

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2008-2009

17 FEBRUARI 2009

Voorstel van resolutie betreffende uitbreiding van het systeem van de sociale derde betaler

(Ingediend door mevrouw Nahima Lanjri c.s.)

TOELICHTING

Inleiding

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

Voor tal van mensen begint de factuur voor gezondheidszorg echter zeer zwaar door te wegen. Een zeer laag loon of een zeer beperkte uitkering kunnen risicofactoren zijn. Het leefloon en ook vele andere uitkeringen in België liggen onder de drempel van het armoederisico. Daarnaast is er ook een grote groep mensen die schulden hebben of die een programma van schuldbemiddeling volgen. Ook zij kunnen onder deze drempel zakken. Voor al deze groepen neemt een consultatie bij de arts een zeer grote hap uit hun kleine budget. Het voorschieten van de kosten voor eerstelijnszorg blijkt een hoge drempel te zijn die leidt tot het uitstellen en in sommige gevallen zelfs tot het afstellen van gezondheidszorgen.

Volgens de indieners van dit voorstel is de uitbreiding van het systeem van de derdebetalersregeling een geschikte oplossing voor dit toenemend probleem.

Stand van zaken

Dankzij het mechanisme van de derdebetalersregeling is de patiënt niet genoodzaakt een som geld voor

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2008-2009

17 FÉVRIER 2009

Proposition de résolution visant à étendre le régime du tiers payant social

(Déposée par Mme Nahima Lanjri et consorts)

DÉVELOPPEMENTS

Introduction

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

Mais pour de nombreuses personnes, la facture des soins de santé commence à peser extrêmement lourd. Parmi les facteurs à risque, on peut citer un très bas salaire ou une allocation fort réduite. En Belgique, le revenu d'intégration et de nombreuses autres allocations se situent sous le seuil de risque de pauvreté. D'autre part, un grand nombre de personnes sont endettées ou en médiation de dettes et peuvent également se retrouver sous ce seuil. Pour toutes ces catégories de personnes, une consultation chez le médecin grève lourdement leur budget réduit. Le fait de devoir avancer les frais des soins de première ligne s'avère représenter un frein important qui incite ces personnes à les reporter ou même à y renoncer dans certains cas.

Pour les auteurs de la présente proposition, étendre le régime du tiers payant représente une solution appropriée à ce problème de plus en plus aigu.

État de la situation

Grâce au mécanisme du tiers payant, le patient n'est pas obligé d'avancer de l'argent: l'intervention de

te schieten: de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor de geleverde verstrekking wordt rechtstreeks door de verzekering van de patiënt uitbetaald aan de zorgverlener, terwijl de patiënt enkel het remgeld betaalt. De huidige reglementering is het resultaat van de zoektocht naar een evenwicht 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.

Het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, § 1, 9e lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 voorziet 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 tandheerkundigen (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 tandheerkundigen (artikel 4 van het koninklijk besluit) is bepaald dat de derdebetalersregeling kan worden toegepast volgens de modaliteiten die in de akkoorden en de overeenkomsten zijn vastgesteld of, indien er geen dergelijke akkoorden of overeenkomsten bestaan, via een bijzondere overeenkomst tussen de verzekeringinstelling en de zorgverlener.

l'assurance obligatoire pour la prestation fournie est directement versée au prestataire de soins par l'assurance du patient, tandis que le patient paie uniquement le ticket modérateur. La réglementation actuelle est le fruit de la recherche d'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.

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, 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 modalités 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.

Naast dit algemene systeem van de derde betaler, bestaat er ook een systeem van de sociale derde betaler. Dat is namelijk de uitzondering die wordt toegestaan op het verbod van artikel 6 van het koninklijk besluit. Dat verbod wordt namelijk afgezwakt door het bestaan van uitzonderingen die tot doel hebben de toegang tot die verzorging niet te verhinderen voor de personen waarvoor de voorafbetaling van de kosten een obstakel vormt.

Dit is zo wanneer patiënten verzorging krijgen die door het ziekenhuis forfaitair betaald worden aan de zorgverstrekker; voor verzorging toegediend in de geestelijke gezondheidscentra, centra voor gezinsplanning en seksuele voorlichting in opvangcentra voor drugsverslaafden; bij verzorging toegediend in instellingen gespecialiseerd in de verzorging van kinderen, bejaarden of gehandicapten; bij verzorging aan personen die in de loop van de behandeling overlijden of in coma liggen; bij verzorging toegediend aan personen die financiële problemen hebben; bij verzorging aan personen voor de periode waarin zij recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming; bij verzorging toegediend aan personen waarvan het gezin een belastbaar inkomen heeft lager dan het jaarbedrag van het leefloon zodat zij vrijgesteld zijn van de bijdrage; bij verstrekkingen waarvoor de bekwaamheid van de geneesheer-specialist vereist is (nucleaire test *in vitro*; klinische biologie met chemie, ...) en raadpleging in de spreekkamer van een licentiaat in de tandheelkunde of van een tandarts die houder is van een bekwaamheidsgetuigschrift, aan kinderen jonger dan 12 jaar en bewarende tandverzorging toegediend aan niet-gehospitaliseerde rechthebbers jonger dan 18 jaar.

Kritische opmerkingen betreffende het systeem

Op basis van de studies en de verslagen die over de derdebetalersregeling zijn verschenen, bereikt de regeling zoals ze is ontworpen niet helemaal haar doel waar het gaat om de toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging. De cijfers variëren van 4 tot 10 % van de prestaties momenteel.

Uit vrees voor een toename van de uitgaven in de geneeskundige verzorging heeft men de toepassing van de derdebetalersregeling verboden net daar waar ze het probleem van de toegankelijkheid van de verzorging (intellectuele handelingen) zou kunnen oplossen.

Het systeem wordt te weinig toegepast door de zorgverleners en de werkingsvoorwaarden zijn ingewikkeld. Vele artsen en patiënten kennen het niet of niet goed.

Het recht van de minderbedeelde patiënten om de derdebetalersregeling te genieten blijft vaak theorie

À côté de ce régime général du tiers payant, il existe également un régime du tiers payant social. L'interdiction de l'application du tiers payant formulée par l'article 6 de l'arrêté royal peut en effet faire l'objet d'exceptions qui ont pour but de ne pas entraver l'accès aux soins des personnes pour lesquelles l'avance des frais constitue un obstacle.

C'est le cas pour les patients qui reçoivent des soins que l'hôpital paie forfaitairement au prestataire de soins; pour des soins dispensés dans des centres de santé mentale, dans des centres de planning familial et d'information sexuelle et dans des centres d'accueil pour toxicomanes; pour des soins dispensés dans des établissements spécialisés dans les soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux handicapés; pour des soins dispensés à des personnes qui décèdent en cours de traitement ou qui se trouvent dans un état comateux; pour des soins dispensés à des personnes qui ont des problèmes financiers; pour des soins dispensés à des personnes ayant droit à l'intervention majorée; pour des soins dispensés à des personnes dont le revenu imposable du ménage est inférieur au montant annuel du revenu d'intégration si bien qu'elles sont dispensées de l'obligation de cotisation; pour des prestations qui requièrent la compétence du médecin spécialiste (test *in vitro* par médecine nucléaire; biologie clinique par chimie médicale, etc.); pour la consultation au cabinet d'un licencié en science dentaire ou d'un dentiste capacitaire jusqu'au douzième anniversaire et pour les soins dentaires conservateurs administrés à des bénéficiaires non hospitalisés jusqu'à leur dix-huitième anniversaire.

Critiques du régime

Les études et rapports publiés sur le régime du tiers payant montrent que dans sa conception actuelle, il n'atteint pas tout à fait son but en ce qui concerne l'accessibilité aux soins de santé. À l'heure actuelle, 4 à 10 % des prestations sont soumises à ce régime.

Par crainte d'une augmentation des dépenses de soins de santé, l'on a interdit l'application du régime du tiers payant là où elle aurait justement pu résoudre le problème de l'accessibilité aux soins (actes intellectuels).

Le régime est trop peu appliqué par les dispensateurs de soins et les modalités de fonctionnement sont compliquées. De nombreux médecins et patients ne le connaissent pas bien ou pas du tout.

Souvent, le droit des patients précarisés de bénéficier du régime du tiers payant reste théorique parce

omdat dit volledig afhangt van het akkoord van de zorgverlener die geval per geval beslist.

Vanuit zowel de hoek van de zorgverleners, de ziekenfondsen, als van de patiënten komen kritische reacties.

De zorgverleners zijn allen kleine zelfstandigen die er natuurlijk baat bij hebben dat hun geld snel ter beschikking is. Het systeem werkt momenteel nog iets te omslachtig. De administratieve last ontmoedigt die zorgverleners die de regeling willen toepassen. Er is dus administratieve vereenvoudiging vereist en een snellere vergoeding van de zorgverleners.

De ziekenfondsen hebben schrik voor misbruik. Transparantie is dan ook de boodschap.

Voor de patiënten blijft dit systeem iets stigmatiserend hebben. Het moet op eigen initiatief bij de huisarts aangebracht worden. Gêne houdt vele patiënten dan ook tegen om deze vraag op te werpen. Een automatisch recht voor bepaalde patiënten zou hierbij een mogelijke oplossing kunnen zijn.

Recente ontwikkelingen

In het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2009-2010 werden onder het hoofdstuk «Toegankelijkheid voor de patiënt» specifieke bepalingen opgenomen betreffende de derdebetalersregeling.

14.1. De facultatieve derdebetalersregeling is op hun verzoek toegankelijk voor de geneesheren die niet tot het akkoord zijn toegetreden voor zover zij aan het Nationaal Intermutualistisch College te kennen geven dat zij onder dezelfde voorwaarden als de geneesheren met akkoord de tarieven van het akkoord zullen toepassen voor de verstrekkingen die gedekt zijn door de derdebetalersregeling.

14.2. Sociale derde betaler

Met het oog op het verzekeren van een optimale toegankelijkheid van de zorg voor bepaalde groepen verzekerden zal vanaf midden 2009 de regeling derde betalende, voorzien in het koninklijk besluit van 10 oktober 1986, worden toegepast voor de honoraria met betrekking tot het globaal medisch dossier, met en zonder preventiemodule, waarom de patiënt verzoekt alsook voor de honoraria in het kader van zorgtrajecten.

De verzekeringsinstellingen verbinden zich ertoe een gemeenschappelijke en eenvoudige procedure te ontwikkelen om een snelle uitbetaling van de verschuldigde honoraria te verzekeren.

Op termijn zal deze procedure in het kader van het project *My Carenet* worden geïntegreerd.

qu'il dépend totalement de l'accord du dispensateur de soins qui statue au cas par cas.

Des réactions critiques fusent de la part tant des dispensateurs de soins que des mutualités et des patients.

Les dispensateurs de soins sont tous des petits indépendants qui ont naturellement intérêt à être payés rapidement. Actuellement, le système est encore trop complexe. La charge administrative décourage les dispensateurs de soins désireux d'appliquer ce régime. Il convient donc de simplifier les procédures et de rémunérer plus rapidement les dispensateurs de soins.

Les mutualités craignent les pratiques abusives. La transparence est donc de mise.

Pour les patients, ce régime conserve un effet stigmatisant. Ils doivent en demander eux-mêmes la mise en œuvre au médecin traitant. La gêne empêche dès lors de nombreux patients de formuler cette demande. À cet égard, la solution pourrait être d'accorder un droit automatique à certains patients.

Évolutions récentes

L'accord national médico-mutualiste 2009-2010 énonce des dispositions spécifiques à propos du régime du tiers payant en son chapitre «Accessibilité du patient».

14.1. L'accès au système du tiers payant facultatif est ouvert à leur demande aux médecins qui n'ont pas adhéré à l'accord dans la mesure où ils notifient au Collège intermutualiste national qu'ils respecteront les tarifs de l'accord pour les prestations couvertes par le système du tiers payant dans les mêmes conditions que les médecins engagés.

14.2. Tiers payant social

En vue d'assurer une accessibilité optimale aux soins à certains groupes d'assurés, le régime du tiers payant, prévu dans l'arrêté royal du 10 octobre 1986, sera appliqué à partir de la mi-2009 pour les honoraires concernant le dossier médical global, avec et sans module de prévention, demandé par le patient ainsi que pour les honoraires dans le cadre des trajets de soins.

Les organismes assureurs s'engagent à développer une procédure commune et simple afin d'assurer un paiement rapide des honoraires dus.

À terme, cette procédure sera intégrée dans le cadre du projet *My Carenet*.

De NCGZ raadt aan om voor alle rechthebbenden op de voorkeurregeling die een document van hun verzekeringsinstelling voorleggen waaruit blijkt dat ze recht hebben op die regeling, de derdebetalersregeling toe te passen voor de raadplegingen en bezoeken.

Ook het nieuwe nationale akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen bevat specifieke bepalingen.

Het nieuwe nationale akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen 2009-2010 bepaalt dat de geconventioneerde tandheelkundige zich ertoe verbindt om ten hoogste 75 % van zijn verstrekkingen uit te schrijven in de derdebetalersregeling en in ten hoogste 5 % ervan gebruik te maken van de financiële noodsituatie. Indien de tandarts die maxima overschrijdt, kan hij na een procedure van de derdebetalersregeling worden uitgesloten.

Men zal echter enkel de verstrekkingen die een bepaald maximum overstijgen controleren en bestraffen indien misbruik wordt vastgesteld. De bepaling werd toegevoegd na overleg met de partners van het akkoord met de bedoeling enkel manifeste gevallen van misbruik van de derdebetalersregeling uit te schakelen. De controle geldt niet voor tandartsen die in sociaal achtergestelde wijken werken of die financieel precare patiënten hebben en die bepaalde maxima overschrijden.

Nahima LANJRI.
Philippe MAHOUX.
Anne DELVAUX.
Dirk CLAES.
Christiane VIENNE.
Marc ELSEN.
Yves LETERME.

*
* *

La Commission nationale médico-mutualiste recommande d'appliquer le régime du tiers payant pour les consultations et les visites à tous les bénéficiaires du régime préférentiel qui présentent un document de leur organisme assureur attestant qu'ils ont droit à ce régime.

Le nouvel accord national dento-mutualiste contient également des dispositions spécifiques.

Sa version 2009-2010 prévoit que le dentiste conventionné s'engage à attester au maximum 75 % de ses prestations via le régime du tiers payant, et à invoquer la situation financière de détresse pour maximum 5 % de ses prestations. Si le dentiste dépasse ces plafonds, il pourra être exclu du régime du tiers payant à l'issue d'une procédure spécifique.

Toutefois, les contrôles ne porteront que sur les prestations dépassant un certain seuil et des sanctions ne seront appliquées qu'en cas d'abus manifestes. La disposition a été ajoutée après concertation avec les partenaires de l'accord dans le but de n'éliminer que les cas manifestes d'abus du régime du tiers payant. Le contrôle ne s'applique pas aux dentistes qui travaillent dans des quartiers socialement défavorisés ou qui ont des patients qui se trouvent dans une situation financière précaire et qui dépassent certain maximums.

*
* *

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

De Senaat,

Vraagt de federale regering om :

1. een project te lanceren om het systeem van derde betaler uit te breiden per doelgroep. De doelstelling van dit project is de toegankelijkheid te verbeteren van de zorg voor de minderbedeelden door het aanmoedigen van het gebruik van het systeem van de derde betaler. De doelgroep betreft alle huisartsen van enkele gemeenten en hun patiënten die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming of het OMNIO-statuuat. De methode en de evaluatiemomenten moeten worden opgenomen in dit project;

2. het systeem te doen meer en meer evolueren van een vrijblijvende keuze voor de arts naar een automatisch recht van de patiënt;

3. voor bepaalde doelgroepen zou het een automatisch recht te creëren. Denken we dan voornamelijk aan rechthebbenden van OMNIO, de verhoogde tegemoetkoming, het zorgforfait en personen die recht hebben op financiële hulp wegens een handicap. Hiertoe moeten deze systemen wel administratief gehomogeniseerd worden. Het moet ook zo georganiseerd worden dat dit kan bekeken worden op de klevler van de ziekenfondsen of via het lezen van de SIS-kaart zodat de patiënt er niet meer expliciet naar moet vragen;

4. voor bepaalde andere groepen dit systeem toe te kennen op vraag van de patiënt. Het OCMW kan dit behandelen op basis van de medische kaart en het attest dat daarbij wordt afgeleverd;

5. op termijn dit systeem mogelijks ook uit te breiden op het punt van andere zorgverleners ook. Denken we bijvoorbeeld aan de prestatie geleverd door kinesitherapeuten;

6. ervoor te zorgen dat alle betrokken partijen bij het project worden betrokken: huisartsen, tandartsen, patiënten(verenigingen), ziekenfondsen, mogelijks ook een aantal specialisten.

26 januari 2009.

Nahima LANJRI.
Philippe MAHOUX.
Anne DELVAUX.
Dirk CLAES.
Christiane VIENNE.
Marc ELSSEN.
Yves LETERME.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

Le Sénat,

Demande au gouvernement fédéral :

1. de lancer un projet visant à étendre le régime du tiers payant par groupes cibles. Ce projet vise à améliorer l'accessibilité aux soins pour les patients précarisés, en encourageant à appliquer le régime du tiers-payant. Le groupe cible comprend tous les médecins généralistes de certaines communes et leurs patients ayant droit à une intervention majorée ou bénéficiant du statut OMNIO. La méthode et les moments d'évaluation seront fixés dans le projet en question;

2. de faire évoluer le système petit à petit d'un libre choix pour le médecin vers un droit automatique pour le patient;

3. d'établir, pour certains groupes cibles, un droit automatique. Nous pensons principalement aux bénéficiaires du statut OMNIO, de l'intervention majorée et du forfait de soins et aux personnes bénéficiant d'une aide financière en raison d'un handicap. À cette fin, il conviendra cependant d'uniformiser ces régimes sur le plan administratif. Il faudra aussi organiser les choses de telle sorte que l'application du régime du tiers payant apparaisse sur les vignettes de mutuelles ou à la lecture des données de la carte SIS, afin que le patient ne doive plus formuler de demande explicite;

4. d'accorder ce régime à la demande du patient pour certains autres groupes,. Le CPAS pourra régler la question au moyen de la carte médicale et de l'attestation délivrée avec celle-ci;

5. à terme, d'étendre éventuellement ce régime en ce qui concerne également d'autres dispensateurs de soins. Nous pensons par exemple aux prestations des kinésithérapeutes;

6. de faire en sorte que le projet implique toutes les parties concernées: les médecins de famille, les dentistes, les patients (et associations de patients), les mutualités et peut-être aussi certains spécialistes.

26 janvier 2009.