74.542/2

DOC 55 **3445/001**

DOC 55 **3445/001**

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

21 juin 2023

# PROPOSITION DE LOI

**modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en vue d'instaurer l'application automatique du régime du tiers payant**

(déposée par Mme Nawal Farih et consorts)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

21 juni 2023

# WETSVOORSTEL

**tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met oog op een automatische derdebetalersregeling**

(ingediend door mevrouw Nawal Farih c.s.)

**RÉSUMÉ**

*Cette proposition de loi vise à instaurer l'application automatique du régime du tiers payant au profit de tous les assurés pour les prestations effectuées par les dispensateurs de soins suivants: les médecins généralistes, les dentistes, les kinésithérapeutes et les logopèdes. Cette proposition habilite également le Roi à élargir l'application automatique de ce régime à d'autres catégories de dispensateurs de soins.*

**SAMENVATTING**

*Dit wetsvoorstel beoogt de toepassing van de automatische derdebetalersregeling voor alle verzekerden in te voeren voor de volgende zorgverleners: huisartsen, tandartsen, kinesitherapeuten en logopedisten. Aan de Koning wordt de bevoegdheid gegeven om dit nog uit te breiden naar andere categorieën van zorgverleners.*

| | | |
|---|---|---|
| *N-VA* | : | *Nieuw-Vlaamse Alliantie* |
| *Ecolo-Groen* | : | *Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen* |
| *PS* | : | *Parti Socialiste* |
| *VB* | : | *Vlaams Belang* |
| *MR* | : | *Mouvement Réformateur* |
| *cd&v* | : | *Christen-Democratisch en Vlaams* |
| *PVDA-PTB* | : | *Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique* |
| *Open Vld* | : | *Open Vlaamse liberalen en democraten* |
| *Vooruit* | : | *Vooruit* |
| *Les Engagés* | : | *Les Engagés* |
| *DéFI* | : | *Démocrate Fédéraliste Indépendant* |
| *INDEP-ONAFH* | : | *Indépendant – Onafhankelijk* |

| *Abréviations dans la numérotation des publications:* | | *Afkorting bij de nummering van de publicaties:* | |
|---|---|---|---|
| *DOC 55 0000/000* | *Document de la 55e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi* | *DOC 55 0000/000* | *Parlementair document van de 55e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer* |
| *QRVA* | *Questions et Réponses écrites* | *QRVA* | *Schriftelijke Vragen en Antwoorden* |
| *CRIV* | *Version provisoire du Compte Rendu Intégral* | *CRIV* | *Voorlopige versie van het Integraal Verslag* |
| *CRABV* | *Compte Rendu Analytique* | *CRABV* | *Beknopt Verslag* |
| *CRIV* | *Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)* | *CRIV* | *Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)* |
| *PLEN* | *Séance plénière* | *PLEN* | *Plenum* |
| *COM* | *Réunion de commission* | *COM* | *Commissievergadering* |
| *MOT* | *Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)* | *MOT* | *Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)* |

## DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

### Contexte

Mieux vaut prévenir que guérir. Bénéficier de soins à temps peut empêcher les problèmes de s'aggraver et peut éviter de devoir recourir à des interventions plus coûteuses et plus longues par la suite. Toutefois, malgré les nombreuses mesures en vigueur dans le cadre de notre régime d'assurance maladie, comme le maximum à facturer, le coût des soins de santé demeure un obstacle financier majeur pour de nombreuses personnes. Dans l'enquête de santé de 2018, 9,1 % des ménages belges indiquaient ainsi qu'ils devaient reporter des soins pour des raisons financières. Il ressort aussi de rapports nationaux et internationaux qu'un problème plus profond se pose quant à l'accessibilité financière des soins de santé pour les groupes socioéconomiques vulnérables et que, par rapport à d'autres pays de l'Union européenne, la Belgique est peu performante en la matière.[1]

Le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), qui a été publié le 28 février 2023, souligne aussi clairement qu'il reste fort à faire pour améliorer l'accessibilité financière des soins de santé. En effet, d'après ce rapport, environ 260.000 ménages belges ont été confrontés à des frais de santé tellement élevés en 2020 qu'ils ont éprouvé des difficultés financières à répondre à des besoins élémentaires comme l'alimentation, le logement et le chauffage. Et c'était sans compter l'inflation élevée qui frappe aujourd'hui les prix de ces besoins élémentaires. Ces ménages doivent donc choisir entre les soins de santé et leurs besoins élémentaires. On a pu constater que ce problème touche particulièrement les ménages plus précarisés et qu'il concerne principalement les médicaments délivrés en ambulatoire, les tests de diagnostic et les soins ambulatoires. La Belgique est ainsi l'un des plus mauvais élèves d'Europe occidentale en la matière.[2]

L'une des mesures mises en œuvre pour éliminer ces obstacles financiers est le régime du tiers payant, qui prévoit que le patient ne paie que le ticket modérateur (par exemple, quatre euros, ou un euro pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, chez le médecin généraliste)

1 Baeten, R., Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg. Analyse van een bevraging van experts en belanghebbenden. Bruxelles: Observatoire social européen, septembre 2021, 5.

2 Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Les soins de santé sont-ils abordables? De nouvelles bases factuelles sur la protection financière en Belgique. Copenhague: Bureau régional de l'OMS pour l'Europe; 2023.

## TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

### Context

Voorkomen is beter dan genezen. Tijdig hulp zoeken kan voorkomen dat problemen escaleren en dat er later duurdere en langdurige interventies nodig zijn. Ondanks de vele maatregelen binnen onze ziekteverzekering zoals bijv. de maximumfactuur, blijft er voor veel mensen een hoge financiële drempel bestaan om hulp te zoeken. Zo bleek uit de gezondheidsenquête van 2018 dat 9,1 % van de Belgische huishoudens aangaf dat ze zorg om financiele redenen moesten uitstellen. Ook uit internationale en nationale rapporten blijkt dat er zich een dieper probleem stelt met financiële toegang tot gezondheidszorg voor kwetsbare socio-economische groepen en dat België op dit vlak onderpresteert in vergelijking met andere landen in de Europese Unie[1].

Ook het rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie en het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) dat op 28 februari 2023 werd bekendgemaakt, toont duidelijk aan dat er nog werk aan de winkel is om de gezondheidszorg meer financieel toegankelijk te maken. Volgens dit rapport liepen de kosten voor gezondheidszorg in 2020 namelijk voor ongeveer 260.000 Belgische gezinnen dermate hoog op dat zij financiële moeilijkheden ondervonden om te voorzien in basisbehoeften zoals voeding, huisvesting en verwarming. En dit was nog voor de hoge inflatie van de kosten voor deze basisbehoeften. Deze mensen moeten dus een keuze maken tussen gezondheidszorg of basisbehoeften. Vooral voor de armere gezinnen bleek deze problematiek het meest schrijnend en ging het voornamelijk om ambulante geneesmiddelen, diagnostische tests en ambulante zorg. België is hiermee een van de slechtste leerlingen van de klas in West-Europa[2].

Een van de maatregelen die werden ingevoerd om financiële drempels weg te werken, is de derdebetalersregeling. Dit houdt in dat de patiënt enkel het remgeld (bijv. 4 euro bij de huisarts of 1 euro indien men een verhoogde tegemoetkoming geniet) moet betalen aan

1 Baeten, R., Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg. Analyse van een bevraging van experts en belanghebbenden. Brussel: European Social Observatory, september 2021, 5.

2 Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023.

au dispensateur de soins, le montant remboursé par la mutualité étant directement facturé à celle-ci par le dispensateur de soins. Grâce à ce régime, le patient n'est pas contraint d'avancer la totalité du montant de la prestation et de remettre ensuite à sa mutualité l'attestation de soins donnés afin de bénéficier du remboursement partiel des soins. Le régime du tiers payant permet ainsi de réduire sensiblement les obstacles financiers à l'accès aux soins de santé.

Initialement, l'application du régime du tiers payant n'était autorisée que dans des cas exceptionnels. Mais depuis le 1er janvier 2022, toutes les interdictions sont abrogées et tous les dispensateurs de soins (les médecins généralistes, les dentistes, les kinésithérapeutes, les logopèdes, etc.) peuvent dorénavant appliquer ce régime en faveur de chaque patient et pour chaque prestation de santé. Et ils sont même tenus de le faire dans certains cas. Par exemple, le médecin généraliste est obligé d'appliquer le régime du tiers payant en faveur des patients bénéficiaires de l'intervention majorée (sauf pour les visites à domicile) ou pour les patients qui suivent un trajet de soins "Suivi d'un patient diabétique de type 2", si le patient en fait la demande. L'application du régime du tiers payant est aussi obligatoire pour certaines prestations effectuées par les dentistes, notamment en faveur des patients qui ont besoin de restaurations dentaires complexes à la suite d'un cancer ou d'une anodontie (absence totale de dents définitives). Dans ces cas, l'application du régime est obligatoire en raison du coût élevé des traitements.

Pour le patient, l'application automatique du régime du tiers payant pour les soins de première ligne permet non seulement d'améliorer l'accessibilité financière de ces soins, mais aussi de renforcer la transparence et d'alléger les démarches administratives, dès lors que le patient est déchargé de la responsabilité de remettre l'attestation de soins donnés à sa mutualité pour obtenir le remboursement. Pour le dispensateur de soins, cette application automatique contribue aussi à renforcer la transparence dans la mesure où il ne doit plus se demander en faveur de quels patients il est tenu ou non d'appliquer le régime du tiers payant.

Plusieurs organisations comme le *Gezinsbond* (la ligue flamande des familles), le *Vlaams Netwerk tegen Armoede* (réseau flamand de lutte contre la pauvreté) et la *Vlaams Patiëntenplatform* (la plateforme flamande des patients) plaident donc depuis déjà plusieurs années pour l'instauration d'un régime du tiers payant obligatoire, automatique et généralisé pour les prestations effectuées par tous les dispensateurs de soins de première ligne.[3]

[3] Voir *https://www.gezinsbond.be/Gezinspolitiek/standpunten/Documents/2020-standpunt-derdebetalersregeling.pdf*

de zorgverlener waarbij het gedeelte van de kostprijs dat wordt terugbetaald door de mutualiteit rechtstreeks door de zorgverlener wordt aangerekend aan de mutualiteit. Dit betekent voor de patiënt dat hij of zij niet eerst het volledige bedrag moet voorschieten om dan nadien het getuigschrift van verstrekte hulp te moeten indienen bij het ziekenfonds om de gedeeltelijke terugbetaling te ontvangen. De derdebetalersregeling kan op deze manier de financiële drempel gevoelig verlagen.

Aanvankelijk was de toepassing van de derdebetalersregeling slechts in uitzonderlijke gevallen toegelaten. Sinds 1 januari 2022 werden alle verboden afgeschaft en kunnen alle zorgverleners (huisarts, tandarts, kinesitherapeut, logopedist etc.) de derdebetalersregeling toepassen voor elke patiënt en voor elke geneeskundige verstrekking. In sommige gevallen is het zelfs verplicht. Zo is de huisarts verplicht om de derdebetalersregeling toe te passen voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming (met uitzondering van huisbezoeken) of voor patiënten in het zorgtraject "Opvolging van een patiënt met diabetes type 2", indien de patiënt erom vraagt. Ook voor bepaalde verstrekkingen van tandartsen is er sprake van een verplichte toepassing van de derdebetalersregeling, met name voor patiënten die een complexe tandherstelling nodig hebben ten gevolge van kanker of anodontie (volledige afwezigheid van blijvende tanden). Hier is er sprake van een verplichte toepassing omwille van de hoge kostprijs van deze behandelingen.

Naar de patiënt toe betekent een automatische derdebetalersregeling in de eerstelijnszorg niet enkel een grotere financiële toegankelijkheid, maar ook meer transparantie en een administratieve verlichting, aangezien hij niet meer verantwoordelijk is voor het afleveren van het getuigschrift voor verstrekte hulp bij zijn ziekenfonds om terugbetaling te verkrijgen. Ook naar de zorgverlener toe, draagt dit bij tot meer transparantie. Deze moet zich namelijk niet langer afvragen bij wie hij de derdebetalersregeling verplicht moet toepassen en bij wie niet.

Verschillende organisaties zoals de Gezinsbond, het Vlaams Netwerk tegen Armoede en het Vlaams Patiëntenplatform ijveren dan ook al jaren voor de invoering van een verplichte en automatische derdebetalersregeling voor iedereen bij alle zorgverleners in de eerste lijn[3].

[3] Zie *https://www.gezinsbond.be/Gezinspolitiek/standpunten/Documents/2020-standpunt-derdebetalersregeling.pdf*

Les personnes souffrant de problèmes de santé doivent d'abord se rendre chez leur médecin généraliste, qui les renverra au besoin vers un dispensateur de soins spécialisé. Or, dès lors que les consultations de première ligne doivent aujourd'hui souvent être réglées immédiatement en espèces, de nombreuses personnes choisissent encore de se rendre directement aux urgences ou chez un spécialiste, alors que cette visite n'est peut-être pas nécessaire et leur coûtera aussi beaucoup plus cher. En instaurant un régime du tiers payant obligatoire et généralisé, les pouvoirs publics enverraient un signal important: la première ligne de soins composée des médecins généralistes est *la* porte d'entrée de notre système de soins de santé. La prise en charge de problèmes de santé à un stade précoce et en première ligne diminuera aussi considérablement le risque de devoir par la suite supporter des frais élevés pour bénéficier de soins plus spécialisés.

En outre, la Belgique est l'un des rares pays où l'application du régime du tiers payant n'est pas généralisée. En effet, ce régime est appliqué automatiquement depuis des années dans des pays comme le Canada, l'Allemagne et les Pays-Bas et dans les pays scandinaves.[4] Le rapport établi par l'OMS et le KCE souligne également que l'application généralisée du régime du tiers payant existe depuis longtemps dans la majorité des pays européens. Ce rapport recommande dès lors à la Belgique d'en faire de même, en vue d'améliorer l'accessibilité financière des soins de santé.[5]

**Étude de l'Observatoire social européen**

Il ressort d'une analyse publiée en 2020 par l'Observatoire social européen (OSE) et réalisée à la demande de l'INAMI que l'application généralisée du tiers payant pour les soins dispensés par les médecins généralistes aux groupes vulnérables est généralement saluée comme une mesure améliorant considérablement l'accès aux soins de première ligne. Néanmoins, lorsque le tiers payant n'est pas appliqué automatiquement, les règles sont très complexes et peuvent donc être un obstacle. En effet, non seulement le patient doit comprendre à quels services de santé le régime du tiers payant peut s'appliquer et vérifier s'il est autorisé à en bénéficier, mais il lui appartient également de contacter le professionnel de santé pour s'assurer qu'il est prêt à appliquer le tiers payant dans son cas particulier. Le fait que l'application

Bij gezondheidsproblemen moeten mensen in de eerste plaats bij hun huisarts aankloppen, die hen indien nodig zal doorverwijzen naar een gespecialiseerde zorgverlener. Omdat consultaties in de eerste lijn nog vaak direct contant moeten worden betaald, kiezen nog steeds veel mensen om rechtstreeks bij de spoed of bij een specialist aan te kloppen, terwijl dit misschien niet nodig is en ook veel duurder is. Met de invoering van een verplichte en algemene derdebetalersregeling voor iedereen geeft de overheid een belangrijk signaal: de eerste lijn met de huisarts is dé toegangspoort tot ons gezondheidszorgsysteem. Door gezondheidsproblemen al in een vroeg stadium aan te pakken in de eerste lijn, is de kans ook veel groter dat je toekomstige hoge kosten voor meer gespecialiseerde zorg kan voorkomen.

Ons land is bovendien een van de weinige landen waar de derdebetalersregeling niet algemeen wordt toegepast. In landen zoals Canada, Duitsland, Nederland en de Scandinavische landen wordt de derdebetalersregeling al vele jaren automatisch toegepast[4]. In het rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie en het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) werd er ook op gewezen dat een veralgemeende derdebetalersregeling al lang praktijk is in de meeste Europese landen. Het rapport beveelt België dan ook aan om de derdebetalersregeling te veralgemenen met oog op een meer financieel toegankelijke gezondheidszorg[5].

**Studie van het Onderzoekscentrum Sociaal Europa**

Uit een analyse van 2020 door het Onderzoekscentrum Sociaal Europa (OSE), uitgevoerd in opdracht van het RIZIV, bleek dat de veralgemeende toepassing van de derdebetalersregeling voor zorg die door huisartsen aan kwetsbare groepen wordt verleend over het algemeen wordt toegejuicht als een maatregel die de toegang tot de eerstelijnszorg aanzienlijk verbetert. Maar wanneer de derdebetalersregeling niet automatisch wordt toegepast, zijn de regels zeer complex en kunnen ze dus een obstakel vormen. De patiënt moet immers niet alleen weten op welke gezondheidsdiensten de derdebetalersregeling kan worden toegepast en of hij/zij er recht op heeft, het is ook aan de patiënt om contact op te nemen met de gezondheidswerker om te zien of hij/zij bereid is het systeem in zijn of haar specifieke geval

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

5 Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Les soins de santé sont-ils abordables? De nouvelles bases factuelles sur la protection financière en Belgique. Copenhague: Bureau régional de l'OMS pour l'Europe; 2023.

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

5 Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023.

des règles dépende de la volonté du professionnel de santé n'est en outre pas conforme aux politiques sociales visant à garantir un droit social pour tous.[6] De plus, la limitation de l'application automatique du régime du tiers payant aux patients bénéficiaires de l'intervention majorée creuse aussi l'écart entre les patients ayant droit à une intervention majorée et ceux qui n'y ont pas droit, c'est-à-dire entre ceux qui ont droit à "tout" et ceux qui n'ont droit à "rien". Le régime de l'intervention majorée ne bénéficie pas non plus toujours à tous ceux qui en ont réellement besoin, en raison notamment du phénomène de non-recours aux droits ou de critères trop peu affinés.[7]

L'OSE a aussi organisé une enquête en ligne auprès d'experts et de parties prenantes (comme des associations de patients, des organisations de consommateurs, des organisations représentatives des travailleurs, des instituts de recherche et des personnes issues du secteur public) concernant des propositions visant à améliorer l'accessibilité financière des soins de santé. L'une de ces propositions était l'application du régime du tiers payant obligatoire à l'ensemble des soins ambulatoires en faveur de tous les assurés. Il ressort de l'enquête que 35 % des répondants jugent cette proposition extrêmement efficace, tandis que 55 % d'entre eux la jugent très efficace. Cette proposition a également obtenu un soutien supérieur à la moyenne parmi les répondants issus d'organisations représentatives des travailleurs, du secteur public, d'associations de patients et d'organisations de consommateurs. Par ailleurs, 72 % des répondants ayant indiqué avoir des connaissances ou de l'expérience en matière de pauvreté et d'exclusion sociale ou concernant des groupes socialement vulnérables spécifiques estiment que cette proposition serait très efficace. En résumé, cette enquête a montré que les parties prenantes et les experts adhéraient largement à l'élargissement de l'application du régime du tiers payant obligatoire.[8]

Les répondants ont toutefois mis en garde contre certains effets indésirables potentiels de cette mesure, comme un risque accru d'actes de fraude commis par le dispensateur de soins lors de l'application du régime

6 Cès, S. et Baeten, R., Les inégalités d'accès aux soins de santé en Belgique. Bruxelles: Observatoire social européen (Rapport de synthèse), juillet 2020, 20.

7 Baeten, R., Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg. Analyse van een bevraging van experts en belanghebbenden. Bruxelles: Observatoire social européen, septembre 2021, 20.

8 Baeten, R., Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg. Analyse van een bevraging van experts en belanghebbenden. Bruxelles: Observatoire social européen, septembre 2021, 14-15.

toe te passen. Het feit dat het de gezondheidswerker is die bepaalt of de derdebetalersregeling al dan niet van toepassing is, is bovendien niet in overeenstemming met sociaal beleid dat gericht is op het waarborgen van een sociaal recht voor iedereen[6]. Bovendien is het ook zo dat de beperking van een automatische derdebetalersregeling tot patiënten met een verhoogde tegemoetkoming de kloof tussen rechthebbenden met en zonder recht op verhoogde tegemoetkoming vergroot, namelijk tussen degenen die recht hebben op "alles" en degenen die recht hebben op "niets". Het statuut van verhoogde tegemoetkoming bereikt ook niet altijd iedereen die het echt nodig heeft, onder meer door *non-take-up* of door onvoldoende verfijnde criteria[7].

Het Onderzoekscentrum Sociaal Europa (OSE) organiseerde ook een online bevraging bij experts en belanghebbenden (zoals patiëntenverenigingen, consumentenorganisaties, werknemersorganisaties, onderzoeksinstellingen en respondenten uit de publieke sector) over voorstellen om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren. Een van deze voorstellen is de toepassing van de verplichte derdebetalersregeling op alle ambulante zorgen voor alle verzekerden. Hieruit bleek dat 35 % van alle respondenten dit voorstel als uitermate doeltreffende beschouwt, terwijl 55 % het voorstel als erg doeltreffend heeft aangewezen. Dit voorstel kreeg ook bovengemiddelde steun bij de respondenten van representatieve organisaties van werknemers, respondenten uit de publieke sector, patiëntenverenigingen en consumentenorganisaties. 72 % van de respondenten die aangaven kennis of ervaring te hebben met armoede en sociale uitsluiting of met specifieke maatschappelijke kwetsbare groepen, achten het voorstel erg doeltreffend. Al in al, bleek er bij stakeholders en experts een ruim draagvlak om de verplichte derdebetalersregeling verder uit te breiden[8].

Er zijn wel enkele mogelijke ongewenste neveneffecten waarvoor werd gewaarschuwd, zoals een hoger risico op fraude door de zorgverlener bij toepassing van de derdebetalersregeling. Een andere mogelijk neveneffect

6 Cès, S. and Baeten, R., Inequalities in access to healthcare in Belgium. Brussels: European Social Observatory (syntheserapport), juli 2020, 19.

7 Baeten, R., Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg. Analyse van een bevraging van experts en belanghebbenden. Brussel: European Social Observatory, september 2021, 20.

8 Baeten, R., Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg. Analyse van een bevraging van experts en belanghebbenden. Brussel: European Social Observatory, september 2021, 14-15.

du tiers payant. Un autre effet indésirable potentiel est l'alourdissement de la charge administrative du dispensateur de soins.[9] Il conviendrait dès lors de prévoir des mesures d'accompagnement ayant pour but de prévenir la fraude lors de l'application du régime du tiers payant (par exemple, l'obligation de lire la carte d'identité électronique), mais visant aussi et surtout à aider les dispensateurs de soins dans la mise en place du système électronique nécessaire pour appliquer le régime du tiers payant et à garantir une indemnisation rapide et aisée des dispensateurs de soins par les mutualités.[10]

De plus, il faut toujours veiller à faire preuve de transparence à l'égard du patient – sur ce qu'il paie –, mais aussi à l'égard des mutualités, conformément à l'article 53, § 1er, alinéa 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. Il importe – en particulier si des suppléments ont été facturés – d'avoir une vision claire de ce qui a été facturé effectivement au patient, à savoir les tickets modérateurs et les suppléments.

[9] Baeten, R., Baeten, R., Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg. Analyse van een bevraging van experts en belanghebbenden. Bruxelles: Observatoire social européen, septembre 2021, 19.

[10] Baeten, R., Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg. Analyse van een bevraging van experts en belanghebbenden. Bruxelles: Observatoire social européen, septembre 2021, 21-22.

is de administratieve last voor de zorgverstrekker[9]. Er dient dan ook te worden voorzien in begeleidende maatregelen ter voorkoming van fraude bij toepassing van de derdebetalersregeling (zoals bijv. het lezen van de elektronische identiteitskaart), maar vooral ook ter ondersteuning van de zorgverleners bij de implementatie van het elektronisch systeem voor toepassing van de derdebetalersregeling en ter garantie van een snelle en vlotte vergoeding van de zorgverstrekkers door de ziekenfondsen[10].

Bovendien moet ook steeds de transparantie naar de patiënt toe over wat hij betaalt, maar ook naar de ziekenfondsen toe, worden gegarandeerd overeenkomstig artikel 53, § 1, eerste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994. Zeker indien er supplementen worden aangerekend, is het belangrijk dat er toch steeds duidelijk zicht is op wat er effectief werd aangerekend aan de patiënt, met name de remgelden en supplementen.

[9] Baeten, R., Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg. Analyse van een bevraging van experts en belanghebbenden. Brussel: European Social Observatory, september 2021, 19.

[10] Baeten, R., Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg. Analyse van een bevraging van experts en belanghebbenden. Brussel: European Social Observatory, september 2021, 21-22.

## PROPOSITION

À la lumière de ce qui précède, nous souhaitons instaurer l'application automatique du régime du tiers payant par l'ensemble des dispensateurs de soins ambulatoires, tout en garantissant à ces derniers le bénéfice de certaines mesures d'accompagnement visant, par exemple, à veiller à leur indemnisation rapide et à les aider à installer le système de facturation électronique.

## VOORSTEL

In het licht van het bovenstaande, wensen we dan ook een automatische derdebetalersregeling voor alle ambulante zorgverstrekkers in te voeren, maar met de garantie van enkele flankerende maatregelen, zoals een vlotte vergoeding van de verstrekkers en de ondersteuning van de zorgverstrekkers bij de implementatie van het systeem voor elektronische facturatie.

## COMMENTAIRE DES ARTICLES

### Art. 2

Cet article vise à imposer le régime du tiers payant pour les prestations effectuées par les dispensateurs de soins de première ligne suivants: les médecins généralistes, les dentistes, les kinésithérapeutes et les logopèdes. L'actuel article 53, § 1er, alinéas 14 à 16, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 se limite à prévoir l'obligation, pour les médecins généralistes, d'appliquer ce régime aux bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance. Dès lors que la présente proposition de loi vise à élargir l'application du tiers payant à l'ensemble des patients pour les prestations effectuées par les médecins généralistes, les dentistes, les kinésithérapeutes et les logopèdes, il n'est plus nécessaire de mentionner cette obligation spécifique dans l'article 53.

Le Roi est habilité à procéder à un éventuel élargissement du champ d'application du régime du tiers payant, qui viserait en particulier d'autres catégories de dispensateurs de soins médicaux ambulatoires comme les accoucheurs.

### Art. 3

Il est opté pour un délai d'entrée en vigueur plus long. La future réglementation ne prendra cours qu'au 1er janvier 2024 de façon à donner aux dispensateurs de soins concernés suffisamment de temps pour se préparer. C'est ainsi par exemple que la facturation électronique doit encore être déployée chez les logopèdes et les kinésithérapeutes.

## TOELICHTING BIJ DE ARTIKELEN

### Art. 2

Dit artikel beoogt de derdebetalersregeling te verplichten voor volgende zorgverleners in de eerste lijn: huisartsen, tandartsen, kinesitherapeuten en logopedisten. Het huidige artikel 53, § 1, veertiende t.e.m. zestiende lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 is beperkt tot een verplichte toepassing door huisartsen voor rechthebbenden met een verhoogde tegemoetkoming. Aangezien met dit wetsvoorstel de toepassing wordt uitgebreid naar alle patiënten bij huisartsen, tandartsen, kinesitherapeuten en logopedisten, is het niet langer nodig om deze specifieke verplichting te vermelden in artikel 53.

Een mogelijke uitbreiding van het toepassingsgebied, in het bijzonder gericht op andere beroepsgroepen binnen de ambulante geneeskundige verzorging, zoals vroedvrouwen, behoort tot de bevoegdheid van de Koning.

### Art. 3

Er wordt gekozen voor een langere termijn van inwerkingtreding, namelijk pas vanaf 1 januari 2024, om de betrokken zorgverleners voldoende tijd te geven om zich voor te bereiden. Zo dient bijvoorbeeld de elektronische facturatie nog te worden uitgerold bij de logopedisten en kinesisten.

Nawal Farih (cd&v)
Nathalie Muylle (cd&v)
Leen Dierick (cd&v)
Nahima Lanjri (cd&v)
Els Van Hoof (cd&v)
Franky Demon (cd&v)

## PROPOSITION DE LOI

Art. 1er

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

Art. 2

Dans l'article 53, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par la loi du 29 novembre 2022, les modifications suivantes sont apportées:

a) l'alinéa 14 est remplacé par ce qui suit:

"À partir du 1er janvier 2024, l'obligation d'application du régime du tiers payant est introduite au profit de tous les bénéficiaires pour les prestations des médecins généralistes, des dentistes, des kinésithérapeutes et des logopèdes.";

b) l'alinéa 15 est abrogé;

c) dans l'alinéa 16, le mot "bénéficiaires" est remplacé par les mots "dispensateurs de soins".

Art. 3

La présente loi entre en vigueur le 1er janvier 2024.

11 avril 2023

## WETSVOORSTEL

Art. 1

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

Art. 2

In artikel 53, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 29 november 2022, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

a) het veertiende lid wordt vervangen als volgt:

"Vanaf 1 januari 2024 wordt de verplichting tot toepassing van de derdebetalersregeling voor alle rechthebbenden ingevoerd voor huisartsen, tandartsen, kinesitherapeuten en logopedisten.";

b) het vijftiende lid wordt opgeheven;

c) in het zestiende lid wordt het woord "rechthebbenden" vervangen door het woord "zorgverleners".

Art. 3

Deze wet treedt in werking op 1 januari 2024.

11 april 2023

Nawal Farih (cd&v)
Nathalie Muylle (cd&v)
Leen Dierick (cd&v)
Nahima Lanjri (cd&v)
Els Van Hoof (cd&v)
Franky Demon (cd&v)



Imprimerie centrale – Centrale drukkerij