

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

15 juillet 2013

PROPOSITION DE LOI

**visant à améliorer l'accessibilité
aux soins de santé**

(déposée par Mmes Maya Detiège et
Karin Temmerman et M. Hans Bonte)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

15 juli 2013

WETSVOORSTEL

**ter verbetering van de toegankelijkheid
van de gezondheidszorg**

(ingediend door dames Maya Detiège en
Karin Temmerman en de heer Hans Bonte)

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti Socialiste
MR	:	Mouvement Réformateur
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
sp.a	:	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
VB	:	Vlaams Belang
cdH	:	centre démocrate Humaniste
FDF	:	Fédéralistes Démocrates Francophones
LDD	:	Lijst Dedecker
MLD	:	Mouvement pour la Liberté et la Démocratie
INDEP-ONAFH	:	Indépendant-Onafhankelijk

Abréviations dans la numérotation des publications:		Afkortingen bij de nummering van de publicaties:	
DOC 53 0000/000:	Document parlementaire de la 53 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif	DOC 53 0000/000:	Parlementair document van de 53 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA:	Questions et Réponses écrites	QRVA:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)	CRIV:	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)
CRABV:	Compte Rendu Analytique (couverture bleue)	CRABV:	Beknopt Verslag (blauwe kaft)
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: couverture blanche; COM: couverture saumon)	CRIV:	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)
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)

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

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

RÉSUMÉ

La présente proposition de loi vise à améliorer l'accessibilité aux soins de santé via les mesures concrètes suivantes:

1) Cette proposition de loi vise à faire en sorte que la perception des honoraires des médecins hospitaliers soit organisée par l'hôpital et que l'ensemble des frais fassent l'objet d'une seule et même facture, et ce, afin de simplifier l'information communiquée au patient au sujet des montants qui lui sont réclamés.

2) Certains hôpitaux et médecins refusent de soigner des personnes disposant d'un faible revenu ou en proie à des difficultés de paiement. Pour mettre fin à cette situation, cette proposition de loi oblige les médecins, les dentistes et les pharmaciens à dispenser des soins médicalement indispensables à un patient et ce, même si la situation financière de ce dernier est incertaine. Une obligation analogue est instaurée en ce qui concerne l'hospitalisation indispensable (admission ou hôpital de jour).

3) À l'heure actuelle, les informations relatives au coût d'une hospitalisation ont uniquement trait à certains éléments susceptibles d'influencer ce coût. Le patient n'a toutefois pas de vue d'ensemble préalable sur le coût total. La présente proposition de loi vise à donner au patient des informations préalables les plus complètes possibles sur les conséquences financières de son hospitalisation.

4) Il n'est pas rare que les hôpitaux, les médecins et autres dispensateurs de soins demandent aux patients une avance préalablement à un examen, à un traitement médical ou à une hospitalisation. Cette demande d'acompte étant perçue par les patients comme particulièrement inconvenante, cette proposition de loi prévoit qu'aucun paiement de l'honoraire ou d'une avance ne peut être réclamé ou reçu avant qu'une prestation médicalement nécessaire — un traitement, par exemple — ne soit terminée.

SAMENVATTING

Dit wetsvoorstel beoogt een verbetering van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg via de volgende concrete maatregelen:

1) Dit wetsvoorstel beoogt de inning van de honoraria van ziekenhuisgeneesheren enkel nog door het ziekenhuis te laten organiseren en de kosten te laten opnemen in één factuur. De bedoeling daarvan is de informatie aan de patiënt betreffende de verschuldigde bedragen te vereenvoudigen.

2) Sommige ziekenhuizen en geneesheren weigeren medische zorg aan personen met een laag inkomen of met betalingsmoeilijkheden. Om hieraan een einde te maken verplicht dit wetsvoorstel geneesheren, tandartsen en apothekers medisch noodzakelijke gezondheidszorg te verstrekken aan een patiënt, ook als er onzekerheid bestaat over zijn vermogenstoestand. Een gelijklopende plicht wordt ingevoerd met betrekking tot noodzakelijke hospitalisatie (opname of dagziekenhuis) door een ziekenhuis.

3) Momenteel heeft de informatie met betrekking tot de kostprijs van een ziekenhuisopname enkel betrekking op sommige elementen die deze kosten beïnvloeden. De patiënt heeft vooraf echter geen zicht op het totale kostenplaatje. Dit wetsvoorstel beoogt patiënten een zo volledig mogelijke voorafgaande informatie te geven met betrekking tot de financiële gevolgen van de opname in een ziekenhuis.

4) Ziekenhuizen, geneesheren en andere zorgverstrekkers vragen geregeld een voorschot aan patiënten voordat een onderzoek, medische behandeling of opname plaatsvindt. Omdat patiënten het voorschot als zeer ongelegen ervaren bepaalt dit wetsvoorstel dat geen betaling van het honorarium of van een voorschot mag worden gevraagd of ontvangen voordat een medisch noodzakelijke verstreking, bijvoorbeeld een behandeling, is afgerond.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Nombre de familles doivent faire face à des problèmes financiers dans notre pays. Selon les résultats de l'enquête SILC (enquête annuelle sur les revenus et les conditions de vie), 15,3 % de la population belge vivait en dessous du seuil de pauvreté en 2011. En ce qui concerne les problèmes d'endettement, il n'existe pas en Belgique de statistiques offrant une vue complète de la situation. Rien que pour les crédits, on sait en revanche que pas moins de 330 129 personnes ayant des crédits en souffrance étaient enregistrées à la fin 2012 à la Centrale des crédits aux particuliers. Tant le pourcentage d'emprunteurs que le montant moyen des arriérés augmente. Il faut voir dans cette hausse une indication de l'augmentation du risque général de surendettement.¹ À cet égard, il est inquiétant que les dettes soient de plus en plus souvent contractées pour couvrir les dépenses journalières ordinaires. Les mensualités élevées des crédits-logements ou les gros loyers, les factures pour l'électricité, le gaz, l'eau et le téléphone, les dettes fiscales et les frais d'hôpitaux considérables, autant de frais qui pèsent parfois si lourd sur le budget du ménage qu'ils entraînent la famille dans des problèmes financiers. Cela conduit en fin de compte à une situation de surendettement.

Les problèmes financiers et d'endettement en particulier rendent les personnes dépendantes financièrement et socialement, principalement en matière d'accès aux soins de santé. Selon une étude, 14 % des Belges disent reporter des soins pour des raisons financières. Dans ce contexte, il est très important d'éliminer tout obstacle pouvant dissuader les gens de chercher à se faire soigner.

Les expériences vécues par les structures d'aide et des études récentes montrent que les dettes en matière de soins de santé constituent souvent une source permanente de problèmes (financiers et autres). Il est question non seulement de frais pour les soins médicaux, lesquels sont souvent tellement élevés qu'ils aggravent fortement voire causent l'endettement du patient, mais aussi de revenu réduit, de dépendance aux aides de toute sorte, de diminution de la qualité de

¹ Pauvreté en Belgique, Annuaire fédéral sur la pauvreté et l'exclusion sociale, 2010.

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Tal van gezinnen in ons land hebben te kampen met financiële problemen. Volgens de gegevens van SILC (jaarlijks onderzoek naar de inkomens en levensomstandigheden) leefde in België in 2011 15,3 % van de bevolking onder de monetaire armoedegrens. Inzake schuldproblemen bestaan er in ons land geen cijfers die een volledig beeld geven. Wel waren er, wat alleen al de kredieten betreft, eind 2012 niet minder dan 330 129 kredietnemers met betalingsachterstallen geregistreerd bij de Centrale voor kredieten aan particulieren. Niet enkel stijgt het percentage van het aantal kredietnemers in gebreke, ook het gemiddelde achterstallige bedrag van kredietnemers neemt toe. Dit moet worden beschouwd als een indicator van de stijging van het algemene risico op overmatige schuldenlast.¹ Verontrustend is dat schulden steeds vaker worden aangegaan om in gewone dagelijkse uitgaven te voorzien. Hoge afbetalingen van woningkredieten of hoge huurgelden, rekeningen voor elektriciteit, gas en water, telefoonschulden, fiscale schulden en hoge ziekenhuiskosten wegen soms zo zwaar door op het huishoudbudget dat het gezin of de persoon in financiële problemen geraakt. Dit resulteert uiteindelijk in een situatie van schuldoverlast.

Financiële problemen, en schuldproblemen in het bijzonder, maken mensen zowel financieel als sociaal afhankelijk. Dit geldt in het bijzonder voor de toegang tot de gezondheidszorg. Uit onderzoek blijkt dat 14 % van de Belgen zegt zorg uit te stellen om financiële redenen. In dit kader is het zeer belangrijk om elke drempel om zorg te vinden, weg te nemen.

Ervaringen van hulpverleners en recent onderzoek wijzen uit dat gezondheidsschulden vaak een blijvende bron van (financiële en andere) problemen zijn. Er zijn niet alleen de kosten van de medische verzorging, die dikwijls zo hoog zijn dat ze de schuldenlast van de patiënt sterk verzwaren of zelfs veroorzaken. Er is ook vaak sprake van verminderd inkomen, afhankelijkheid van alerhande hulp, vermindering van de levenskwaliteit, enzovoort. Uit een bevraging van de schuldhulpverleners

¹ Armoede in België, federale Jaarboek Armoede en Sociale Uitsluiting, 2010.

vie, etc. Il ressort en outre d'un sondage effectué auprès des médiateurs de dettes que les prestataires de soins individuels comme les hôpitaux refusent parfois de soigner des patients en raison de problèmes de paiement dans le passé². Ils peuvent même aller jusqu'à refuser des soins en cas de maladie grave.

La protection de la santé et l'aide médicale sont des droits fondamentaux qui sont inscrits notamment dans la Constitution belge (article 23, alinéa 3, 2°) et dans divers traités et actes internationaux.³ L'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme est très clair à cet égard: "Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté." Le droit aux soins de santé est un droit fondamental typiquement socio-économique, dont la réalisation effective nécessite une intervention active de l'État.

L'auteur estime que les soins de santé constituent un droit fondamental qui doit être accessible à tous.

CHAPITRE 2

Modification de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, en ce qui concerne la perception et la facturation

Ce chapitre reprend, en l'adaptant, le texte de la proposition de loi DOC 50 1850/1 déposée par Mme Magda De Meyer.

Actuellement, il n'est pas rare qu'après avoir été hospitalisé, le patient reçoive deux ou plusieurs factures. Cela jette la confusion dans l'esprit du patient qui éprouve davantage de difficultés à se faire une idée du coût total de son hospitalisation, et qui, de surcroît, n'a pas toujours la certitude d'avoir entièrement acquitté l'intégralité du montant dû.

² "Is uw portemonnee ook ziek? — Een onderzoek naar medische kosten en schulden", Verbruikersatelliet, 2008.

³ Tels que la Charte sociale européenne du 18 octobre 1961, le Pacte international du 19 décembre 1966 relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention du 20 novembre 1989 relative aux droits de l'enfant, ainsi que la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

blijkt bovendien dat zowel individuele zorgverleners als ziekenhuizen wel eens medische hulp weigeren aan hun patiënten wegens moeilijkheden met de betaling in het verleden.² Het kan hierbij zelfs gaan om weigering in ernstige ziektegevallen.

De bescherming van de gezondheid en geneeskundige bijstand zijn basisrechten. Deze rechten vinden we onder meer terug in de Belgische Grondwet (artikel 23, derde lid, 2°) en in diverse internationale verdragen en akten.³ Artikel 25 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens is in dit opzicht zeer duidelijk: "Een ieder heeft recht op een levensstandaard, die hoog genoeg is voor de gezondheid en het welzijn van zichzelf en zijn gezin, waaronder inbegrepen voeding, kleding, huisvesting en geneeskundige verzorging en de noodzakelijke sociale diensten, alsmede het recht op voorziening in geval van werkloosheid, ziekte, invaliditeit, overlijden van de echtgenoot, ouderdom of een ander gemis aan bestaansmiddelen, ontstaan ten gevolge van omstandigheden onafhankelijk van zijn wil". Het recht op gezondheidszorg is een typisch sociaal-economisch grondrecht, waarvan de effectieve realisatie een actief optreden van de overheid vereist.

De indiener meent dat de gezondheidszorg een basisrecht is dat voor iedereen toegankelijk moet zijn.

HOOFDSTUK 2

Wijziging van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen, gecoördoneerd op 10 juli 1008, wat de inning en de facturatie betref

Dit hoofdstuk neemt, in aangepaste vorm, de tekst van het wetsvoorstel DOC 50 1850/1 over, ingediend door mevrouw Magda De Meyer.

Heden gebeurt het nog vaak dat patiënten na de behandeling in het ziekenhuis twee of meerdere facturen ontvangen. Dit schept verwarring omdat zij hierdoor moeilijker zicht krijgen op de globale kostprijs van hun opname in het ziekenhuis en bovendien niet altijd zeker zijn of zij nu al dan niet volledig betaald hebben.

² "Is uw portemonnee ook ziek? — Een onderzoek naar medische kosten en schulden", Verbruikersatelliet, 2008

³ Zoals bijvoorbeeld het Europees Sociaal Handvest van 18 oktober 1961, het Internationaal Verdrag van 19 december 1966 inzake economische, sociale en culturele rechten, het Verdrag van 20 november 1989 inzake de rechten van het kind en het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie.

En principe, les honoraires d'un médecin hospitalier font l'objet d'une perception centrale.⁴ Lorsque la perception centrale est effectuée par l'hôpital, le paiement des montants dus pour la prestation des soins médicaux et les autres activités hospitalières est réclamé au moyen d'une seule facture présentée par l'hôpital.⁵

Le Conseil médical de l'hôpital peut cependant décider que, en ce qui concerne les honoraires des médecins, la perception centrale sera effectuée par un service distinct à créer.⁶ Dans ce cas, la facturation de ces montants est reprise dans la facturation de l'hôpital. La facturation des frais médicaux doit faire référence à la facturation établie par l'hôpital.⁷ De plus, des facturations complémentaires peuvent aussi être établies par la suite. Quoi qu'il en soit, les facturations complémentaires doivent faire référence à la première facturation.

L'auteur propose que dorénavant, le patient ne se voie en principe envoyer qu'une seule facture. La facturation séparée des honoraires des médecins hospitaliers est donc exclue. Le patient aura ainsi directement une vue d'ensemble des différents montants dont il est redevable et n'aura dès lors plus à se demander s'il a tout payé ou s'il doit s'attendre à recevoir d'autres factures.

Néanmoins, la possibilité d'envoyer des factures complémentaires n'est pas totalement exclue. Nous tenons compte de la situation où toutes les données ne sont pas encore disponibles au moment de la première facturation. Nous proposons que, dorénavant, les factures complémentaires soient uniquement autorisées sous cette condition expresse. En outre, le patient doit en être informé par écrit et sans équivoque lors de la première facturation. Cela permet d'éviter que plus tard, le patient soit confronté à des surprises.

L'auteur propose par ailleurs de fixer un délai dans lequel l'hôpital doit envoyer la facture au patient. Il est en effet inadmissible qu'un patient reçoive une facture de l'hôpital longtemps après avoir quitté celui-ci. Le patient devrait recevoir la facture à un moment où il se souvient encore du traitement qu'il a subi à l'hôpital et où il peut donc contrôler plus facilement les montants qui lui sont réclamés.

⁴ Art. 147 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, dénommée ci-après loi sur les hôpitaux.

⁵ Art. 2 de l'arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution de l'article 141 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, relatif à la réclamation des montants dus pour les patients hospitalisés.

⁶ Art. 150 de la loi sur les hôpitaux..

⁷ Art. 3 de l'arrêté royal du 15 décembre 1987 susmentionné.

De honoraria van de ziekenhuisgeneesheren worden in beginsel centraal geïnd.⁴ Wanneer de centrale inning door het ziekenhuis wordt georganiseerd, wordt de betaling van de bedragen verschuldigd voor de medische prestaties en voor de overige activiteiten van het ziekenhuis gevorderd door middel van één factuur die door het ziekenhuis wordt aangeboden.⁵

De Medische Raad van het ziekenhuis kan echter besluiten dat de honoraria van de ziekenhuisgeneesheren centraal worden geïnd door een afzonderlijke op te richten dienst.⁶ In dat geval wordt de facturatie van deze bedragen bij de facturatie van het ziekenhuis gevoegd. De facturatie van de medische kosten moet naar de facturatie van het ziekenhuis verwijzen.⁷ Verder kunnen ook nadien nog bijkomende facturaties worden opgemaakt. De bijkomende facturaties verwijzen in elk geval naar de eerste facturatie.

De indiener stelt voor dat de patiënt voortaan in principe slechts één factuur zou ontvangen. De afzonderlijke facturatie van de honoraria van de ziekenhuisgeneesheren wordt dus uitgesloten. De patiënt krijgt dan in één keer een globaal overzicht van de verschillende bedragen die hij verschuldigd is. Hij moet zich dan niet meer afvragen of hij alles betaald heeft, dan wel of hij zich nog kan verwachten aan bijkomende facturen.

Niettemin wordt de mogelijkheid van bijkomende facturen niet helemaal uitgesloten. Wij houden rekening met de situatie waarbij nog niet alle gegevens beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturatie. Wij stellen voor dat voortaan enkel onder deze laatste uitdrukkelijke voorwaarde bijkomende facturen zijn toegestaan. Bovendien moet de patiënt hiervan bij de eerste facturatie schriftelijk en ondubbelzinnig op de hoogte worden gebracht. Aldus wordt vermeden dat hij later nog voor verrassingen komt te staan.

De indiener stelt tevens voor om een termijn te stellen binnen dewelke het ziekenhuis de factuur aan de patiënt moet zenden. Het gaat immers niet op dat een patiënt pas lange tijd na zijn ontslag uit het ziekenhuis de rekening daarvan toegestuurd krijgt. Dit moet gebeuren op een moment dat zijn behandeling in het ziekenhuis nog min of meer vers in het geheugen ligt en hij dus gemakkelijker de gevraagde bedragen kan nagaan.

⁴ Art. 147 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, hierna Ziekenhuiswet genoemd.

⁵ Art. 2 van het koninklijk besluit van 15 december 1987 houdende uitvoering van artikel 141 van de Ziekenhuiswet, gecoördineerd op 7 augustus 1987, met betrekking tot de vordering van de bedragen verschuldigd voor de gehospitaliseerde patiënten.

⁶ Art. 150 Ziekenhuiswet..

⁷ Art. 3 van het bovenvermelde koninklijk besluit van 15 december 1987.

CHAPITRE 3

Modification de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, en ce qui concerne l'interdiction de refuser des soins de santé

L'auteur estime que les soins de santé constituent un droit fondamental qui doit être accessible à tous. Refuser des soins médicalement nécessaires en raison de problèmes financiers est donc à proscrire. C'est la raison pour laquelle l'auteur propose de lever toute ambiguïté possible et d'interdire explicitement aux médecins, aux dentistes, aux pharmaciens et aux hôpitaux de refuser pareils soins.

Les dispositions proposées visent uniquement le refus de prestations médicalement nécessaires. Il s'agit dans ce cas de soins médicaux adéquats et justifiés. Leur contenu fera, si nécessaire, l'objet d'une évaluation à la lumière du cas concret dans lequel le patient se trouve et sur lequel le juge statue en cas de contestation persistante.

CHAPITRE 4

Modification de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonné le 10 juillet 2008, en ce qui concerne le paiement des honoraires

Il n'est pas rare que les hôpitaux, les médecins et autres dispensateurs de soins demandent aux patients une avance préalablement à un examen, à un traitement médical ou à une hospitalisation.

Les patients perçoivent cette demande d'acompte comme particulièrement inconvenante. Lorsqu'ils sont hospitalisés ou qu'ils doivent subir un traitement, ils sont déjà inquiets et se posent toutes sortes de questions. C'est précisément à ce moment qu'ils sont brutalement confrontés à l'aspect financier de la question.

HOOFDSTUK 3

Wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, wat betreft het verbod van weigering van gezondheidszorg

De indiener meent dat de gezondheidszorg een basisrecht is dat voor iedereen toegankelijk moet zijn. Weigering van medisch noodzakelijke gezondheidszorgen omwille van financiële problemen moet dan ook worden uitgesloten. Om die reden stelt de indiener voor alle mogelijke onduidelijkheid hierover weg te werken en een uitdrukkelijk verbod in te stellen op dergelijke weigering in hoofde van de geneesheren, de tandartsen, de apothekers en de ziekenhuizen.

De voorgestelde bepalingen viseren enkel de weigering van medisch noodzakelijke verstrekkingen. Het gaat dan om een passende en verantwoorde medische zorg. De invulling daarvan zal indien nodig beoordeeld worden in het licht van het concrete geval waarin de patiënt zich bevindt en waarover bij blijvende betwisting de rechter oordeelt.

HOOFDSTUK 4

Wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, wat de betaling van het honorarium betreft

Ziekenhuizen, geneesheren en andere zorgverstrekkers vragen geregeld een voorschot aan patiënten voordat een onderzoek, medische behandeling of opname plaatsvindt.

Patiënten ervaren het voorschot als zeer ongelegen. Wanneer zij in een ziekenhuis worden opgenomen of een behandeling moeten ondergaan, maken zij zich hoe dan ook reeds zorgen en stellen zij zich allerlei vragen. Net op dat moment worden zij op een harde manier geconfronteerd met de financiële kant van de zaak.

Une enquête à laquelle ont participé entre autres des médiateurs de dettes et des débiteurs a montré que les demandes d'avances ne sont pas exceptionnelles⁸. En outre, ce problème se pose avec une acuité particulière pour les personnes dont les moyens financiers sont déjà limités. Pour ces personnes, les problèmes médicaux représentent, quoi qu'il en soit, un sérieux coup dur. L'acompte implique qu'elles doivent immédiatement, avant même le début du traitement, rechercher une solution pour réunir l'argent nécessaire.

Une autre étude indique ce qui suit: mi-2010, deux tiers des hôpitaux généraux demandaient un acompte pour les chambres communes et à deux lits. Dans deux cas sur trois, le maximum légal était demandé. Deux tiers des hôpitaux généraux demandaient un acompte pour les chambres particulières. Le patient paie dans ce cas au minimum 300 euros dans la moitié des hôpitaux généraux qui demandent un acompte. Dans cinq établissements, le patient paie plus de 1 000 euros d'acompte. Le maximum s'élevait à 1 319 euros en 2010.⁹

Une enquête récemment réalisée par le journal *Het Laatste Nieuws* auprès des hôpitaux et du syndicat des médecins indique que de plus en plus d'hôpitaux demandent d'importants acomptes pour les suppléments et les honoraires en cas d'intervention.¹⁰ Les mutualités reçoivent de plus en plus de plaintes à ce sujet.

L'avance sur honoraires doit être considérée comme une forme de refus conditionnel et, partant, comme une restriction financière du droit aux soins de santé. La législation actuelle n'interdit pas de demander un acompte, sauf en cas de situation nécessitant des soins urgents. Il existe cependant une série de limitations pour les avances que l'hôpital peut demander au patient pour les frais de séjour.

L'auteur estime que la priorité doit être accordée à la santé du patient et que les questions financières ne viennent qu'au second plan. Nous proposons dès lors d'interdire toute demande d'acompte. Cette interdiction s'appliquerait aux médecins, aux dentistes et aux pharmaciens, ainsi qu'aux hôpitaux, tant en cas d'hospitalisation avec nuitée que pour les soins ambulatoires (hôpital de jour). Cela signifierait qu'un paiement ne pourrait plus être demandé au patient qu'après que celui-ci aura été soigné.

Le texte de la proposition limite l'interdiction aux prestations médicalement nécessaires sur la personne

⁸ "Is uw portemonnee ook ziek? — Een onderzoek naar medische kosten en schulden", Verbruikersatelliet, 2008.

⁹ Mutualités Libres, Le guide de l'hospitalisation, 2011.

¹⁰ Het Laatste Nieuws, 5 février 2013, pp. 1 et 9.

Uit onderzoek, waarbij onder meer schuldhulpverleners en schuldenaars werden betrokken, bleek dat het vragen van voorschotten geen uitzonderlijke praktijk is.⁸ Voor mensen die het financieel minder breed hebben stelt dit probleem zich bovendien des te scherper. Medische problemen zijn voor hen hoe dan ook al een harde dobber. Het voorschot houdt in dat zij onmiddellijk, nog voordat de behandeling plaats heeft gehad, moeten uitzoeken hoe zij het geld daarvoor bij elkaar kunnen krijgen.

Een ander onderzoek toont aan dat, medio 2010, twee derde van de algemene ziekenhuizen een voorschot vroeg voor een verblijf in gemeenschappelijke en tweepersoonskamers. In twee op de drie gevallen wordt het wettelijke maximum gevraagd. Twee derde van de algemene ziekenhuizen vraagt een voorschot op eenpersoonskamers. Je betaalt minimaal 300 euro in de helft van de algemene ziekenhuizen die een voorschot vragen. In vijf instellingen betaal je meer dan 1 000 euro voorschot. Het maximum bedroeg in 2010 1 319 euro.⁹

Uit een recente navraag van de krant *Het Laatste Nieuws* bij ziekenhuizen en het artsensyndicaat komt naar voor dat meer en meer ziekenhuizen hoge voorschotten voor supplementen en erelonen vragen bij ingrepen.¹⁰ De ziekenfondsen krijgen hierover steeds meer klachten.

Het voorschot moet beschouwd worden als een vorm van voorwaardelijke weigering en bijgevolg als een financiële beperking van het recht op gezondheidszorg. Het vragen van een voorschot in de huidige wetgeving is, behoudens dringende verzorging in noodsituaties, niet verboden. Wel gelden er beperkingen voor de voorschotten die het ziekenhuis aan de patiënt mag vragen voor verblijfskosten.

De indiener is van mening dat de gezondheid van de patiënt op de eerste plaats moet komen en pas daarna het financiële luik moet worden afgehandeld. Wij stellen dan ook voor om het voorschot te verbieden. Dit verbod moet gelden voor geneesheren, tandartsen en apothekers, evenals voor de ziekenhuizen, dit laatste voor zowel de opname met overnachting als de ambulante zorg in het ziekenhuis (dagziekenhuis). Dit zou betekenen dat de patiënt enkel nog om een betaling kan worden gevraagd nadat de zorgverstrekking heeft plaatsgevonden.

De tekst van het voorstel beperkt het verbod tot de medisch noodzakelijke prestaties bij personen die

⁸ "Is uw portemonnee ook ziek? — Een onderzoek naar medische kosten en schulden", Verbruikersatelliet, 2008.

⁹ Onafhankelijke Ziekenfondsen, Ziekenhuisgids, 2011.

¹⁰ Het Laatste Nieuws, 5 februari 2013, p. 1 en 9.

de bénéficiaires dans le cadre de l'assurance maladie légale. Les soins médicalement nécessaires sont définis comme des "soins médicaux adéquats et justifiés". Le tribunal compétent peut se prononcer par jugement sur ce qu'il y a lieu d'entendre, dans un cas déterminé, par "soins médicalement nécessaires" en cas de contestation de la décision du médecin à ce sujet par le patient, son représentant légal ou un tiers compétent.

CHAPITRE 5

Modification de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, en ce qui concerne l'information financière préalable du patient

Depuis 2004, nous connaissons en Belgique la "déclaration d'admission à l'hôpital", aussi parfois appelé le "formulaire d'admission". Ce document, dont le modèle est établi par arrêté royal¹¹ doit, au plus tard au début de l'admission, être soumis à la signature du patient ou de son représentant légal.

Le formulaire d'admission donne déjà, il est vrai, des indications importantes sur les conditions financières applicables au sein de l'hôpital. Néanmoins, les données restent limitées à une série d'éléments qui serviront à compléter finalement les diverses rubriques de la facture d'hôpital. D'autre part, le formulaire d'admission permet de formaliser certains choix du patient qui ont des conséquences financières importantes. Par exemple, la décision d'être traité exclusivement ou non par des médecins conventionnés: en fonction du choix fait par le patient, l'hôpital pourra ou non facturer des suppléments d'honoraires au patient. Citons aussi le choix du type de chambre qui déterminera encore une fois si l'hôpital peut ou non facturer des suppléments pour la chambre, mais qui influe aussi sur l'application des suppléments d'honoraires. Dans la pratique, les patients n'ont pas toujours conscience des conséquences des choix qu'ils font, ni du fait qu'ils ont de toute façon le droit d'être traités au tarif "chambre commune". De même, ils n'ont pas toujours conscience, par exemple, que leur choix ne peut en aucun cas être influencé par le fait que toutes les chambres communes de l'hôpital sont occupées.

Le droit à des informations préalables sur les conséquences financières est inscrit en partie dans la loi relative aux droits du patient. Le droit de consentement du patient, tel qu'il est formulé à l'article 8 de cette loi, est défini explicitement comme un droit à un consentement

¹¹ Arrêté royal du 17 juin 2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital.

rechthebbend zijn in de wettelijke ziekteverzekering. Medisch noodzakelijke zorg is gedefinieerd als "passende en verantwoorde medische zorg". De bevoegde rechtbank kan zich in een vonnis uitspreken over wat in een bepaald geval wordt verstaan onder medisch noodzakelijke zorg indien de beslissing van de arts dienaangaande aangevochten wordt door de patiënt, zijn wettelijke vertegenwoordiger of een bevoegde derde.

HOOFDSTUK 5

Wijziging van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, wat betreft de voorafgaande financiële informatie aan de patiënt

Sedert 2004 kennen we in ons land "de verklaring bij opname in een ziekenhuis" of kortweg "het opnameformulier". Dit document waarvan het model bij koninklijk besluit¹¹ is vastgesteld, moet uiterlijk bij de aanvang van een opname aan de patiënt of aan zijn wettelijke vertegenwoordiger ter ondertekening worden aangeboden.

Het opnameformulier geeft weliswaar al een belangrijke aanwijzing inzake de financiële voorwaarden die in het ziekenhuis van toepassing zijn. Toch blijven de gegevens beperkt tot een aantal elementen aan de hand waarvan de diverse rubrieken van de ziekenhuisfactuur uiteindelijk zullen worden ingevuld. Verder worden in het opnameformulier een aantal keuzes van de patiënt geformaliseerd die belangrijke financiële gevolgen hebben. Het betreft met name de keuze om al dan niet uitsluitend behandeld te worden door verbonden geneesheren, wat meteen bepalend is voor de mogelijkheid om de patiënt al dan niet ereloonsupplementen aan te rekenen. Verder is er de kamerkeuze, die uiteraard van belang is voor de mogelijkheid om al dan niet kamersupplementen aan te rekenen, maar die ook de toepassing van de ereloonsupplementen beïnvloedt. In de praktijk blijken patiënten zich niet altijd bewust te zijn van de gevolgen van deze keuzes en van het feit dat zij alleszins recht hebben op een behandeling aan het tarief van de gemeenschappelijke kamer. Evenmin zijn patiënten er zich altijd van bewust dat bijvoorbeeld de bewering dat de gemeenschappelijke kamers in het ziekenhuis volzet zijn geen enkele invloed mag hebben op hun keuze.

Het recht op voorafgaande informatie over de financiële gevolgen vinden we voor een stuk terug in de wet betreffende de rechten van de patiënt. Het recht op toestemming van de patiënt, zoals geformuleerd in artikel 8 van die wet, wordt uitdrukkelijk omschreven

¹¹ Koninklijk besluit van 17 juni 2004 betreffende de verklaring bij opname in een ziekenhuis.

éclairé. En effet, le patient ne peut consentir correctement à une intervention d'un dispensateur de soins que s'il a été suffisamment informé des divers aspects de celle-ci (pensons par exemple à la nécessité d'être informé des effets secondaires d'une intervention médicale). À cet égard, le patient doit également être informé, entre autres, des répercussions financières de l'intervention.¹² Ces informations doivent concerner entre autres le coût total de l'intervention du praticien professionnel, y compris les honoraires ainsi que les tickets modérateurs et les suppléments à charge du patient.¹³

Le patient doit pouvoir estimer, préalablement à l'admission, les conséquences financières d'un séjour à l'hôpital et des différents choix qu'il pose pendant ce séjour (choix du type de chambre, médecin, type d'implant, etc.). Actuellement, la déclaration d'admission fournit au patient des informations importantes sur une multitude de frais, qui sont répartis en diverses rubriques et dont le montant est influencé par divers éléments. Mais elle ne lui permet pas de faire une telle estimation. Nous constatons que certains hôpitaux précisent, certes, sur leur site internet qu'ils facturent des suppléments d'honoraires, mais sans en indiquer le montant. Les médecins informent en outre souvent de manière insuffisante le patient sur le prix des implants et sur d'éventuelles alternatives équivalentes moins onéreuses. Ce manque de transparence s'observe également en hôpital de jour et en cas de soins ambulatoires dispensés au sein de l'hôpital.

À l'occasion de la Journée des droits du patient du 18 avril 2013, une enquête a été menée sur les conditions dans lesquelles la déclaration d'admission est discutée et signée.¹⁴ Il ressort de cette enquête que:

- 68 % des patients signent la déclaration le jour de l'admission;
- 83 % des personnes interrogées sont plutôt satisfaites des explications qu'elles reçoivent concernant le choix de la chambre et le tarif;
- 40 % ne comprennent pas quelles sont les conséquences financières de leurs choix;

als een geïnformeerde toestemming ("*informed consent*"). De patiënt kan inderdaad slechts behoorlijk zijn toestemming geven voor een tussenkomst door een zorgverstreker wanneer hij afdoende op de hoogte is gesteld van de diverse aspecten daarvan (denken we bijvoorbeeld maar aan de noodzaak over de nevenwerkingen van een medische ingreep). In dat verband moet de patiënt onder meer ook ingelicht worden over de financiële gevolgen van de tussenkomst.¹² Deze informatie moet zo begrepen worden dat zij onder meer betrekking heeft op de totale kostprijs van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, met inbegrip van de honoraria en de remgelden en supplementen die door de patiënt moeten worden gedragen.¹³

De patiënt dient voorafgaand aan de opname een inschatting te kunnen maken van de financiële gevolgen van een ziekenhuisverblijf en de verschillende keuzes die hij tijdens dat verblijf maakt (kamerkeuze, arts, soort implantaat, etc.). Momenteel verschaft de opnameverklaring belangrijke informatie aan de patiënt over een veelheid aan kosten, ingedeeld in diverse kostenrubrieken en waarvan het bedrag door diverse elementen wordt beïnvloed. Maar het laat de patient niet toe zo'n een schatting te maken. We stellen vast dat bepaalde ziekenhuizen wel op hun website stellen dat ze ereloon-supplementen aanrekenen, maar niet hoeveel. Artsen informeren bovendien de patiënt vaak onvoldoende over de kostprijs van implantaten en eventuele evenwaardige goedkopere alternatieven. Dit gebrek aan transparantie doet zich ook voor in het dagziekenhuis en bij ambulante zorgen in het ziekenhuis.

Naar aanleiding van de Dag van de Patiëntenrechten op 18 april 2013 vond een onderzoek plaats naar de omstandigheden waarin de opnameverklaring wordt besproken en ondertekend.¹⁴ Hieruit blijkt:

- 68 procent van de patiënten ondertekent de verklaring op de dag van de opname;
- 83 procent is vrij tevreden over de uitleg die ze krijgen over de kamer- en tariefkeuze;
- 40 procent begrijpt echter niet wat de financiële gevolgen zijn van hun keuzes;

¹² Article 8, § 2, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

¹³ Projet de loi relatif aux droits du patient, exposé des motifs, Doc. Parl., Chambre, DOC 50-1642/ 001, p. 26.

¹⁴ Rapport d'enquête, MC et *Ziekenzorg CM, Prijsbewuste keuzes in het ziekenhuis* (Poser des choix en étant conscient du tarif à l'hôpital, traduction), 2013.

¹² Artikel 8, § 2, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

¹³ Wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt, memorie van toelichting, Parl. St., Kamer, Doc. 50-1642/001, blz. 26.

¹⁴ Onderzoeksrapport CM en *Ziekenzorg CM, Prijsbewuste keuzes in het ziekenhuis*, 2013.

— 88 % des médecins ne donnent aucune explication sur le coût de l'intervention.

Il ressort de témoignages que le jour de l'admission n'est pas le moment idéal pour signer la déclaration d'admission:

— le patient éprouve des difficultés à se concentrer sur d'autres choses que son état médical et les aspects pratiques de son admission;

— les conditions au guichet d'accueil ne sont pas toujours idéales: il y a des files d'attente, de l'agitation, des personnes conversant à l'arrière-plan;

— le patient ne bénéficie pratiquement pas de temps de réflexion et ne peut, par exemple, plus s'adresser à sa mutualité pour poser des questions.

Les auteurs de l'enquête concluent qu'il s'indique que médecins et hôpitaux informent préalablement les patients de l'aspect financier d'un traitement. Selon eux, c'est possible en procédant à une estimation du coût du traitement.

La présente proposition de loi vise à affiner le droit à l'information financière préalable du patient. La disposition proposée concerne les informations à fournir lors d'une admission à l'hôpital. Vu la durée d'hospitalisation prévue et les traitements programmés, l'hôpital n'éprouvera généralement aucune difficulté à en estimer les coûts dès le début de l'hospitalisation. Il est évident que les prix indiqués sont valables sous réserve d'évolutions imprévues, par exemple en ce qui concerne la durée du séjour à l'hôpital et les traitements qui s'avèrent nécessaires.

L'auteur pense que le droit à des informations préalables complètes, tel qu'il est proposé en l'espèce, devrait donner au patient un aperçu plus complet des conséquences financières de son hospitalisation et des divers choix qui s'offrent à lui.

— 88 procent van de artsen geeft geen uitleg over de kostprijs van de ingreep.

Uit getuigenissen blijkt dat de dag van de opname niet het ideale moment is om de opnameverklaring te ondertekenen:

— de patiënt vindt het moeilijk om zich op andere zaken te concentreren dan zijn medische toestand en de praktische aspecten van de opname;

— de omstandigheden aan de onthaalbalie zijn niet altijd ideaal: er zijn wachtrijen, drukte, pratende mensen op de achtergrond;

— de patiënt krijgt amper bedenktijd en kan bijvoorbeeld niet meer bij zijn ziekenfonds langsgaan met vragen.

De onderzoekers concluderen dat het aangewezen is dat artsen en ziekenhuizen de patiënten op voorhand informeren over de financiële kant van een behandeling. Dat kan volgens hen door een kostenraming van de behandeling te maken.

Dit wetsvoorstel verfijnt het recht op voorafgaande financiële informatie van de patiënt. De voorgestelde bepaling betreft de informatie bij opname in het ziekenhuis. Gelet op de voorziene duur van de opname en de geplande behandelingen, zal het over het algemeen voor het ziekenhuis geen problemen met zich brengen om bij aanvang van de opname de kosten daarvan te ramen. Uiteraard gelden de opgegeven prijzen onder voorbehoud van onvoorziene wendingen, bijvoorbeeld inzake de duur van het verblijf en de behandelingen die noodzakelijk blijken.

De indiener meent dat het recht op volledige voorafgaande informatie, zoals hier voorgesteld, de patiënt een vollediger beeld geeft van de mogelijke financiële gevolgen van zijn opname en van de diverse keuzes die hij kan maken.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 1^{er}

Cet article n'appelle pas de commentaire.

CHAPITRE 2

Modification de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, en ce qui concerne la perception et la facturation

Art. 2

Compte tenu de l'instauration d'une facturation globale, la possibilité offerte au Conseil médical d'organiser une perception centrale séparée est supprimée. Dans son libellé actuel, l'article 149 de la loi sur les hôpitaux permet au Conseil médical de décider d'instituer lui-même un service de perception centrale des honoraires. La présente proposition vise donc à reformuler la phrase introductive de cet article en vue de supprimer la possibilité précitée.

Art. 3

L'actuel article 150 de la loi sur les hôpitaux concerne le fonctionnement du service organisé par le Conseil médical en vue d'effectuer la perception centrale. Étant donné que la perception centrale ne pourra désormais plus être effectuée par le biais du Conseil médical, cette disposition est supprimée.

Art. 4

Cette disposition reformule l'article 156 de la loi sur les hôpitaux, afin de préciser que l'on ne pourra désormais plus envoyer qu'une seule facture au patient ou à un tiers payant. La référence aux règles en matière de perception centrale par le Conseil médical est supprimée.

Les facturations complémentaires à cette première facturation par l'hôpital ne sont pas souhaitables. Néanmoins, elles semblent ne pas pouvoir être totalement exclues dans la pratique. C'est pourquoi nous proposons que des facturations complémentaires ne soient autorisées que lorsque les données ne sont pas encore disponibles au moment de la première facturation. Dans ce cas, l'hôpital doit en informer le

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Artikel 1

Dit artikel vergt geen commentaar.

HOOFDSTUK 2

Wijziging van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, wat de inning en de facturatie betreft

Art. 2

In het kader van de invoering van een globale facturatie wordt afstand gedaan van de afzonderlijke centrale inning door de Medische Raad. Het huidige artikel 149 van de Ziekenhuiswet verwijst naar de mogelijkheid dat de Medische Raad besluit zelf een dienst voor de centrale inning van de honoraria in te stellen. De inleidende zin van artikel 149 wordt bijgevolg geherformuleerd ten einde laatst genoemde mogelijkheid weg te laten.

Art. 3

Het huidige artikel 150 van de Ziekenhuiswet heeft betrekking op de werking van de dienst die door de Medische Raad is opgericht met het oog op de centrale inning. Aangezien de centrale inning door de Medische Raad voortaan niet meer mogelijk is, vervalt deze bepaling.

Art. 4

Deze bepaling herformuleert artikel 156 van de Ziekenhuiswet, teneinde te verduidelijken dat voortaan slechts één factuur naar de patiënt of naar een derde betaler mag worden gezonden. De verwijzing naar de regels inzake centrale inning door de Medische Raad wordt weggelaten.

Bijkomende facturaties, na deze eerste facturatie door het ziekenhuis, zijn niet wenselijk. Nochtans lijken die in de praktijk niet geheel te kunnen worden uitgesloten. Daarom stellen we voor dat bijkomende facturaties enkel zijn toegestaan wanneer de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturatie. In dat geval moet de patiënt hiervan bij de eerste facturatie schriftelijk en ondubbelzinnig op

patient par écrit et sans équivoque lors de la première facturation, en précisant les rubriques pour lesquelles une facture complémentaire sera établie. Les factures complémentaires doivent en outre faire référence à la première facture.

L'infraction à ces dispositions est punie par une sanction civile. Ce type de sanction est préférable à la voie pénale (d'ailleurs, les actuelles sanctions pénales énumérées à l'article 164 ne renvoient pas non plus à cette disposition). L'auteur propose dès lors qu'en cas d'infraction, l'on ne puisse réclamer que le paiement de la première facturation.

Enfin, cet article établit que la facture doit être envoyée au patient dans les trois mois suivant la fin de l'hospitalisation. Lorsque l'on tarde à envoyer la facture et que celle-ci est envoyée après le délai prévu, la sanction consistera en une prolongation du délai de paiement de la facture. Dans ce cas, l'hôpital ne pourra exiger le paiement de la facture qu'un an après son envoi. Ce délai s'appliquera nonobstant le délai qui aura éventuellement été fixé contractuellement ou mentionné lors de la facturation.

Art. 5

L'article 159 de la loi sur les hôpitaux prévoit un régime transitoire en ce qui concerne les règles régissant la perception centrale. Cette disposition permet de continuer à appliquer les systèmes de perception centrale tels qu'ils sont organisés le 31 décembre 1983 et offre, en outre, à certains praticiens la possibilité de continuer à percevoir eux-mêmes leurs honoraires. Cette possibilité s'applique notamment aux praticiens qui, à la date du 31 décembre 1983, exercent depuis vingt ans au minimum dans un hôpital et qui, à cette date, perçoivent eux-mêmes leurs honoraires. Compte tenu des réformes proposées, il convient de supprimer ce régime transitoire.

Art. 6

La mise en œuvre des nouvelles dispositions nécessite une certaine réorganisation en matière de perception centrale. C'est pour cette raison que ce chapitre n'entrera en vigueur que le premier jour du sixième mois qui suit celui au cours duquel elle aura été publiée au *Moniteur belge*.

de hoogte worden gebracht, met precieze aanduiding van de rubrieken waarvoor nog een bijkomende factuur volgt. Bovendien moeten de bijkomende facturen naar de eerste factuur verwijzen.

Overtreding van deze bepalingen wordt bestraft met een burgerrechtelijke sanctie. Dit soort sanctie verdient voorkeur boven de strafrechtelijke weg (overigens verwijzen ook de huidige strafsancities, opgesomd in artikel 164, niet naar deze bepaling). De indiener stelt dan ook voor dat bij overtreding enkel de betaling van de eerste facturatie kan geëist worden.

Tenslotte bepaalt dit artikel dat de factuur aan de patiënt moet worden gezonden binnen drie maanden nadat de opname van de patiënt in het ziekenhuis wed beëindigd. Wanneer wordt getalmd met het toezenden van de factuur en dit langer duurt dan de voorziene termijn, zal de sanctie bestaan in een verlenging van de termijn binnen welke de factuur moet worden betaald. In dat geval kan het ziekenhuis de betaling slechts eisen een jaar na de verzending van de factuur. Die termijn geldt ongeacht de termijn die eventueel contractueel is bepaald of bij de facturatie wordt vermeld.

Art. 5

Het huidige artikel 159 van de Ziekenhuiswet voorziet in een overgangsregeling met betrekking tot de regels inzake de centrale inning. Hierdoor kunnen stelsels van centrale inning die van kracht zijn op 31 december 1983 toepasselijk blijven. Bovendien schept het de mogelijkheid dat bepaalde geneesheren zelf hun honoraria blijven innen. Dit geldt met name voor geneesheren die op 31 december 1983 sedert tenminste twintig jaar hun praktijk in een ziekenhuis uitoefenen en op die datum zelf hun honoraria innen. In het licht van de hervormingen past het die overgangsregeling op te heffen.

Art. 6

De uitvoering van de nieuwe wet noodzaakt een zekere reorganisatie op het vlak van de centrale inning. Om deze reden treedt dit hoofdstuk pas in werking op de eerste dag van de zesde maand na die waarin ze is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

CHAPITRE 3

Modification de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, en ce qui concerne l'interdiction de refuser des soins de santé

Art. 7

La disposition proposée instaure l'interdiction de refuser des soins de santé médicalement nécessaires en raison de la situation financière du patient. Un nouvel article 8/1 est inséré à cet effet dans l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. La nouvelle disposition s'applique aux praticiens des soins de santé visés aux articles 2, § 1^{er}, 3 et 4, § 1^{er}, de la même loi, c'est-à-dire les médecins, les dentistes et les pharmaciens.

Art. 8

Une disposition similaire est formulée en vue d'interdire aux hôpitaux de refuser une admission nécessaire (hospitalisation ou hôpital de jour). L'article 30 de la loi relative aux hôpitaux est complété à cet effet.

Art. 9

Ce chapitre entre en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

CHAPITRE 4

Modification de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonné le 10 juillet 2008, en ce qui concerne le paiement des honoraires

Art. 10

L'article 15/1 que la présente proposition vise à insérer dans l'arrêté royal n° 78 prévoit qu'aucun paiement de l'honoraire ou d'une avance ne peut être réclamé ou reçu avant que la prestation — un traitement, par exemple — ne soit terminée. L'interdiction proposée concerne donc non seulement la demande d'une

HOOFDSTUK 3

Wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, wat betreft het verbod van weigering van gezondheidszorg

Art. 7

De voorgestelde bepaling voert een verbod in tot weigering van het verstrekken van medisch noodzakelijke gezondheidszorg omwille van de vermogens-toestand van de patiënt. Daartoe wordt een nieuw artikel 8/1 ingevoegd in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. De nieuwe bepaling heeft betrekking op de beoefenaars van de gezondheidszorg die bedoeld worden in de artikelen 2, § 1, 3 en 4, § 1, van dezelfde wet. Dit zijn de geneesheren, tandartsen en apothekers.

Art. 8

Een gelijkkluidend verbod wordt geformuleerd met betrekking tot de weigering van noodzakelijke hospitalisatie (opname of dagziekenhuis) door het ziekenhuis. Daartoe wordt artikel 30 van de ziekenhuiswet aangevuld.

Art. 9

Dit hoofdstuk treedt in werking op 1 januari 2014.

HOOFDSTUK 4

Wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, wat de betaling van het honorarium betreft

Artikel 10

In het voorgestelde artikel 15/1 van het koninklijk besluit nr. 78 wordt bepaald dat geen betaling van het honorarium of van een voorschot mag worden gevraagd of ontvangen voordat de verstrekking, bijvoorbeeld een behandeling, is afgerond. Het voorgestelde verbod heeft dus niet enkel betrekking op het vragen van een

avance par un dispensateur de soins de santé, mais également toute tentative potentielle de contourner la disposition en arguant, par exemple, que l'avance "n'est pas réclamée" par le dispensateur de soins, mais simplement payée à celui-ci, qui a "l'habitude" d'en recevoir. Cette disposition s'applique à tous les dispensateurs de soins qui relèvent du champ d'application du chapitre I^{er} de l'arrêté royal n° 78, c'est-à-dire les praticiens de l'art médical, y compris les dentistes et les pharmaciens.

Art. 11

L'interdiction de réclamer une avance s'applique évidemment aussi aux honoraires des médecins hospitaliers. Toutefois, le même principe doit également s'appliquer aux autres frais d'hospitalisation que l'hôpital facture au patient et qui font l'objet de la facturation visée à l'article 156 de la loi relative aux hôpitaux. À cet effet, un article 156/1 nouveau est inséré dans la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008.

CHAPITRE 5

Modification de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, en ce qui concerne l'information financière préalable du patient

Art. 12

La proposition de loi concerne une modification de l'article 98 de la loi sur les hôpitaux (loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008). Cette disposition, qui constitue la base légale de l'instauration du formulaire d'admission, confère au Roi la compétence de notamment préciser les règles en ce qui concerne la nature des montants à charge du patient qui doivent lui être communiqués au préalable. Sont visés, entre autres, les suppléments pour la chambre, les suppléments d'honoraires ainsi que tous les frais pour fournitures et frais divers supplémentaires. L'auteur propose que l'hôpital soit désormais tenu d'indiquer les coûts totaux pour quatre postes importants. Il ne s'agit pas d'arrêter, pour l'hospitalisation du patient, un prix fixe total auquel on ne pourrait plus déroger. Il s'agira par contre d'indiquer désormais, pour chaque rubrique, un prix qui dépend des choix que le patient peut faire et qui est fixe, dans la mesure où aucun changement ne survient au niveau de la durée et des traitements prévus.

voorschot door een gezondheidszorgverstrekker maar viseert ook mogelijke omzeiling doordat het voorschot "niet wordt gevraagd" maar bijvoorbeeld wordt betaald aan de gezondheidszorgverstrekker die de "gewoonte" heeft zulks te ontvangen. Die bepaling geldt dan voor al de zorgverstrekkers die ressorteren onder het toepassingsgebied van hoofdstuk I van het koninklijk besluit nr. 78, namelijk de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandartsen en de apothekers.

Art. 11

Het verbod een voorschot te vragen geldt uiteraard ook voor de honoraria van de ziekenhuisgeneesheren. Het zelfde principe moet echter eveneens van toepassing zijn op de overige kosten van de hospitalisatie die het ziekenhuis aan de patiënt aanrekent en die het voorwerp uitmaken van de facturatie als bedoeld in artikel 156 van de ziekenhuiswet. Daartoe wordt een nieuw artikel 156/1 ingevoegd in de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008.

HOOFDSTUK 5

Wijziging van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, wat betreft de voorafgaande financiële informatie aan de patiënt

Art. 12

Het wetsvoorstel wijzigt artikel 98 van de ziekenhuiswet (wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008). Deze bepaling, die de wettelijke basis vormt voor de invoering van het opnameformulier, geeft de Koning onder meer de bevoegdheid om nadere regels te bepalen inzake de aard van de bedragen ten laste van de patiënt, die hem vooraf moeten worden medegedeeld. Het gaat dan onder meer over de kamersupplementen, de ereloonsupplementen evenals alle kosten voor bijkomende leveringen en diverse kosten. De indiener stelt voor dat het ziekenhuis voortaan ook de totaliteit van de kosten moet geven voor vier belangrijke rubrieken. De bedoeling is niet dat een totale vaste prijs voor de hospitalisatie van de patiënt wordt vastgesteld waarvan niet meer kan worden afgeweken. Wel zal voortaan per rubriek een prijs worden opgegeven die afhankelijk is van de keuzes die de patiënt kan maken en die vast staat voor zover de voorziene duur en nodige behandelingen worden nagevolgd:

1. Le total des frais de séjour. Il faut mentionner ici les montants totaux en fonction des choix de chambre que le patient peut faire. Les montants communiqués par l'hôpital sont ceux qui seront facturés pour la durée prévue de l'hospitalisation. En d'autres termes, ces montants sont valables sous réserve de modification de la durée du séjour.

2. Le total des frais pharmaceutiques. Le(s) montant(s) indiqué(s) est (sont) valable(s) pour autant qu'aucun changement n'intervienne au niveau de l'utilisation et de la consommation prévues. Il est également tenu compte des choix que le patient peut éventuellement faire.

3. Le total des honoraires et suppléments d'honoraires. L'hôpital mentionnera ici les différents totaux, en fonction des choix offerts au patient en ce qui concerne le statut des médecins hospitaliers (conventionnés ou non). S'il y a des différences selon que des suppléments d'honoraires sont facturés ou non, elles apparaîtront ainsi clairement.

4. Le coût des implants et du matériel médical. Les hôpitaux sont obligés de fournir de meilleures informations sur le coût des implants et du matériel médical qui seront sans doute utilisés au cours de l'intervention. Cela implique également que l'hôpital propose des alternatives équivalentes moins chères si elles existent.

Art. 13

Ce chapitre entre en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

1. De totale verblijfskosten. Hier dienen de totale bedragen te worden gegeven naargelang de kamerkeuzen die de patiënt kan maken. De bedragen die het ziekenhuis opgeeft zijn die welke zullen worden aangerekend voor de voorziene duur van de hospitalisatie. Zij zijn met andere woorden geldig onder voorbehoud van wijzigingen inzake de verblijfsduur.

2. De totale farmaceutische kosten. Het opgegeven bedrag of bedragen gelden voor zover het voorziene gebruik en verbruik hier zal worden nagekomen. Er wordt ook rekening gehouden met de keuzes die de patiënt eventueel kan maken.

3. De totale erelonen en ereloonsupplementen. Hier zullen de verschillende totalen worden gegeven naargelang de keuzes die de patiënt kan maken inzake het statuut van de ziekenhuisgeneesheren (geconventioneerd of niet). De verschillen ingevolge het al dan niet aanrekenen van ereloonsupplementen zullen dan duidelijk worden.

4. De kosten voor implantaten en medische materialen. Zo worden ziekenhuizen ertoe verplicht om betere informatie te verstrekken omtrent de kostprijs van de implantaten en de medische materialen die wellicht gebruikt zullen worden tijdens de interventie. Dit houdt eveneens in dat het ziekenhuis goedkopere evenwaardige alternatieven voorstelt wanneer die bestaan.

Art. 13

Dit hoofdstuk treedt in werking op 1 januari 2014.

Maya DETIÈGE (sp.a)
Karin TEMMERMAN (sp.a)
Hans BONTE (sp.a)

PROPOSITION DE LOI**CHAPITRE 1^{ER}****Disposition introductive****Article 1^{er}**

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

CHAPITRE 2

Modification de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, en ce qui concerne la perception et la facturation

Art. 2

Dans l'article 149 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, les mots "Sauf si le Conseil médical décide d'instituer lui-même un service de perception centrale des honoraires, la perception centrale se fait" sont remplacés par les mots "La perception centrale se fait".

Art. 3

L'article 150 de la même loi est abrogé.

Art. 4

Dans l'article 156 de la même loi, les modifications suivantes sont apportées:

l'alinéa 1^{er} est remplacé par les alinéas suivants:

"L'hôpital regroupe dans une facture unique le montant dû pour les prestations médicales relatives au patient hospitalisé et les autres montants dus pour l'hospitalisation.

Des facturations complémentaires ne sont autorisées que lorsque les données ne sont pas encore disponibles au moment de la première facturation. Dans ce cas, l'hôpital doit en informer le patient par écrit et sans équivoque lors de la première facturation, en précisant les rubriques pour lesquelles une facture complémentaire sera établie. La facturation complémentaire fait référence à la première facturation.

WETSVOORSTEL**HOOFDSTUK 1****Inleidende bepaling****Artikel 1**

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

HOOFDSTUK 2

Wijziging van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, wat de inning en de facturatie betreft

Art. 2

In artikel 149 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, wordt het zinsdeel "Behalve indien de Medische Raad besluit zelf een dienst voor de centrale inning van de honoraria in te stellen, geschiedt de centrale inning" vervangen door de woorden "De centrale inning geschiedt".

Art. 3

Artikel 150 van dezelfde wet wordt opgeheven.

Art. 4

In artikel 156 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

het eerste lid wordt vervangen door de volgende leden:

"Het ziekenhuis voegt in één factuur het bedrag verschuldigd voor de medische prestaties met betrekking tot gehospitaliseerde patiënten en de overige voor de hospitalisatie verschuldigde bedragen.

Bijkomende facturaties zijn slechts toegestaan wanneer de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturatie. In dat geval moet de patiënt hiervan bij de eerste facturatie schriftelijk en ondubbelzinnig op de hoogte worden gebracht, met precieze aanduiding van de rubrieken waarvoor nog een bijkomende factuur volgt. De bijkomende facturatie verwijst naar de eerste facturatie.

En cas d'infraction aux dispositions du présent article, l'hôpital ne peut réclamer au patient que le paiement de la première facture envoyée.

La facture visée à l'alinéa 1^{er} est envoyée dans les trois mois suivant la fin de l'hospitalisation. Si tel n'est pas le cas, l'hôpital ne peut réclamer le paiement qu'un an après l'envoi de la facture."; dans l'alinéa 3, qui devient l'alinéa 6, les mots "l'alinéa précédent" sont remplacés par les mots "l'alinéa 1^{er}".

Art. 5

L'article 159 de la même loi est abrogé.

Art. 6

Le présente chapitre entre en vigueur le premier jour du sixième mois qui suit celui au cours duquel elle aura été publiée au *Moniteur belge*.

CHAPITRE 3

Modification de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, en ce qui concerne l'interdiction de refuser des soins de santé

Art. 7

Dans l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, il est inséré un article 8/1 rédigé comme suit:

"Art. 8/1. Les praticiens visés aux articles 2, § 1^{er}, 3 et 4, § 1^{er}, ne peuvent pas refuser des soins médicalement nécessaires en raison de la situation financière du patient."

Art. 8

L'article 30 de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, est complété par un alinéa 5 rédigé comme suit:

Bij overtreding van de bepalingen van dit artikel kan het ziekenhuis van de patiënt enkel de betaling eisen van de eerst toegezonden factuur.

De in het eerste lid vermelde factuur wordt verzonden binnen drie maanden na het einde van de opname in het ziekenhuis. Is dit niet het geval, dan kan het ziekenhuis de betaling slechts eisen een jaar na de verzending van de factuur."; in het derde lid, dat het zesde lid wordt, worden de woorden "het vorige lid" vervangen door de woorden "het eerste lid".

Art. 5

Artikel 159 van dezelfde wet wordt opgeheven.

Art. 6

Dit hoofdstuk treedt in werking op de eerste dag van de zesde maand na die waarin ze is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

HOOFDSTUK 3

Wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, wat betreft het verbod van weigering van gezondheidszorg

Art. 7

In het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, wordt een artikel 8/1 ingevoegd, luidende:

"Art. 8/1. De in de artikelen 2, § 1, 3 en 4, § 1 bedoelde beoefenaars mogen geen medisch noodzakelijke gezondheidszorg weigeren wegens de vermogenstoestand van de patiënt."

Art. 8

Artikel 30 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, wordt aangevuld met een vijfde lid, luidende:

“L’hôpital ne peut pas refuser d’hospitalisation médicalement nécessaire en raison de la situation financière du patient.”

Art. 9

Ce présent chapitre entre en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

CHAPITRE 4

Modification de l’arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l’exercice des professions des soins de santé et la loi relative aux hôpitaux et à d’autres établissements de soins, coordonné le 10 juillet 2008, en ce qui concerne le paiement des honoraires

Art. 10

Dans l’arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l’exercice des professions des soins de santé, il est inséré un article 15/1 rédigé comme suit:

“Art. 15/1. Il est interdit de demander ou de recevoir le paiement d’honoraires ou d’une avance sur les honoraires pour une prestation médicalement nécessaire avant la fin de la prestation sur la personne de patients ayant la qualité de bénéficiaire conformément à l’article 32 de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.”

Art. 11

Dans le titre IV, chapitre III, section 6, de la loi relative aux hôpitaux et à d’autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, il est inséré un article 156/1 rédigé comme suit:

“Art. 156/1. — Le paiement des montants dus ou d’une avance sur ces montants pour une prestation médicalement nécessaire ne peut être réclamé ou perçu ni pour les prestations médicales, ni pour les frais d’hospitalisation, avant la fin de la prestation sur la personne de patients ayant la qualité de bénéficiaires conformément à l’article 32 de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.”

Chapitre 5: Modifiant de la loi relative aux hôpitaux et à d’autres établissements de soins, coordonnée le

“Het ziekenhuis mag geen medisch noodzakelijke hospitalisatie weigeren wegens de vermogenstoestand van de patiënt.”

Art. 9

Dit hoofdstuk treedt in werking op 1 januari 2014.

HOOFDSTUK 4

Wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtungen, gecoördineerd op 10 juli 2008, wat de betaling van het honorarium betreft

Art. 10

In het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen wordt een artikel 15/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 15/1. Het is verboden de betaling van het honorarium of van een voorschot op het honorarium te vragen of te ontvangen voor een medisch noodzakelijke verstrekking voordat de verstrekking is beëindigd bij patiënten die rechthebbenden zijn volgens artikel 32 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.”

Art. 11

In titel IV, hoofdstuk III, afdeling 6, van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtungen, gecoördineerd op 10 juli 2008 wordt een artikel 156/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 156/1. Noch voor de medische prestaties, noch voor de kosten verschuldigd voor de hospitalisatie, mag de betaling van het verschuldigde bedrag of van een voorschot worden gevraagd of ontvangen voor een medisch noodzakelijke verstrekking voordat de verstrekking is beëindigd bij patiënten die rechthebbenden zijn overeenkomstig artikel 32 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.”

Hoofdstuk 5: Wijziging van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtungen,

10 juillet 2008, en ce qui concerne l'information financière préalable du patient.

CHAPITRE 5

Modification de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, en ce qui concerne l'information financière préalable du patient

Art. 12

Dans l'article 98, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, les modifications suivantes sont apportées:

la phrase liminaire est remplacée par ce qui suit:

"Le Roi précise les règles en ce qui concerne:"

le a) est complété par le membre de phrase suivant:

"cette communication préalable concerne également le montant total à charge du patient,:"

- des frais de séjour probables;
- des frais pharmaceutiques probables;
- des honoraires et suppléments d'honoraires probables;
- des frais probables d'implants et de matériel médical, y compris les alternatives équivalentes."

Art. 13

Le présent chapitre entre en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

12 juillet 2013

gecoördineerd op 10 juli 2008, wat betreft de voorafgaande financiële informatie aan de patiënt.

HOOFDSTUK 5

Wijziging van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, wat betreft de voorafgaande financiële informatie aan de patiënt

Art. 12

In artikel 98, eerste lid, van de wet van betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

de aanhef wordt vervangen als volgt:

"De Koning bepaalt de nadere regels inzake:"

het bepaalde onder a) wordt aangevuld met het volgende zinsdeel:

"deze voorafgaandelijke mededeling betreft tevens het totale bedrag ten laste van de patiënt van:

- de vermoedelijke verblijfskosten;
- de vermoedelijke farmaceutische kosten;
- de vermoedelijke erelonen en ereloonsupplementen;
- de vermoedelijke kosten voor implantaten en medische materialen met inbegrip van evenwaardige alternatieven."

Art. 13

Dit hoofdstuk treedt in werking op 1 januari 2014.

12 juli 2013

Maya DETIÈGE (sp.a)
Karin TEMMERMAN (sp.a)
Hans BONTE (sp.a)