde est de nature financière et vise à maîtriser les dépenses de soins de santé et à éviter la surconsommation.

De nombreuses organisations de la société civile (*Welzijnszorg*, le *Vlaams Netwerk van Verenigingen waar armen het woord nemen*, la *Vlaams Patiëntenplatform*, la *Gezinsbond*) demandent, depuis des années, une extension ou une application généralisée du régime

² Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België, RIZIV, 2014.

² Livre vert sur l'accès aux soins de santé en Belgique, INAMI, 2014.

uitbreiding van het systeem sociale derde betaler, met het oog op een grotere toegankelijkheid voor kansarmen en sociaal zwakkere mensen. Vooral het automatisch toekennen van het recht op de sociale derde betaler in de eerstelijnsgezondheidszorg, is een veelgehoorde en steeds terugkerende vraag, omdat er nog steeds verschillende problemen zijn:

1. een fundamentele moeilijkheid ligt in het gegeven dat de patiënt nog steeds de toepassing van de derde betaler zelf moet vragen. Er is met andere woorden geen automatisme;

2. de patiënt moet zelf de inlichtingen inwinnen over de mogelijkheid om bij een bepaalde zorgverstrekker het voordeel van de derdebetalersregeling te verkrijgen, met andere woorden of het een geconventioneerde arts is, die het akkoord heeft onderschreven;

3. dit heeft tot gevolg dat, door gebrek aan info bij de patiënt of door het niet durven kenbaar maken van de financiële moeilijkheden steeds een aantal rechthebbenden het volledige bedrag moeten (blijven) betalen waardoor de toegang tot ambulante zorg gehypothekeerd blijft;

4. dit alles leidt tot een vrij lage toepassing van het systeem van de sociale derde betaler.

In 2010 werd door Nahima Lanjri cs in de Senaat een resolutie ingediend (Senaat, 2008-2009, 4-1185/1), die in 2010 werd goedgekeurd. Hierin werd onder meer gevraagd de toegankelijkheid te verbeteren van de zorg voor minderbedeelden door het aanmoedigen van het gebruik van het systeem van de derde betaler, op termijn het systeem meer en meer te doen evolueren van een vrijblijvende keuze voor de arts naar een automatisch recht van de patiënt, waarbij bepaalde doelgroepen vooropgesteld worden, bijvoorbeeld de doelgroep verhoogde tegemoetkoming, forfait chronische zieke, en personen die recht hebben op financiële hulp wegens een handicap. Hiertoe moeten deze systemen administratief gehomogeniseerd worden. Voor de andere doelgroepen vroeg de resolutie het systeem toe te kennen op vraag van de patiënt, waarbij een rol is weggelegd voor het OCMW. Het OCMW kan dit behandelen op basis van de medische kaart en een attest dat daarbij wordt afgeleverd. Een administratieve vereenvoudiging en de betaling van het honorarium aan de zorgverlener door de verzekeringsinstelling binnen de 14 werkdagen werden ook bepleit.

Huidige stand van de wetgeving

Het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, § 1, achtste lid, van de ZIV-wet

du tiers payant en vue d'améliorer l'accessibilité des soins pour les personnes défavorisées. La question de l'octroi automatique du droit au tiers payant social, surtout, revenait sans cesse parmi leurs demandes, étant donné que différents problèmes se posent encore et toujours en la matière:

1. une difficulté fondamentale réside dans le fait que le patient doit encore demander lui-même l'application du régime du tiers payant. Autrement dit, il n'y a pas d'automatisme;

2. le patient doit rechercher lui-même les renseignements sur la possibilité de bénéficier du régime du tiers payant chez un prestataire de soins déterminé, autrement dit, en vue de savoir s'il s'agit d'un médecin conventionné qui a souscrit à l'accord;

3. il en résulte qu'en raison du fait que le patient manque d'informations ou qu'il n'ose pas parler de ses difficultés financières, un certain nombre de bénéficiaires doivent toujours (continuer à) payer le montant total, ce qui hypothèque l'accès aux soins ambulants;

4. tout cela entraîne une application assez faible du système du tiers payant social.

En 2010, Mme Lanjri et consorts ont déposé, au Sénat, une résolution (Doc. Sénat 2008-2009, n° 4-1185/1), qui a été adoptée la même année. Cette résolution visait notamment à améliorer l'accessibilité aux soins pour les patients précarisés, en encourageant l'application du régime du tiers-payant et à faire évoluer progressivement le système d'un libre choix pour le médecin vers un droit automatique pour le patient, en privilégiant certains groupes-cibles, par exemple, les bénéficiaires de l'intervention majorée et du forfait pour maladies chroniques, et les personnes bénéficiant d'une aide financière en raison d'un handicap. À cette fin, il conviendra d'uniformiser ces régimes sur le plan administratif. Pour les autres groupes-cibles, la résolution demandait que l'on accorde ce régime à la demande du patient, en recourant à l'aide des CPAS. Le CPAS pourra régler la question au moyen de la carte médicale et de l'attestation délivrée avec celle-ci. La résolution plaidait également pour une simplification administrative et le paiement des honoraires au prestataire de soins, par l'organisme assureur, dans un délai ne dépassant pas 14 jours ouvrables.

État actuel de la législation

L'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 8, de la loi AMI (loi relative

(wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994) voorziet in drie soorten regimes met betrekking tot de derdebetalersregeling naargelang de aard van de verstrekkingen.

Er zijn een aantal toepassingen waarbij *de derdebetalersregeling verplicht* is (artikel 5 van het koninklijk besluit). Dit is het geval bij een ziekenhuisopname of hiermee gelijkgestelde tegemoetkomingen; de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van alle verstrekkingen die verleend worden tijdens een hospitalisatie; verstrekkingen van klinische biologie die aan de niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden worden verleend door de erkende laboratoria; de verzekeringstegemoetkoming in het kader van de georganiseerde borstkanker-screening.

Daarnaast zijn er een aantal gevallen waarbij *de derdebetalersregeling verboden* is (artikel 6 van het koninklijk besluit). Voor huisartsen en specialisten geldt dergelijk verbod bij raadplegingen, bezoeken en adviezen; voor tandartsen bij raadplegingen voor patiënten ouder dan 12 jaar, preventieve behandelingen, conserverende tandverzorging voor patiënten ouder dan 18 jaar zoals de behandeling of vulling van een tand of wortelkanaal en voor tandradiografieën bij niet-gehospitaliseerden; voor de betaling van de reiskosten.

Ten slotte zijn er toepassingen waarbij *de derdebetalersregeling facultatief* of toegestaan is. De zorgverlener kan dan zelf vragen om de regeling te mogen toepassen. Voor geneesheren en tandheelkundigen (artikel 4bis van het koninklijk besluit) is dit het geval bij de verstrekkingen waarvoor de derdebetalersregeling noch verboden, noch verplicht is. Voor de andere zorgverleners dan geneesheren en tandheelkundigen (artikel 4 van het koninklijk besluit) is bepaald dat de derdebetalersregeling kan worden toegepast volgens de procedures die in de akkoorden en de overeenkomsten zijn vastgesteld of, indien er geen dergelijke akkoorden of overeenkomsten bestaan, via een bijzondere overeenkomst tussen de verzekeringsinstelling en de zorgverlener.

Onder bepaalde voorwaarden *kan* er echter afgeweken worden van het verbod (art. 6) op toepassing van derdebetalersregeling. Deze uitzonderingen, opgesomd in artikel 6, noemen we *de sociale derdebetalersregeling* en deze is van toepassing op:

1. rechthebbenden van de verhoogde tegemoetkoming;
2. personen van wie het bruto belastbare inkomen niet hoger is dan het minimale overlevingsinkomen;

à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994) prévoit trois types de régimes de tiers payant suivant la nature des prestations.

Dans certains cas, le *régime du tiers payant est obligatoire* (article 5 de l'arrêté royal). C'est le cas pour une hospitalisation ou pour les prestations y assimilées; pour l'intervention de l'assurance dans les frais de toutes les prestations dispensées lors d'une hospitalisation; pour les prestations de biologie clinique dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés par les laboratoires agréés; pour l'intervention de l'assurance dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein.

Dans d'autres cas, l'*application du régime du tiers payant est interdite* (article 6 de l'arrêté royal). Pour les médecins généralistes et les spécialistes, cette interdiction s'applique aux consultations, aux visites et aux conseils; pour les dentistes, l'interdiction vaut pour les consultations de patients âgés de plus de 12 ans, pour les traitements préventifs, pour les soins dentaires conservateurs à des patients âgés de plus de 18 ans, tels que le traitement ou l'obturation d'une dent ou d'un canal d'une dent, et pour les radiographies dentaires chez les bénéficiaires non hospitalisés; pour le paiement des frais de déplacement.

Enfin, dans certains cas, le *régime du tiers payant est facultatif* ou autorisé. Le dispensateur de soins peut demander lui-même l'application du régime. Pour les médecins et les praticiens de l'art dentaire (article 4bis de l'arrêté royal), c'est le cas pour les prestations pour lesquelles le régime du tiers payant n'est ni interdit ni obligatoire. Pour les dispensateurs de soins autres que les médecins et praticiens de l'art dentaire (article 4 de l'arrêté royal), il est prévu que le régime du tiers payant peut être appliqué selon les procédures fixées dans les accords et conventions ou, à défaut de tels accords ou conventions, par contrat particulier entre l'organisme assureur et le prestataire de soins.

Sous certaines conditions, il *peut* néanmoins être dérogé à l'interdiction d'appliquer le régime du tiers payant (art. 6). Ces exceptions, énumérées à l'article 6, sont désignées sous le nom de régime du tiers payant social. Ce régime est applicable:

1. aux bénéficiaires de l'intervention majorée;
2. aux personnes dont les revenus bruts imposables ne sont pas supérieurs au montant minimum de survie;

3. rechthebbenden van verhoogde kinderbijslag;
4. werklozen die sinds 6 maanden volledig werkloos zijn, zowel met gezinslast als alleenstaanden;
5. rechthebbenden van medische verzorging in wijkgezondheidscentra;
6. in een occasioneel geval van financiële nood;
7. in geval van overlijden of voor personen in coma;
8. in geval van opname in een centrum voor geestelijke gezondheid, een centrum voor gezinsplanning of een opvangcentrum voor verslaafden;
9. voor opname in een gespecialiseerd zorgcentrum voor kinderen, bejaarden of mindervaliden;
10. in het kader van een afgesloten akkoord;
11. beheer van het Globaal Medisch Dossier (GMD) door de huisarts, realisatie van de preventiemodule en gebruik van diabetespas door de huisarts;
12. bezoek in psychiatrisch ziekenhuis van 1 of meerdere patiënten, door de huisarts, op vraag van geneesheer-specialist
13. vertrekkingen geleverd tijdens de huisartsenwachtdienst.

Dit lijstje wordt wellicht op heel korte termijn aangevuld met de *rechthebbenden op statuut chronische aandoening*. Bij het indienen van dit wetsvoorstel was de aanpassing van het koninklijk besluit van 1986 nog niet gebeurd.

Het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2011-2012 stelde dat huisartsen die toetreden, er zicht toe verbinden in regel de sociale derde betalingsregeling toe te passen voor alle verstrekkingen inzake raadplegingen, en dit op vraag van de patiënt en volgens de modaliteiten vastgesteld door de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen. Bij vermoeden van misbruik, onregelmatigheid in hoofde van de patiënt of bij vermoeden dat de werkelijke situatie van de patiënt niet overeen stemt met de hierboven gestelde voorwaarden, kan evenwel de toepassing worden geweigerd. De toepassing van deze regeling zal worden geëvalueerd na 1 jaar op basis van eventuele bevindingen zowel bij artsen als bij verzekeringsinstellingen.

3. aux bénéficiaires d'allocations familiales majorées;
4. aux chômeurs complets indemnisés depuis 6 mois avec charge de famille ou isolés;
5. aux bénéficiaires de soins médicaux en maison médicale;
6. en cas de situation occasionnelle de détresse financière;
7. en cas de décès ou pour des personnes dans le coma;
8. en cas d'admission dans un centre de santé mentale, dans un centre de planning familial ou un centre d'accueil pour toxicomanes;
9. pour une admission dans un centre spécialisé dans les soins pour enfants, personnes âgées ou moins valides;
10. dans le cadre d'un accord conclu en ce sens;
11. en cas de gestion du Dossier médical global (DMG), de réalisation du module de prévention ou d'utilisation d'un passeport diabète par le médecin généraliste;
12. en cas de visite rendue par le médecin généraliste à un ou plusieurs patients en hôpital psychiatrique, et ce, à la demande d'un médecin spécialiste;
13. en cas prestations dispensées lors d'une garde assurée par des médecins généralistes.

À cette liste viendront certainement s'ajouter sous peu les *bénéficiaires du statut "affection chronique"*. Lors du dépôt de la présente proposition de loi, l'arrêté royal de 1986 n'avait pas encore été adapté en ce sens.

L'accord national médico-mutualiste 2011-2012 prévoit que "les médecins généralistes qui adhèrent à l'accord national s'engagent, de manière générale, à appliquer le régime du tiers payant social pour toutes les prestations de consultation, et ce à la demande du patient et selon les modalités fixées par la Commission nationale médico-mutualiste. En cas de présomption d'abus ou de présomption d'irrégularités dans le chef du patient ou si la situation réelle du patient semble ne pas être conforme aux conditions précitées, l'application du régime pourra néanmoins être refusée. L'application de ce régime sera évaluée au terme d'une année, sur la base d'éventuelles constatations faites tant auprès des médecins qu'au sein des organismes assureurs."

Het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2013-2014 bevat volgende bepaling:

“De huisartsen die toetreden verbinden er zich toe in de regel de sociale derdebetalersregeling toe te passen voor alle verstrekkingen inzake *raadplegingen*, en dit *op vraag van de patiënt* en volgens de regels vastgesteld door de NCGZ in bijlage aan het akkoord van 13 december 2010.

De NCGZ zal een analyse maken van de huidige toepassing door huisartsen en door specialisten van de regeling derde betalende voor ambulante verstrekkingen, in het bijzonder wat betreft de doelgroep van voorkeurgerechtigden en chronisch zieken, dit naargelang de aard van de verstrekkingen en de hoegrootte van de per contact en de per gezin op jaarbasis betrokken bedragen. De NCGZ zal in dat verband ook het effect van de versterking in 2011 van de sociale derdebetalersregeling voor raadplegingen van huisartsen onderzoeken.

Op basis van deze analyse en rekening houdend met de operationele beschikbaarheid van de *MyCarenet* diensten “consultatie verzekeraarbaarheid” en “elektronische facturatie” zal de NCGZ voorstellen formuleren volgens welke vanaf 2015 stapsgewijs een systematische en administratief eenvoudige toepassing van de sociale derdebetalersregeling tot stand kan worden gebracht. Hierbij zal in mechanismen worden voorzien om misbruiken te vermijden (cf. punt 5.8) en te beteugelen”.

Het Nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen 2011-2012 vroeg dat een werkgroep “Betalingsmodaliteiten”:

— nadenkt over de inning van het remgeld;

— voorstellen uitwerkt voor de patiëntenfactuur in het kader van de derdebetalersregeling, met het oog op transparantie.

Het huidige Nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen 2013-2014 schenkt meer aandacht aan het systeem:

“De nationale commissie NCTZ is zich bewust van de problematiek van de personen met bijzondere noden en van de toegankelijkheid van de sociale categorieën tot de tandheelkunde. De NCTZ is van oordeel dat het oplossen van een verplichte sociale derdebetalersregeling niet het meest gepaste antwoord is op deze problematiek, maar wil in overleg voorstellen uitwerken tot een gecibleerde aanpak. De NCTZ wijst er bovendien op

L'accord national médico-mutualiste 2013-2014 comprend, quant à lui, la disposition suivante:

“Dans l'accord conclu le 13 décembre 2010, un règlement a été instauré pour le tiers payant social dans lequel les médecins généralistes s'engagent par leur adhésion à appliquer ce règlement pour toutes les prestations en matière de consultation, et ce *à la demande du patient* et selon les modalités fixées par la CNMM.

La CNMM effectuera une analyse de l'application actuelle par les médecins généralistes et par les spécialistes du régime du tiers payant pour des prestations ambulatoires, en particulier en ce qui concerne le groupe-cible des bénéficiaires du régime préférentiel et les malades chroniques, et ce en fonction de la nature des prestations et de l'importance des montants concernés par contact et par ménage sur une base annuelle. La CNMM examinera également dans ce cadre l'effet du renforcement en 2011 du régime du tiers payant social pour les consultations de médecins généralistes.

Sur la base de cette analyse et compte tenu de la disponibilité opérationnelle des services *MyCarenet* “consultation assurabilité” et “facturation électronique”, la CNMM formulera des propositions selon lesquelles à partir de 2015 une application simple systématique et administrative du régime du tiers payant pourra se faire par étapes. Des mécanismes seront prévus à cet effet afin d'éviter (cf. point 5.8) et de sanctionner les abus.”.

L'accord national dento-mutualiste 2011-2012 demandait qu'un groupe de travail “Modalités de paiement”:

— mène une réflexion sur la perception du ticket modérateur;

— élabore des propositions de facture patient dans le cadre du système du tiers payant en ayant en vue la transparence.

L'accord national dento-mutualiste actuel 2013-2014 accorde une plus grande attention au système:

“La CNDM est consciente de la problématique des personnes à besoins particuliers et de l'accessibilité des catégories sociales aux soins dentaires. La CNDM est d'avis qu'imposer le système du tiers payant social obligatoire n'est pas la meilleure réponse à cette problématique, mais souhaite élaborer des propositions pour une approche ciblée dans un esprit de concertation. En outre, la CNDM souhaite souligner que chaque

dat elke uitbreiding van de derdebetalersregeling een financiële impact heeft die moet worden berekend. (...)

De NCTZ zal de voorbereidingen starten met het oog op de invoering van *MyCarenet* in de tandheelkundige sector op 1 januari 2014, voor wat betreft de module “verzekeraarheid”. Het verbinden van een betalingsverbinde aan de consultatie van de verzekeraarheid via *MyCarenet* is een essentiële voorwaarde voor een veralgemening van het gebruik van *MyCarenet*. Parallel hiermee worden, mede op grond van een analyse van het actueel gebruik van de regeling derde betalende, procedures uitgewerkt die enerzijds een optimale toepassing bij prioritaire doelgroepen vanaf 1 januari 2015 tot stand brengen en anderzijds voorkomen dat misbruik wordt gemaakt van deze regeling. In dat verband dringt de NCTZ er bij de minister op aan om uitvoering te geven aan de wijziging — van zodra deze van kracht wordt — van art. 53 van de GVV wet die bepaalt dat de Koning, onder voorbehoud van de gevallen waarin de toepassing van de derdebetalersregeling verplicht is, tevens de voorwaarden en procedures kan bepalen volgens dewelke aan individuele zorgverleners een verbod wordt opgelegd om de derdebetalersregeling toe te passen.”

Zoals gezegd, bepaalt artikel 4 van het koninklijk besluit: “Voor de andere zorgverleners dan geneesheren en tandheelkundigen is bepaald dat de derdebetalersregeling kan worden toegepast volgens de modaliteiten die in de akkoorden en de overeenkomsten zijn vastgesteld”.

Zo bepaalt de overeenkomst kinesitherapeuten-ziekenfondsen 2013-2014 dat de kinesist mag opteren voor de toepassing van de 3^e betalersregeling voor de verstrekkingen verricht in een revalidatiecentrum met overeenkomst, voor patiënten met een E-statut (zware aandoening met terugbetaling voor quasi onbeperkt aantal behandelingen, voor individuele noodsituatie en voor rechthebbenden van verhoogde tegemoetkoming.

Was reeds wettelijk bepaald dat op 1 januari 2015 (wijziging in 2013 van art. 53 ZIV-wet) de verplichte toepassing van de sociale derdebetalersregeling voor 2 doelgroepen, namelijk de rechthebbenden verhoogde tegemoetkoming (VT) en personen met het statut chronische aandoening, in werking zou treden.

De rechthebbenden VT zijn al diegenen met een laag inkomen: op basis van een uitkering (leefloon, inkomensgarantie ouderen en toelage voor personen met een handicap), hoedanigheid (bvb wees) of inkomensonderzoek (gezinsinkomen onder bepaalde grens). In juni 2012 waren er, volgens het RIZIV, 1 767 947 rechthebbenden VT.

extension du système du tiers payant a un impact financier qui doit être calculé. (...)

La CNDM démarrera les préparations en vue de l'introduction au 1^{er} janvier 2014 de *MyCarenet* dans le secteur des praticiens de l'art dentaire, pour ce qui concerne le module “assurabilité”. Lier un engagement de paiement à la consultation de l'assurabilité via *MyCarenet* constitue une condition essentielle à la généralisation de l'utilisation de *MyCarenet*. En parallèle sont développées des modalités, notamment sur la base d'une analyse de l'utilisation actuelle du régime du tiers payant, qui permettent d'une part une application optimale pour les groupes-cibles prioritaires à partir du 1^{er} janvier 2015 et d'autre part d'éviter un usage abusif de ce régime. Dans ce cadre, la CNDM insiste auprès du ministre afin de mettre en œuvre la modification — dès qu'elle sera en vigueur — de l'article 53 de la loi SSI qui prévoit que le Roi, sous réserve des cas dans lesquels l'application du régime du tiers payant est obligatoire, peut également fixer les conditions et les modalités par lesquelles une interdiction est imposée aux dispensateurs de soins individuels d'appliquer le régime du tiers payant”.

Comme cela a été précisé, l'article 4 de l'arrêté royal prévoit que “pour les dispensateurs de soins autres que les médecins et praticiens de l'art dentaire, il est prévu que le régime du tiers payant peut être appliqué selon les modalités fixées dans les accords et conventions”.

La convention kinésithérapeutes-mutuelles 2013-2014 dispose ainsi que le kinésithérapeute peut opter pour l'application du système du tiers payant pour les prestations dispensées dans un centre de rééducation conventionné, pour les patients ayant un statut E (pathologies lourdes avec remboursement pour un nombre quasi illimité de traitements, pour une situation de détresse individuelle et pour les bénéficiaires de l'intervention majorée).

La loi prévoyait déjà que, le 1^{er} janvier 2015 (modification en 2013 de l'article 53 de la loi AMI), l'application obligatoire du régime du tiers payant social entrerait en vigueur pour deux groupes cibles, à savoir les bénéficiaires de l'intervention majorée (IM) et les bénéficiaires du statut relatif aux affections chroniques.

Les bénéficiaires IM sont toutes les personnes à faibles revenus: sur la base d'une allocation (revenu d'intégration, garantie de revenus aux personnes âgées et allocation pour personne handicapée), de la qualité (orphelin, par exemple) ou d'une enquête sur les revenus (revenus du ménage inférieurs à un certain seuil). En juin 2012, l'INAMI dénombrait 1 767 947 bénéficiaires IM.

Het statuut chronische aandoening (ingevoerd in 2013) kan automatisch worden toegekend door het ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten of ingeschreven, op basis van een financieel criterium (300 euro gezondheidsuitgaven over 8 opeenvolgende trimesters) of op basis van het voordeel van de forfaitaire toelage voor de hoge gezondheidsuitgaven (forfait chronisch zieke). Tevens wordt dit statuut toegekend op basis van een door een geneesheer-specialist opgemaakt attest dat bevestigt dat de rechthebbende aan een zeldzame of weesziekte lijdt (een ziekte die een beperkt aantal personen treft in vergelijking met de algemene bevolking, hetzij één persoon op 2000). Er zijn nog geen cijfers gekend over het aantal toegekende statuten.

Wegens technische problemen is *MyCarenet* niet tijdig operationeel en stelt de Programmawet van 19 december 2014 de inwerkingtreding uit. De verplichte toepassing van de sociale 3^e betaler zal pas op 1 juli 2015 van toepassing zijn voor enkel de groep rechthebbenden VT, bij de huisarts. Na evaluatie in de loop van 2016, zal bepaald worden op welke wijze dit systeem verder uitgebreid zal worden.

Praktische toepassingen³

Prestaties — ZIV uitgaven

Betreffende de ZIV uitgaven voor ambulante raadplegingen, bezoeken, adviezen en verplaatsingen (exclusief psychotherapie) die buiten een ziekenhuis werden gepresteerd, vinden we dat in 2003 3,75 % via regeling derde betaler werd verrekend. Dit percentage is gestegen naar 5,74 % in 2008, 12,18 % in 2012 en 14,20 % in 2013. We zien dat dit vooral gebeurt voor ambulante raadplegingen, bezoeken, adviezen en verplaatsingen gepresteerd door een algemeen geneesheer (in 2003 werd 4,65 % via regeling derde betaler verrekend, in 2008 7,45 %, in 2012 16,77 % en in 2013 19,80 %). Terwijl het percentage voor specialisten een stuk lager ligt (in 2003 werd 1,51 % via regeling derde betaler verrekend, in 2008 1,59 % en in 2012 en 2013 1,72 %).

Wat betreft de ZIV uitgaven voor ambulante prestaties tandverzorging die buiten een ziekenhuis werden gepresteerd, vinden we dat in 2003 12,41 % via regeling derde betaler werd verrekend. Dit percentage bedraagt 14,06 % in 2008, 14,02 % in 2012 en 14,59 % in 2013.

Voor de ambulante prestaties verpleegkundige zorgen die niet in het ziekenhuis werden gepresteerd vinden we dat in 2003 96,77 % van de ZIV kosten verrekend werden via regeling derde betaler, terwijl dit in 2008 98,33 %, 2012 99,30 % en in 2013 99,95 % bedroeg.

³ Cijfergegevens, RIZIV 2014.

Le “statut affection chronique” (instauré en 2013) peut être ouvert de manière automatique par la mutualité auprès de laquelle est affilié ou inscrit le bénéficiaire sur la base d’un critère financier (300 euros de dépenses de santé sur 8 trimestres consécutifs) ou sur la base du bénéfice de l’allocation forfaitaire pour les frais de santé élevés (“forfait malade chronique”). Ce statut est également accordé sur base la d’une attestation rédigée par un médecin-spécialiste certifiant que le bénéficiaire souffre d’une maladie rare ou orpheline (maladie touchant un nombre restreint de personnes en regard de la population générale, soit une personne sur 2 000). On ne dispose pas encore de chiffres concernant le nombre de personnes à qui ce statut a été octroyé.

En raison de problèmes techniques, *MyCarenet* n’a pas pu être rendu opérationnel en temps voulu et la loi-programme du 19 décembre 2014 en a postposé l’entrée en vigueur. Ce n’est que le 1^{er} juillet 2015 que l’application obligatoire du tiers-payant social entrera en vigueur chez le médecin généraliste, uniquement pour le groupe des bénéficiaires de l’intervention majorée. Après une évaluation dans le courant de 2016, on déterminera de quelle façon ce système sera étendu.

Applications pratiques³

Prestations — Dépenses AMI

S’agissant des consultations ambulatoires, visites, avis et déplacements (à l’exclusion de la psychothérapie) effectués en dehors d’un hôpital, 3,75 % des dépenses AMI ont été facturés en tiers payant en 2003. Ce pourcentage est passé à 5,74 % en 2008, à 12,18 % en 2012 et à 14,20 % en 2013. On constate que c’est surtout le cas pour les consultations ambulatoires, visites, avis et déplacements des médecins généralistes (le système du tiers payant a été appliqué à concurrence de 4,65 % en 2003, de 7,45 % en 2008, de 16,77 % en 2012 et de 19,80 % en 2013.). Pour les spécialistes, ce pourcentage est nettement inférieur (1,51 % en 2003, 1,59 % en 2008 et 1,72 % en 2012 et 2013).

En ce qui concerne les prestations ambulatoires en soins dentaires effectuées en dehors d’un hôpital, 12,41 % des dépenses AMI ont été facturés en tiers payant en 2003. Ce pourcentage est passé à 14,06 % en 2008, à 14,02 % en 2012 et à 14,59 % en 2013.

Pour les prestations ambulatoires en soins infirmiers effectuées en dehors d’un hôpital, 96,77 % des dépenses AMI ont été facturés en tiers payant en 2003, ce pourcentage passant à 98,33 % en 2008, à 99,30 % en 2012 et à 99,95 % en 2013.

³ Statistiques, INAMI 2014.

Voor alle ambulante prestaties verricht door kinesitherapeuten buiten een ziekenhuis, werd in 2003 11,49 % van de ZIV uitgaven via regeling derde betaler verrekend. In 2008 bedroeg dit percentage 10,37 %, in 2012 11,90 % en in 2013 11,84 %.

Verstrekkers

Het aandeel tandartsen die ten minste één keer de regeling derde betaler heeft toegepast voor ambulante prestaties tandheelkunde buiten het ziekenhuis ging van 54,77 % in 2003, naar 51,24 % in 2008, naar 47,41 % in 2012 en 49,45 % in 2013.

Het aandeel algemeen geneesheren die ten minste één keer de regeling derde betaler heeft toegepast voor ambulante prestaties raadplegingen, bezoeken, adviezen en verplaatsingen (exclusief psychotherapie) buiten het ziekenhuis ging van 73,63 % in 2003 naar 69,87 % in 2008, naar 77,65 % in 2012 en 78,84 % in 2013.

Het aandeel specialisten die ten minste één keer de regeling derde betaler heeft toegepast voor ambulante prestaties raadplegingen, bezoeken, adviezen en verplaatsingen (exclusief psychotherapie) buiten het ziekenhuis is gedaald van 56,63 % in 2003, naar 45,13 % in 2008, naar 41,61 % in 2012 en 40,88 % in 2013.

Patiënten

Het aandeel patiënten werd op basis van een andere databank berekend, namelijk de permanente steekproef. Het aandeel patiënten met uitgaven tandverzorging die ten minste één prestatie tandverzorging via regeling derde betaler verrekend kreeg bedraagt in 2012 7,08 %.

Recente wijzigingen

Sinds 1 juli 2011 zijn er een hele reeks wijzigingen van kracht in aanloop naar een administratieve vereenvoudiging en een versnelde terugbetaling voor huisartsen. Volgens dit nieuwe regime betalen de mutualiteiten, de zorgvertrekker, binnen 30 dagen volgend op de datum van ontvangst van een gedetailleerd overzicht. Die snellere betaling zou de toepassing van de derde-betalersregeling voor patiënten met een laag inkomen moeten vergemakkelijken. Als compensatie hebben de geconventioneerde huisartsen zich ertoe verbonden de sociale derdebetalersregeling toe te passen voor alle personen die sociaal-economisch achtergesteld zijn en dat op hun verzoek.

Sinds 1 december 2011 betalen patiënten die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming nog slechts 1euro remgeld voor een consultatie bij een huisarts

Pour les prestations ambulatoires effectuées par les kinésithérapeutes en dehors d'un hôpital, 11,49 % des dépenses AMI ont été facturées en tiers payant en 2003. Ce pourcentage était de 10,37 % en 2008, de 11,90 % en 2012 et de 11,84 % en 2013.

Prestataires

La proportion de dentistes ayant appliqué au moins une fois le régime du tiers payant pour des prestations ambulatoires de dentisterie en milieu extrahospitalier a reculé de 54,77 % en 2003, à 51,24 % en 2008, 47,41 % en 2012 et 49,45 % en 2013.

La proportion de médecins généralistes ayant appliqué au moins une fois le régime du tiers payant pour des prestations ambulatoires de consultations, visites, avis et déplacements (à l'exclusion de la psychothérapie) en milieu extrahospitalier est passée de 73,63 % en 2003 à 69,87 % en 2008, 77,65 % en 2012 et 78,84 % en 2013.

La proportion de spécialistes ayant appliqué au moins une fois le régime du tiers payant pour des prestations ambulatoires de consultations, visites, avis et déplacements (à l'exclusion de la psychothérapie) en milieu extrahospitalier a chuté de 56,63 % en 2003 à 45,13 % en 2008, 41,61 % en 2012 et 40,88 % en 2013.

Patients

La proportion de patients a été calculée sur la base d'une autre base de données, à savoir l'échantillon permanent. La proportion de patients ayant des dépenses pour soins dentaires qui ont bénéficié du régime du tiers payant pour au moins une prestation de soins dentaires était de 7,08 % en 2012.

Modifications récentes

Depuis le 1^{er} juillet 2011, toute une série de modifications sont entrées en vigueur en vue d'une simplification administrative et d'un remboursement plus rapide des médecins généralistes. Suivant ce nouveau régime, les mutualités paient le prestataire de soins dans les 30 jours suivant la date de réception d'un relevé détaillé. Ce paiement plus rapide devrait faciliter l'application du régime du tiers payant pour les patients à faibles revenus. En compensation, les médecins généralistes conventionnés se sont engagés à appliquer le régime du tiers payant social à toutes les personnes socio-économiquement défavorisées et ce, à leur demande.

Depuis le 1^{er} décembre 2011, les patients bénéficiaires de l'intervention majorée ne paient plus, pour une consultation auprès d'un médecin généraliste,

en 1,50 euro als ze geen globaal medisch dossier GMD hebben.

De patiënten van de doelgroepen VT kunnen door de arts geïdentificeerd worden door te kijken naar het kleefbriefje van de verzekeringsinstelling (mutualiteit) waarbij de code eindigt op 1.

Het statuut chronische aandoening kan enkel gekend zijn via een specifiek attest dat door de verzekeringsinstelling wordt afgeleverd, en dat de patiënt aan de zorgverlener moet tonen.

Het is de bedoeling dat op korte termijn de doelgroepen op te zoeken zijn via *MyCarenet*, het centraal dienstenplatform dat gebruikt kan worden door individuele zorgverleners en instellingen om op een eenvoudige, betrouwbare en beveiligde manier informatie uit te wisselen met de ziekenfondsen. De zorgverlener heeft hiervoor de e-ID of ISI+ kaart nodig van de patiënt.

De verplichte toepassing zou namelijk pas effectief in werking treden zodra dit systeem de artsen toelaat om op snelle en eenvoudige wijze zekerheid te hebben over het voordeel of statuut van de patiënt die zijn recht op toepassing van sociale derde betaler inroept.

De patiënt moet, ook in het geval van de VT en statuut chronische zieke, nog steeds zelf de vraag stellen aan de zorgverlener. Die zal dan op zijn beurt controleren of de patiënt effectief recht heeft op de afwijking, met andere woorden op de sociale derde betalingsregeling. In geval van VT en statuut chronische zieke kan de arts (binnenkort) *MyCarenet* raadplegen of via het afgeleverde attest. Voor de andere gevallen (werkloos, recht op verhoogde kinderbijslag, ...) heeft hij nog geen controle mogelijkheden. De zorgverlener heeft geen toegang tot gegevens van het OCMW, FOD Economie, ... Hij beslist vrij over de toepassing en vraagt dus aan de patiënt een verklaring op erewoord.

Voor de verzekeringsinstellingen is het dus ook belangrijk om zicht te hebben op de toepassing van het systeem, en eventuele misbruiken op te sporen. Hiertoe wordt op korte termijn, in overleg met de zorgverleners, een voorstel van "patiëntenfactuur" uitgewerkt. Deze moet volgende gegevens bevatten: prijs van prestatie, terugbetaalbaarheid, conventiestatuut zorgverlener.

De indieners van dit wetsvoorstel zien in het automatisch en verplicht toepassen van het systeem tal van voordelen:

qu'un ticket modérateur de 1 euro, et de 1,5 euro s'ils n'ont pas de dossier médical global (DMG).

Les patients des groupes-cibles IM peuvent être identifiés par le médecin grâce au code inscrit sur la vignette de l'organisme assureur (mutualité), qui se termine dans ce cas par 1.

Le prestataire de soins peut uniquement être informé du "statut affection chronique" du patient grâce à une attestation spécifique délivrée par l'organisme assureur, que le patient doit lui remettre.

L'objectif est, à court terme, que les groupes-cibles puissent être identifiés par le biais de *MyCarenet*, la plate-forme centrale de services qui pourra être utilisée par les prestataires de soins individuels et les institutions en vue d'échanger des informations avec les mutualités de manière simple, fiable et sûre. Le prestataire de soins aura besoin, à cet effet, de l'e-ID ou de la carte ISI+ du patient.

L'obligation d'appliquer ce système n'entrerait effectivement en vigueur qu'à partir du moment où il permettra aux médecins de s'assurer rapidement et simplement du statut du patient qui invoque le droit au bénéfice du tiers payant social.

Même si le patient est bénéficiaire de l'IM et s'il a le "statut affection chronique", il doit toujours le demander lui-même au prestataire de soins. Celui-ci vérifiera si le patient a effectivement droit à la dérogation, autrement dit, au régime du tiers payant social. Lorsque le patient est bénéficiaire de l'IM et qu'il a le "statut affection chronique", le médecin pourra (bientôt) consulter *MyCarenet*; il peut également se référer à l'attestation délivrée. Dans les autres cas (chômeurs, patients ayant droit à des allocations familiales majorées,...), il ne dispose encore d'aucune possibilité de contrôle. Le prestataire de soins n'a pas accès aux données du CPAS, du SPF Économie, ... Il décide librement d'appliquer le régime et demande donc au patient de faire une déclaration sur l'honneur.

Pour les organismes assureurs, il importe donc aussi de pouvoir se faire une idée de l'application du système et de détecter les éventuels abus. À cet effet, une proposition de "facture patient" sera élaborée à court terme, en concertation avec les prestataires de soins. Elle devra contenir les données suivantes: prix de la prestation, remboursabilité, statut conventionnel du prestataire de soins.

Nous estimons que l'application automatique et obligatoire du système présente de nombreux avantages:

— *voor de patiënt*: deze moet zelf zijn situatie niet uitleggen en de expliciete vraag naar derde betalingsregeling stellen, waardoor dit veel minder stigmatiserend is en de gezondheidszorg toegankelijk wordt. Medische zorgen worden op die manier hopelijk sneller toegediend.

— *voor de zorgverstreker*: deze heeft minder administratieve taken, door het gebruik van *eHealth*-toepassingen, waaronder *MyCarenet*. De kans op misbruiken, door het vaak zelf moeten inschatten van de situatie of het moeten vertrouwen op de patiënt, wordt aanzienlijk verminderd (zeker bij nieuwe /onbekende patiënten in wachtdienst bv.). Tevens zal de uitbetaling door de verzekeringsinstellingen sneller gebeuren.

— *voor de maatschappij/RIZIV*: medische zorgen zullen minder worden uitgesteld, zodat sneller en preventief kan ingegrepen worden, en de behandeling korter en de kostprijs lager zijn.

In het federaal regeerakkoord van 2014 werd vermeld: “het progressief toekennen van het recht op verplichte derdebetalersregeling bij de huisarts, te beginnen van 1 juli 2015 met patiënten die genieten van een verhoogde verzekeringstegemoetkoming.”

Dit betekent dat op middellange termijn nog niet iedereen zal kunnen genieten van de derdebetalersregeling. We starten met diegenen die het het meest nodig hebben, en met de huisarts, de meest gefrequenteerde zorgverlener.

Volgens de indieners is het wenselijk om dit progressief (trapsgewijs) uit te breiden naar andere doelgroepen en naar alle geneeskundige verstrekkingen (niet beperken tot bv. raadplegingen) bij huisartsen, tandartsen en kinesisten. De derde betalingsregeling is in principe van toepassing op alle zorgverleners, maar volgens de nadere regels van de overeenkomsten en akkoorden. De indieners wensen niet alles over te laten aan de overeenkomsten en akkoorden. Prioritair richten we ons naar deze 3 beroepsgroepen, omdat zij binnen de eerstelijnsgezondheidszorg het meest frequent geraadpleegd worden. In de toekomst is het ook belangrijk dat de klinische psychologen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg de toepassing van de derde betalingsregeling uitwerken.

Hoewel op wetgevend vlak dus recentelijk een belangrijke stap vooruit werd gezet, door de verplichte

— *pour le patient*: celui-ci n’a plus à expliquer sa situation, ni à demander explicitement à bénéficier du régime du tiers payant. Le patient est dès lors nettement moins stigmatisé et les soins de santé deviennent accessibles. On peut espérer que les soins médicaux seront ainsi administrés plus rapidement.

— *pour le prestataire de soins*: celui-ci a moins de travail administratif grâce à l’utilisation des applications *eHealth*, dont *MyCarenet*. Le risque d’abus — du fait que le prestataire doit souvent évaluer la situation lui-même ou faire confiance au patient — diminue considérablement (surtout pour des patients nouveaux ou inconnus dans le cas d’un service de garde, par exemple). En outre, le remboursement par les organismes assureurs sera plus rapide.

— *pour la société et l’INAMI*: les soins médicaux seront moins différés dans le temps, de sorte qu’il sera possible d’intervenir plus rapidement et préventivement, ce qui raccourcira la durée du traitement et fera baisser les coûts.

L’Accord de gouvernement fédéral 2014 prévoyait l’“octroi progressif du droit au tiers payant obligatoire chez les médecins généralistes, en commençant à partir du 1^{er} juillet 2015 avec les patients qui bénéficient de l’intervention majorée de l’assurance.”

Cela signifie qu’à moyen terme tout le monde ne pourra pas encore bénéficier du régime du tiers payant. Nous commençons par les patients qui en ont le plus besoin et par les médecins généralistes qui sont les prestataires de soins les plus sollicités.

Les auteurs estiment qu’il est souhaitable d’étendre ce régime progressivement (par étapes) à d’autres groupes cibles et à toutes les prestations de santé (ne pas limiter aux consultations, par exemple), chez les médecins généralistes, les dentistes et les kinésithérapeutes. Le régime du tiers payant s’applique en principe à tous les prestataires de soins, mais selon les modalités des conventions et des accords. Les auteurs ne souhaitent pas tout laisser aux conventions et aux accords. Nous nous concentrons prioritairement sur ces trois professions parce qu’elles sont les plus fréquemment consultées au sein des soins de santé de première ligne. Il importe également à l’avenir que les psychologues cliniciens, mettent au point l’application du régime du tiers payant au sein des soins de santé de première ligne.

Bien qu’une étape importante ait donc été franchie récemment, sur le plan législatif, par l’instauration de

toepassing in te voeren vanaf 1 juli 2015 voor de rechthebbenden op verhoogde tegemoetkoming, bij de huisarts:

— zijn er nog vele doelgroepen/rechthebbenden van de sociale derde betaler voor wie de toepassing dus niet verplicht is, maar afhankelijk van de vrije keuze van de arts. We denken prioritair aan personen van wie het bruto belastbare inkomen niet hoger is dan het minimale overlevingsinkomen; rechthebbenden van verhoogde kinderbijslag; werklozen die sinds 6 maanden volledig werkloos zijn; rechthebbenden van medische verzorging in wijkgezondheidscentra en occasionele gevallen van financiële nood.

— is er echter nog steeds geen automatische toepassing voor de afgebakende groepen.

De indieners beogen met dit wetsvoorstel dat de sociale derde betalingsregeling

— *verplicht* wordt toegekend aan een grotere groep rechthebbenden;

— *automatisch* wordt toegekend aan deze rechthebbenden (OCMW's moeten hiertoe ook attesten kunnen afleveren en/of de zorgverlener toegang verlenen tot gegevens van de kruispuntbank sociale zekerheid);

— voor alle verstrekkingen inzake *raadplegingen, huisbezoeken en technische prestaties* van huisartsen, tandartsen en kinesisten geldt;

— via *eHealth (MyCarenet)* wordt ingevoerd.

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Art. 2

In artikel 4*bis* van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 35, § 1, negende lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 8 mei 2001, wordt aan § 3 wordt een lid toegevoegd, dat specificeert dat de administratieve procedure inzake de verzekeringstegemoetkoming online zal verlopen, zodra *eHealth / MyCarenet* operationeel is.

l'application obligatoire du régime du tiers payant aux bénéficiaires d'une intervention majorée, chez le généraliste, à partir du 1^{er} juillet 2015:

— il reste de nombreux groupes cibles et de bénéficiaires du tiers payant social pour lesquels l'application n'est donc pas obligatoire, mais dépend du bon vouloir du médecin. Nous pensons en priorité aux personnes dont les revenus bruts imposables ne dépassent pas le revenu minimal de survie; aux bénéficiaires d'allocations familiales majorées; aux chômeurs complets depuis six mois; aux bénéficiaires de soins médicaux dans des maisons médicales et aux cas occasionnels de détresse financière, et

— l'application n'est toutefois pas encore automatique pour les groupes définis.

En déposant la présente proposition de loi, nous souhaitons que le régime du tiers payant social:

— soit accordé *obligatoirement* à un groupe plus important de bénéficiaires;

— soit accordé *automatiquement* à ces bénéficiaires (à cet effet, les CPAS doivent également pouvoir délivrer des attestations et/ou donner au prestataire de soins accès aux données de la Banque-carrefour de la sécurité sociale);

— soit appliqué pour toutes les prestations en matière de *consultations, visites à domicile et prestations techniques* des médecins traitants, dentistes et kinésithérapeutes;

— soit instauré par le biais de *eHealth (MyCarenet)*.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Art. 2

Dans l'article 4*bis* de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par l'arrêté royal du 8 mai 2001, le paragraphe 3 est complété par un alinéa précisant que la procédure administrative relative à l'intervention de l'assurance se déroulera par la voie électronique, dès que la plateforme *eHealth/ My Carenet* sera opérationnelle.

Art. 3

De wijzigingen in artikel 53 van de ZIV-wet, hebben enerzijds tot doel de verplichte toepassing, die vanaf 1 juli 2015 geldt ten aanzien van rechthebbenden verhoogde tegemoetkoming uit te breiden naar andere doelgroepen;

anderzijds moet dit ook automatisch gebeuren. Dit impliceert dat voornamelijk de verzekeringsinstellingen en het OCMW toegang hebben tot de nodige gegevens en de rechthebbende een attest bezorgen. Te gepaste tijde zal dit via het eHealth platform/ My CareNet gebeuren.

Tevens vermelden we expliciet dat de toepassing geldt voor alle geneeskundige vertrekkingen.

Nahima LANJRI (CD&V)
Nathalie MUYLLE (CD&V)
Els VAN HOOFF (CD&V)

Art. 3

D'une part, les modifications apportées à l'article 53 de la loi AMI visent à étendre à d'autres groupes cibles l'application obligatoire en vigueur à partir du 1^{er} juillet 2015 pour les bénéficiaires d'une intervention majorée.

D'autre part, cette application doit être automatique. Cela implique que, principalement, les organismes assureurs et les CPAS doivent avoir accès aux données requises et fournir une attestation aux bénéficiaires. Cette procédure s'effectuera, le moment venu, par le biais de la plateforme *eHealth/ MyCarenet*.

Nous précisons également explicitement que l'application vaut pour toutes les prestations médicales.

WETSVOORSTEL

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

Art. 2

Artikel 4*bis*, § 3, van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, § 1, negende lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 8 mei 2001, wordt gewijzigd als volgt:

1° in het eerste lid worden tussen het woord “aanvraag” en de woorden “in te dienen”, de woorden “gestaafd met de patiëntenfactuur” ingevoegd;

2° de paragraaf wordt aangevuld met een vijfde lid, luidende:

“De aanvraag, het onderzoek en de kennisgeving van de beslissing voor de toekenning en uitbetaling van de verzekeringstegemoetkoming zal op elektronische wijze gebeuren, zodra het *eHealth*-platform operationeel is. De Koning bepaalt hiervan de nadere regels.”

Art. 3

In artikel 53, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 8 mei 2001, worden na het tiende lid vier nieuwe leden ingevoegd, luidende:

“Vanaf 1 januari 2016 wordt trapsgewijs de verplichting tot toepassing van de derdebetalersregeling ingevoerd ten aanzien van de personen van wie het bruto belastbare inkomen niet hoger is dan het minimale overlevingsinkomen; rechthebbenden van verhoogde kinderbijslag; werklozen die sinds 6 maanden volledig werkloos zijn, zowel met gezinslast als alleenstaanden; rechthebbenden van medische verzorging in wijkgezondheidscentra en personen in een occasioneel geval van financiële nood.

De verplichte toepassing, voor de in het negende lid opgesomde rechthebbenden, geldt tijdens alle raadplegingen van huisartsen, tandartsen en kinesisten, inclusief alle technische prestaties die hierbij noodzakelijk

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

Art. 2

Dans l'article 4*bis*, § 3, de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par l'arrêté royal du 8 mai 2001, les modifications suivantes sont apportées:

1° les mots “, étayée par la facture du patient,” sont insérés entre les mots “une demande par lettre recommandée” et les mots “adressée à chaque organisme assureur”;

2° le paragraphe est complété par un alinéa rédigé comme suit:

“La demande, la vérification et la notification de la décision d'octroi et de paiement de l'intervention de l'assurance s'effectueront par la voie électronique dès que la plate-forme *eHealth* sera opérationnelle. Le Roi en fixera les modalités.”

Art. 3

Dans l'article 53, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par l'arrêté royal du 8 mai 2001, quatre alinéas rédigés comme suit sont insérés après l'alinéa 10:

“A partir du 1^{er} janvier 2016, l'obligation d'application du régime du tiers payant sera introduite progressivement vis-à-vis des personnes dont le revenu brut imposable n'excède pas le revenu de survie minimum; des bénéficiaires d'allocations familiales majorées; des chômeurs complets indemnisés depuis plus de six mois, qu'ils aient charge de famille ou soient isolés; des bénéficiaires de soins médicaux dans les centres de santé de quartier et des personnes en détresse financière occasionnelle.

L'application obligatoire, vis-à-vis des bénéficiaires énumérés à l'alinéa 9, vaut pour toutes les consultations de médecins généralistes, dentistes et kinésithérapeutes, en ce compris toutes les prestations techniques

zijn, voor huisbezoeken van huisartsen en kinesisten, en in het kader van wachtdiensten.”

De derdebetalersregeling wordt automatisch, zonder vraag van de patiënt toegekend aan de rechthebbenden in het negende en tiende lid.

De verzekeringsinstelling of het OCMW stelt in functie van het voorgaande aan de rechthebbende van de verplichte en automatische toepassing van de sociale derdebetalersregeling, op eigen initiatief, een attest ter beschikking van de zorgverlener dat het recht staat. Dit attest zal trapsgewijs vervangen worden, zodra door de procedure in eHealth/MyCarenet operationeel is. Hiervoor zal de Koning de nadere regels bepalen.”

Art. 4

De Koning kan de bepalingen die door artikel 2 worden gewijzigd, opheffen, aanvullen, wijzigen of vervangen.

Art. 5

Deze wet treedt in werking uiterlijk op 1 januari 2016.

7 augustus 2014

Nahima LANJRI (CD&V)
Nathalie MUYLLE (CD&V)
Els VAN HOOF (CD&V)

nécessaires à cette occasion, pour les visites à domicile de médecins généralistes et de kinésithérapeutes, et dans le cadre de services de garde.”

Le régime du tiers payant est attribué automatiquement et sans demande du patient à tous les bénéficiaires énumérés aux alinéas 9 et 10.

En fonction de ce qui précède, l'organisme assureur ou le CPAS met, de sa propre initiative, à la disposition du bénéficiaire de l'application obligatoire et automatique du régime du tiers payant social, une attestation du prestataire de soins établissant ce droit. Cette attestation sera progressivement remplacée dès que la procédure dans eHealth/MyCarenet sera opérationnelle. Le Roi en fixera les modalités.”

Art. 4

Le Roi peut abroger, compléter, modifier ou remplacer les dispositions qui sont modifiées par l'article 2.

Art. 5

La présente loi entre en vigueur au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

7 août 2014