

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

25 januari 2000

WETSVOORSTEL

**tot wijziging van artikel 50bis van de op
14 juli 1994 gecoördineerde wet betreffende
de verplichte verzekering voor
geneeskundige verzorging en uitkeringen**

(ingediend door de heer Daniel Bacquelaine
en mevrouw Pierrette Cahay-André)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

25 janvier 2000

PROPOSITION DE LOI

**modifiant l'article 50bis de la loi relative à
l'assurance obligatoire soins de santé et
indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994**

(déposée par M. Daniel Bacquelaine et
Mme Pierrette Cahay-André)

SAMENVATTING

Artikel 50bis van de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen regelt de honoraria die de artsen in de ziekenhuizen mogen aanrekenen. De wet van 25 januari 1999 heeft die regeling gewijzigd, met name door voor alle – ook de niet-verbonden – ziekenhuisartsen de verplichting in te voeren een gereduceerd tarief toe te passen voor alle patiënten die op een twee- of meerpersoonskamer verblijven.

De indieners willen voor de ziekenhuispatiënt het recht handhaven om in een twee- of meerpersoonskamer te worden verzorgd onder de voorwaarden van het akkoord of, zo een akkoord ontbreekt, tegen de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming. Daarnaast stellen de indieners evenwel voor de ziekenhuisartsen bij de vaststelling van hun honoraria een grotere vrijheid te laten.

RÉSUMÉ

L'article 50bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, réglemente les honoraires que les médecins peuvent pratiquer dans les hôpitaux. La loi du 25 janvier 1999 a modifié ce système, notamment en créant l'obligation pour tous les médecins hospitaliers, même non engagés, de travailler à des tarifs réduits pour tous les patients admis en salle commune ou en chambre à deux lits.

Tout en maintenant le droit pour le patient d'être soigné, dans un hôpital, en chambre commune ou en chambre à deux lits aux conditions de l'engagement ou, à défaut d'accord, aux tarifs servant de base à l'intervention de l'assurance, les auteurs proposent de donner aux médecins hospitaliers plus de liberté quant à la fixation de leurs honoraires.

AGALEV-ECOLO	:	Anders gaan leven / Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
CVP	:	Christelijke Volkspartij
FN	:	Front National
PRL FDF MCC	:	Parti Réformateur libéral - Front démocratique francophone-Mouvement des Citoyens pour le Changement
PS	:	Parti socialiste
PSC	:	Parti social-chrétien
SP	:	Socialistische Partij
VLAAMS BLOK	:	Vlaams Blok
VLD	:	Vlaamse Liberalen en Democraten
VU&ID	:	Volksunie&ID21

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :

DOC 50 0000/000: Parlementair document van de 50e zittingsperiode +
het nummer en het volgnummer

QRVA	:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
HA	:	Handelingen (Integraal Verslag)
BV	:	Beknopt Verslag
PLEN	:	Plenum
COM	:	Commissievergadering

Abréviations dans la numérotation des publications :

DOC 50 0000/000 : Document parlementaire de la 50e
législature, suivi du n° et du n° consécutif

QRVA	:	Questions et Réponses écrites
HA	:	Annales (Compte Rendu Intégral)
CRA	:	Compte Rendu Analytique
PLEN	:	Séance plénière
COM	:	Réunion de commission

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 : alg.zaken@deKamer.be

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
e-mail : aff.generales@laChambre.be

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

De indieners van dit voorstel stellen voor artikel 50*bis* van de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen te wijzigen wat de honoraria betreft die de ziekenhuisartsen mogen aanrekenen.

Paragraaf 1 van de voorgestelde tekst handhaaft de formulering van artikel 50*bis*, dat een waarborg inbouwt inzake de honoraria die als grondslag dienen voor de terugbetaling of die voortvloeien uit een akkoord dat betrekking heeft op een georganiseerde wachtdienst (de dienst 100) en op opname in een dienst intensieve zorg. De voorgestelde tekst geeft evenwel een nadere omschrijving van wat precies onder de bedoelde diensten intensieve zorg wordt verstaan, teneinde terzake iedere dubbelzinnigheid weg te werken.

Paragraaf 2 handelt over het recht van de patiënt op hulpverlening onder de voorwaarden die in het tussen artsen en ziekenfondsen gesloten akkoord werden vastgelegd of – zo een dergelijk akkoord ontbreekt – tegen het terugbetalingstarief, op voorwaarde dat de patiënt geen specifieke eisen stelt.

De vrijheid om al dan niet tot het akkoord toe te treden, blijft behouden. De patiënt die uitdrukkelijk voor een bepaalde arts kiest, moet vanaf de opname in kennis worden gesteld van het tarief dat die arts in alle kamers kan aanrekenen zo hij niet verbonden is, en in een eenpersoonskamer alleen als hij verbonden is; in dat laatste geval is de arts verplicht de in het akkoord vastgelegde voorwaarden geldend voor een twee- of meerpersoonskamer na te leven.

Paragraaf 3 voorziet in de omstandigheid dat geen akkoord kon worden bereikt. In dat geval moeten alle artsen zich houden aan de in het ziekenhuisreglement opgenomen tarieven. Dat reglement wordt, op advies van de medische raad, door de ziekenhuisbeheerder opgesteld. Hoe het ook zij, met het oog op de toepassing van de in het eerste lid vervatte waarborg, zal de beheerder erop toezien dat een arts de patiënt tegen het voor een twee- of meerpersoonskamer gehanteerde tarief kan verzorgen. In overleg met de medische raad kan hij die raad of de diensten verzoeken de artsen aan te wijzen om die opdracht uit te voeren.

Paragraaf 4 voorziet in een bijkomende waarborg van het in § 2 omschreven recht. Blijkt ondanks alles in een bepaald arrondissement kennelijk geen enkele arts met

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS

Les auteurs de la présente proposition proposent de modifier l'article 50*bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 qui concerne les honoraires que les médecins peuvent pratiquer dans les hôpitaux.

Le § 1^{er} du texte proposé maintient la formule de l'article 50*bis* garantissant les honoraires servant de base au remboursement ou résultant d'un accord dans les cas de garde organisée (service 100) et d'hospitalisation en service de soins intensifs. Le texte proposé clarifie toutefois l'équivoque en définissant plus précisément les services de soins intensifs visés.

Le § 2 traite du droit des patients à obtenir les soins aux conditions prévues par l'accord médico-mutualiste ou à défaut, au tarif de remboursement pour autant qu'ils n'aient pas d'exigence particulière.

La liberté de convention reste assurée. Le patient qui choisit expressément un médecin, doit être averti dès l'admission du tarif que peut demander ce médecin dans toutes les chambres s'il n'est pas engagé et en chambre particulière seulement s'il est engagé, le médecin étant tenu dans ce cas par les conditions de l'engagement en chambre à deux lits et commune.

Le § 3 prévoit le cas d'absence d'accord. Dans ce cas, tous les médecins respecteront les tarifs qui sont prévus dans la réglementation de l'hôpital. Celle-ci est établie par le gestionnaire sur l'avis du conseil médical. En tout état de cause, pour assurer la garantie visée au premier alinéa, le gestionnaire veillera à ce qu'un médecin puisse soigner le patient au tarif en chambre à deux lits ou commune. Il pourra, en concertation avec le conseil médical, demander à celui-ci ou aux services de désigner les médecins qui rempliront cette mission.

Le § 4 prévoit une garantie supplémentaire du droit prévu au § 2. Dans le cas où malgré tout il serait établi que dans un arrondissement aucun médecin pratiquant

het vereiste specialisme beschikbaar om tegen het vastgestelde tarief te werken, dan kan de Koning, voor dat specialisme en in het desbetreffende arrondissement, de verplichting opleggen voor dat bepaalde specialisme voormeld tarief te hanteren.

Kenmerkend voor België is dat ons land over een wetenschappelijk hoog aangeschreven ziekenhuisnetwerk beschikt dat toegankelijk is voor alle burgers die – zo blijkt uit de peilingen – daarover zeer tevreden zijn. Blijkens een door de *London School of Economics and Political Science* uitgevoerde studie, die betrekking had op vijftien landen, is 70,1 % van de Belgen tevreden over de organisatie van de gezondheidszorg, tegen 66% van de bevolking in Duitsland, 65,1% in Frankrijk (landen met meer budgettaire middelen) en 48,1% in het Verenigd Koninkrijk. Volgens 75% van de Belgen hoeven in het systeem geen belangrijke wijzigingen te worden aangebracht (Messialos, «*Citizen's view on health care in the 15 member states of EU*», *Health Economics* vol. 6, 109-116-1997).

Tegelijkertijd zijn de voor de prestaties aangerekende kosten zeer matig. Die kosten zijn onder meer gelijk aan die van Italië en liggen lager dan de kosten voor de medische hulpverlening in buurlanden als Duitsland, Frankrijk, Nederland, Denemarken of Oostenrijk. De onderstaande tabel geeft een overzicht van het percentage van het BBP dat in 1997 in de Europese Unie aan gezondheidszorg werd besteed:

België	7,6 %	Oostenrijk	8,3%
Italië	7,6%	Nederland	8,5%
Portugal	7,9%	Griekenland	8,6%
Denemarken	8,0%	Zwitserland	8,6%
Frankrijk	9,6%	Duitsland	10,6%

(*Economische OESO-studies, België-Luxemburg 1999*)

Dat goede resultaat kon maar worden bereikt dankzij de gematigde artsenhonoraria, waarover een consensus werd bereikt in het raam van het overleg tussen artsen en ziekenfondsen, en waarbij men voor de terugbetaalde uitgaven binnen de uitgetekende budgettaire klijtlijnen blijft.

Als besluit kan men stellen dat dit overlegmodel inspeelt op de betrachting om iedereen, inzonderheid de minvermogenden, een gegarandeerde toegang tot de hulpverlening te bieden. Zo onderhandelen de

la discipline concernée n'est disponible au tarif prévu, le Roi peut, pour cette discipline et dans l'arrondissement concerné, rendre obligatoire ce tarif à cette discipline.

La Belgique se caractérise par un système hospitalier de haute qualité scientifique, offrant un accès à tous les citoyens, dont les sondages révèlent le haut degré de satisfaction. Selon une étude de la *London School of Economics and Political science* portant sur quinze pays, 70,1 % des Belges sont satisfaits de l'organisation des soins de santé contre 66 % en Allemagne, 65,1 % en France (pays qui ont un budget plus élevé) et 48,1 % au Royaume-Uni. 75 % des Belges estiment qu'il n'y a pas de changements majeurs à apporter (Messialos, «*citizen's view on health care in the 15 member states of EU*», *Health Economics* vol. 6, 109-116-1997).

Parallèlement, le coût des prestations demeure très modéré. Il est notamment égal à celui de l'Italie et inférieur au coût des soins de santé dans des pays voisins comme l'Allemagne, la France, les Pays-Bas, le Danemark ou l'Autriche. Ainsi, le pourcentage du PIB dépensé en soins de santé en 1997 dans les pays de l'Union européenne s'établit comme suit :

Belgique	7,6 %	Autriche	8,3 %
Italie	7,6 %	Pays-Bas	8,5 %
Portugal	7,9 %	Grèce	8,6 %
Danemark	8,0 %	Suisse	8,6 %
France	9,6 %	Allemagne	10,6 %

(*Etudes économiques de l'OCDE, Belgique-Luxemburg 1999*).

Ce bon résultat a pu être atteint grâce à la modération des honoraires des médecins, établis en consensus dans le cadre d'un système de concertation médico-mutualiste qui maintient les dépenses remboursées dans un budget limité.

En synthèse, ce régime de consensus répond à un souci de garantir à tous, et en particulier aux plus démunis, l'accès aux soins. Un accord tarifaire (accord médico-mutualiste) est ainsi négocié, au sein d'une com-

verzekeringsinstellingen met de representatieve artsen-organisaties binnen een paritair comité om uiteindelijk tot een – door ziekenfondsen en artsen onderschreven – akkoord rond de gehanteerde tarieven te komen.

Er worden sociale honoraria vastgesteld, die worden aangerekend door een voldoende (procentueel op 60% vastgesteld) aantal artsen die zich ertoe verbinden het akkoord na te leven (de zogenaamde verbonden artsen). Momenteel zijn zo'n 83 tot 84% van de 18.500 ziekenhuisartsen verbonden artsen, zodat de patiënt een ruime keuze kan maken uit hulpverleners die het in het akkoord vastgelegde tarief toepassen.

Patiënten met inkomsten die hen redelijkerwijs in staat stellen zelf de kosten voor de zorgverstrekking bij te dragen, vallen niet onder de toepassing van de sociale honoraria; dat geldt ook voor patiënten die bijzondere eisen stellen. Die regeling is meer bepaald niet van toepassing op de 15% niet-verbonden artsen, ongeacht het soort kamer dat de patiënt heeft aangevraagd, met uitzondering van patiënten die om medische redenen in een eenpersoonskamer worden opgenomen. Voormelde regeling geldt evenmin voor verbonden artsen wanneer de rechthebbende bijvoorbeeld vraagt in een eenpersoonskamer te worden opgenomen omdat hij dat comfortabeler vindt. In dat laatste geval zij gepreciseerd dat de ziekenhuisreglementering de verplichting oplegt, bij opname in een eenpersoonskamer, daartoe het schriftelijk akkoord van de patiënt te vragen. Bovendien krijgt de patiënt informatie over de honorariumsupplementen die mogelijk kunnen worden aangerekend.

Die regeling stond garant voor een evenwichtige spreiding van de rechten en plichten van de betrokken partijen, voor de toegang van iedereen tot de medische hulpverlening en voor gematigde budgettaire overheid-sinbreng, maar aangevuld met een regeling inzake supplementen ten laste van hen die ze kunnen en willen betalen.

Het bij de wet van 22 februari 1998 ingevoegde en bij de wet van 25 januari 1999 vervangen artikel 50*bis*, waarvan de wijziging u wordt voorgelegd, heeft dat hele evenwicht en die ingebouwde waarborgregeling onderuit gehaald, door voor alle (met inbegrip van de niet-verbonden) ziekenhuisartsen de verplichting in te voeren voor alle in een twee- of meerpersoonskamer opgenomen patiënten tegen gereduceerd tarief te werken.

Deze tekst is een door specifieke omstandigheden ingegeven bepaling die tot doel had om, in een periode van budgettaire onzekerheid, tariefzekerheid te waarborgen.

mission paritaire, par les organismes assureurs et les organisations représentatives du corps médical.

Des honoraires sociaux sont fixés, qui seront réclamés aux patients par un nombre suffisant (fixé à 60 %) de médecins qui s'engagent à respecter l'accord (médecins engagés). À l'heure actuelle, 83 à 84 % des 18.500 médecins hospitaliers sont engagés, de sorte que les patients bénéficient d'un large choix de prestataires au tarif de l'engagement.

Le bénéfice des honoraires sociaux ne s'applique pas aux patients ayant un revenu qui leur permet raisonnablement de participer au coût de leurs soins, ni lorsque les patients formulent des exigences particulières. En particulier, ce régime ne s'applique pas pour les 15 % de médecins non engagés, quelle que soit la chambre demandée par le patient, sauf en cas d'isolement pour nécessité médicale. Il ne s'applique pas davantage pour les médecins engagés, lorsque le bénéficiaire réclame par exemple l'hospitalisation en chambre à un lit pour convenance personnelle. Dans ce dernier cas, il convient de noter que la réglementation hospitalière impose de demander l'accord écrit du patient lors de l'hospitalisation en chambre particulière. En outre, une information lui est donnée sur les suppléments d'honoraires possibles.

Ce régime garantissait l'équilibre des droits et obligations des parties, l'accès aux soins pour tous, un budget public modéré, mais complété par des suppléments à charge de ceux qui peuvent et veulent les payer.

L'article 50*bis*, inséré par la loi du 22 février 1998 et remplacé par la loi du 25 janvier 1999, dont la modification vous est soumise, a rompu tout cet équilibre et ce système de garantie en créant l'obligation pour tous les médecins hospitaliers, même non engagés, de travailler à des tarifs réduits pour tous les patients admis en salle commune ou en chambre à deux lits.

Ce texte est une disposition de circonstances, qui avait pour but de garantir une sécurité tarifaire à un moment d'insécurité budgétaire.

Voor de verzorgingsinstellingen heeft artikel 50*bis* evenwel een aantal conflictsituaties doen rijzen, doordat het de niet-verbonden artsen verplicht een aantal honorariabeperkingen te aanvaarden waarmee zij niet hebben ingestemd; in de overgrote meerderheid van de gevallen bleef hun akkoord uit omdat zij over geavanceerder en vaker hernieuwbare apparatuur wensen te beschikken of meer tijd voor hun patiënten wensen uit te trekken, en aldus een huns inziens hoogwaardiger geneeskunde wensen te beoefenen.

De huidige tekst van artikel 50*bis* vermindert de verloning van de pratici. Er zij evenwel op gewezen dat de ziekenhuisartsen-specialisten, om de onvoldoende gefinancierde ziekenhuizen overlevingskansen te bieden, 52% van het totaalbedrag aan ontvangen honoraria aan het ziekenhuis afstaan om de kosten voor apparatuur en personeel en een deel van de algemene kosten (kaskredieten, verwarming, onderhoud, administratie enz.) te dekken. Voormelde daling van de verloning sorteert dan ook een averechts effect, doordat ze het risico op uitwijking van artsen naar het buitenland doet toenemen.

Wil men artikel 50*bis* handhaven en tegelijkertijd het averechtse effect ervan wegwerken, dan impliceert zulks een algemene verhoging van de bezoldigingen om de verloren gegane persoonlijke prestaties te compenseren. Zulks is echter onmogelijk zonder hogere budgettaire lasten. Het bereikte resultaat gaat dus in tegen het beoogde doel om budgettaire besparingen door te voeren.

Dit voorstel maakt het mogelijk de risico's en incoherenties van het huidige statuut te voorkomen en biedt de – inzonderheid minvermogende – patiënten dezelfde waarborgen als artikel 50*bis*, maar dan in het raam van een regeling die een consensusmodel nastreeft en de risico's op een explosie van de - aan de veralgemeende verdwijning van de vrije geneeskunde uit het ziekenhuis gekoppelde - kosten voor de zorgverlening voorkomt.

Het Belgische systeem - dat onze medeburgers tot tevredenheid stemt – staat voor de uitdaging om de vrijheid van de patiënt te regelen en terzelfder tijd zijn keuzevrijheid binnen het systeem - niét daarbuiten - te waarborgen. Dat laatste is bijvoorbeeld het geval in Engeland, waar de bezuinigingen en een wachtlijst van een miljoen zieken onvoldoende worden gecompenseerd door een systeem van privé-verzekeringen dat een meer individuele en snellere hulpverlening mogelijk zou moeten maken.

Mais l'article 50*bis* a créé au niveau des institutions de soins des situations conflictuelles, en contraignant les médecins non engagés à accepter des limitations d'honoraires auxquelles ils n'ont pas consenti, dans la toute grande majorité des cas parce qu'ils souhaitent pouvoir disposer d'un matériel plus perfectionné et plus souvent renouvelé ou consacrer davantage de temps à leurs patients, et ainsi pratiquer une médecine qu'ils jugent de meilleure qualité.

Le texte actuel de l'article 50*bis*, en réduisant la rémunération des praticiens (il faut savoir que pour assurer la survie des hôpitaux, insuffisamment financés, les médecins spécialistes en hôpital leur cèdent 52 % de la masse globale de leurs honoraires pour couvrir les frais d'équipement, de personnel et une partie des frais généraux : crédits de caisse, chauffage, entretien, administration, etc.) produit ainsi un effet pervers avec le risque de les voir émigrer vers l'étranger.

Le maintien de l'article 50*bis*, si l'on veut réduire cet effet pervers, supposerait une augmentation générale des rémunérations, de façon à compenser les interventions personnelles perdues. Or, ceci implique nécessairement un accroissement des charges budgétaires. Le résultat obtenu va donc à l'encontre de l'objectif de restriction budgétaire poursuivi.

La présente proposition permet d'éviter les risques et les incohérences du statut actuel pour offrir aux patients, en particulier les plus démunis, les mêmes garanties que l'article 50*bis*, mais dans un régime qui respecte le système de consensus et qui évite les risques d'explosion des coûts des soins de santé, liés à la disparition généralisée de la médecine libérale en hôpital.

L'enjeu du système belge, qui donne satisfaction à nos concitoyens, est d'organiser la liberté du patient et de garantir son libre choix à l'intérieur du système plutôt qu'à l'extérieur, comme c'est par exemple le cas en Angleterre, où les limites de financement et une liste d'attente d'un million de malades sont mal compensées par un système d'assurances privées qui devrait permettre des soins personnalisés et plus rapides.

Daniel BACQUELAINE (PRL FDF MCC)
Pierrette CAHAY-ANDRE (PRL FDF MCC)

WETSVOORSTEL**Artikel 1**

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

Art. 2

Artikel 50*bis*, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingevoegd bij de wet van 22 februari 1998 en vervangen bij de wet van 25 januari 1999, wordt vervangen door de volgende bepaling :

«Art. 50*bis*. - § 1. Ongeacht of de arts al dan niet verbonden is door een in artikel 50 bedoeld akkoord mogen alleen de honoraria die voortvloeien uit het akkoord tussen de artsen en de ziekenfondsen worden aangerekend of, bij ontstentenis van een akkoord, de tarieven die dienen als grondslag voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming:

a) in het raam van een georganiseerde wachtdienst;
b) in het raam van een opname in een dienst voor intensieve zorg die erkend is door de minister tot wiens bevoegdheid de volksgezondheid behoort.

§ 2. Iedere patiënt heeft het recht om in een ziekenhuis verzorgd te worden in een twee- of meerpersoonskamer onder de voorwaarden van het akkoord of, bij gebrek aan een akkoord, tegen de tarieven die dienen als grondslag voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming.

Indien de patiënt uitdrukkelijk heeft gevraagd om door een bepaalde arts te worden behandeld, stelt het ziekenhuis hem, uiterlijk bij de opname, in kennis van de bedragen van de supplementen die hem kunnen worden gevraagd door die arts en door de medewerkers die bij de behandeling worden betrokken, wanneer de patiënt is opgenomen in een meerpersoonskamer, in een tweepersoonskamer of in een eenpersoonskamer als het om een niet-verbonden arts gaat, en in een eenpersoonskamer als het om een verbonden arts gaat.

§ 3. Indien er geen akkoord is als bedoeld in artikel 50 bepaalt het algemeen ziekenhuisreglement de maximumhonoraria die mogen worden gevraagd door alle artsen in die drie soorten van kamers.

De ziekenhuisbeheerder en de geneeskundige raad nemen in gemeen overleg alle maatregelen die nodig zijn opdat een patiënt die is opgenomen in een twee- of

PROPOSITION DE LOI**Article 1^{er}**

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

Art. 2

L'article 50*bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, inséré par la loi du 22 février 1998 et remplacé par la loi du 25 janvier 1999, est remplacé la disposition suivante :

« Art. 50*bis*. - § 1^{er}. Que le médecin adhère ou non à un accord visé à l'article 50, seuls les honoraires résultant de l'accord médico-mutualiste ou, à défaut d'accord, les tarifs servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance peuvent être réclamés :

a) dans le cadre d'un service de garde organisée;
b) dans le cadre d'une admission dans un service de soins intensifs reconnu et agréé par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

§ 2. Tout patient a le droit d'être soigné, dans un hôpital, en chambre commune ou en chambre à deux lits aux conditions de l'engagement ou, à défaut d'accord, aux tarifs servant de base à l'intervention de l'assurance.

Si le patient a demandé expressément à être traité par un médecin déterminé, l'hôpital lui communique, au plus tard lors de l'admission, les montants des suppléments qui pourront lui être demandés par ce médecin et les collaborateurs intervenant dans le traitement, lorsque le patient est admis en chambre commune, en chambre à deux lits ou en chambre particulière s'il s'agit d'un médecin non engagé, et lorsque le patient est admis en chambre particulière s'il s'agit d'un médecin engagé.

§ 3. En cas d'absence d'accord visé à l'article 50, la réglementation générale de l'hôpital prévoit les honoraires maxima qui peuvent être réclamés par tous les médecins dans ces trois types de chambres.

Le gestionnaire et le conseil médical prennent de commun accord toutes les mesures nécessaires pour que le patient admis en chambre commune ou en cham-

meerpersoonskamer kan worden verzorgd tegen het tarief dat dient als grondslag voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming.

§ 4. Indien vaststaat dat in een arrondissement de patiënten geen beroep kunnen doen op ziekenhuisverpleging in een of meer specialismen tegen het tarief van het akkoord of, bij ontstentenis van een akkoord, tegen het tarief dat dient als grondslag voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming, omdat er geen artsen zijn die bij overeenkomst of uit eigen beweging die tarieven hanteren, kan de Koning, op advies van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen, in dat arrondissement de honoraria opleggen die voortvloeien uit het akkoord of, bij ontstentenis van een akkoord, die welke dienen als grondslag voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming., voor de verzorging binnen het betrokken specialisme verstrekt aan patiënten die hebben gevraagd te worden opgenomen in een twee- of meerpersoonskamer.».

23 december 1999

bre à deux lits puisse être soigné au tarif servant de base à l'intervention de l'assurance.

§ 4. Lorsqu'il est établi que, dans un arrondissement, les patients ne peuvent faire appel à des soins hospitaliers d'une ou plusieurs disciplines au tarif de l'engagement ou, en l'absence d'accord, au tarif servant de base à l'intervention de l'assurance, faute de médecins pratiquant conventionnellement ou d'initiative ces tarifs, le Roi peut, sur avis de la commission nationale médico-mutualiste, rendre obligatoire dans cet arrondissement les honoraires qui résultent de l'accord ou, à défaut d'accord, ceux qui servent de base à l'intervention de l'assurance, pour les soins de la discipline concernée donnés à des patients ayant demandé à être admis en chambre commune ou en chambre à deux lits.».

23 décembre 1999

Daniel BACQUELAINE (PRL FDF MCC)
Pierrette CAHAY-ANDRE (PRL FDF MCC)

BIJLAGE

ANNEXE

BASISTEKST

Artikel 50bis van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Art. 50bis

§ 1. Indien er geen akkoord als bedoeld in artikel 50 van kracht is, vormen de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekerings- tegemoetkoming, de maximumhonoraria die door de geneesheer kunnen worden geëist, indien de verstrekkingen worden verleend :

- a) in het raam van de georganiseerde wachtdienst;
- b) in het raam van een opname in een dienst intensieve verzorging;
- c) aan patiënten die in een twee of meerpersoonskamer zijn opgenomen, die een twee of meerpersoonskamer hebben aangevraagd of die om medische redenen in een eenpersoonskamer zijn opgenomen;
- d) aan kinderen die samen met een begeleidende ouder in het ziekenhuis worden opgenomen.

§ 2. Indien er een akkoord als bedoeld in artikel 50 van kracht is, vormen de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekerings- tegemoetkoming, de maximumhonoraria die door de al dan niet verbonden geneesheer kunnen worden geëist, indien de verstrekkingen worden verleend :

- a) in het raam van de georganiseerde wachtdienst;
- b) in het raam van een opname in een dienst intensieve verzorging;
- c) aan kinderen die samen met een begeleidende ouder in het ziekenhuis worden opgenomen.

De Koning verklaart, na advies van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen, de honoraria voortvloeiend uit het akkoord algemeen verbindend tot 31 december 1999 voor de verstrekkingen die worden verleend aan patiënten die in een twee of meerpersoonskamer zijn opgenomen, die een twee of meerpersoonskamer hebben aangevraagd of die om medische redenen in een eenpersoonskamer zijn opgenomen, ongeacht of de geneesheer verbonden is door het akkoord of niet.

BASISTEKST AANGEPAST AAN HET VOORSTEL

Artikel 50bis van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Art. 50bis

§ 1. Ongeacht of de arts al dan niet verbonden is door een in artikel 50 bedoeld akkoord mogen alleen de honoraria die voortvloeien uit het akkoord tussen de artsen en de ziekenfondsen worden aangerekend of, bij ontstentenis van een akkoord, de tarieven die dienen als grondslag voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming:

- a) in het raam van een georganiseerde wachtdienst;*
- b) in het raam van een opname in een dienst voor intensieve zorg die erkend is door de minister tot wiens bevoegdheid de volksgezondheid behoort.*

§ 2. Iedere patiënt heeft het recht om in een ziekenhuis verzorgd te worden in een twee- of meerpersoonskamer onder de voorwaarden van het akkoord of, bij gebrek aan een akkoord, tegen de tarieven die dienen als grondslag voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming.

Indien de patiënt uitdrukkelijk heeft gevraagd om door een bepaalde arts te worden behandeld, stelt het ziekenhuis hem, uiterlijk bij de opname, in kennis van de bedragen van de supplementen die hem kunnen worden gevraagd door die arts en door de medewerkers die bij de behandeling worden betrokken, wanneer de patiënt is opgenomen in een meerpersoonskamer, in een tweepersoonskamer of in een eenpersoonskamer als het om een niet-verbonden arts gaat, en in een eenpersoonskamer als het om een verbonden arts gaat.

§ 3. Indien er geen akkoord is als bedoeld in artikel 50 bepaalt het algemeen ziekenhuisreglement de maximumhonoraria die mogen worden gevraagd door alle artsen in die drie soorten van kamers.

De ziekenhuisbeheerder en de geneeskundige raad nemen in gemeen overleg alle maatregelen die nodig zijn opdat een patiënt die is opgenomen in een twee- of meerpersoonskamer kan worden verzorgd tegen het tarief dat dient als grondslag voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming.

TEXTE DE BASE

Article 50bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Art. 50bis

§ 1^{er}. S'il n'y a pas d'accord visé à l'article 50 en vigueur, les tarifs servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance constituent les honoraires maximums pouvant être réclamés par le médecin, si les soins sont dispensés :

- a) dans le cadre d'un service de garde organisé;
- b) dans le cadre d'une admission dans un service de soins intensifs;
- c) à des patients admis en salle commune ou en chambre à deux lits, ayant demandé à être admis en salle commune ou en chambre à deux lits ou admis en chambre particulière pour des raisons médicales;
- d) à des enfants hospitalisés avec un parent accompagnateur.

§ 2. Si un accord visé à l'article 50 est en vigueur, les tarifs servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance constituent les honoraires maximums pouvant être réclamés par le médecin ayant adhéré à l'accord ou non, si les soins sont dispensés :

- a) dans le cadre d'un service de garde organisé;
- b) dans le cadre d'une admission dans un service de soins intensifs;
- c) à des enfants hospitalisés avec un parent accompagnateur.

Le Roi, après avis de la Commission nationale médico-mutualiste, rend obligatoires jusqu'au 31 décembre 1999 les honoraires qui résultent de l'accord pour les prestations dispensées à des patients admis en salle commune ou en chambre à deux lits, ayant demandé à être admis en salle commune ou en chambre à deux lits ou admis en chambre particulière pour des raisons médicales, que le médecin adhère ou non à l'accord.

TEXTE DE BASE ADAPTÉ EN FONCTION DE LA PROPOSITION

Article 50bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Art. 50bis

§ 1^{er}. *Que le médecin adhère ou non à un accord visé à l'article 50, seuls les honoraires résultant de l'accord médico-mutualiste ou, à défaut d'accord, les tarifs servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance peuvent être réclamés :*

- a) dans le cadre d'un service de garde organisée;*
- b) dans le cadre d'une admission dans un service de soins intensifs reconnu et agréé par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.*

§ 2. *Tout patient a le droit d'être soigné, dans un hôpital, en chambre commune ou en chambre à deux lits aux conditions de l'engagement ou, à défaut d'accord, aux tarifs servant de base à l'intervention de l'assurance.*

Si le patient a demandé expressément à être traité par un médecin déterminé, l'hôpital lui communique, au plus tard lors de l'admission, les montants des suppléments qui pourront lui être demandés par ce médecin et les collaborateurs intervenant dans le traitement, lorsque le patient est admis en chambre commune, en chambre à deux lits ou en chambre particulière s'il s'agit d'un médecin non engagé, et lorsque le patient est admis en chambre particulière s'il s'agit d'un médecin engagé.

§ 3. *En cas d'absence d'accord visé à l'article 50, la réglementation générale de l'hôpital prévoit les honoraires maxima qui peuvent être réclamés par tous les médecins dans ces trois types de chambres.*

Le gestionnaire et le conseil médical prennent de commun accord toutes les mesures nécessaires pour que le patient admis en chambre commune ou en chambre à deux lits puisse être soigné au tarif servant de base à l'intervention de l'assurance.

De Koning kan vanaf 1 januari 2000, na advies van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen, uitgebracht met toepassing van artikel 50, § 2, vierde lid, de honoraria voortvloeiend uit het akkoord voor de in het vorige lid bedoelde verstrekkingen algemeen verbindend verklaren.

Indien het akkoord als bedoeld in artikel 50 geen bepalingen bevat met betrekking tot de maximum-honoraria voor de in het tweede lid bedoelde verstrekkingen, dan is § 1 van toepassing.

§ 3. De Koning kan bij een in Ministerraad overlegd besluit, de maximum honoraria en de maximum honorarium-supplementen bepalen die door de al dan niet verbonden geneesheren kunnen geëist worden indien de verstrekkingen worden verleend aan patiënten die op hun uitdrukkelijk verzoek en zonder dat dit noodzakelijk is voor hun behandeling worden opgenomen in een eenpersoonskamer.

Hij stelt op dezelfde wijze vast welke informatie door de geneesheer of door de ziekenhuisbeheerder aan de patiënten moet worden gegeven en volgens welke nadere regels deze informatie kan worden verstrekt.

§ 4. Indien vaststaat dat in een arrondissement de patiënten geen beroep kunnen doen op ziekenhuisverpleging in een of meer specialismen tegen het tarief van het akkoord of, bij ontstentenis van een akkoord, tegen het tarief dat dient als grondslag voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming, omdat er geen artsen zijn die bij overeenkomst of uit eigen beweging die tarieven hanteren, kan de Koning, op advies van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen, in dat arrondissement de honoraria opleggen die voortvloeien uit het akkoord of, bij ontstentenis van een akkoord, die welke dienen als grondslag voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming., voor de verzorging binnen het betrokken specialisme verstrekt aan patiënten die hebben gevraagd te worden opgenomen in een twee- of meerpersoonskamer.¹

¹ Art. 2 : Vervanging van het artikel.

Le Roi peut, à partir du 1^{er} janvier 2000, après avis de la Commission nationale médico-mutualiste, émis en application de l'article 50, § 2, alinéa 4, rendre obligatoires les honoraires qui résultent de l'accord pour les prestations visées à l'alinéa précédent.

Si l'accord comme visé à l'article 50 ne contient pas de dispositions concernant les honoraires maximums pour les prestations visées à l'alinéa 2, il est fait application du § 1^{er}.

§ 3. Le Roi peut fixer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les honoraires maximums et les suppléments d'honoraires maximums pouvant être réclamés par les médecins engagés ou non si les soins sont dispensés à des patients qui sont admis en chambre particulière à leur demande expresse et sans que leur traitement l'exige.

Il détermine de la même manière les informations que le médecin ou le gestionnaire de l'hôpital doit fournir aux patients ainsi que les modalités selon lesquelles lesdites informations peuvent être données.

§ 4. Lorsqu'il est établi que, dans un arrondissement, les patients ne peuvent faire appel à des soins hospitaliers d'une ou plusieurs disciplines au tarif de l'engagement ou, en l'absence d'accord, au tarif servant de base à l'intervention de l'assurance, faute de médecins pratiquant conventionnellement ou d'initiative ces tarifs, le Roi peut, sur avis de la commission nationale médico-mutualiste, rendre obligatoire dans cet arrondissement les honoraires qui résultent de l'accord ou, à défaut d'accord, ceux qui servent de base à l'intervention de l'assurance, pour les soins de la discipline concernée donnés à des patients ayant demandé à être admis en chambre commune ou en chambre à deux lits.¹

¹ Art. 2 : Remplacement de l'article.