



À l'attention du :
Ministre de la Santé publique et des
Affaires sociale
INAMI
Collège Intermutualiste National

18/12/2024

Avis relatif au développement de la facturation ou attestation électronique et du tiers payant

Table des matières

Introduction	2
Qu'est-ce que la facturation électronique ?	2
Qu'est-ce que le tiers payant ?	2
Quand le tiers payant est-il appliqué ?	3
Quelles sont les différentes phases de planification IT pour la facturation électronique ?	3
Le tiers payant sur le terrain	4
Le tiers payant augmente l'accessibilité financière aux soins de santé	4
Quel est le point de la situation en termes de facturation électronique et tiers payant en milieu ambulatoire chez les médecins généralistes et spécialistes ?	5
Recommandations	5

Introduction

Dans le présent avis, l'Observatoire des maladies chroniques formule une série de recommandations visant à renforcer la facturation ou attestation électronique et le tiers payant.

Le tiers payant permet de rendre notre système de soins de santé plus accessible, dans la mesure où les patients ne doivent pas payer au préalable l'intégralité des coûts d'une prestation de santé. L'automatisation des soins de santé permet de simplifier les processus et de lever des obstacles administratifs. Il s'agit d'une condition connexe majeure pour généraliser le tiers payant.

Qu'est-ce que la facturation électronique ?

- La facturation électronique dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé en Belgique renvoie à l'introduction et au traitement, par voie digitale, de factures de soins médicaux entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs.
- Certains dispensateurs de soins peuvent, depuis déjà un certain temps, facturer ou attester aux organismes assureurs via MyCareNet. Les dispensateurs peuvent recourir à la facturation ou attestation électronique sur une base volontaire (pour certains secteurs, c'est ou deviendra obligatoire). Il y a deux procédures :
 - [eAttest](#) : cette procédure électronique est d'application pour attester des soins en cas de paiement comptant par le patient.
 - [Facturation électronique](#) : cette procédure électronique est destinée à la facturation de soins de santé dans le cadre du tiers payant.
- Avantages de la facturation électronique pour le dispensateur de soins : simplification administrative, efficacité plus élevée, sécurité des échanges, moins de données à corriger, paiement plus rapide pour certaines interventions, vérification des données de base en temps réel telles que l'assurabilité (être couvert par l'assurance obligatoire soins de santé), droit à l'intervention majorée.
- Avantages de l'attestation électronique pour le patient : il ne doit pas rentrer lui-même l'attestation, rapidité du remboursement, garantie de réception de l'attestation, moins de risques de perdre l'attestation ou de dépasser le délai de remboursement de 2 ans.

Qu'est-ce que le tiers payant ?

- Le dispensateur de soins facture directement à l'organisme assureur l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé. Le patient ne paie que le ticket modérateur (intervention personnelle) et/ou des suppléments éventuels (uniquement auprès de médecins) et/ou les coûts éventuels liés à des soins ou matériels non remboursés.
- Le tiers payant peut s'effectuer selon une procédure papier ou par voie électronique.

Quand le tiers payant est-il appliqué ?

- Depuis le 1^{er} octobre 2015, chaque dispensateur de soins (conventionné ou non) peut, sans toutefois y être obligé, appliquer le tiers payant, sans formalité préalable. Depuis le 1^{er} janvier 2022, toutes les interdictions d'appliquer le tiers payant pour les médecins, les dentistes et les logopèdes sont supprimées et le tiers payant peut s'appliquer à toute prestation de santé.
- Quand le tiers payant est-il obligatoire ?
 - Pour les médecins généralistes pour des consultations et prestations techniques y afférentes pour les bénéficiaires de l'intervention majorée.
 - Pour les prestations à distance.
 - Pour les dentistes en cas de restaurations dentaires complexes chez des patients atteints d'un cancer ou en cas d'anodontie (absence de dents) ou d'oligodontie.
 - Pour les bandagistes pour le matériel de stomie.
 - Pour les hospitalisations et prestations assimilées.
 - Pour les soins de santé dispensés aux personnes en détention ou placées comme internées en dehors de l'établissement pénitentiaire.
- Tous les dispensateurs de soins peuvent appliquer le tiers payant, y compris ceux non conventionnés, mais s'ils le font, ils doivent respecter les tarifs de la convention. À l'exception des médecins non conventionnés, qui, en cas d'application du tiers payant, peuvent tout de même demander des suppléments.

Quelles sont les différentes phases de planification IT pour la facturation électronique ?

- Certaines catégories de dispensateurs de soins (praticiens de l'art infirmier, médecins, etc.) facturent déjà par voie électronique dans le cadre du tiers payant via le réseau MyCareNet. Pour les autres catégories, le service de facturation électronique via MyCareNet n'est pas encore disponible.
- Le passage à la facturation électronique se déroule par phases vu la complexité et les investissements nécessaires. La date à laquelle la facturation électronique est disponible, est fixée dans un arrêté royal. Une période transitoire de deux ans prend cours à partir de cette date. La facturation électronique devient ensuite la règle, mais des exceptions sont possibles¹.
- La facturation électronique et l'attestation seront obligatoires, que ce soit en tiers-payant ou au comptant, pour le secteur des médecins généralistes, spécialistes et dentistes en date du 01/09/2025. Quelques critères d'exception resteront toutefois d'application (exemple : praticiens en fin de pratique).
- Chaque secteur a ses propres traditions et processus de facturation :
 - Les kinésithérapeutes travaillent par séances et la tradition en kinésithérapie n'est pas de facturer par consultation à l'organisme assureur, mais seulement après une série de séances. Il en résulte que pour un traitement de kinésithérapie chez un kinésithérapeute qui n'applique pas encore du tiers payant, les patients doivent

¹Facturation électronique en art dentaire. Les exceptions suivantes ont été définies : en cas d'impossibilité technique ou de force majeure, et si le dentiste a atteint l'âge de 63 ans au 1^{er} janvier 2024.

<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/dentistes/exercice-du-metier/dentistes-facturation-electronique-et-informations-a-transmettre-aux-mutualites-pour-davantage-de-transparence>

- souvent avancer d'importantes sommes qui ne sont remboursées par leur organisme assureur qu'après un certain nombre de séances.
- Certains dispensateurs de soins facturent via la perception centrale, cela s'inscrivant dans la nature de leurs activités. Par exemple, pour les radiologues et les examens de laboratoire, ils n'ont pas de contacts-patients individuels. Pour ces dispensateurs de soins et leurs établissements, la facturation électronique est aujourd'hui souvent la norme et le tiers payant est souvent appliqué.
 - Les fournisseurs de logiciels jouent eux aussi un rôle important, étant donné qu'ils sont responsables des logiciels utilisés par les dispensateurs de soins. Un autre élément important est la mesure dans laquelle un secteur est déjà digitalisé.
 - Quelles sont les prochaines étapes ?
 - La facturation électronique vient de démarrer chez les kinésithérapeutes. Aucune date n'a encore été définie pour l'arrêt de la facturation papier et l'utilisation de la facturation électronique comme norme.
 - Les dispensateurs de soins qui ne sont pas encore en mesure de facturer par voie électronique peuvent appliquer le tiers payant, en envoyant l'attestation de soins donnés à la mutualité du patient.

Le tiers payant sur le terrain

Le tiers payant augmente l'accessibilité financière aux soins de santé

- En Belgique, le patient paie lui-même de nombreuses dépenses. En 2021, les ménages au sein de l'Union européenne payaient en moyenne 14,5 % du coût total des soins eux-mêmes. En Belgique, ce pourcentage était plus élevé (17,9 %). C'est aussi nettement plus que dans nos principaux pays voisins, qui connaissent des pourcentages entre 9 et 12 %².
- L'automatisation dans les soins de santé permet de faciliter les processus et de les rendre plus accessibles aux patients en levant des obstacles administratifs. De la sorte, les patients ne doivent pas avoir une connaissance approfondie du système, dans la mesure où de nombreuses tâches sont réalisées de manière automatisée et efficace.
- Le patient ne paie que le ticket modérateur (intervention personnelle), les suppléments ou frais non remboursés éventuels. Le tiers payant peut renforcer l'accessibilité de notre système de soins de santé du fait que la somme totale de la prestation de santé ne doit pas être avancée par le patient. Cette barrière financière disparaît.
- Des [études sur l'accessibilité](#) révèlent que certains citoyens reportent des soins médicaux pour des raisons financières alors qu'ils/elles jugent ces soins vraiment nécessaires. Le risque de besoins en soins médicaux non rencontrés est plus élevé dans les ménages à bas revenus, chez les personnes peu qualifiées et les personnes qui ne travaillent pas pour cause de chômage ou d'autres raisons.

Extrait de www.belgiqueenbonnesante.be - Accessibilité financière :

² Dépenses de santé à charge des ménages (SHA) | Service public fédéral - Sécurité sociale (belgium.be)

Personnes ayant déclaré des besoins en soins médicaux non rencontrés pour des raisons financières (A-6)

- Le **pourcentage** de répondants qui rapportent des besoins non rencontrés en matière de soins médicaux est passé de 1,4% en 2011 à 2,2% en 2014-2016, avant de diminuer progressivement pour atteindre 0,9% en 2022.
- La **probabilité** d'être confronté à des besoins de santé non rencontrés pour des raisons financières était plus élevée dans les ménages à faibles revenus (4,1% en 2011, 7,7% en 2016 et 2,6% en 2022), chez les personnes avec un faible niveau d'éducation, chez les chômeurs et chez les personnes en âge de travailler inactives pour d'autres raisons. Les retraités présentaient par contre des taux plus faibles de besoins non rencontrés. Aucun besoin non rencontré n'a été constaté dans le quintile de revenus le plus élevé.
- Il existe des **différences régionales** dans le taux de répondants qui ont des besoins non rencontrés (1,9% à Bruxelles, 2,0% en Wallonie et 0,2% en Flandre en 2022), qui peuvent être (en partie) expliquées par des différences de revenus, d'éducation, d'âge, etc. entre populations.
- Jusqu'en 2021, le taux de besoins médicaux non rencontrés pour des raisons financières en Belgique était supérieur à la **moyenne européenne**. En 2022, il est passé sous les moyennes de l'UE-14 et de l'UE-27, mais il n'en reste pas moins améliorabile.

Quel est le point de la situation en termes de facturation électronique et tiers payant en milieu ambulatoire chez les médecins généralistes et spécialistes ?

Voici les chiffres du Collège Intermutualiste National (organismes assureurs) concernant la facturation de prestations en milieu ambulatoire :

- Dans le mois comptable de juin 2024, en ce qui concerne les médecins généralistes, 93,80% des prestations ont été réglées par facturation électronique³, alors que ce pourcentage était de 83,45%⁴ chez les médecins spécialistes. Ceci représente au mois de juin 2024, 84,91% des médecins généralistes. Concernant les médecins spécialistes, le point d'attention principal porte sur une utilisation modérée des circuits électroniques en cabinet privé (en dehors du milieu hospitalier).
- Dans le mois comptable de juin 2024, le tiers payant a été utilisé pour 90,72 % de toutes les prestations en médecine générale, tandis que ce pourcentage était de 77,61% chez les médecins spécialistes.
- La facturation électronique et le recours au tiers payant semblent donc entre-temps avoir pris leurs marques parmi bon nombre de médecins généralistes et spécialistes. Il est cependant encore possible de faire mieux. L'obligation de facturation électronique au 01/09/2025 doit en outre être accompagnée au mieux pour favoriser la réussite, entre autre pour les spécialistes exerçant en cabinet privé.

Recommandations

Les recommandations de l'Observatoire des maladies chroniques en matière de facturation électronique et de tiers payant sont les suivantes :

³ eFac et eAttest ensemble. Toutes les prestations qui ont été attestées par/pour les médecins généralistes avec nombre limité d'exceptions, par ex. dossier médical global, trajets de soins, matières plâtrées, etc.

⁴ eFac et eAttest ensemble. Pour une activité partielle des spécialistes. Codes de nomenclature pertinents en milieu ambulatoire (avis, consultations, visites et psychothérapies) en milieu hospitalier ou cabinet privé.

- Protéger les groupes qui reportent leurs soins pour cause d'obstacles financiers ou de coûts incertains. Nous savons que certains groupes reportent des soins pour raisons financières et parce qu'ils ne savent pas à l'avance quel montant ils devront payer. Eux aussi doivent être protégés. Ce report ou interruption de traitement peut aggraver l'état de santé et ainsi conduire à une hausse des coûts tant pour le patient que pour le système de soins de santé.
- La simplification administrative et les économies de coûts qui devraient accompagner la facturation électronique doivent servir à renforcer les interactions humaines, l'accompagnement et les conseils personnalisés au patient. Les gains d'efficacité doivent être réinvestis dans les contacts humains, afin d'aider ceux et celles victimes de la fracture numérique. Diverses études montrent que l'exclusion numérique affecte de nombreuses personnes. Des alternatives non numériques adéquates doivent rester disponibles et pouvoir être facilement utilisées par tous. Des services essentiels comme les mutualités doivent être suffisamment financés pour qu'ils puissent être accessibles en permanence via des entretiens individuels, des canaux téléphoniques et en ligne (le principe du « *click-call-connect* »).
- Veiller à une implémentation rapide et étendue de la facturation électronique dans tous les secteurs de soins. Il s'agit d'une condition connexe majeure pour généraliser le tiers payant. L'attestation électronique en cas de paiement comptant (à condition que cela se fasse aussi rapidement et que le patient soit en règle d'assurabilité) permet un remboursement plus rapide, soit une nette plus-value pour le patient. Le fait de n'être remboursé qu'après plusieurs séances (souvent le cas chez le kinésithérapeute et le logopède) est difficile du point de vue financier pour de nombreux patients car ils doivent attendre longtemps avant d'être remboursés. Les trajets de digitalisation doivent s'accompagner dès le début des projets par une prise en considération des pratiques et mener éventuellement à des réflexions sur des changements des pratiques au niveau de l'administration en vue de l'accessibilité financière des soins de santé pour le patient. L'ensemble des parties prenantes doivent jouer leur rôle en la matière.
- La facturation électronique renforce la transparence et le monitoring de l'accessibilité aux soins de santé. Davantage d'informations peuvent être partagées, permettant ainsi d'avoir une meilleure vue des suppléments et soins non remboursés à charge du patient. Un trajet de partage de données obligatoire pour les dentistes⁵ et les médecins⁶ est en phase de démarrage. Il est important, dans le cadre de la législation sur la transparence, de démarrer dans tous les secteurs, afin d'avoir une vue sur les coûts cachés pour le patient.
- Prévoir - comme c'est déjà le cas actuellement - un monitoring des secteurs concernant la facturation électronique et eAttest. Quels dispensateurs de soins n'utilisent pas eAttest et la facturation électronique ? Quel est leur profil ? Y a-t-il des tendances qui se dégagent ? Y a-t-il des différences régionales⁷, des différences en fonction des secteurs, dans ou en dehors

⁵ [Dentistes : Facturation électronique et informations à transmettre aux mutualités pour davantage de transparence | INAMI \(fgov.be\)](#)

⁶ [Médecins : Facturation électronique et informations à transmettre aux mutualités pour davantage de transparence | INAMI \(fgov.be\)](#)

⁷ Pour 2022, les médecins généralistes et les dentistes présentent des différences régionales au niveau du tiers payant. Source : AIM

- Nombre de patients avec tiers payant chez les médecins généralistes pour Bruxelles-Capitale 67,7 %, Hainaut 69,9 %, Liège 69,2 %, Brabant wallon 46,9 %, Namur 69,2 %, Luxembourg 71,3 %, Limbourg 89,6 %. Anvers 83,2 %, Flandre orientale 84,8 %, Flandre occidentale 91,9 % et Brabant flamand 72,0 %.
- Nombre de patients avec tiers payant chez les dentistes pour Bruxelles-Capitale 58 %, Hainaut 42 %, Liège 50 %, Brabant wallon 21 %, Namur 36 %, Luxembourg 28 %, Limbourg 41 %. Anvers 16 %, Flandre

d'un établissement de soins, conventionnement (partiel)⁸ ? Cela peut aider à développer des actions dans l'optique d'une acceptation plus large encore de ces systèmes.

- Continuer à éliminer les obstacles financiers pour le patient en renforçant le tiers payant. Surtout les citoyens à bas revenus qui ne peuvent pas bénéficier de l'intervention majorée de peu, doivent aujourd'hui avancer le montant total, ce qui peut entraver leur accès aux soins de santé. Lever les barrières et prévoir des incitants pour les dispensateurs de soins. Examiner systématiquement s'il est pertinent de limiter le tiers payant à ceux et celles qui respectent les tarifs conventionnés (cela encourage-t-il vraiment les dispensateurs de soins à appliquer le tiers payant ?).
- Garantir la transparence des soins et de la facturation. Les dispensateurs de soins doivent toujours remettre aux patients un document justificatif⁹ mentionnant tous les soins et coûts. Ce document est également communiqué aux organismes assureurs et au patient via le compte personnel de l'organisme assureur. Toutes les parties sont ainsi informées de ce qui est facturé au patient, cela préserve l'intégrité des soins et de la facturation. Le tiers payant peut être potentiellement sujet à des fraudes¹⁰ (p. ex. le dispensateur de soins facture indûment des coûts à l'insu du patient). D'où l'importance d'être transparent vis-à-vis du patient sur ce qui est facturé à son nom à l'assurance soins de santé.
- Certains argumentent qu'en faisant appel au tiers payant, on abaisse trop l'accès aux soins de santé parce que le patient ne doit pas préfinancer le coût des soins. Nous ne sommes pas d'accord avec cet argument. En effet, le patient en Belgique est bel et bien déjà responsabilisé via l'intervention personnelle et les suppléments éventuels. Il existe donc déjà une politique de co-paiement et un mécanisme visant à sensibiliser les patients aux coûts des soins qu'ils utilisent. L'argument semble aussi peu équitable : les personnes qui ont des difficultés financières devraient surmonter un obstacle financier pour se faire soigner, alors que ce serait bien moins le cas pour les personnes plus nanties.

Nous vous saurions gré de nous tenir informés de la suite donnée au présent avis.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

orientale 24 %, Flandre occidentale 21 % et Brabant flamand 27 %. L'utilisation du tiers payant est plus élevée dans les provinces où le taux de conventionnement des dentistes est plus élevé.

⁸ Pour 2022, des différences s'observent au niveau du tiers payant et du taux de conventionnement chez les dentistes. Chez les dentistes non conventionnés, 15 % des prestations s'effectuaient en tiers payant. Ce pourcentage était de 44 % chez les dentistes partiellement conventionnés, et 53 % chez les dentistes entièrement conventionnés. Source : AIM

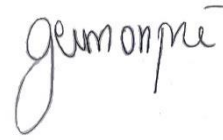
⁹ Le document justificatif doit contenir toutes les informations de manière transparente : les honoraires complets, les suppléments, le ticket modérateur, la partie remboursée par l'assurance soins de santé.

¹⁰ Pour eFac et eAttest, il est important de lire l'e-ID afin que les numéros de registre national des patients ne puissent pas être utilisés à des fins de facturation frauduleuse.



Sophie Lanoy

Présidente de la Section consultative de
l'Observatoire des maladies chroniques



Siska Germonpré

Vice-présidente de la Section consultative de
l'Observatoire des maladies chroniques