

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

17 juli 2018

WETSVOORSTEL

tot wijziging van het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derde-betalersregeling

(ingediend door mevrouw Nathalie Muylle c.s.)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

17 juillet 2018

PROPOSITION DE LOI

modifiant l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1^{er} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant

(déposée par Mme Nathalie Muylle et consorts)

SAMENVATTING

Vandaag de dag beschikken nog niet alle Belgen over een globaal medisch dossier (GMD). Dit terwijl het dossier een duidelijke en belangrijke meerwaarde biedt voor de patiënt. Om het gebruik van het GMD te verbreden en ook de toegang tot het dossier verder te democratiseren, moeten de bestaande drempels voor het aanmaken van het GMD worden weggewerkt en de voordelen van het GMD verder worden uitgebreid.

Dit wetsvoorstel voert een automatische derde-betalersregeling in voor het betalen van de verzekeringsstegemoetkoming voor verstrekkingen aan patiënten met een elektronisch globaal medisch dossier, op voorwaarde dat dit dossier door de huisarts elektronisch wordt beheerd via MyCareNet.

RÉSUMÉ

À l'heure actuelle, tous les Belges ne disposent pas encore d'un dossier médical global (DMG), en dépit de la plus-value importante et incontestable que celui-ci offre pour le patient. Pour élargir l'utilisation du DMG et démocratiser plus encore l'accès au dossier, il y a lieu d'éliminer les obstacles actuels qui freinent la constitution d'un DMG et de multiplier les avantages du DMG.

Cette proposition de loi instaure un régime du tiers-payant automatique pour le paiement de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations pour les patients possédant un dossier médical global, à condition que ce dossier soit géré de manière électronique par le généraliste, via MyCareNet.

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-GO!	:	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture
DéFI	:	Démocrate Fédéraliste Indépendant
PP	:	Parti Populaire
Vuye&Wouters	:	Vuye&Wouters

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,

Het globaal medisch dossier (GMD) is een deel van het medisch dossier van de patiënt. Het bestaat uit een synthese van de gegevens uit het medisch dossier die belangrijk zijn voor een continue, veilige en kwaliteitsvolle patiëntgerichte zorg. Het GMD bevat in de eerste plaats de administratieve informatie over de patiënt. Het bevat ook de medische gegevens zoals de medische voorgeschiedenis, huidige aandoeningen, aanvullende onderzoeken, chronische behandelingen, het advies van de specialisten en de voorgeschreven medicatie. De huisarts die het GMD van de patiënt beheert neemt systematisch alle (nieuwe) relevante gegevens op in het dossier die hij of zij zelf verzamelt. Ook de gegevens die de huisarts ontvangt van alle andere zorgverleners kunnen worden opgenomen mits toestemming van de patiënt. Ten slotte stelt de huisarts die het GMD beheert op basis van die gegevens eventueel ook preventieve (vaccinaties, screenings) of curatieve geïndividualiseerde acties voor.

Kortom, het GMD bevat die gegevens die kunnen en moeten worden uitgewisseld tussen verschillende zorgverstrekkers. Het kunnen uitwisselen van deze gegevens met andere actoren in de gezondheidszorg, zowel binnen de eerste lijn als met de tweede lijn, verhoogt de kwaliteit van zorg en gaat ook overconsumptie tegen door bepaalde onderzoeken die reeds werden uitgevoerd en opgenomen in het GMD niet nodeloos te herhalen. Vandaag de dag beschikken echter nog niet alle Belgen over een GMD. Dit terwijl het dossier een duidelijke en belangrijke meerwaarde biedt voor de patiënt. Om het gebruik van het GMD te verbreden en ook de toegang tot het dossier verder te democratiseren, moeten de bestaande drempels voor het aanmaken van het GMD worden weggewerkt en de voordelen van het GMD verder worden uitgebreid.

Het belang van het GMD en de voordelen voor de patiënt

De basisidee achter de invoering van het GMD in 1999 als instrument voor een continue, veilige en kwaliteitsvolle patiëntgerichte zorg, is het doeltreffender maken van de medische zorg. En dit door in de eerste plaats de rol van de huisarts te versterken en de patiënttrouw aan de huisarts te vergroten. De vaste therapeutische relatie tussen de huisarts en de patiënt wordt geregistreerd, bestendig en gevalideerd. De rol van de huisarts als beheerder van het GMD en als centrale actor in de continue en kwaliteitsvolle opvolging en begeleiding van de patiënt, wordt gehonoreerd aan de hand van het ereloon dat de arts krijgt voor het openen en verlengen van het GMD.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Le dossier médical global (DMG) est une partie du dossier médical qui se compose d'une synthèse de données importantes pour des soins continus, sûrs, de qualité et axés sur le patient. Il contient tout d'abord les informations administratives relatives au patient. Il consigne également les données médicales telles que les antécédents médicaux, les pathologies actuelles, les examens complémentaires, les traitements chroniques, l'avis des spécialistes et les médicaments prescrits. Le généraliste qui gère le DMG du patient intègre systématiquement au dossier toutes les (nouvelles) données pertinentes qu'il collecte lui-même. Les données que le généraliste reçoit de la part de tous les autres prestataires de soins peuvent également y être ajoutées, moyennant le consentement du patient. Enfin, le généraliste qui gère le DMG propose éventuellement, sur la base de ces données, des actions préventives (vaccinations, dépistage) ou curatives individualisées.

En bref, le DMG contient les données qui peuvent et doivent être échangées entre plusieurs prestataires de soins. Pouvoir échanger ces données avec d'autres acteurs du secteur des soins de santé, de première ligne comme de deuxième ligne, accroît la qualité des soins et permet de lutter contre la surconsommation en évitant la répétition inutile de certains examens déjà réalisés et enregistrés dans le DMG. Actuellement, tous les Belges ne disposent toutefois pas encore d'un DMG alors que ce dossier offre une plus-value claire et importante au patient. En vue d'étendre l'utilisation du DMG et de poursuivre la démocratisation de l'accès à ce dossier, il convient de supprimer les obstacles qui entravent aujourd'hui l'ouverture du DMG et d'élargir encore ses avantages.

Importance du DMG et avantages pour le patient

L'objectif à la base de la création, en 1999, du DMG en tant qu'instrument devant assurer des soins continus, sûrs et de qualité aux patients, était d'accroître l'efficacité des soins médicaux. Il s'agit d'abord de renforcer le rôle du médecin généraliste et la fidélité du patient envers son médecin généraliste. Une relation thérapeutique stable entre le généraliste et le patient est ainsi enregistrée, pérennisée et validée. Le rôle joué par le médecin généraliste en qualité de gestionnaire du DMG et d'acteur central du suivi et de l'accompagnement continu et qualitatif du patient, est rémunéré au travers des honoraires accordés au médecin pour l'ouverture et la prolongation du DMG.

Daartegenover staan ook voor de patiënt verschillende voordelen. In de eerste plaats heeft de patiënt met een GMD recht op verminderd remgeld. De patiënt betaalt 30 % minder remgeld voor een raadpleging. Dit komt neer op een remgeld van 1 euro voor patiënten die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming (hierna: VT) in plaats van 2 euro en 4 euro voor andere patiënten in plaats van 6 euro. Bij 75-plussers of chronisch zieken tussen de 45 en 74 jaar geldt deze vermindering van 30 % van het remgeld ook voor huisbezoeken. Patiënten met een GMD krijgen ook de meerprijs van een avondraadpleging (van 18 tot 21 uur) terugbetaald. Daarnaast genieten patiënten met een GMD die door hun huisarts worden doorverwezen naar bepaalde specialisten ook een vermindering van het remgeld voor een raadpleging, namelijk 5 euro of 2 euro voor VT-rechthebbenden. Tenslotte is het GMD ook een voorwaarde voor patiënten om toegang te hebben tot de erkende zorgtrajecten, namelijk het traject voor diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie.

Het grote voordeel van het GMD voor de patiënt gaat echter verder van het louter financiële aspect van de verminderde remgelden. De grote meerwaarde van het dossier is dat de huisarts een totaalbeeld heeft van de gezondheid van de patiënt en dat hij of zij dit totaalbeeld kan uitwisselen en aanvullen met andere zorgverstrekkers en zo onder meer beter kan beoordelen welke onderzoeken nodig of overbodig zijn en behandelingen nog beter beoordelen en op elkaar afstemmen. Dit zorgvuldig bijgehouden totaalbeeld laat de huisarts toe om de zorg nog meer af te stemmen op de noden van de patiënt en zo de kwaliteit en de doeltreffendheid van de zorg als de veiligheid van de patiënt te verhogen. Het is vooral deze meerwaarde van het GMD die ertoe moet aanzetten om het gebruik van het GMD te verbreden en verder te democratiseren, en dit aan de hand van een automatische derde-betaler voor de erelonen voor opmaak en verlening van het GMD en een veralgemening van de sociale derde-betaler naar alle patiënten met een elektronisch GMD.

Nood aan verdere verbetering en verbreding

Het GMD heeft als instrument voor een continue, veilige en kwaliteitsvolle patiëntgerichte zorg al enkele veranderingen ondergaan. Bij de invoering van het GMD in 1999, was het enkel van toepassing op 75-plussers. In 2002 werd het GMD echter uitgebreid naar alle patiënten. In 2016 werd ten slotte de voormalige preventiemodule (GMD+) als afzonderlijk element geschrapt en geïntegreerd in het GMD. Ondanks deze veranderingen

Les patients bénéficient eux aussi de plusieurs avantages. Premièrement, les patients qui ont ouvert un DMG ont droit à une réduction du ticket modérateur. Le patient doit s'acquitter d'un ticket modérateur de 30 % moins élevé pour une consultation, ce qui correspond à un ticket modérateur d'1 euro au lieu de 2 euros pour les patients ayant droit à une intervention majorée (ci-après: IM) et de 4 au lieu de 6 euros pour les autres patients. Pour les personnes âgées de plus de 75 ans ou les malades chroniques entre 45 et 74 ans, cette réduction de 30 % du ticket modérateur s'applique également aux visites à domicile. Les patients qui ont un DMG se voient aussi rembourser le coût supplémentaire d'une consultation tardive (entre 18 et 21 heures). Par ailleurs, les patients ayant un DMG et réorientés vers certains spécialistes par le médecin généraliste bénéficient également d'une réduction du ticket modérateur pour cette consultation, de 5 ou de 2 euros pour les bénéficiaires d'une IM. Enfin, le DMG est également une condition que doivent remplir les patients pour avoir accès aux trajets de soins reconnus, en particulier pour le diabète de type 2 et l'insuffisance rénale chronique.

Pour le patient, la plus-value du DMG va au-delà de l'avantage strictement financier de la réduction du ticket modérateur. La valeur ajoutée principale de ce dossier réside dans le fait qu'il permet au médecin généraliste d'avoir une vue d'ensemble de la santé du patient, d'échanger cette vue globale avec d'autres prestataires de soins et de la compléter, ce qui lui permet notamment de distinguer, dans de meilleures conditions, les examens nécessaires des examens inutiles, et d'en mieux évaluer et coordonner les traitements. Cette vue d'ensemble soigneusement mise à jour permet au médecin généraliste d'adapter encore mieux les soins aux besoins du patient, et d'accroître ainsi la qualité et l'efficacité des soins, ainsi que la sécurité du patient. C'est principalement cette valeur ajoutée du DMG qui doit encourager une utilisation plus étendue et la démocratisation accrue du DMG, au moyen d'un système de tiers payant automatique pour les frais d'ouverture et de prolongation du DMG, et grâce à l'extension du régime de tiers payant social à tous les patients disposant d'un DMG électronique.

Nécessité d'améliorer et d'élargir encore davantage

Le DMG est un instrument qui vise à assurer des soins continus, sûrs, qualitatifs et adaptés au patient. Il a déjà été modifié à plusieurs reprises. Lors de la création du DMG en 1999, il ne s'appliquait qu'aux personnes de plus de 75 ans. En 2002, le DMG a toutefois été étendu à tous les patients. Enfin, en 2016, son ancien module de prévention distinct (DMG+) a été supprimé et intégré au DMG. Malgré ces modifications, l'utilisation et la qualité

is het gebruik en de kwaliteit van het GMD helaas nog steeds niet optimaal. Die vier doelstelling voor het gebruik van het GMD zoals ze werden geformuleerd door het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen voor 2006-2007, zijn immers nog steeds niet volledig bereikt. Deze vier doelstellingen zijn:

“Een eerste doelstelling is de kwalitatieve zorgverlening via het verzamelen van alle relevante gegevens op één plaats.

Een tweede doelstelling is de betere gegevensuitwisseling tussen de huisartsen en de geneesheren-specialisten [...].

Een derde doelstelling is de optimale tenlasteneming van de patiënten die lijden aan specifieke pathologieën waarvoor een nauwere samenwerking tussen de huisartsen en de geneesheren-specialisten vereist is. [...].

Een vierde doelstelling is het op vrijwillige basis deelnemen aan de verzameling van geanonimiseerde epidemiologische gegevens inzake Volksgezondheid. [...].”

Dit werd bevestigd in het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019. Zo stelde men dat de centralisatie van de nodige en relevante informatie slechts gedeeltelijk is bereikt. Een verdere digitalisering van het dossier, de verdere uitrol van het eGMD zal hier mee toe bijdragen. Het akkoord gaf ook aan dat een meer algemeen gebruik van het GMD moet worden aangemoedigd. Uit cijfers van het RIZIV blijkt dat in 2015 6 040 205 en in 2016 er 6 470 580 GMD's waren geregistreerd, waarvan 410 890 voor een patiënt met een statuut voor een chronische aandoening. Dit komt overeen met de gegevens van het Inter mutualistische Agentschap (hierna: IMA) waaruit blijkt dat voor 2015 63,2 % van de patiënten aangesloten bij een verzekeringsinstelling een GMD had bij hun huisarts. Er blijft met andere woorden nog een grote groep van patiënten over die moet worden aangemoedigd om een GMD te openen.

Een belangrijke drempel, is het ereloon dat de patiënt moet neertellen bij het aanmaken of het verlengen van zijn GMD. Hoewel het GMD *de facto* gratis is, moeten patiënten bij het openen of het verlengen van het GMD toch nog 30 euro betalen aan de huisarts (of 55 euro als ze tussen de 45 jaar en 74 jaar oud zijn en het statuut van een “chronische aandoening” hebben). Hoewel dit ereloon volledig wordt terugbetaald door de ziekteverzekering, is het niet voor alle patiënten even evident om dit bedrag zomaar neer te tellen. Patiënten kunnen daarom een derde-betalersregeling aanvragen. Deze regeling wordt tezamen met de GMD-aanvraag geresisteerd en wordt verplicht en onmiddellijk toegepast. Het ereloon

du DMG ne sont malheureusement pas encore optimales. En effet, les quatre objectifs du DMG, formulés dans l'Accord national médico-mutualiste 2006-2007, n'ont pas encore été pleinement atteints. Ces quatre objectifs s'énoncent comme suit:

“Un premier objectif est la dispensation de soins de qualité par la compilation en un seul lieu de toutes les données médicales pertinentes.

Un deuxième objectif est le meilleur échange de données entre médecins de famille et médecins spécialistes [...].

Un troisième objectif est celui de la prise en charge optimale des patients atteints de pathologies spécifiques requérant une collaboration renforcée entre médecins de famille et médecins spécialistes [...].”

Un quatrième objectif est celui de la participation sur base volontaire, à la récolte de données épidémiologiques anonymisées de Santé publique. A. [...].”

Ces objectifs ont été confirmés dans l'Accord national médico-mutualiste 2018-2019. Il y a ainsi été mentionné que la centralisation des informations nécessaires et pertinentes du patient n'est que partiellement réalisée. La poursuite de la numérisation du dossier et du déploiement de l'eDMG y contribueront. Il figurait également dans l'accord qu'une généralisation de l'utilisation du DMG doit encore être encouragée. Il ressort de chiffres de l'INAMI que le nombre de DMG enregistrés en 2015 et en 2016 s'élevait respectivement à 6 040 205 et 6 470 580, dont 410 890 concernaient un patient ayant un statut “affection chronique”. Ces chiffres correspondent aux données de l'Agence inter mutualiste (ci-après: AIM) qui révèlent que, pour 2015, 63,2 % des patients affiliés auprès d'un organisme assureur avaient un DMG chez leur médecin généraliste. En d'autres termes, il subsiste un groupe significatif de patients qui doit encore être encouragé à ouvrir un DMG.

Les honoraires que le patient doit payer pour ouvrir ou prolonger son DMG constituent un obstacle majeur. Bien que le DMG soit gratuit *de facto*, les patients doivent tout de même encore payer 30 euros (ou 55 euros s'ils sont âgés de 45 à 74 ans et ont le statut “affection chronique”) au médecin généraliste pour que ce dernier ouvre ou prolonge le DMG. Bien que ces honoraires soient remboursés intégralement par l'assurance maladie, il n'est pas aussi facile pour tous les patients de déboursier tout simplement cette somme. Les patients peuvent dès lors demander de bénéficier du régime du tiers payant. Ce régime est enregistré conjointement avec la demande de DMG et son

van 30 euro of 55 euro voor de opening of de verlenging van het GMD wordt door de huisarts bijgevolg volledig gefactureerd aan de verzekeringsinstelling van de patiënt. Het is de verzekeringsinstelling die de huisarts het bedrag uitbetaalt.

Deze derde-betalersregeling kan door alle patiënten worden gevraagd en kan niet worden geweigerd. Verder geldt er geen enkele voorwaarde voor de toepassing van de derde-betalersregeling. Het is daarom enigszins vreemd dat deze derde-betalersregeling enkel op de uitdrukkelijke vraag van de patiënt kan worden toegepast. Bovendien bestaat er reeds een basis voor de automatische derde-betaler bij het GMD. Bij de patiënten van wie de huisarts het GMD beheert via *MyCareNet* bij de verlenging van het GMD, wordt reeds *de facto* een derde-betalersregeling toegepast. De verlenging van het GMD in *MyCareNet* verloopt immers automatisch waardoor het honorarium rechtstreeks wordt betaald door de verzekeringsinstelling aan de huisarts. Een verdere veralgemening van de derde-betalersregeling bij de GMD-honoraria, is dan ook niet meer dan logisch. Want om het gebruik van het GMD en de belangrijke en duidelijke voordelen van het dossier te verbreden en de toegang tot het dossier verder te democratiseren, moet de derde-betalersregeling automatisch worden toegekend aan alle patiënten. En niet enkel aan die patiënten die over de nodige kennis ter zake beschikken.

Een andere belangrijke stimulans voor het gebruik van het GMD verder te verbreden, is het uitbreiden van de voordelen van de patiënt. Zo moet er werk gemaakt worden van een veralgemening van de verplichte sociale derde-betaler voor patiënten die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, naar alle patiënten met een GMD. Om de verdere uitrol van het eGMD te stimuleren, maar ook om de administratieve last voor de huisartsen te beperken alsook de uitbetaling van de honoraria door het RIZIV zo vlot en snel mogelijk te laten verlopen, moet deze veralgemening van de derde-betaler beperkt worden tot die patiënten van wie het GMD elektronisch wordt bijgehouden via *MyCareNet*. Wetende dat het eerste actiepunt van het Actieplan e-Gezondheidszorg 2013-2018 van de minister van Volksgezondheid bepaalt dat ten laatste tegen 2020 alle huisartsen moeten werken met een eGMD, zal de patiënt van deze voorwaarde nauwelijks tot geen nadeel ondervinden.

Automatische derde-betalersregeling

Gezondheidszorg is een basisrecht voor iedereen. De toegankelijkheid en betaalbaarheid van die zorg is daarom van cruciaal belang. Voor veel mensen wegen gezondheidsfacturen echter zeer zwaar door. In het bijzonder het voorschieten van de kosten voor eerste-lijnsgezondheidszorg is voor velen een probleem. Dit

application est obligatoire et immédiate. Les honoraires de 30 ou 55 euros pour l'ouverture ou la prolongation du DMG sont, par conséquent, entièrement facturés à l'organisme assureur du patient. C'est cet organisme qui verse le montant au médecin généraliste.

Ce régime du tiers payant peut être demandé par tous les patients et ne peut pas être refusé. En outre, l'application du régime du tiers payant n'est soumise à aucune condition. Il est dès lors quelque peu étrange que ce régime ne puisse être appliqué qu'à la demande expresse du patient. Qui plus est, il existe déjà une base pour le tiers payant automatique dans le cadre du DMG. Le régime du tiers payant s'applique déjà *de facto* aux patients dont le médecin généraliste gère le DMG via *MyCareNet* en ce qui concerne la prolongation du dossier. La prolongation du DMG dans *MyCareNet* est en effet automatique, ce qui fait que les honoraires sont payés directement au médecin généraliste par l'organisme assureur. Il tombe dès lors sous le sens qu'il y aurait lieu de poursuivre la généralisation du régime du tiers payant en ce qui concerne les honoraires liés au DMG. Car pour étendre l'utilisation du DMG et ses avantages majeurs et évidents et démocratiser davantage l'accès au dossier, le régime du tiers payant doit être octroyé automatiquement à tous les patients et pas uniquement à ceux qui disposent des connaissances nécessaires en la matière.

Un autre incitant important en faveur de l'utilisation du DMG réside dans l'élargissement des avantages pour le patient. Il conviendra notamment de s'employer à généraliser le régime du tiers payant social obligatoire, applicable aux patients bénéficiaires de l'intervention majorée, à tous les patients qui ont un DMG. Pour encourager la poursuite de la mise en œuvre du eDMG, mais aussi afin de limiter la charge administrative pour les médecins généralistes, de fluidifier et d'accélérer le plus possible le paiement des honoraires par l'INAMI, cette généralisation du tiers payant doit être limitée aux patients dont le DMG est mis à jour électroniquement sur *MyCareNet*. Étant donné que le premier point du Plan d'action eSanté 2013-2018 de la ministre de la Santé publique prévoit que tous les médecins généralistes devront passer à l'eDMG pour 2020 au plus tard, cette condition ne portera pas ou pratiquement pas préjudice au patient.

Automatisation du régime du tiers payant

Les soins de santé constituent un droit fondamental pour chaque citoyen. L'accessibilité des soins, y compris sur le plan financier, revêt dès lors une importance cruciale. Or, la facture des soins de santé pèse lourdement sur le budget de nombreux ménages. En particulier, devoir avancer le coût des soins de première ligne est

is drempelverhogend en leidt tot het uitstellen en in sommige gevallen zelfs tot afstel van gezondheidszorg. Zo worden medische problemen vaak erger, waardoor een langere of duurdere behandeling noodzakelijk is. De medische kosten worden bijgevolg nog groter, waardoor men in een vicieuze cirkel komt. De derde-betalersregeling is echter een systeem dat het integraal voorschieten van de kosten voor geneeskundige verstrekkingen door de patiënt voorkomt. De zorgverstrekker ontvangt de betaling van de in het kader van de verplichte ziektekostenverzekering verschuldigde tegemoetkoming immers rechtstreeks van de verzekeringsinstelling waarbij de patiënt is aangesloten of ingeschreven. Voor de patiënt wordt bijgevolg de financiële drempel voor gezondheidszorg grotendeels weggewerkt aangezien hij de kosten voor zijn gezondheidsuitgaven niet meer moet voorschieten, maar enkel nog het remgeld moet betalen.

De derde-betalersregeling is met andere woorden een belangrijke drempelverlagende maatregel die gezondheidszorg toegankelijker en betaalbaarder maakt. Een maatregel die ook het GMD en de daaruit voortvloeiende voordelen toegankelijker en betaalbaarder kan maken. Met betrekking tot de erelonen voor de opmaak en de verlenging van het GMD moet de patiënt vandaag echter de toepassing van de derde-betaler zelf vragen. Er is met andere woorden geen automatisme. Tenzij de huisarts het GMD beheert via *MyCareNet*. Dan wordt alvast voor het honorarium voor de verlenging van het dossier *de facto* een derde-betalersregeling toegepast. Vandaag zijn het dan ook vooral de goed geïnformeerde patiënten die hun weg tot deze derde-betalersregeling vinden. Om deze derde-betalersregeling te democratiseren en toegankelijk te maken voor alle patiënten, moet de toepassing ervan automatisch gebeuren en niet langer op uitdrukkelijke vraag van de patiënt.

Daarnaast moet ook de verplichte sociale derde-betaler voor patiënten die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, worden veralgemeend. Vandaag de dag hebben slechts een paar doelgroepen automatisch recht op de verhoogde tegemoetkoming, namelijk:

1. zij die ontvangers zijn van een leefloon ingesteld bij de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie, op voorwaarde dat hij dat leefloon daadwerkelijk heeft ontvangen gedurende een ononderbroken periode van minstens drie volledige maanden;

2. zij die ontvangers zijn van steun die geheel of gedeeltelijk door de federale overheid ten laste wordt genomen op grond van de artikelen 4 en 5 van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor

problématique pour de nombreuses personnes: cette obligation a un effet dissuasif et incite les patients à reporter certains soins, voire à y renoncer dans certains cas. Souvent, cette situation aggrave les problèmes médicaux et allonge la durée du traitement ou en accroît le coût. Par conséquent, les coûts médicaux augmentent et un cercle vicieux se met en place. Le régime du tiers payant vise précisément à éviter que le patient doive avancer intégralement les frais liés aux prestations de santé. Le prestataire de soins reçoit en effet directement de l'organisme assureur auquel le patient est affilié ou inscrit le paiement de l'intervention due dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Pour le patient, cela élimine donc, dans une large mesure, l'obstacle financier de l'accès aux soins de santé, étant donné qu'il ne doit plus avancer le coût total de ses soins de santé, et qu'il ne doit plus s'acquitter que du ticket modérateur.

En d'autres termes, le régime du tiers payant est un mécanisme important qui facilite l'accès aux soins et les rend abordables sur le plan financier. Ce mécanisme peut également rendre le DMG et les avantages qui en découlent plus accessibles et plus abordables. À l'heure actuelle, pour les honoraires liés à l'ouverture et à la prolongation du DMG, le patient doit toutefois demander lui-même l'application du régime du tiers payant. Il n'y a donc pas d'automatisme, sauf si le médecin généraliste gère le DMG sur *MyCareNet*. Dans ce cas, le tiers payant s'applique *de facto* aux honoraires liés à la prolongation du dossier. Par conséquent, ce sont aujourd'hui surtout les patients bien informés qui peuvent bénéficier de ce régime du tiers payant. Si l'on veut démocratiser ce régime et permettre à tous les patients s'y accéder, son application devra être automatique et ne plus dépendre de la demande expresse du patient.

Il faut également généraliser le tiers payant social obligatoire pour les patients qui ont droit à une intervention majorée. Aujourd'hui, seuls quelques groupes cibles ont automatiquement droit à l'intervention majorée. Il s'agit des personnes suivantes:

1. les personnes qui perçoivent un revenu d'intégration institué par la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale, pour autant qu'elles en aient bénéficié effectivement pendant au moins trois mois complets ininterrompus;

2. les personnes qui bénéficient du secours partiellement ou totalement pris en charge par l'État fédéral sur la base des articles 4 et 5 de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale, pour autant qu'elles

maatschappelijk welzijn, op voorwaarde dat hij die steun daadwerkelijk heeft ontvangen gedurende een ononderbroken periode van minstens drie volledige maanden;

3. zij die een inkomensgarantie voor ouderen ontvangen ingesteld bij de wet van 22 maart 2001;

4. zij die het gewaarborgd inkomen voor bejaarden ontvangen ingesteld bij de wet van 1 april 1969, alsook de rechthebbende die het recht op de rentebijslag behoudt;

5. ontvangers van een tegemoetkoming die wordt toegekend aan een persoon met een handicap krachtens de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap;

6. een kind met een handicap waarvan de lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van ten minste 66 % is vastgesteld door een arts van de Directie-generaal Personen met een Handicap van de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid;

7. een kind dat is ingeschreven in de hoedanigheid van gerechtigde NBMV, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 22°, van de GvU-wet;

8. een kind dat is ingeschreven in de hoedanigheid van gerechtigde wees in de zin van artikel 32, eerste lid, 20°, van de GvU-wet.

Anderen die in aanmerking kunnen komen voor een verhoogde tegemoetkoming, moeten dit aanvragen bij hun ziekenfonds. Het is daarbij vooral het jaarinkomen (verhoogd naar gelang het aantal leden in het gezin), dat daarbij de doorslag geeft. Voor 2017 lag dit grensbedrag op een jaarinkomen van 18 335,43 euro, verhoogd met 3 394,38 euro per persoon ten laste. Hoewel het voor velen sowieso al een drempel is om zelf te stap te zetten en hun verhoogde tegemoetkoming aan te vragen bij hun ziekenfonds, is ook het vaststellen van een grensbedrag niet onproblematisch. Een jaarinkomen geeft immers onvoldoende zicht op het effectief besteedbare inkomen van een gezin. Zelfs met een jaarinkomen dat net boven de grens van 18 335,43 euro ligt, kan het beschikbaar gezinsinkomen erg laag zijn, waardoor mensen nog steeds gezondheidszorg gaan uitstellen, met al de negatieve gevolgen van dien voor zowel de gezondheid van de patiënt als de bijkomende kosten voor de ziekteverzekering.

Door de verplichte derde-betaler uit te breiden naar alle patiënten met een GMD, neemt men de drempel voor het aanvragen de verhoogde tegemoetkoming weg en worden

en aient bénéficié effectivement pendant au moins trois mois complets ininterrompus;

3. les personnes qui bénéficient d'une garantie de revenus aux personnes âgées instituée par la loi du 22 mars 2001;

4. les personnes qui perçoivent le revenu garanti aux personnes âgées institué par la loi du 1^{er} avril 1969, ainsi que l'ayant droit qui conserve le droit à la majoration de rente;

5. les personnes qui perçoivent une allocation octroyée à une personne handicapée en application la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées;

6. l'enfant handicapé dont l'incapacité physique ou mentale d'au moins 66 % est constatée par un médecin de la Direction générale Personnes handicapées du Service public fédéral Sécurité sociale;

7. l'enfant inscrit en qualité de titulaire MENA, visé à l'article 32, alinéa 1^{er}, 22°, de la loi SSI;

8. l'enfant inscrit en qualité de titulaire orphelin au sens de l'article 32, alinéa 1^{er}, 20°, de la loi SSI;

Les autres personnes pouvant bénéficier d'une intervention majorée doivent en faire la demande auprès de leur mutualité. À cet égard, c'est essentiellement le revenu annuel (majoré en fonction du nombre de membres dans le ménage) qui est déterminant. Pour 2017, ce plafond était fixé à un revenu annuel de 18 335,43 euros, majoré de 3 394,38 euros par personne à charge. Si la démarche personnelle visant à demander une intervention majorée est déjà un obstacle pour beaucoup, la fixation d'un montant plafond n'est pas non plus sans poser problème. Le revenu annuel ne permet en effet pas d'avoir une vision suffisamment précise du revenu effectivement disponible d'un ménage. Même en bénéficiant d'un revenu annuel juste supérieur au plafond de 18 335,43 euros, le ménage peut disposer d'un revenu très faible, incitant les gens à reporter des soins de santé, avec toutes les conséquences négatives qu'il s'ensuit tant pour la santé du patient que pour les coûts supplémentaires que cela engendre pour l'assurance maladie.

En élargissant le tiers payant obligatoire à tous les patients possédant un DMG, on supprime le seuil d'accès à la demande de l'intervention majorée et les

ook die gezinnen met een voldoende jaarinkomen, maar een beperkt beschikbaar inkomen, toch meegenomen. De uitbreiding van de derde-betaler, gaat echter veel verder. De derde-betaler geldt dan immers voor alle patiënten en de verstrekkingen door hun vaste huisarts. Op deze manier vinden de voordelen van het GMD verder ingang. Het GMD biedt immers een meerwaarde voor zowel de patiënt als voor de ziekteverzekering. Door de veralgemening van de automatische derde-betalersregeling wordt de drempel tot de huisarts en tot een continue, veilige en kwaliteitsvolle patiëntgerichte zorg significant verlaagd. Het gebruik van het GMD en de belangrijke en duidelijke voordelen van het dossier zouden aldus worden verbreed en ook de toegang tot het dossier zou verder worden gedemocratiseerd.

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Artikel 2

Via de invoering van een nieuw artikel 7/1 wordt de verplichte derde-betalersregeling uitgebreid naar alle patiënten met een globaal medisch dossier, op voorwaarde dat dit dossier door de huisarts elektronisch wordt beheerd via *MyCareNet*. Deze uitbreiding van de derde-betaler naar andere categorieën van rechthebbers is immers toegelaten op basis van artikel 53, § 1, zestiende lid van de wet van betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De derde-betalersregeling wordt daarbij naar analogie met de verplichte derde-betaler voor de rechthebbenden van een verhoogde tegemoetkoming, beperkt tot dezelfde geneeskundige verstrekkingen zoals bepaald in artikel 7 en vastgesteld in de bijlage aan het koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derde-betalersregeling.

Artikel 3

De wijzigingen aan artikel 8 van het koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derde-betalersregeling, leiden tot een automatische derde-betalersregeling voor de honoraria voor het openen en het verlengen van een globaal medisch dossier.

ménages qui disposent d'un revenu annuel suffisant mais dont le revenu disponible est limité entrent, eux aussi, en ligne de compte. L'extension du tiers payant va cependant beaucoup plus loin. L'extension du tiers payant s'applique alors en effet à tous les patients et aux prestations par leur médecin généraliste attitré. Les avantages du DMG gagneront ainsi du terrain. Le DMG offre effectivement une plus-value, tant pour le patient que pour l'assurance maladie. En généralisant le régime du tiers payant automatique, on abaisse de façon significative le seuil d'accès au médecin généraliste et à des soins continus, sûrs et de qualité pour le patient. L'utilisation du DMG ainsi que les avantages importants et évidents de ce dossier seraient donc élargis, et l'accès au dossier serait davantage démocratisé.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 2

L'instauration d'un nouvel article 7/1 étend le régime du tiers payant obligatoire à tous les patients possédant un dossier médical global, à condition que ce dossier soit géré électroniquement par le médecin généraliste via *MyCareNet*. Cette extension du tiers payant à d'autres catégories d'ayants droit est en effet autorisée conformément à l'article 53, § 1^{er}, alinéa 16, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Par analogie avec le tiers payant obligatoire pour les ayants droit à une intervention majorée, le régime du tiers payant est limité aux mêmes prestations médicales que celles visées à l'article 7 et fixées dans l'annexe jointe à l'arrêté royal portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant.

Article 3

Les modifications apportées à l'article 8 de l'arrêté royal portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant, conduisent à un régime du tiers payant automatique pour les honoraires dans le cadre de l'ouverture et de la prolongation d'un dossier médical global.

Artikel 4

Door de aanpassingen aangebracht aan artikel 8 van het koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derde-betalersregeling, zijn de opschriften “Afdeling 1. – Verplichte derde-betaler” en “Afdeling 2. – Verplichte derde-betaler op vraag van rechthebbende” overbodig.

Nathalie MUYLLE (CD&V)
Sonja BECQ (CD&V)
Jef VAN den BERGH (CD&V)
Stefaan VERCAMER (CD&V)

Article 4

Les modifications apportées à l'article 8 de l'arrêté royal portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant, rendent les intitulés ‘Section 1^{ère}. – Tiers payant obligatoire’ et ‘Section 2. – Tiers payant à la demande du bénéficiaire’ superflus.

WETSVOORSTEL**Artikel 1**

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

Art. 2

In het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derde-betalersregeling wordt een artikel 7/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 7/1. De toepassing van de derde-betalersregeling is verplicht voor het betalen van de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen die verleend worden door de erkende huisarts, voor zover deze erkende huisarts een elektronisch medisch dossier gebruikt voor de betrokken rechthebbende, dat wordt beheerd met een softwarepakket dat is geregistreerd door het *eHealth*-platform, overeenkomstig de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het *eHealth*-platform en diverse bepalingen.

Het eerste lid is niet van toepassing:

1° voor het betalen van de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen opgenomen op de lijst in bijlage van dit besluit;

2° ingeval een verstrekking wordt verleend tijdens een bezoek opgenomen op de lijst in bijlage van dit besluit.”

Art. 3

In artikel 8 van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden “indien de rechthebbende uitdrukkelijk verzoekt om de toepassing van die regeling” opgeheven.

Art. 4

In “Hoofdstuk V. – Geneeskundige verstrekkingen waarvoor toepassing derde-betalersregeling verplicht is” van hetzelfde koninklijk besluit worden de opschriften “Afdeling 1. – Verplichte derde-betaler” en “Afdeling 2. – Verplichte derde-betaler op vraag van rechthebbende” opgeheven.

PROPOSITION DE LOI**Article 1^{er}**

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

Art. 2

Dans l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1^{er} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant, il est inséré un article 7/1 rédigé comme suit:

“Art. 7/1. L'application du régime du tiers payant est obligatoire pour le paiement de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de santé dispensées par le médecin généraliste agréé, pour autant que ce médecin généraliste agréé utilise, pour le bénéficiaire concerné, un dossier médical électronique géré par un logiciel enregistré par la plate-forme *eHealth* conformément à la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme *eHealth* et portant diverses dispositions.

L'alinéa 1^{er} ne s'applique pas:

1° au paiement de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de santé figurant sur la liste annexée au présent arrêté;

2° lorsqu'une prestation est dispensée durant une visite figurant sur la liste annexée au présent arrêté.”

Art. 3

Dans l'article 8 du même arrêté royal, les mots “lorsque le bénéficiaire demande expressément l'application de ce régime” sont abrogés.

Art. 4

Dans le “Chapitre V – Prestations de santé pour lesquelles l'application du régime du tiers payant est obligatoire” du même arrêté royal, les intitulés “Section 1^{re}. – Tiers payant obligatoire” et “Section 2. – Tiers payant obligatoire à la demande du bénéficiaire” sont abrogés.

Art. 5

De Koning kan de bij de artikelen 2 tot 4 gewijzigde bepalingen aanvullen, wijzigen of vervangen.

26 juni 2018

Nathalie MUYLLE (CD&V)
Sonja BECQ (CD&V)
Jef VAN den BERGH (CD&V)
Stefaan VERCAMER (CD&V)

Art. 5

Le Roi peut compléter, modifier ou remplacer les dispositions modifiées par les articles 2 à 4.

26 juin 2018