

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

21 octobre 2021

PROPOSITION DE LOI

**modifiant la loi relative à l'assurance
obligatoire soins de santé et indemnités,
coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui
concerne l'affichage des tarifs par
les dispensateurs de soins**

AMENDEMENTS

déposés en séance plénière

*Voir:*Doc 55 **0346/ (S.E. 2019):**

001: Proposition de loi de Mme Jiroflée et M. Bertels.

002 à 005: Amendements.

006: Rapport.

007: Texte adopté par la commission.

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

21 oktober 2021

WETSVOORSTEL

**tot wijziging van de wet betreffende de
verplichte verzekering voor geneeskundige
verzorging en uitkeringen gecoördineerd
op 14 juli 1994, wat het afficheren van de
tarieven door zorgverstrekkers betreft**

AMENDEMENTEN

ingediend in de plenaire vergadering

*Zie:*Doc 55 **0346/ (B.Z. 2019):**

001: Wetsvoorstel van mevrouw Jiroflée en de heer Bertels.

002 tot 005: Amendementen.

006: Verslag.

007: Tekst aangenomen door de commissie.

05446

N° 12 DE MME DEPOORTER

Art. 2

Remplacer cet article par ce qui suit:

“Art. 2. Dans l’article 73, § 1^{er}, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par la loi du 11 août 2017, les modifications suivantes sont apportées:

1° avant l’alinéa 4, qui formera l’alinéa 5, il est inséré un alinéa rédigé comme suit:

“Les dispensateurs de soins sont tenus, sans préjudice d’autres obligations légales et déontologiques de transparence et d’information, d’engager en permanence un dialogue clair avec le patient et de lui communiquer les informations pertinentes nécessaires, en particulier en ce qui concerne les prix concrets des prestations appropriées et la possibilité d’appliquer ou non une ou plusieurs mesures d’aide de l’assurance obligatoire soins de santé en vue de rendre ces derniers accessibles financièrement.”;

2° dans l’alinéa 4, qui formera l’alinéa 5, les modifications suivantes sont apportées:

a) les mots “et préalablement à la prestation” sont insérés entre le mot “clairement” et les mots “les bénéficiaires”;

b) les mots “aux accords” sont remplacés par les mots “aux accords visés dans le Titre III, chapitre V, sections I et II”;

3° avant l’alinéa 6, qui formera l’alinéa 8, il est inséré un alinéa rédigé comme suit: “Ils sont également tenus d’informer clairement et préalablement à la prestation les bénéficiaires des tarifs qu’ils pratiquent pour les prestations remboursables les plus courantes dans leur discipline en faisant une distinction entre l’intervention de l’assurance, la quote-part personnelle et, le cas échéant, le montant maximum du supplément pratiqué. Les dispensateurs de soins qui ont conclu les accords

Nr. 12 VAN MEVROUW DEPOORTER

Art. 2

Dit artikel vervangen als volgt:

“Art. 2. In artikel 73 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 worden in paragraaf 1, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017, de volgende wijzigingen aangebracht:

1° voor het vierde lid, dat het vijfde lid wordt, wordt een lid ingevoegd, luidende:

“De zorgverleners zijn – onverminderd andere wettelijke en deontologische transparantie- en informatieverplichtingen – ertoe gehouden om steeds een duidelijke dialoog met de patiënt aan te gaan en hem de nodige relevante informatie mede te delen, in het bijzonder met betrekking tot de concrete prijzen voor de ter zake doende verstrekkingen en de al dan niet mogelijke toepasbaarheid van een of meerdere steunmaatregelen in de verplichte ziekteverzekering met het oog op de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg.”;

2° in het vierde lid, dat het vijfde lid zal vormen worden de volgende wijzigingen aangebracht:

a) de woorden “en voorafgaand aan de verstrekking” worden ingevoegd tussen het woord “duidelijk” en de woorden “te informeren”;

b) de woorden “tot de akkoorden” worden vervangen door de woorden “tot de in Titel III, hoofdstuk V, afdelingen I en II bedoelde akkoorden”;

3° voor het zesde lid, dat het achtste lid zal vormen, wordt een lid ingevoegd, luidende: “Zij zijn eveneens verplicht de rechthebbenden duidelijk en voorafgaand aan de verstrekking te informeren over de tarieven die zij aanrekenen voor de voor hun discipline meest gangbare vergoedbare verstrekkingen, daarbij onderscheid makend tussen de verzekeringstegemoetkoming, het persoonlijk aandeel en, indien van toepassing, het maximale bedrag van het supplement dat zij hanteren.

visés à l'article 52, § 1^{er}, informent en outre les bénéficiaires du coût des soins qui sont dispensés dans le cadre du paiement forfaitaire.”;

4° dans l'alinéa 5, qui devient l'alinéa 6, les modifications suivantes sont apportées:

a) les mots “et préalablement à la prestation” sont insérés entre le mot “clairement” et les mots “les bénéficiaires”;

b) l'alinéa est complété par la phrase suivante: “S'ils n'informent pas préalablement les bénéficiaires des jours et heures pour lesquels ils n'ont pas adhéré aux accords ou aux conventions, les tarifs qui découlent de la nomenclature sont les honoraires maximums qui peuvent être exigés pour les prestations dispensées à ce moment.”;

5° l'alinéa 7, qui formera l'alinéa 9, est remplacé par ce qui suit:

“Outre ce qui est prévu spécifiquement aux articles 50, § 3, alinéa 8, et 50, § 3bis, l'information comportera au minimum un affichage clair et visible tel que déterminé conformément à l'alinéa 9 au cabinet et, le cas échéant, par le biais de canaux en ligne, reprenant au moins les éléments visés aux alinéas 4, 5 et 6.”;

6° l'alinéa 8, qui deviendra l'alinéa 10, est remplacé par les deux alinéas suivants:

“Le Comité de l'assurance détermine, sur proposition de la commission de conventions ou d'accords compétente, ou après avis de ladite commission, réputé favorable s'il n'a pas été émis dans le mois, par voie de règlement visé à l'article 22, 11°, pour chaque catégorie de dispensateurs de soins, le modèle d'affiche.

Ce modèle d'affiche contient une liste des prestations les plus courantes, en précisant à chaque fois l'obligation du dispensateur de soins de mentionner les tarifs de l'intervention de l'assurance, la quote-part

Zorgverleners die de bij artikel 52, § 1, bedoelde akkoorden hebben afgesloten, informeren de rechthebbenden bovendien over de kostprijs van de zorg die in het kader van de forfaitaire betaling wordt verleend.”;

4° in het vijfde lid, dat het zesde lid wordt, worden volgende wijzigingen aangebracht:

a) de woorden “en voorafgaand aan de verstrekking” worden ingevoegd tussen het woord “duidelijk” en de woorden “te informeren”;

b) het lid wordt aangevuld met de volgende zin: “Wanneer zij de rechthebbenden niet vooraf geïnformeerd hebben over de dagen en uren waarvoor zij niet tot de akkoorden of overeenkomsten zijn toegetreden, zijn de uit de nomenclatuur voortvloeiende tarieven bijgevolg de maximum honoraria die kunnen worden geëist voor de verstrekkingen op dat ogenblik verleend.”;

5° het zevende lid, dat het negende lid zal vormen, wordt vervangen als volgt:

“Naast hetgeen specifiek voorzien is in de artikelen 50, § 3 achtste lid en 50, § 3bis, zal de informatie op zijn minst bestaan uit een duidelijke en leesbare affichering zoals bepaald overeenkomstig het negende lid in de praktijk, en desgevallend eveneens via online kanalen, van minstens de elementen bedoeld in het vierde, vijfde en zesde lid.”;

6° het achtste lid, dat het tiende lid zal worden, wordt vervangen door de twee volgende leden:

“Het Verzekeringscomité stelt, op voorstel van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie, of, na advies van die commissie, dat wordt geacht gunstig te zijn indien het niet is gegeven binnen de termijn van een maand, bij in artikel 22, 11°, bedoelde verordening voor elke categorie van zorgverleners, het affichemodel vast.

Dit affichemodel bevat een oplijsting van de meest gangbare verstrekkingen, waarbij telkens de verplichting van de zorgverlener om de tarieven van de verzekeringstegemoetkoming, het persoonlijk aandeel en,

personnelle et, le cas échéant, le montant maximum du supplément”.

JUSTIFICATION

Le seul affichage des tarifs n’offre pas suffisamment de clarté au patient. Il convient de protéger les patients au maximum contre les mauvaises surprises financières.

Il doit toujours y avoir à la base un dialogue clair entre, d’une part, le dispensateur de soins, et d’autre part, le patient, avec la communication des informations nécessaires. Ces informations porteront en particulier sur les prix en vigueur et potentiellement applicables et sur les mesures de soutien spécifiques accordées par les autorités (songeons notamment au maximum à facturer et à ses différentes formes, à l’intervention majorée, aux trajets divers, etc.).

indien van toepassing, het maximale bedrag van het supplement vermeld worden.”.

VERANTWOORDING

De affichering van de tarieven op zich biedt niet voldoende duidelijkheid voor de patiënt. Patiënten moeten zoveel als mogelijk beschermd worden tegen onaangename financiële verrassingen.

Het uitgangspunt en de basis dient steeds een duidelijke dialoog tussen enerzijds de zorgverstrekker en anderzijds de patiënt te zijn, met mededeling van de nodige info waaronder in het bijzonder de vigerende en mogelijks toepasselijke prijzen en specifieke steunmaatregelen vanwege de overheid (denk onder meer aan de maximumfactuur en diens diverse verschijningsvormen, de verhoogde tegemoetkoming, diverse trajecten, etc.).

Kathleen DEPOORTER (N-VA)

N° 13 DE MME MERCKX

Art. 2

Compléter cet article par un 6° rédigé comme suit:

“6° le paragraphe est complété par l’alinéa suivant:

“Tous les dispensateurs de soins sont tenus d’informer les bénéficiaires clairement et de manière accessible de l’application ou de la non-application du régime du tiers payant pour l’ensemble des prestations médicales de première ligne visées à l’article 34, 1°.”

JUSTIFICATION

Pour permettre au plus grand nombre de se soigner, il est essentiel de garantir la sécurité tarifaire et la transparence aux patients. Le coût financier des soins va de pair avec la sécurité tarifaire. Le gouvernement fédéral a récemment permis de lever l’interdiction de pratiquer le régime du tiers payant. La décision d’appliquer ou de ne pas appliquer ce régime appartiendra au médecin. Il ressort des auditions menées en commission de la Santé au sujet des propositions de loi relatives au régime du tiers payant que les mesures sélectives peuvent avoir des effets contreproductifs et que ce régime devient arbitraire lorsqu’il n’est pas généralisé. Pour éviter d’avoir un régime de soins de santé à deux vitesses, il conviendra d’intégrer également l’affichage de l’application éventuelle du régime du tiers payant dans la modification législative à l’examen. L’avis du Réseau belge de lutte contre la pauvreté (BAPN) est très clair à ce sujet: “tant que l’application généralisée du régime du tiers payant ne sera pas devenue un fait sur le terrain pour l’ensemble des prestations médicales de première ligne, et dès lors que le conventionnement n’est pas obligatoire, nous proposons d’obliger l’ensemble des prestataires de soins à informer les patients s’ils appliquent ou non le régime du tiers payant.”. Le présent amendement donne suite à la proposition du Réseau belge de lutte contre la pauvreté (BAPN).

Sofie MERCKX (PVDA-PTB)

Nr. 13 VAN MEVROUW MERCKX

Art. 2

Dit artikel aanvullen met een bepaling onder 6°, luidende:

“6° de paragraaf wordt aangevuld met het volgende lid:

“Alle zorgverleners zijn verplicht om de rechthebbenden duidelijk en op toegankelijke wijze te informeren over het al dan niet toepassen van de derdebetalersregeling voor alle geneeskundige verstrekkingen in de eerste lijn, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 1°.”

VERANTWOORDING

Tariefzekerheid en transparantie voor de patiënt zijn van essentieel belang om de gezondheidszorg zo toegankelijk mogelijk te maken voor iedereen. Hand in hand met het aspect van tariefzekerheid gaat ook het financiële aspect van de zorg zelf. De federale regering zette onlangs het licht op groen om het verbod op de derdebetalersregeling op te heffen. De keuze om de regeling al dan niet toe te passen ligt bij de arts. Uit de hoorzittingen in de commissie Gezondheid over de wetsvoorstellen rond de derdebetalersregeling blijkt dat selectieve maatregelen contraproductief kunnen werken en dat er willekeur in het systeem sluipt wanneer de regeling niet algemeen verplicht is. Om een tweesnelhedengeneeskunde te vermijden, is het nodig dat ook de affichage van het al dan niet toepassen van de derdebetalersregeling wordt opgenomen in de voorliggende wetswijziging. Het advies van het *Belgian Anti Poverty Network* is daarover zeer duidelijk: “zolang de veralgemening van de derdebetalersregeling voor alle geneeskundige verstrekkingen in de eerste lijn geen realiteit is op het terrein, en aangezien conventionering niet verplicht is, stellen wij voor om alle zorgverleners te verplichten om de patiënten te informeren over hun al dan niet toepassen van de derdebetalersregeling”. Dit amendement komt tegemoet aan het voorstel van het *Belgian Anti Poverty Network*.