

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2009-2010

12 JANUARI 2010

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

TEKST AANGENOMEN
DOOR DE COMMISSIE VOOR
DE SOCIALE AANGELEGENHEDEN

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-statuuT. 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 of personen die aan een chronische ziekte lijden. Hiertoe

Zie :

Stukken van de Senaat :

4-1185 - 2008/2009 :

Nr. 1 : Voorstel van resolutie van mevrouw Lanjri c.s.

4-1185 - 2009/2010 :

Nr. 2 : Amendementen.

Nr. 3 : Verslag.

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2009-2010

12 JANVIER 2010

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

TEXTE ADOPTÉ
PAR LA COMMISSION
DES AFFAIRES SOCIALES

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 ou encore aux personnes atteintes de maladies chroniques. À cette

Voir :

Documents du Sénat :

4-1185 - 2008/2009 :

N° 1 : Proposition de résolution de Mme Lanjri et consorts.

4-1185 - 2009/2010 :

N° 2 : Amendements.

N° 3 : Rapport.

moeten deze systemen wel administratief gehomogeniseerd worden. Het moet ook zo georganiseerd worden dat dit kan bekeken worden op de klevor 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;

7. ernaar te streven om het systeem voor de derdebetalersregeling in het kader van het project administratief drastisch te vereenvoudigen voor de zorgverlener waarbij de communicatie met de verzekeringsinstelling maximaal verloopt via elektronische weg. Er wordt getracht om de betaling door de verzekeringsinstelling van het honorarium aan de zorgverlener te laten gebeuren binnen maximum 14 werkdagen met duidelijke vermelding welke honoraria voor welke patiënten worden betaald. Op termijn moet de gegevensuitwisseling online gebeuren evenals de betaling van het honorarium;

8. tijdens de duur van het project het aantal verschillende voorkeurstarieven met betrekking tot het remgeld te reduceren;

9. in het kader van het project de niet-geconventioneerde zorgverlener toe te laten de derdebetalersregeling toe te passen voorzover hij de tarieven aanreket die volgens het jongste akkoord als grondslag dienen voor de berekening van de verzekerings tegemoetkoming;

10. het project te evalueren op verhoogde toegankelijkheid van de gezondheidszorg, de meerkost, de mogelijke misbruiken en het kostenbewustzijn van de patiënt. Er wordt rekening gehouden met de evaluatie van de derbetalersregeling door de Dienst van Geneeskundige Controle.

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;

7. de tendre, dans le cadre du projet, vers une simplification administrative drastique, pour le prestataire de soins, du système d'application du régime du tiers payant, en privilégiant la communication par voie électronique dans les rapports avec l'organisme assureur. Ce dernier s'efforcera quant à lui de payer les honoraires au prestataire de soins dans un délai ne dépassant pas 14 jours ouvrables, en indiquant clairement quels sont les honoraires qui sont payés et les patients auxquels ils correspondent. À terme, les échanges de données devront s'effectuer en ligne, de même que le paiement des honoraires;

8. de réduire, pendant la durée du projet, le nombre de régimes tarifaires préférentiels pour ce qui est du ticket modérateur;

9. dans le cadre du projet, d'autoriser le prestataire de soins non conventionné à appliquer le régime du tiers payant pour autant qu'il applique les tarifs prévus dans l'accord le plus récent, qui servent de base de calcul pour l'intervention de l'assurance;

10. de soumettre le projet à une évaluation portant sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé, les surcoûts, les abus éventuels et la sensibilisation du patient aux coûts. Il sera tenu compte de l'évaluation du régime du tiers payant effectuée par le Service de contrôle médical.