

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

25 février 2014

PROJET DE LOI
portant des dispositions diverses
en matière de santé

AMENDEMENTS

déposés en commission des Affaires sociales

N° 1 DU GOUVERNEMENT

Chapitre 10 (*nouveau*)

Dans le titre I^{er} insérer un chapitre 10, comportant les articles 87/1, 87/2, 87/3, 87/4, 87/5, 87/6, 87/7, rédigé comme suit:

“Chapitre 10. Transparence financière des soins de santé.”

JUSTIFICATION

Le bénéficiaire doit être sensibilisé et responsabilisé face aux coûts de ses soins de santé. A cette fin, il doit disposer d'une information claire de la part du dispensateur de soins sur les conditions financières auxquelles ce dernier a fourni ses prestations de soins.

Documents précédents:

Doc 53 **3349/ (2013/2014):**

001: Projet de loi.
002: Annexe.
003: Amendements.

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

25 februari 2014

WETSONTWERP
houdende diverse bepalingen
inzake gezondheid

AMENDEMENTEN

ingediend in de commissie voor de Sociale Zaken

Nr. 1 VAN DE REGERING

Hoofdstuk 10 (*nieuw*)

In titel I een hoofdstuk 10 invoegen, dat de artikelen 87/1, 87/2, 87/3, 87/4, 87/5, 87/6, en 87/7 bevat, luidend als volgt:

“Hoofdstuk 10. Financiële transparantie van geneeskundige verzorging”.

VERANTWOORDING

De rechthebbende dient te worden gesensibiliseerd en geresponsabiliseerd met betrekking tot de kostprijs van zijn geneeskundige verzorging. Te dien einde, moet hij beschikken over duidelijke informatie vanwege de zorgverlener over de financiële voorwaarden waaronder deze laatste zijn geneeskundige verstrekkingen heeft verricht.

Voorgaande documenten:

Doc 53 **3349/ (2013/2014):**

001: Wetsontwerp.
002: Bijlage.
003: Amendementen.

Quel est le coût de la prestation de santé ou du traitement et des services qui y sont liés? Y a-t-il une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé? Si oui, laquelle? Combien le bénéficiaire doit-il prendre à sa charge?

La transparence des coûts des soins de santé doit être effectivement garantie au bénéficiaire.

Le présent projet de loi vise à atteindre cet objectif au travers des mesures suivantes.

En ce qui concerne les prestations remboursées, le projet prévoit avant tout que le montant qui a été payé par l'assuré au dispensateur de soins doit figurer dans tous les cas sur le reçu de l'attestation de soins ou de fournitures ou du document équivalent. Ce principe s'applique tant aux personnes physiques qu'aux sociétés.

L'INAMI s'engage à organiser une concertation avec le SPF Finances afin de formuler une réponse à un certain nombre de questions de nature fiscale et d'éviter tout éventuel malentendu.

Il est également prévu, conformément aux principes de la Directive européenne 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers et de la législation en matière de protection des consommateurs, que le bénéficiaire doit disposer d'un document justificatif spécifique. Le présent projet prévoit donc entre autres une transposition partielle de cette directive.

Ceci s'applique pour quatre situations:

— dans le cas du tiers payant (l'assuré ne dispose pas d'une attestation);

— dans le cas d'attestation de prestations remboursées et non remboursées (l'assuré peut éventuellement prétendre sur cette base à un remboursement d'un assureur);

— dans le cas d'un paiement différé;

— en cas de facturation électronique.

Dans l'attente de la facturation électronique pour le secteur concerné, des dérogations à l'obligation de délivrance d'un document justificatif sont prévues en cas de seule consultation ou visite à domicile de médecins ainsi que pour l'ouverture ou la prolongation manuelles du dossier médical global, et ce en cas d'application du régime du tiers payant et en cas de paiement différé. Dans ces cas, un simple reçu suffit.

Pour les prestations définies par les commissions compétentes, le document justificatif contient également à la demande du bénéficiaire le montant d'achat, tel qu'il peut ressortir de la facture d'achat, des dispositifs médicaux fournis.

Hoeveel kost de geneeskundige verstrekking of behandeling en de diensten die ermee verbonden zijn? Is er een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging? Zo ja, welke? Hoeveel moet hij zelf ten laste nemen?

De transparantie van de kostprijs van geneeskundige verzorging ten aanzien van de rechthebbende moet daadwerkelijk gegarandeerd worden.

Het huidig wetsontwerp wil deze doelstelling bereiken via de volgende maatregelen.

Vooreerst voorziet het ontwerp dat, wat de terugbetaalde verstrekkingen betreft, op het ontvangstbewijs van het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het gelijkwaardig document, in alle gevallen, het bedrag moet worden vermeld dat door de verzekerde aan de zorgverlener werd betaald. Dit principe geldt zowel voor fysieke personen als voor vennootschappen.

Het RIZIV engageert zich er toe om een overleg met de FOD Financiën tot stand te brengen teneinde een antwoord te formuleren op een bepaald aantal vragen van fiscale aard en alle mogelijke misverstanden te vermijden.

Er wordt, overeenkomstig de principes vervat in de Europese richtlijn 2011/24/EU van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg en in de wetgeving inzake consumentenbescherming, ook voorzien dat de rechthebbende dient te beschikken over een bewijsstuk. Huidig ontwerp voorziet aldus onder andere in de gedeeltelijke omzetting van deze richtlijn.

Dit zal het geval zijn in vier situaties:

— in geval van derde betalende (de verzekerde beschikt niet over een getuigschrift);

— in geval terugbetaalde en niet-terugbetaalde verstrekkingen worden aangerekend (de verzekerde kan op die basis eventueel aanspraak maken op een terugbetaling van een verzekeraar);

— in geval van een uitgestelde betaling;

— in geval van elektronische facturatie.

In afwachting van de elektronische facturatie voor de betrokken sector, worden afwijkingen voorzien op de verplichting om een bewijsstuk uit te reiken in geval van toepassing van de derdebetalersregeling en van een uitgestelde betaling in geval een arts enkel een raadpleging of huisbezoek verricht evenals voor de manuele opening en verlenging van een globaal medisch dossier. Voor deze gevallen, volstaat een eenvoudig ontvangstbewijs.

Voor de verstrekkingen bepaald door de bevoegde commissies bevat het bewijsstuk op vraag van de rechthebbende eveneens het aankoopbedrag, zoals dit kan worden afgeleid uit de aankoopfactuur, van de afgeleverde medische hulpmiddelen.

Dorénavant, un acompte pourra être perçu dans les limites fixées par les conventions et accords. En cas de perception d'acompte, les dispensateurs de soins sont tenus de remettre au bénéficiaire un reçu.

Un régime relatif aux conditions auxquelles des suppléments peuvent être portés en compte en matière de prestations remboursables de biologie clinique, d'anatomopathologie et d'examens génétiques peut être élaboré par le Roi, mais uniquement sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste.

En outre, il est précisé que les propositions des commissions compétentes en matière d'acomptes et de délivrance de documents justificatifs figurent dans une convention ou un accord et peuvent être rendues obligatoires pour tous les dispensateurs de soins.

Tenant compte de l'évolution inéluctable vers plus d'informatisation et de dématérialisation de documents, de prochaines étapes seront nécessaires pour garantir la transparence des montants portés en compte, en ce compris les données qui à présent ne figurent pas sur l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou le document équivalent, comme les données reprises à l'article 53, § 1^{er} ter nouvellement inséré.

En cas d'application de la facturation électronique où les attestations papier ne sont plus utilisées, le projet de loi initial prévoyait que le Comité de l'assurance établira les mentions complémentaires à celles reprises sur les attestations de soins ou de fournitures ou les documents équivalents actuels qui seront fournies aux organismes assureurs.

En vue de tenir compte de l'avis du Conseil d'État, selon lequel la détermination "des données complémentaires" ne paraît pas pouvoir être comprise dans le pouvoir normatif limité qui peut être attribué au Comité de l'assurance, le projet de loi initial a été modifié et prévoit que c'est au Roi qu'il revient, sur proposition du Comité de l'assurance et après avis de la commission de conventions ou d'accords compétente, de fixer les données complémentaires.

Les dispositions prises à cet égard sont le résultat d'une concertation en commissions de conventions ou d'accords et en particulier en Commission nationale médico-mutualiste. Il est évident que ces dispositions ne peuvent pas être prises de façon unilatérale et qu'un consensus suffisant doit avoir été dégagé au sein de la Commission compétente.

Elles traduisent un équilibre fragile entre d'une part, aller vers plus de transparence demandée et, d'autre part, éviter des obligations aux dispensateurs de soins qui n'ont pas été associés à la concertation.

Enfin, une disposition a été insérée dans le projet qui permet des accords nécessaires en matière de mesures de

Voortaan zullen voorschotten kunnen worden ontvangen binnen de grenzen vastgesteld door de overeenkomsten en akkoorden. In geval een voorschot wordt ontvangen, zullen de zorgverleners ertoe gehouden zijn om een ontvangstbewijs uit te reiken aan de rechthebbende.

Een regeling inzake voorwaarden voor het aanrekenen van supplementen inzake terugbetaalbare verstrekkingen inzake klinische biologie, anatomopathologie en genetische onderzoeken kan worden uitgewerkt door de Koning, maar enkel op voorstel van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen.

Verder wordt gepreciseerd dat de voorstellen van de bevoegde commissies inzake voorschotten en het uitreiken van bewijsstukken in een overeenkomst of akkoord worden vervat en algemeen verbindend kunnen worden verklaard voor alle zorgverleners.

Rekening houdend met de onvermijdelijke evolutie naar meer informatisering en dematerialisering van documenten, zullen verdere stappen noodzakelijk zijn om de transparantie over in rekening gebrachte bedragen te verzekeren, met inbegrip van de gegevens die thans niet op het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het gelijkwaardig document worden vermeld, zoals de gegevens vermeld in het nieuw ingevoegde artikel 53, § 1^{er} ter.

In geval van toepassing van de elektronische facturatie, waarbij niet langer papieren getuigschriften worden gebruikt, voorzag het initiële wetsontwerp dat het Verzekeringscomité zal vaststellen welke bijkomende gegevens ten aanzien van degene die op de huidige getuigschriften voor verstrekte hulp of van aflevering of de gelijkwaardige documenten worden vermeld, zullen worden overgemaakt aan de verzekeringsinstellingen.

Teneinde rekening te houden met het advies van de Raad van State, volgens het welke de bepaling "van de bijkomende gegevens" niet zou kunnen vallen onder de beperkte normatieve bevoegdheid die kan worden toegekend aan het Verzekeringscomité, werd het wetsontwerp in die zin gewijzigd dat er wordt voorzien dat het aan de Koning toekomt om, op voorstel van het Verzekeringscomité en na advies van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie, de bijkomende gegevens vast te stellen.

De bepalingen desbetreffend, zijn het resultaat van een overleg in de overeenkomsten- of akkoordencommissies en in het bijzonder in de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen. Het spreekt voor zich dat deze bepalingen niet eenzijdig kunnen worden genomen en dat er een voldoende consensus moet bestaan in de bevoegde commissie.

Zij vormen een broos evenwicht tussen enerzijds een vraag naar meer transparantie en anderzijds het vermijden van niet overlegde verplichtingen voor de zorgverleners.

Tenslotte werd in het ontwerp een bepaling ingevoegd die toelaat om de nodige afspraken te maken inzake maatregelen

respect des conventions et accords et qui prévoit un mécanisme de monitoring du respect des conventions et accords.

Le présent projet ne trouve pas d'application dans la situation où seules des prestations ne donnant pas lieu à intervention de l'assurance obligatoire sont projetées ou fournies ainsi que dans la situation où les prestations projetées ou fournies le sont à l'égard d'une personne qui n'est pas bénéficiaire de l'assurance obligatoire.

Avec l'introduction dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994 de l'obligation pour le dispensateur de soins de délivrer un document justificatif est instauré un régime spécifique par rapport à la loi du 6 avril 2010 relative aux pratiques du marché et à la protection du consommateur qui, depuis l'arrêt de la Cour constitutionnelle n° 99/2013 du 9 juillet 2013, s'applique à tous les dispensateurs de soins. Cette loi contient en effet, en son article 80, une obligation pour l'entreprise de délivrer au consommateur qui en fait la demande un document justificatif. Le Roi peut imposer cette délivrance aux services ou catégories de services qu'il désigne.

Une réglementation spécifique visant à la protection du bénéficiaire, inscrite dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé, se justifie étant donné le financement de nombreuses prestations de santé par cette assurance et le fait que les rapports administratifs et financiers entre les bénéficiaires de l'assurance obligatoire et les organismes assureurs d'une part et les dispensateurs de soins d'autre part sont normalement régis par des conventions ou accords négociés et conclus par des commissions de conventions ou d'accords.

Ces organes apparaissent être les plus indiqués pour concevoir un document informatif pour le bénéficiaire. Il leur est dès lors donné la compétence de définir, entre autres, les mentions complémentaires à celles prévues par la loi, qui sont indispensables pour une bonne compréhension par le bénéficiaire de son document justificatif.

Le présent projet a été adapté conformément à l'avis du Conseil d'État et l'analyse d'impact a été réalisée.

N° 2 DU GOUVERNEMENT

Art. 87/1 (*nouveau*)

Dans le chapitre 10 précité, insérer un article 87/1, rédigé comme suit:

“Art. 87/1. Ce chapitre transpose partiellement la directive 2011/24/UE du Parlement Européen et du Conseil 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.”.

met betrekking tot de naleving van de overeenkomsten en akkoorden en die voorziet in een monitoringmechanisme van de naleving van de overeenkomsten en akkoorden.

Het huidig ontwerp vindt geen toepassing in geval louter verstrekkingen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering zullen worden verricht of werden verricht, en evenmin op de situatie waarbij verstrekkingen zullen worden verricht of werden verricht bij een persoon die geen rechthebbende is van de verplichte verzekering.

Met de invoering in de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 van de verplichting voor de zorgverlener om een bewijsstuk uit te reiken, wordt een specifieke regeling ingevoerd ten opzichte van de wet van 6 april 2010 betreffende marktpraktijken en consumentenbescherming die sinds het arrest Nr. 99/2013 van 9 juli 2013 van het Grondwettelijk Hof van toepassing is op alle zorgverleners. Deze wet bevat inderdaad in haar artikel 80 een verplichting voor de onderneming om een bewijsstuk af te geven aan de consument die erom verzoekt. Waarbij de Koning over de mogelijkheid beschikt om deze uitreiking te verplichten voor de diensten of categorieën van diensten die Hij bepaalt.

Een specifieke reglementering die doelt op de bescherming van de rechthebbende, vervat in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, is verantwoord door de financiering van vele geneeskundige verstrekkingen door deze verzekering en het feit dat de administratieve en financiële verhoudingen tussen de rechthebbenden van de verplichte verzekering en de verzekeringsinstellingen enerzijds en de zorgverleners anderzijds normaal gezien worden beheerst door overeenkomsten en akkoorden die worden onderhandeld en gesloten in de schoot van akkoorden- of overeenkomstencommissies.

Deze organen komen voor als de meest aangewezen om een informatief document uit te werken voor de rechthebbende. Aan hen wordt dan ook de bevoegdheid gegeven om, onder andere, de bijkomende vermeldingen ten aanzien van deze opgenomen in de wet, te bepalen, die niet mogen ontbreken voor een goed begrip door de rechthebbende van zijn bewijsstuk.

Dit ontwerp werd aangepast overeenkomstig het advies van de Raad van State en de impactanalyse werd uitgevoerd.

Nr. 2 VAN DE REGERING

Art. 87/1 (*nieuw*)

In voornoemd hoofdstuk 10, een artikel 87/1 invoegen, luidend als volgt:

“Art. 87/1. Dit hoofdstuk voorziet in de gedeeltelijke omzetting van richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.”.

JUSTIFICATION

Il est également prévu, conformément aux principes de la Directive européenne 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers et de la législation en matière de protection des consommateurs, que le bénéficiaire doit disposer d'un document justificatif spécifique. Le présent projet prévoit donc entre autres une transposition partielle de cette directive.

N° 3 DU GOUVERNEMENT

Art. 87/2 (nouveau)

Dans le chapitre 10 précité, insérer un article 87/2, rédigé comme suit:

“Art. 87/2. Dans l'article 2, n), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par les lois des 24 décembre 1999 et 13 décembre 2006, la deuxième phrase commençant par les mots “Sont assimilées” et finissant par les mots “soins de santé;” est remplacée par la phrase suivante:

“Sont assimilées aux dispensateurs de soins pour l'application des articles 53, § 1^{er}, § 1^{er}bis et § 1^{er}ter, 73bis et 142, les personnes physiques ou morales qui les emploient, qui organisent la dispensation des soins ou la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé;”.”

JUSTIFICATION

Actuellement, l'article 2, n), de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 prévoit que pour l'application de l'article 73bis (mesures d'interdiction) et l'article 142 (sanctions correspondantes), sont assimilées aux dispensateurs de soins les personnes physiques ou morales qui les emploient, qui organisent la dispensation de soins ou la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé obligatoire.

L'article en projet vise à prévoir également une assimilation pour l'obligation d'information imposée en ce qui concerne l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou le document équivalent, ainsi que pour les obligations imposées en ce qui concerne le document justificatif et l'acompte.

VERANTWOORDING

Er wordt, overeenkomstig de principes vervat in de Europese richtlijn 2011/24/EU van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg en in de wetgeving inzake consumentenbescherming, ook voorzien dat de rechthebbende dient te beschikken over een bewijsstuk. Huidig ontwerp voorziet aldus onder andere in de gedeeltelijke omzetting van deze richtlijn.

Nr. 3 VAN DE REGERING

Art. 87/2 (nieuw)

In voornoemd hoofdstuk 10, een artikel 87/2 invoegen, luidend als volgt:

“Art. 87/2. In artikel 2, n), van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1999 en 13 december 2006, wordt de tweede zin, die aanvangt met de woorden “Worden voor de toepassing” en eindigt met de woorden “bedragen organiseren;” vervangen als volgt:

“Worden voor de toepassing van de artikelen 53, § 1, § 1bis en § 1ter, 73bis en 142 gelijkgesteld met zorgverleners, de natuurlijke of rechtspersonen die hen tewerkstellen, die de zorgverlening organiseren of die de inning van de door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verschuldigde bedragen organiseren;”.”

VERANTWOORDING

Artikel 2, n), van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 voorziet actueel dat natuurlijke of rechtspersonen die zorgverleners tewerkstellen, die de zorgverlening organiseren of die de inning van de door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verschuldigde bedragen organiseren, worden gelijkgesteld met zorgverleners voor wat artikel 73bis (verbodsbepalingen) en artikel 142 (bijkomende sancties) betreft.

Het ontwerp van artikel doelt erop om deze gelijkstelling ook te laten bestaan voor de informatieverplichtingen inzake het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het gelijkwaardig document, en voor de verplichtingen inzake het bewijsstuk en het voorschot.

N° 4 DU GOUVERNEMENT

Art. 87/3 (nouveau)

Dans le chapitre 10 précité, insérer un article 87/3, rédigé comme suit:

“Art. 87/3. À l’article 50, § 3, alinéa 8, de la même loi, les modifications suivantes sont apportées:

1° le mot “titulaires” est remplacé par le mot “bénéficiaires”;

2° dans la version française du texte, les mots “lorsqu’il” sont remplacés par les mots “lorsqu’ils”.”

JUSTIFICATION

L’article 50, § 3, alinéa 8, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précise que les dispensateurs de soins sont censés avoir adhéré aux accords lorsqu’ils n’ont pas informé au préalable les titulaires des jours et heures pour lesquels ils n’ont pas adhéré aux accords.

Comme cette mesure de protection doit valoir non seulement pour les titulaires mais également pour tous les bénéficiaires, il est proposé de remplacer le mot “titulaires” par le mot “bénéficiaires”.

N° 5 DU GOUVERNEMENT

Art. 87/4 (nouveau)

Dans le chapitre 10 précité, insérer un article 87/4, rédigé comme suit:

“Art. 87/4. Dans l’article 52 de la même loi modifié par les lois du 14 janvier 2002 et 13 décembre 2005, est inséré un paragraphe 2bis, rédigé comme suit:

“Les conventions et accords contiennent des clauses relatives à la manière dont est effectué le contrôle du respect des engagements par les dispensateurs de soins qui y ont adhéré. Sans préjudice des missions légales de contrôle des organismes assureurs, les commissions compétentes transmettent au Comité de l’assurance un rapport sur le respect des conventions et accords, notamment sur base de demandes de renseignements auprès des bénéficiaires.”

JUSTIFICATION

Cet article adapte l’article 52 de la loi coordonnée. Il vise à donner une compétence expresse aux commissions de conventions et d’accords concernant le respect des enga-

Nr. 4 VAN DE REGERING

Art. 87/3 (nieuw)

In voornoemd hoofdstuk 10, een artikel 87/3 invoegen, luidend als volgt:

“Art. 87/3. In artikel 50, § 3, achtste lid, van dezelfde wet, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het woord “gerechtigden” wordt vervangen door het woord “rechthebbenden”;

2° in de Franse tekst worden de woorden “lorsqu’il” vervangen door de woorden “lorsqu’ils”.”

VERANTWOORDING

Artikel 50, § 3, achtste lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bepaalt dat de zorgverleners worden geacht tot de akkoorden te zijn toegetreden, indien ze de gerechtigden niet vooraf hebben geïnformeerd over de dagen en uren waarvoor zij niet tot de akkoorden zijn toegetreden.

Aangezien deze beschermingsmaatregel niet enkel moet bestaan voor de gerechtigden, maar ook voor alle rechthebbenden, wordt voorgesteld om het woord “gerechtigden” te vervangen door het woord “rechthebbenden”.

Nr. 5 VAN DE REGERING

Art. 87/4 (nieuw)

In voornoemd hoofdstuk 10, een artikel 87/4 invoegen, luidend als volgt:

“Art. 87/4. In artikel 52 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 14 januari 2002 en 13 december 2005, wordt een paragraaf 2bis ingevoegd, luidende:

“De overeenkomsten en akkoorden bevatten afspraken over de wijze waarop wordt toegezien op de naleving van de verbintenissen door de zorgverleners die zijn toegetreden. Onverminderd de wettelijke controleopdrachten van de verzekeringsinstellingen, brengen de bevoegde commissies verslag uit aan het verzekeringscomité over de naleving van de overeenkomsten en akkoorden, onder meer op basis van bevragingen bij de rechthebbenden.”

VERANTWOORDING

Door dit artikel wordt artikel 52 van de wet aangepast. Het heeft als doel om een uitdrukkelijke bevoegdheid te geven aan de overeenkomsten- of akkoordencommissies op het vlak

gements par les dispensateurs de soins qui ont adhéré aux conventions et accords. Il est introduit dans le projet comme principe que, à côté des missions de contrôle des organismes assureurs à cet égard, les Commissions de conventions et d'accords conviennent de la manière dont il est veillé au respect des conventions et accords. Rapport est fait au Comité de l'assurance, entre autres sur base de demandes de renseignements auprès des bénéficiaires. De la même façon que les Commissions de conventions et d'accords détermineront la manière dont il est veillé au respect des engagements par les dispensateurs de soins ayant adhéré aux conventions et accords, les Commissions détermineront également la manière dont il sera procédé à cet égard à la transmission d'un rapport au Comité de l'assurance.

N° 6 DU GOUVERNEMENT

Art. 87/5 (nouveau)

Dans le chapitre 10 précité, insérer un article 87/5, rédigé comme suit:

“Art. 87/5. À l'article 53 de la même loi, les modifications suivantes sont apportées:

a) l'alinéa 1^{er} du § 1^{er}, modifié par les lois des 25 janvier 1999 et 27 décembre 2005, est complété par les deux phrases ainsi rédigées:

“Que le dispensateur de soins effectue les prestations pour son propre compte ou pour compte d'autrui, le montant payé par le bénéficiaire au dispensateur de soins pour les prestations effectuées est mentionné sur la partie reçu de l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou sur le document équivalent. Dès qu'une convention ou un accord a fixé des règles en matière de facturation électronique par les dispensateurs de soins, le Roi fixe, sur proposition du Comité de l'assurance et après avis de la commission de conventions ou d'accords compétente, les données complémentaires à transmettre par les dispensateurs de soins aux organismes assureurs.”

b) il est inséré un paragraphe 1^{er}/1, rédigé comme suit:

“§ 1^{er} /1. Des acomptes peuvent être perçus pour les prestations de santé à effectuer ou à fournir dans les limites fixées par les conventions et accords.”

Les dispensateurs de soins sont tenus de remettre au bénéficiaire un reçu en cas de perception d'acompte.”;

van de naleving van de verbintenissen door de zorgverleners die zijn toegetreden tot de overeenkomsten en akkoorden. Er wordt als principe ingevoerd dat, naast de controleopdrachten van de verzekeringsinstellingen op dit vlak, de overeenkomsten- of akkoordencommissies zullen afspreken op welke wijze er wordt toegezien op de naleving van de overeenkomsten en akkoorden. Er zal verslag worden uitgebracht aan het Verzekeringscomité onder meer op basis van bevestigingen aan de rechthebbenden. Net zoals de overeenkomsten- of akkoordencommissies zullen bepalen hoe wordt toegezien op de naleving van de verbintenissen door de zorgverleners die zijn toegetreden tot de overeenkomsten of akkoorden, zullen de commissies ook bepalen welke werkwijze zal worden gehanteerd om hierover verslag uit te brengen aan het Verzekeringscomité.

Nr. 6 VAN DE REGERING

Art. 87/5 (nieuw)

In voornoemd hoofdstuk 10, een artikel 87/5 invoegen, luidend als volgt:

“Art. 87/5. In artikel 53 van dezelfde wet, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

a) het eerste lid van § 1, gewijzigd bij de wetten van 25 januari 1999 en 27 december 2005, wordt aangevuld met twee zinnen, luidende:

“Ongeacht of de zorgverlener de verstrekkingen verricht voor eigen of voor andermans rekening, wordt op het deel ontvangsbewijs van het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het gelijkwaardig document, het bedrag vermeld dat door de rechthebbende aan de zorgverlener werd betaald voor de verrichte verstrekkingen. Van zodra een overeenkomst of een akkoord een regeling van elektronische facturatie door zorgverleners heeft vastgesteld, stelt de Koning, op voorstel van het Verzekeringscomité en na advies van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie, de bijkomende gegevens vast die door de zorgverleners aan de verzekeringsinstellingen worden overgemaakt.”

b) een paragraaf 1/1 wordt ingevoegd, luidende:

“§ 1/1. Voorschotten voor te verlenen of af te leveren geneeskundige verstrekkingen mogen worden ontvangen binnen de grenzen zoals vastgesteld in de overeenkomsten en akkoorden.”

De zorgverleners zijn ertoe gehouden om aan de rechthebbende een ontvangsbewijs uit te reiken in geval van ontvangst van een voorschot.”;

c) il est inséré un paragraphe 1^{er}/2, rédigé comme suit:

“§ 1^{er}/2. Les dispensateurs de soins sont tenus de remettre au bénéficiaire un document justificatif des prestations effectuées donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire ainsi que des prestations n'y donnant pas lieu lorsque ces dernières sont effectuées avec des prestations qui y donnent lieu:

1° lorsqu'il est fait application du régime du tiers payant;

2° lorsque le dispensateur de soins porte en compte au bénéficiaire outre des montants pour des prestations donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire des montants pour des prestations qui ne donnent pas lieu à une intervention de l'assurance obligatoire;

3° lorsque le dispensateur de soins perçoit du bénéficiaire des montants après lui avoir délivré l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou le document équivalent visé au § 1^{er};

4° dans le cas où l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou le document équivalent visé au § 1^{er}, alinéa 1^{er}, est remplacé par une transmission électronique de données par le dispensateur de soins à l'organisme assureur du bénéficiaire.

Le montant total des prestations visées à l'alinéa 1^{er} porté en compte au bénéficiaire ainsi que le montant total payé par le bénéficiaire pour lesdites prestations, en ce compris les acomptes payés, figurent sur le document justificatif.

En regard de chacune des prestations effectuées, reprises sous la forme visée au § 1^{er}, alinéa 1^{er} pour les prestations donnant lieu à une intervention de l'assurance obligatoire et par un libellé pour les prestations n'y donnant pas lieu, figure son montant.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, 1° et 3°, un document justificatif ne doit pas être délivré par le médecin généraliste ou le médecin spécialiste lorsqu'il effectue uniquement une consultation ou visite visée à l'article 34, alinéa 1^{er}, 1°, a), ainsi qu'en cas d'ouverture ou de prolongation manuelles du dossier médical global. Dans ce cas, le dispensateur de soins délivre au bénéficiaire un reçu du montant perçu.

c) een paragraaf 1/2 wordt ingevoegd, luidende:

“§ 1/2. De zorgverleners zijn ertoe gehouden om aan de rechthebbende een bewijsstuk uit te reiken van de verrichte verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering, alsmede van de verstrekkingen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering en samen met verstrekkingen die er wel aanleiding toe geven worden verricht:

1° als er toepassing wordt gemaakt van de derde-betalersregeling;

2° als de zorgverlener, naast bedragen voor verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering, ook bedragen aanrekent aan de rechthebbende voor verstrekkingen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering;

3° als de zorgverlener bedragen int van de rechthebbende nadat hij hem het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het gelijkwaardig document bedoeld in § 1 heeft uitgereikt;

4° in geval het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het gelijkwaardig document bedoeld in § 1, eerste lid, wordt vervangen door een elektronische gegevensoverdracht door de zorgverlener aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende.

Het totaal bedrag van de verstrekkingen bedoeld in het eerste lid dat aangerekend wordt aan de rechthebbende alsmede het totaal bedrag betaald door de rechthebbende voor de bedoelde verstrekkingen, met inbegrip van de betaalde voorschotten, komen voor op het bewijsstuk.

Naast elk van de verrichte verstrekkingen, vermeld onder de vorm bedoeld in § 1, eerste lid voor de verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering en met een omschrijving voor de verstrekkingen die er geen aanleiding toe geven, staat zijn bedrag.

In afwijking van het eerste lid 1° en 3° moet geen bewijsstuk worden uitgereikt door de algemeen geneeskundige of de geneesheer-specialist wanneer hij enkel een raadpleging of bezoek bedoeld in artikel 34, eerste lid, 1°, a) verricht, alsook in geval van manuele opening of verlenging van het globaal medisch dossier. In dat geval reikt de zorgverlener aan de rechthebbende een ontvangstbewijs van het ontvangen bedrag uit.

À la demande du bénéficiaire, le document justificatif contient, pour les prestations de santé et les dispositifs visés à l'article 33, § 1^{er}, 11° de la loi du 15 décembre 2013 en matière de dispositifs médicaux déterminés par la commission de conventions ou d'accords compétente, le montant d'achat des dispositifs fournis par le dispensateur lorsque ceux-ci font l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire ou font partie d'une prestation de santé donnant lieu à une pareille intervention.

Les conventions et accords conclus par les commissions visées à l'article 26 fixent les autres mentions qui figurent sur le document justificatif et les modalités suivant lesquelles celui-ci est remis au bénéficiaire. Les conventions et accords arrêtent également le modèle à utiliser par les dispensateurs de soins.

Les documents repris aux annexes 37, 38, 43, 49 et 52 du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, restent d'application jusqu'à leur remplacement conformément à l'alinéa 6.”;

d) il est inséré un paragraphe 1^{er}/3, rédigé comme suit:

“§ 1^{er}/3. Les décisions prises en exécution du § 1^{er}/1 et du § 1^{er}/2, alinéas 5 et 6 sont rassemblées dans les conventions et accords sous forme de dispositif. Elles restent d'application aussi longtemps qu'elles n'ont pas été adaptées par une autre convention ou un autre accord.

Elles peuvent être rendues obligatoires par le Roi, après avis de la commission de conventions ou d'accords compétente et du Comité de l'assurance.

Le dispositif de la convention ou de l'accord rendu obligatoire est publié au Moniteur belge, en annexe à l'arrêté royal qui le rend obligatoire.

Le dispositif rendu obligatoire lie tous les dispensateurs de soins qui relèvent de la catégorie concernée, qu'ils aient ou non adhéré à la convention ou à l'accord.

Op vraag van de rechthebbende, bevat het bewijsstuk, voor de geneeskundige verstrekkingen en de medische hulpmiddelen bedoeld in artikel 33, § 1, 11° van de wet van 15 december 2013 met betrekking tot medische hulpmiddelen, bepaald door de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie, het aankoopbedrag van de door de zorgverlener afgeleverde hulpmiddelen als die het voorwerp uitmaken van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering of deel uitmaken van een geneeskundige verstrekking die aanleiding geeft tot een dergelijke tegemoetkoming.

De overeenkomsten en akkoorden gesloten door de commissies bedoeld in artikel 26 stellen de andere vermeldingen vast die voorkomen op het bewijsstuk evenals de modaliteiten volgens de welke dit wordt uitgereikt aan de rechthebbende. De overeenkomsten en akkoorden stellen ook het model vast dat moet worden gebruikt door de zorgverleners.

De documenten gevoegd als bijlagen 37, 38, 43, 49 en 52 bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, blijven van kracht tot hun vervanging overeenkomstig het zesde lid.”;

d) een paragraaf 1/3 wordt ingevoegd, luidende:

“§ 1/3. De beslissingen genomen in uitvoering van § 1/1 en § 1/2, vijfde en zesde lid worden gebundeld in de overeenkomsten en akkoorden onder de vorm van een beschikkend gedeelte. Ze blijven van kracht zolang ze niet worden aangepast door een andere overeenkomst of akkoord.

Ze kunnen algemeen verbindend worden verklaard door de Koning, na advies van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie en van het Verzekeringscomité.

Het beschikkend gedeelte van de overeenkomst of van het akkoord dat algemeen verbindend wordt verklaard, wordt als bijlage bij het koninklijk besluit tot algemeen verbindend verklaring in het Belgisch Staatsblad bekendgemaakt.

Het beschikkend gedeelte dat algemeen verbindend wordt verklaard is bindend voor alle zorgverleners die behoren tot de betrokken categorie, ongeacht of ze zijn toegetreten tot de overeenkomst of het akkoord.

L'arrêté royal rendant obligatoire le dispositif a effet à partir de la date fixée par le Roi.

Le Roi peut, après avis de la commission de conventions ou d'accords compétente, abroger totalement ou partiellement l'arrêté ayant rendu obligatoire le dispositif, dans la mesure où celui-ci ne répond plus à la situation et aux conditions qui ont justifié l'extension de la force obligatoire. L'avis est considéré avoir été donné s'il n'a pas été formulé dans les deux mois suivant la demande d'avis par le ministre."

e) *il est inséré un paragraphe 1^{er}/4, rédigé comme suit:*

"§ 1^{er}/4. Pour les personnes qui, sans être dispensateurs de soins, effectuent des prestations donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire, ou effectuent des prestations ne donnant pas lieu à intervention de l'assurance obligatoire lorsque ces dernières sont effectuées avec des prestations qui y donnent lieu, ainsi que pour les dispensateurs de soins qui effectuent des prestations précitées et pour lesquels il n'existe pas de commission visée à l'article 26, le Roi peut prendre les mesures visant à la transparence du coût des soins de santé vis-à-vis du bénéficiaire."

JUSTIFICATION

Art. 87/5. Par le biais de cet article, il est apporté des modifications à l'article 53 en ce qui concerne l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou le document équivalent que les dispensateurs de soins doivent remettre au bénéficiaire ou, en cas d'application du régime du tiers-payant, à l'organisme assureur du bénéficiaire.

Le projet prévoit avant tout que le montant qui est payé par l'assuré au dispensateur de soins figure dans tous les cas sur le reçu de l'attestation de soins ou de fournitures ou du document équivalent. Ce principe s'applique tant aux personnes physiques qu'aux sociétés.

L'actuelle réglementation fiscale, et plus précisément les arrêtés ministériels des 17 décembre 1998 et 28 mars 2003 relatifs au "reçu-attestation de soins donnés" dispose que le dispensateur de soins est tenu de compléter le reçu (i.e. la souche fiscale), s'il fournit la prestation pour son propre compte et s'il reçoit le paiement en espèces.

Si le dispensateur de soins fournit la prestation pour le compte d'un tiers (par exemple parce qu'il exerce son activité professionnelle en société) d'une part ou si le bénéficiaire paie par versement ou virement sur le compte postal ou compte

Het koninklijk besluit tot algemeen verbindend verklaring van het beschikkend gedeelte heeft uitwerking met ingang van de datum vastgesteld door de Koning.

De Koning kan, na advies van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordcommissie, het besluit tot algemeen verbindend verklaring van het beschikkend gedeelte geheel of gedeeltelijk opheffen, in de mate waarin deze niet meer beantwoordt aan de toestand en de voorwaarden die de algemeen verbindend verklaring hebben verantwoord. Het advies wordt geacht te zijn gegeven indien het niet is geformuleerd binnen de twee maanden na de adviesaanvraag door de minister."

e) *een paragraaf 1/4 wordt ingevoegd, luidende:*

"§ 1/4. De Koning kan, voor de personen die, zonder zorgverlener te zijn, verstrekkingen verrichten die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering, alsmede verstrekkingen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering en samen met verstrekkingen die er wel aanleiding toe geven worden verricht, alsmede voor de zorgverleners die voormelde verstrekkingen verrichten en waarvoor geen commissie bedoeld in artikel 26 bestaat, maatregelen treffen die de transparantie van de kostprijs van geneeskundige verzorging ten aanzien van de rechthebbende beogen."

VERANTWOORDING

Art. 87/5. Door middel van dit artikel worden wijzigingen aangebracht aan artikel 53 betreffende het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het gelijkwaardig document, die zorgverleners moeten uitreiken aan de rechthebbende of, bij toepassing van de derdebetalersregeling, aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende.

Het ontwerp voorziet vooreerst dat het bedrag dat wordt betaald door de verzekerde aan de zorgverlener in alle gevallen wordt vermeld op het ontvangstbewijs van het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het gelijkwaardig document. Dit principe is zowel van toepassing op fysieke personen als op vennootschappen.

De bestaande fiscale reglementering, meer bepaald de Ministeriële besluiten van 17 december 1998 en 28 maart 2003 in verband met het "ontvangstbewijs-getuigschrift voor verstrekte hulp", bepaalt dat de zorgverlener het ontvangstbewijs (d.i. de fiscale strook) moet invullen, indien hij de verstrekking voor eigen rekening verricht en hij de betaling ontvangt in contant muntgeld.

Indien de zorgverlener de verstrekking verricht voor ander-mans rekening (doordat hij zijn beroepsactiviteit bv. uitoefent in een vennootschap) enerzijds of de rechthebbende betaalt door storting of overschrijving op de post- of bankrekening

en banque du dispensateur de soins qui fournit la prestation pour son propre compte d'autre part, la réglementation fiscale précitée prévoit une exonération de l'obligation de remettre un reçu, puisque l'administration fiscale peut disposer, par un autre moyen, de l'information relative aux revenus imposables du dispensateur de soins. Ceci n'enlève rien au droit du bénéficiaire de recevoir un reçu du montant payé par lui.

L'obligation introduite par le présent projet impose au dispensateur de soins de mentionner le montant payé par le bénéficiaire sur l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou le document équivalent, s'il est, du point de vue fiscal, libéré de l'obligation d'utiliser une souche fiscale. À cette fin, une zone spécifique va être introduite sur l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou le document équivalent utilisée par les dispensateurs de soins exerçant pour le compte d'un tiers, et sur celle utilisée par les dispensateurs de soins qui effectuent les prestations pour leur propre compte pour les paiements qu'ils reçoivent du bénéficiaire par versement ou virement sur leur compte postal ou compte en banque.

En cas de paiement différé, c'est-à-dire de paiement par le bénéficiaire après que le dispensateur de soins lui a délivré l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou le document équivalent, le dispensateur de soins ne peut mentionner de montant sur ces documents puisqu'il n'a pas perçu de montant du bénéficiaire au moment de la délivrance de ces documents.

Le projet prévoit que dans ce cas, le dispensateur de soins devra délivrer un reçu du montant payé par le bénéficiaire dès réception du paiement. Ainsi, le bénéficiaire sera également capable de demander des conseils à son organisme assureur sur le coût de ses soins de santé, et notamment, sur le respect des tarifs établis par ou en vertu de la loi coordonnée, en ce compris ceux établis par les conventions et accords conclus.

Il est également indiqué dans l'article 53 que, sur proposition du Comité de l'assurance et après avis de la commission de conventions ou d'accords compétente, le Roi fixe les données complémentaires à celles déjà actuellement mentionnées sur l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou sur le document équivalent, qui seront transmises aux organismes assureurs. Comme déjà souligné, cette disposition va dans le sens de l'avis du Conseil d'État.

La presse s'est faite écho de la flambée d'acomptes sur les honoraires médicaux réclamés, évoquant en particulier le cas d'une dame à laquelle un hôpital réclamait la somme de 5 000 euros à titre acompte pour une reconstruction mammaire.

Le nouveau § 1^{er}/1 introduit à l'article 53 vise à réglementer la pratique de l'acompte dans l'hypothèse où les prestations différées donnent lieu à intervention de l'assurance obligatoire ainsi que dans celle où il y a à la fois des prestations différées

van de zorgverlener die de verstrekking verricht voor eigen rekening anderzijds, voorziet de voormelde fiscale reglementering in een vrijstelling om een ontvangstbewijs uit te reiken, omdat de belastingadministratie door een ander middel kan beschikken over de informatie met betrekking tot de belastbare inkomsten van de zorgverlener. Dit doet niets af aan het recht van de rechthebbende om een ontvangstbewijs te krijgen van het door hem betaalde bedrag.

De verplichting ingevoerd door huidig ontwerp verplicht de zorgverlener ertoe om het door de rechthebbende betaalde bedrag te vermelden op het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het gelijkwaardig document als hij vanuit fiscaal oogpunt is vrijgesteld van de verplichting om gebruik te maken van een fiscale strook. Hiervoor zal een specifieke zone worden ingevoerd op de getuigschriften voor verstrekte hulp of van aflevering of de gelijkwaardige documenten gebruikt door de zorgverleners die verstrekkingen verrichten voor andermans rekening, en op diegene gebruikt door de zorgverleners die verstrekkingen verrichten voor eigen rekening voor de betalingen die zij ontvangen van de rechthebbende door storting of overschrijving op hun post- of bankrekening.

In geval van uitgestelde betaling, te weten betaling door de rechthebbende nadat de zorgverlener hem het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het gelijkwaardig document heeft uitgereikt, zal de zorgverlener op deze documenten geen bedrag kunnen vermelden, aangezien hij, op het tijdstip van uitreiking van deze documenten, geen bedrag heeft ontvangen van de rechthebbende.

Het ontwerp voorziet dat de zorgverlener in dat geval een ontvangstbewijs zal moeten uitreiken van het door de rechthebbende betaald bedrag van zodra hij de betaling ontvangt. Alzo, zal de rechthebbende eveneens in staat zijn om zijn verzekeringsinstelling om advies te vragen over de kostprijs van zijn geneeskundige verzorging, en onder andere over de naleving van de tarieven vastgesteld door of krachtens de gecoördineerde wet, met inbegrip van deze vastgesteld door de afgesloten overeenkomsten en akkoorden.

Er wordt in het artikel 53 ook aangegeven dat, de Koning, op voorstel van het Verzekeringscomité en na advies van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie, de komende gegevens vaststelt ten aanzien van deze die actueel reeds worden vermeld op het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het gelijkwaardig document, die zullen worden overgemaakt aan de verzekeringsinstellingen. Zoals reeds benadrukt, gaat deze bepaling in de richting van het advies van de Raad van State.

De pers heeft melding gemaakt van de veelvuldige voorschotten die worden gevraagd op medische erelonen, waarbij in het bijzonder werd bericht over een dame aan wie het ziekenhuis een bedrag van 5 000 euro vroeg als voorschot voor een borstreconstructie.

De nieuwe § 1/1 die wordt ingevoerd in artikel 53 wil de toepassing van voorschotten reglementeren in het geval van uitgestelde verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering evenals in het

qui donnent lieu à intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et d'autres qui n'y donnent pas lieu mais qui s'inscrivent dans le cadre d'une prestation diagnostique ou thérapeutique.

Le nouveau § 1^{er}/1 introduit à l'article 53 permet la perception d'acompte dans les limites fixées par les conventions et accords.

En outre, le § 1^{er}/3 en projet inséré dans l'article 53 prévoit que les décisions relatives à l'acompte soient reprises sous forme de dispositif dans les conventions et accords et que celles-ci puissent être rendues obligatoires par le Roi après avis de la commission de conventions ou d'accords compétente et du Comité de l'assurance. Dans ce cas, le projet prévoit que ces décisions lient tous les dispensateurs de soins qui relèvent de la catégorie concernée qu'ils aient ou non adhéré à la convention ou l'accord.

Chaque fois que le bénéficiaire paye un acompte, il a le droit d'en avoir une preuve. C'est pourquoi, il est prévu qu'un reçu doit toujours être remis lorsqu'un acompte est payé.

Il est important pour le bénéficiaire d'avoir une vision claire des prestations qui lui ont été dispensées ou fournies et de leur coût. C'est pourquoi un nouveau § 1^{er}/2 est ajouté à l'article 53. Ce texte fait obligation au dispensateur de soins de remettre au bénéficiaire un document justificatif des prestations effectuées. Celles-ci s'entendent aussi bien des prestations de santé que des services qui y sont liés. Le document justificatif doit être distingué de l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou du document équivalent.

Ce nouveau § 1^{er}/2 s'applique dans l'hypothèse où les prestations dispensées ou fournies donnent lieu à une intervention de l'assurance obligatoire ainsi que dans celle où des prestations donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire ont été dispensées ou fournies avec d'autres qui n'y donnent pas lieu mais qui s'inscrivent dans le cadre d'une prestation diagnostique ou thérapeutique.

Dans la situation où seules des prestations ne donnant pas lieu à intervention de l'assurance obligatoire ont été dispensées ainsi que dans la situation où les prestations l'ont été à l'égard d'une personne qui n'est pas bénéficiaire de l'assurance obligatoire, le patient a droit à un document justificatif conformément à l'article 80 de la loi du 6 avril 2010 relative aux pratiques du marché et à la protection du consommateur.

Le projet prévoit quatre situations spécifiques dans lesquelles les dispensateurs de soins sont tenus de remettre au bénéficiaire un document justificatif des prestations effectuées.

Premièrement le bénéficiaire recevra un document justificatif en cas d'application du régime du tiers payant. En effet,

geval waarbij zowel verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering als verstrekkingen die er geen aanleiding toe geven zullen worden verricht in het kader van een diagnostische of therapeutische prestatie.

De nieuwe § 1/1 ingevoerd in artikel 53 maakt het mogelijk om voorschotten te ontvangen binnen de grenzen vastgesteld door de overeenkomsten en akkoorden.

Bovendien voorziet de § 1/3 in ontwerp dat wordt ingevoegd in artikel 53, erin dat de beslissingen omtrent het voorschot in de vorm van een beschikkend gedeelte opgenomen zullen worden in de overeenkomsten en akkoorden en dat deze algemeen bindend kunnen worden verklaard door de Koning na advies van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie en van het Verzekeringscomité. In dit geval voorziet het ontwerp dat deze beslissingen bindend zijn voor alle zorgverleners die behoren tot de betrokken categorie, ongeacht of ze toegetreden zijn tot de overeenkomst of het akkoord.

Telkens de rechthebbende een voorschot betaalt, heeft hij recht op een bewijs hiervan. Daarom wordt voorzien dat een ontvangstbewijs steeds moet worden uitgereikt als een voorschot wordt betaald.

Het is belangrijk voor de rechthebbende om een duidelijk zicht te hebben op de verstrekkingen die hem werden verleend of afgeleverd en op hun kostprijs. Daarom wordt een nieuwe § 1/2 toegevoegd aan artikel 53. Deze tekst voert de verplichting in voor de zorgverlener om aan de rechthebbende een bewijsstuk van de verrichte verstrekkingen te overhandigen. Deze omvatten zowel geneeskundige verstrekkingen als diensten die ermee verband houden. Het bewijsstuk moet worden onderscheiden van het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of van het gelijkwaardig document.

Deze nieuwe § 1/2 vindt toepassing in het geval dat de verleende of afgeleverde verstrekkingen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering evenals in het geval waarbij zowel verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering als verstrekkingen die er geen aanleiding toe geven worden verricht in het kader van een diagnostische of therapeutische prestatie.

In geval louter verstrekkingen worden verricht die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering evenals in de situatie waarbij verstrekkingen worden verricht bij een persoon die geen rechthebbende is van de verplichte verzekering, heeft de patiënt recht op een bewijsstuk overeenkomstig artikel 80 van de wet van 6 april 2010 betreffende marktpraktijken en consumentenbescherming.

Het ontwerp voorziet vier specifieke gevallen waarin de zorgverleners verplicht zijn om een bewijsstuk van de verrichte verstrekkingen uit te reiken aan de rechthebbende.

Ten eerste zal de rechthebbende een bewijsstuk uitgereikt krijgen in geval van toepassing van de derdebetalersrege-

dans ce cas, l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou le document équivalent est directement envoyé par le dispensateur de soins à l'organisme assureur du bénéficiaire.

Deuxièmement, en cas de non application du régime du tiers payant, le dispensateur de soins remettra au bénéficiaire un document justificatif lorsque, en plus des prestations qui donnent lieu à une intervention de l'assurance obligatoire, sont portés en compte des montants qui ne sont pas pris en compte pour une intervention de l'assurance obligatoire. Il peut s'agir de montants pour des prestations de santé qui ne sont pas remboursées par l'assurance obligatoire mais aussi des montants portés en compte pour des services (tels que les frais de constitution de dossier, les frais de déplacement ou encore les frais étiquetés, de manière plus générique, frais divers) qui sont liés à des prestations de santé remboursées ou non remboursées. Il est nécessaire de s'assurer que le bénéficiaire dispose d'un document justificatif, également pour pouvoir obtenir l'indemnisation d'une assurance privée. Le dispensateur remettra donc le cas échéant deux documents au bénéficiaire: d'une part, l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou le document équivalent et, d'autre part, le document justificatif.

Troisièmement, le dispensateur de soins remettra également un document justificatif au bénéficiaire s'il effectue des prestations que le bénéficiaire ne paie pas immédiatement. Même en cas d'absence de paiement par le bénéficiaire, le dispensateur de soins est tenu en vertu de l'article 53 de lui remettre une attestation de soins donnés ou de fournitures ou un document équivalent. Conformément au Code civil (voir l'article 1326), le dispensateur de soins a alors la possibilité de faire signer par le bénéficiaire une reconnaissance de dette. Vu que le dispensateur de soins n'a reçu aucun montant du bénéficiaire, il ne pourra pas mentionner de montant sur l'attestation de soins ou de fournitures ou sur le document équivalent. Afin de s'assurer que le bénéficiaire dispose néanmoins d'une preuve lorsqu'il paie a posteriori, le dispensateur de soins doit lui remettre un document justificatif de la prestation effectuée.

Quatrièmement le présent projet pose comme principe que dès que la facturation électronique par le dispensateur de soins à l'organisme assureur du bénéficiaire est arrêtée pour le secteur concerné (*MyCarenet*), le bénéficiaire doit recevoir un document justificatif.

En vue d'un allègement de la charge administrative, et ce dans l'attente de l'informatisation du secteur, l'obligation pour le dispensateur de soins de remise d'un document justificatif dans les situations visées au premierement (application du régime tiers-payant) et troisièmement (paiement différé) n'est pas d'application en cas de seule consultation ou visite de médecins ainsi qu'en cas d'ouverture ou de prolongation manuelles du dossier médical global. Le médecin délivre au bénéficiaire un simple reçu du montant perçu.

Comme pour l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou le document équivalent, il est prévu que le document justificatif doit contenir un nombre de données minimales.

ling. Inderdaad wordt het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het gelijkwaardig document in dit geval rechtstreeks verzonden door de zorgverlener naar de verzekeringsinstelling van de rechthebbende.

Ten tweede, in geval geen toepassing wordt gemaakt van de derdebetalersregeling, zal de zorgverlener een bewijsstuk uitreiken aan de rechthebbende als, bovenop verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering, ook bedragen worden aangerekend die niet in aanmerking komen voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering. Dit kunnen bedragen zijn voor geneeskundige verstrekkingen die niet worden terugbetaald door de verplichte verzekering maar ook bedragen aangerekend voor diensten (zoals dossierkosten, verplaatsingskosten of, nog algemener, diverse kosten) die verband houden met terugbetaalde of niet-terugbetaalde geneeskundige verstrekkingen. Het is noodzakelijk om ervoor te zorgen dat de rechthebbende beschikt over een bewijsstuk, ook om vergoeding te kunnen bekomen van een private verzekering. In voorkomend geval zal de zorgverlener aldus twee documenten uitreiken aan de rechthebbende: het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het gelijkwaardig document enerzijds en het bewijsstuk anderzijds.

Ten derde zal de zorgverlener ook een bewijsstuk uitreiken aan de rechthebbende indien hij verstrekkingen verricht die door de rechthebbende niet onmiddellijk worden betaald. Zelfs bij gebrek aan betaling door de rechthebbende is de zorgverlener krachtens artikel 53 verplicht om hem een getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of een gelijkwaardig document uit te reiken. Overeenkomstig het Burgerlijk Wetboek (zie artikel 1326) heeft de zorgverlener alsdan de mogelijkheid om een schuldbekentenis te laten ondertekenen door de rechthebbende. Aangezien de zorgverlener geen enkel bedrag heeft ontvangen van de rechthebbende, zal hij op het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het gelijkwaardig document geen bedrag kunnen vermelden. Om ervoor te zorgen dat de rechthebbende toch beschikt over een bewijs als hij achteraf betaalt, dient de zorgverlener hem een bewijsstuk uit te reiken van de verrichte verstrekking.

Ten vierde voert huidig ontwerp het principe in dat, van zodra, voor de betrokken sector, de elektronische facturatie door de zorgverlener aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende (*MyCarenet*) is ingevoerd, de rechthebbende een bewijsstuk uitgereikt moet krijgen.

Met het oog op een vermindering van de administratieve last, en dit in afwachting van de informatisering van de sector, is de verplichting voor de zorgverlener om een bewijsstuk uit te reiken in de situaties aangemerkt als ten eerste (toepassing derdebetalersregeling) en ten derde (uitgestelde betaling) niet van toepassing in geval een arts enkel een raadpleging of bezoek verricht evenals bij manuele openingen en verlengingen van het globaal medisch dossier. De arts reikt de rechthebbende een eenvoudig ontvangstbewijs uit van het ontvangen bedrag.

Net zoals bij het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het gelijkwaardig document wordt voorzien dat het bewijsstuk een aantal minimale vermeldingen moet bevatten.

Le document justificatif devra mentionner le montant total des prestations portées en compte au bénéficiaire donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire (en ce compris, le cas échéant, les montants portés en compte en application du régime du tiers-payant) et des prestations n'y donnant pas lieu qui ont été dispensées ou fournies avec d'autres qui y donnent lieu dans le cadre d'une prestation diagnostique ou thérapeutique. Le document justificatif devra mentionner également le montant total payé par le bénéficiaire, quel que soit le moyen de paiement (paiement en espèces, par virement y compris électronique,...) pour les prestations précitées, en ce compris les acomptes payés.

Il est prévu que chacune des prestations effectuées (le terme "prestation" couvrant non seulement les prestations de santé mais aussi tout autre service qui y est lié) est reprise sur le document justificatif avec son montant (ce montant s'entend, pour les prestations qui donnent lieu à intervention de l'assurance obligatoire, de la somme de l'intervention de l'assurance obligatoire, de l'intervention personnelle telle que prévue par ou en exécution de la loi, et des suppléments éventuels) et sous la forme telle que prévue sur l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou le document équivalent, c'est-à-dire par le numéro d'ordre à la nomenclature ou de la manière déterminée dans un règlement pris par le Comité de l'assurance pour les prestations reprises à la nomenclature, et, en tout cas, par un libellé pour les prestations ne donnant pas lieu à intervention de l'assurance obligatoire.

Le bénéficiaire pourrait, le cas échéant, avoir intérêt à connaître le coût des dispositifs médicaux délivrés, tel qu'il peut ressortir de la facture d'achat concernée au cas où ces dispositifs médicaux font eux-mêmes l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire ou font partie d'une prestation de santé qui donne lieu à une intervention de l'assurance obligatoire.

Le projet prévoit que le bénéficiaire peut demander au dispensateur de soins de mentionner le prix d'achat des dispositifs médicaux utilisés sur le document justificatif. Dans ce cas, le dispensateur de soins est tenu de remettre au bénéficiaire un document justificatif où cette information est mentionnée.

Les prestations et les dispositifs médicaux pour lesquels vaut cette obligation seront, pour chaque secteur, déterminés par la Commission de conventions ou d'accords compétente, celles-ci ayant pour compétence de régler les rapports financiers entre les bénéficiaires et les dispensateurs de soins en vertu des articles 42, alinéa 1^{er}, et 50, § 1^{er}, alinéa 2 de la loi coordonnée. Sont notamment visées les prestations de santé prestées ou fournies par les praticiens de l'art dentaire, bandagistes, orthopédistes et audiciens.

Enfin, vu la diversité de dispensateurs de soins et les règles propres à leur secteur, il est indiqué de laisser aussi aux différentes commissions de conventions et d'accords le soin d'arrêter, outre les prestations et les dispositifs médicaux

Het bewijsstuk zal het totaal bedrag dat wordt aangerekend aan de rechthebbende voor de verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering (met inbegrip in voorkomend geval van de bedragen aangerekend bij toepassing van de derdebetalersregeling), en voor degene die er geen aanleiding toe geven die worden verleend of afgeleverd met andere die er wel aanleiding toe geven in het kader van een diagnostische of therapeutische prestatie, moeten vermelden. Het bewijsstuk zal ook het totaal bedrag moeten vermelden dat, ongeacht het aangewende betaalmiddel (contant muntgeld, overschrijving met inbegrip van elektronische, ...), door de rechthebbende werd betaald voor de voormelde verstrekkingen, met inbegrip van de betaalde voorschotten.

Er wordt voorzien dat elk van de verrichte verstrekkingen (het begrip "verstrekking" slaat niet enkel op de geneeskundige verstrekkingen maar ook op iedere dienst die ermee verband houdt) op het bewijsstuk wordt opgenomen met zijn bedrag (onder dit bedrag wordt bedoeld, voor de verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering, de som van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering, van het persoonlijk aandeel zoals voorzien door of in uitvoering van de wet, en van de eventuele supplementen) en onder de vorm zoals voorzien op het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het gelijkwaardig document, met name door hun rangnummer in de nomenclatuur of op de manier die is vastgesteld in een verordening van het Verzekeringscomité voor de verstrekkingen opgenomen in de nomenclatuur, en in ieder geval door een omschrijving voor de verstrekkingen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering.

De rechthebbende zou, in voorkomend geval, belang kunnen hebben bij het kennen van de kostprijs van de afgeleverde medische hulpmiddelen, zoals dit kan worden afgeleid uit de betrokken aankoopfactuur, in geval deze medische hulpmiddelen zelf het voorwerp uitmaken van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering of deel uitmaken van een geneeskundige verstrekking die aanleiding geeft tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering.

Het ontwerp voorziet dat de rechthebbende kan vragen aan de zorgverlener om de aankoopprijs van de gebruikte medische hulpmiddelen te vermelden op het bewijsstuk. In dit geval, is de zorgverlener verplicht om hem een bewijsstuk uit te reiken waarop deze informatie vermeld wordt.

De verstrekkingen en de medische hulpmiddelen waarvoor deze verplichting geldt, zullen voor elke sector worden bepaald door de bevoegde overeenkomsten- en akkoordcommissie, gelet op hun bevoegdheid, krachtens de artikels 42, eerste lid en 50, § 1, tweede lid van de gecoördineerde wet, om de financiële verhoudingen te regelen tussen de rechthebbenden en de zorgverleners. Er wordt onder andere bedoeld op geneeskundige verstrekkingen verleend of afgeleverd door tandheeskundigen, bandagisten, orthopedisten en audiciens.

Tenslotte, is het aangewezen om, gelet op de diversiteit aan zorgverleners en de regels eigen aan hun sector, naast de verstrekkingen en medische hulpmiddelen waarvoor het aankoopbedrag van de afgeleverde medische hulpmiddelen

pour lesquels le prix d'achat des dispositifs médicaux fournis doit être mentionné sur le document justificatif, les autres mentions du document justificatif, les modèles et les modalités de remise du document justificatif au bénéficiaire.

En donnant aux commissions de conventions et d'accords la compétence de fixer les mentions complémentaires à celles prévues par la loi, il est ainsi donné un nouveau souffle au modèle de concertation voulu par le législateur.

En vue d'une complète information au bénéficiaire et en vue de sa sensibilisation et de sa responsabilisation, les commissions de conventions et accords devront décider que le document justificatif reprendra au moins comme information, pour les prestations donnant lieu à une intervention de l'assurance obligatoire, le montant de l'intervention personnelle, le montant de l'intervention à charge de l'assurance obligatoire et le montant des suppléments et leur titre.

Etant donné qu'il n'entre pas dans les intentions de revenir sur les documents patient existants et déjà bien développés, il est expressément précisé que l'extrait de la note d'hospitalisation et la note d'honoraires destinée au patient en cas d'admission à l'hôpital, tels que repris respectivement dans les annexes 37 et 38 du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi coordonnée, restent d'application jusqu'à leur remplacement par ceux de la commission de conventions compétente. Ceci vaut également pour la note de frais individuelle en centres de soins de jour, en maisons de repos et de soins, en maison de repos pour personnes âgées, en maisons de soins psychiatriques et en initiatives d'habitation protégée, respectivement reprises dans les annexes 43, 49 et 52 du Règlement précité, dont un double est remis au bénéficiaire.

Le § 1^{er}/3 en projet règle le sort des décisions prises par les commissions de conventions et accords sur les acomptes, sur les prestations et dispositifs médicaux pour lesquels le prix d'achat des dispositifs médicaux fournis doit être mentionné sur le document justificatif ainsi que sur les mentions complémentaires, modalités de remise et modèles de documents justificatifs. Ces décisions restent d'application jusqu'à leur adaptation par une autre convention ou un autre accord.

Ces décisions peuvent être rendues obligatoires par le Roi, ce qui a pour effet que celles-ci seront obligatoires pour tous les dispensateurs de soins de la catégorie concernée, peu importe qu'ils aient ou non adhéré à la convention ou à l'accord. Ces décisions sont rassemblées dans les conventions ou accords, sous forme d'un dispositif (étant la partie du texte qui contient les règles qui modifient l'ordonnancement juridique). Le dispositif est publié au *Moniteur belge* en annexe de l'arrêté royal le rendant obligatoire.

op het bewijsstuk moet worden vermeld, ook de bepaling van de overige vermeldingen op het bewijsstuk, van de modellen en van de modaliteiten van uitreiking van het bewijsstuk aan de rechthebbende over te laten aan de verschillende overeenkomsten- en akkoordcommissies.

Door bevoegdheid te geven aan de overeenkomsten- en akkoordcommissies om de aanvullende vermeldingen te bepalen ten aanzien van deze voorzien door de wet, wordt alzo nieuw leven geblazen in het overlegmodel dat door de wetgever gewild is.

Met het oog op een volledige informatie aan de rechthebbende, en teneinde hem te sensibiliseren en responsabiliseren, zullen de overeenkomsten- en akkoordcommissies ten minste moeten beslissen om voor de verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering het bedrag op te nemen op het bewijsstuk van het persoonlijk aandeel, de tegemoetkoming van de verplichte verzekering en de supplementen met hun grondslag.

Aangezien het niet de bedoeling is om terug te komen op reeds bestaande en goed uitgewerkte patiëntendocumenten, wordt uitdrukkelijk gepreciseerd dat het uittreksel van de verpleegnota en de honorariumnota bestemd voor de patiënt in geval van ziekenhuisopname, zoals opgenomen als respectievelijk bijlage 37 en 38 van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, van kracht blijven tot aan hun vervanging door deze van de bevoegde overeenkomstencommissie. Hetzelfde geldt voor de individuele kostennota bij centra voor dagverzorging, rust- en verzorgingstehuizen, rustoorden voor bejaarden, psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven van beschut wonen, opgenomen als respectievelijk bijlage 43, 49 en 52 van de voormelde verordening, waarvan een dubbel wordt overhandigd aan de rechthebbende.

De § 1/3 in ontwerp regelt het gevolg van de beslissingen genomen door de overeenkomsten- en akkoordcommissies omtrent de voorschotten, de verstrekkingen en medische hulpmiddelen waarvoor het aankoopbedrag van de afgeleverde medische hulpmiddelen op het bewijsstuk moet worden vermeld, alsook de aanvullende vermeldingen, de modaliteiten van uitreiking en de modellen van bewijsstukken. Deze beslissingen blijven van kracht tot hun aanpassing door een andere overeenkomst of akkoord.

Deze beslissingen kunnen algemeen verbindend worden verklaard door de Koning, hetgeen tot gevolg heeft dat deze bindend worden voor alle zorgverleners van de betrokken categorie, ongeacht of ze zijn toegetreden tot de overeenkomst of het akkoord. Deze beslissingen worden gebundeld in de overeenkomsten of akkoorden onder de vorm van een beschikkend gedeelte (d.i. het gedeelte van een tekst dat de regels bevat die de rechtsordening wijzigen). Het beschikkend gedeelte wordt als bijlage bij het koninklijk besluit tot algemeen verbindend verklaring gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad*.

Enfin, le Roi peut prendre des mesures qui visent à la transparence du coût des soins de santé vis-à-vis du bénéficiaire pour les dispensateurs de soins pour lesquels il n'existe pas de commission de conventions ou d'accords ainsi que pour les personnes qui effectuent des prestations de santé sans être dispensateurs de soins.

Les personnes n'étant pas dispensateurs de soins sont, par exemple, les licenciés en psychologie qui peuvent attester dans le cadre de l'assistance au sevrage tabagique ou certains fournisseurs de matériel agréés dans le cadre des trajets de soins.

Cette habilitation au Roi fait l'objet du nouveau § 1^{er}quinquies dont le champ d'application est le même que celui des dispositions relatives à l'acompte ou au document justificatif, champ d'application qui se limite à l'hypothèse dans laquelle seules des prestations de santé donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire sont dispensées ou dans laquelle sont dispensées des prestations donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire et n'y donnant pas lieu mais s'inscrivant dans le cadre d'une prestation diagnostique ou thérapeutique.

N° 7 DU GOUVERNEMENT

Art. 87/6 (nouveau)

Dans le chapitre 10 précité, insérer un article 87/6, rédigé comme suit:

“Art. 87/6. À l'article 73 de la même loi, remplacé par la loi du 24 décembre 2002 et modifié par l'arrêté royal du 17 septembre 2005 et les lois du 27 décembre 2005, 13 décembre 2006, 8 juin 2008, 19 décembre 2008, 22 décembre 2008, 10 décembre 2009, 23 décembre 2009, 29 décembre 2010, 29 mars 2012 et 22 juin 2012, les modifications suivantes sont apportées:

1° au § 1^{er}, alinéa 7, les mots “dernier alinéa” sont remplacés par les mots “alinéa 8”;

2° dans le § 1^{er}, alinéa 7, dans la version néerlandaise du texte, le mot “mededeling” est remplacé par le mot “affichering”;

3° il est inséré un paragraphe 1^{er}/1, rédigé comme suit:

“§ 1^{er}/1. Sous réserve de l'application de l'article 152, § 5, de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, le Roi peut déterminer les conditions dans lesquelles des suppléments peuvent être appliqués pour les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et de génétique.

De Koning kan tenslotte maatregelen treffen die de transparantie van de kostprijs van geneeskundige verzorging ten aanzien van de rechthebbende beogen, voor zorgverleners waarvoor er geen akkoorden- of overeenkomstencommissie bestaat alsmede voor de personen die zonder zorgverlener te zijn geneeskundige verstrekkingen verrichten.

Voorbeelden van personen die geen zorgverlener zijn, zijn de licentiaten in de psychologie die hulp bij tabaksontwenning kunnen attesteren of nog sommige materiaalleveranciers die erkend zijn in het kader van de zorgtrajecten.

Deze bevoegdverklaring van de Koning wordt voorzien in een nieuwe § 1^{er}quinquies, waarvan het toepassingsgebied identiek is aan deze van de bepalingen inzake het voorschot en het bewijsstuk. Het toepassingsgebied wordt beperkt tot de gevallen waarin hetzij louter verstrekkingen worden verricht die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering hetzij zowel verstrekkingen worden verricht die er aanleiding toe geven en die er geen aanleiding toe geven in het kader van een diagnostische of therapeutische prestatie.

Nr. 7 VAN DE REGERING

Art. 87/6 (nieuw)

In voornoemd hoofdstuk 10, een artikel 87/6 invoegen, luidend als volgt:

“Art. 87/6. In artikel 73 van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 24 december 2002 en gewijzigd bij koninklijk besluit van 17 september 2005 en bij de wetten van 27 december 2005, 13 december 2006, 8 juni 2008, 19 december 2008, 22 december 2008, 10 december 2009, 23 december 2009, 29 december 2010, 29 maart 2012 en 22 juni 2012, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in § 1, zevende lid, wordt het woord “laatste” vervangen door het woord “achtste”;

2° in § 1, zevende lid, wordt het woord “mededeling” in de Nederlandse tekst vervangen door het woord “affichering”;

3° een paragraaf 1/1 wordt ingevoegd, luidende:

“§ 1/1. Onder voorbehoud van artikel 152, § 5, van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, kan de Koning de voorwaarden bepalen waaronder zorgverleners supplementen kunnen aanrekenen voor verstrekkingen inzake klinische biologie, pathologisch-anatomische onderzoeken en genetische onderzoeken.

Le Roi fixe ces conditions sur base de la proposition de la Commission nationale médico-mutualiste.

Pour l'application du présent paragraphe, on entend par suppléments, la différence entre les honoraires et les tarifs de l'accord au cas où un accord visé à l'article 50 est en vigueur ou la différence entre les honoraires et les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance au cas où un tel accord n'est pas en vigueur.”

JUSTIFICATION

Dans l'article 73, § 1^{er}, la référence à l'article 50, § 3, est modifiée étant donné l'insertion d'un alinéa à l'article 50, § 3, par l'article 14 de la loi-programme du 27 décembre 2012.

En outre, une erreur de traduction est corrigée dans le texte néerlandais de l'article 73, § 1^{er}. Le mot “mededeling” est remplacé par le mot “affichering” en ce qui concerne l'obligation d'information claire des dispensateurs de soins au sujet de leur statut de conventionnement.

Un nouveau § 1^{er bis} est inséré, dans l'article 73, donnant la possibilité au Roi de déterminer les conditions sous lesquelles il est permis de demander des suppléments d'honoraires pour des prestations de biologie clinique, un examen d'anatomopathologie ou de génétique. Le champ d'application de cette disposition est limité au secteur ambulatoire vu que la loi sur les hôpitaux contient avec l'article 152, § 5, déjà une disposition en la matière dans le cadre d'hospitalisations.

L'article 8 de la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient prévoit qu'en vue de la manifestation du consentement du patient sur toute intervention, le praticien professionnel a une obligation d'information. Cette information se fait préalablement à l'intervention du praticien mais également en temps opportun.

L'information qui doit être donnée au patient en vue de son consentement a trait, en autres, aux répercussions financières des interventions des dispensateurs de soins.

À ce propos, le législateur a introduit, par la loi du 10 décembre 2009 modifiant l'article 73, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, une obligation d'information pour les dispensateurs de soins qui doivent communiquer au bénéficiaire s'ils sont conventionnés, non conventionnés ou conventionnés partiels.

De Koning bepaalt deze voorwaarden op grond van het voorstel van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen.

Voor de toepassing van deze paragraaf wordt verstaan onder supplementen, het verschil tussen de honoraria en de tarieven indien een in artikel 50 bedoeld akkoord van kracht is of het verschil tussen de honoraria en de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming indien er geen bedoeld akkoord van kracht is.”

VERANTWOORDING

De verwijzing naar artikel 50, § 3 in artikel 73, § 1 wordt gewijzigd ingevolge de toevoeging van een lid aan artikel 50, § 3 door artikel 14 van de programmawet van 27 december 2012.

Daarnaast wordt in de Nederlandse tekst van artikel 73, § 1 een vertaalfout verbeterd. Het woord “mededeling” wordt vervangen door het woord “affichering” voor wat de verplichting betreft voor zorgverleners om duidelijk te informeren over hun statuut van conventionering.

Er wordt een nieuwe § 1^{bis} ingevoegd in artikel 73 die de mogelijkheid geeft aan de Koning om de voorwaarden te bepalen waaronder het toegelaten is om ereloon-supplementen te vragen voor verstrekkingen van klinische biologie, een pathologisch-anatomisch onderzoek of een genetisch onderzoek. Het toepassingsveld van deze bepaling wordt beperkt tot de ambulante sector, aangezien de wet op de ziekenhuizen met het artikel 152, § 5 reeds een bepaling bevat in dit kader voor hospitalisaties.

Artikel 8 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt bepaalt dat de beroepsbeoefenaar, met het oog op de toestemming van de patiënt, voor elke tussenkomst, een informatieplicht heeft. Die informatie wordt voorafgaand aan de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar verstrekt, maar ook te gelegener tijd.

De informatie die aan de patiënt moet worden verstrekt, met het oog op zijn toestemming, heeft onder meer betrekking op de financiële gevolgen van de tussenkomsten van de zorgverleners.

Wat dit betreft, voerde de wetgever, door de wet van 10 december 2009 tot wijziging van artikel 73, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, de informatieverplichting in voor zorgverleners die aan de rechthebbende moeten meedelen dat zij geconventioneerd, niet geconventioneerd of partieel geconventioneerd zijn.

N° 8 DU GOUVERNEMENT

Art. 87/7 (*nouveau*)

Dans le chapitre 10 précité, insérer un article 87/7, rédigé comme suit:

“Art. 87/7. Le présent chapitre entre en vigueur le 1^{er} janvier 2015.”.

JUSTIFICATION

L'entrée en vigueur de ce chapitre est prévue pour le 1^{er} janvier 2015. Il convient en effet de permettre aux différentes instances de prendre les mesures d'exécution qu'implique la réforme sur la transparence financière des soins de santé.

La ministre de la Santé publique,

Laurette ONKELINX

N° 9 DE M. SAMPAOLI ET CONSORTS

Section 21 (*nouveau*)

Dans le chapitre 1^{er} insérer une section 21, comportant les articles 47/1 et 47/2, rédigé comme suit:

“Section 21. Personnes à charge”.

N° 10 DE M. SAMPAOLI ET CONSORTS

Art. 47/1 (*nouveau*)

Dans la section 21 précité, insérer un article 47/1, rédigé comme suit:

“Art. 47/1. L'article 126 de la même loi, remplacé par la loi du 19 décembre 2008, est remplacé par ce qui suit:

“Le Roi fixe les conditions d'inscription de la personne à charge, sur proposition du groupe de travail assurabilité tel que visé à l'article 31bis.

Il détermine également sur proposition du groupe de travail assurabilité, auprès de quel titulaire est par priorité inscrite une personne qui, en application de l'article 32, alinéa 1^{er}, 17°, 18°, 19° peut être inscrite comme personne à charge auprès de différents titulaires.

Nr. 8 VAN DE REGERING

Art. 87/7 (*nieuw*)

In voornoemd hoofdstuk 10, een artikel 87/7 invoegen, luidend als volgt:

“Art. 87/7. Dit hoofdstuk treedt in werking op 1 januari 2015.”.

VERANTWOORDING

De inwerkingtreding van dit hoofdstuk wordt bepaald op 1 januari 2015. D.i. om de verschillende instanties in staat te stellen om de uitvoeringsmaatregelen te treffen die de hervorming van de financiële transparantie van de geneeskundige verzorging inhoudt.

De minister van Volksgezondheid,

Laurette ONKELINX

Nr. 9 VAN DE HEER SAMPAOLI c.s.

Afdeling 21 (*nieuw*)

In hoofdstuk 1 van titel I een afdeling 21 invoegen, die de artikelen 47/1, en 47/2 bevat, luidend als volgt:

“Afdeling 21. Personen ten laste”.

Nr. 10 VAN DE HEER SAMPAOLI c.s.

Art. 47/1 (*nieuw*)

In voornoemde afdeling 21 een artikel 47/1 invoegen, luidend als volgt:

“Art. 47/1. Artikel 126 van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 19 december 2008, wordt vervangen als volgt:

“De Koning stelt, op voorstel van de werkgroep verzekeraarbaarheid zoals bedoeld in artikel 31bis, de voorwaarden vast voor de inschrijving van de persoon ten laste.

Hij bepaalt eveneens, op voorstel van de werkgroep verzekeraarbaarheid, bij welke gerechtigde een persoon bij voorrang wordt ingeschreven, die in toepassing van het artikel 32, eerste lid, 17°, 18°, 19° als persoon ten laste bij verschillende gerechtigden ingeschreven kan zijn.

Le Roi fixe sur proposition du groupe de travail assurabilité, les conditions suivant lesquelles il peut être dérogé à ce principe lorsque les circonstances de la cause le justifient.

S'il s'agit d'un enfant, l'inscription se fait conformément au choix des parents à l'égard desquels la filiation est établie, sauf s'il s'agit d'un enfant visé à l'article 123, 3, f) de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Une première inscription d'un enfant à charge visé à l'article 123, 3, a) de l'arrêté royal précité peut s'effectuer d'office sans que le titulaire désigné en application des règles de priorité ne doive en faire la demande."

N° 11 DE M. SAMPAOLI ET CONSORTS

Art. 47/2 (nouveau)

Dans la section 21 précité, insérer un article 47/2, rédigé comme suit:

"Art. 47/2. Le Roi fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi."

JUSTIFICATION

Il arrive souvent qu'une personne à charge puisse, sur la base de la réglementation, être inscrite à charge de plusieurs titulaires. Cela sera notamment le cas pour un enfant dont les deux parents sont titulaires.

Jusqu'au 1^{er} janvier 2008, date d'entrée en vigueur de l'intégration des petits risques dans l'assurance soins de santé obligatoire pour les indépendants, un ordre de priorité a été introduit: les règles de priorité garantissaient une certaine constance dans l'affiliation de ces personnes, tout en déterminant à charge de quel régime, indépendant ou salarié, les dépenses relatives aux soins de santé qui leur étaient octroyés étaient comptabilisées.

Lors de l'intégration des petits risques dans l'assurance obligatoire soins de santé des indépendants, les règles de priorité ont été supprimées.

Les mêmes droits étant octroyés aux travailleurs salariés et aux travailleurs indépendants, les règles de priorité n'ont plus été jugées nécessaires.

Depuis le 1^{er} janvier 2008, le principe du libre choix s'applique donc sauf exceptions réglementairement fixées:

De Koning stelt, op voorstel van de werkgroep verzekeraarbaarheid, de voorwaarden vast waaronder aan dat principe afgeweken kan worden wanneer de omstandigheden van de zaak het rechtvaardigen.

Wanneer het een kind betreft, gebeurt de inschrijving in overeenstemming met de keuze van de ouders ten aanzien van wie de afstamming vaststaat, behoudens wanneer het een kind betreft bedoeld in artikel 123, 3, f) van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De eerste inschrijving van een kind ten laste zoals bedoeld in artikel 123, 3, a) van het voornoemd koninklijk besluit kan ambtshalve gebeuren zonder dat de aangewezen gerechtigde in toepassing van de voorrangsregels dit moet aanvragen."

Nr. 11 VAN DE HEER SAMPAOLI c.s.

Art. 47/2 (nieuw)

In de voornoemde afdeling 21 een artikel 47/2 invoegen, luidend als volgt:

"Art. 47/2. De Koning bepaalt de datum van inwerkingtreding van deze wet."

VERANTWOORDING

Het komt vaak voor dat een persoon ten laste, op basis van de reglementering, kan worden ingeschreven ten laste van verschillende gerechtigden. Dit is onder andere het geval voor een kind wiens twee ouders gerechtigden zijn.

Tot 1 januari 2008, inwerkingtredingsdatum van de integratie van de kleine risico's voor de zelfstandigen in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, werd een voorrangsregeling ingevoerd: de voorrangsregels waarborgden een zekere duurzaamheid van de inschrijving van de personen ten laste, en bepaalden ten laste van welk stelsel, zelfstandig of werknemer, de kosten met betrekking tot de verstrekte geneeskundige verzorging waren geboekt.

Bij de integratie van de kleine risico's voor de zelfstandigen in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging werden de voorrangsregels afgeschaft.

Aangezien dezelfde rechten werden toegekend aan de loontrekkende werknemers en de zelfstandigen, werden de voorrangsregels niet langer noodzakelijk geacht.

Sinds 1 januari 2008 is het principe van de vrije keuze dus van toepassing behalve in de reglementaire vastgestelde

lorsqu'une personne peut faire valoir plusieurs qualités de personne à charge, le titulaire à charge duquel se fait l'inscription peut donc être librement choisie.

Ce principe est d'application quelle que soit la composition du ménage (parents, enfants, grands-parents,...).

Or, il ressort de la pratique courante des organismes assureurs que le principe du libre choix génère tout de même plusieurs effets négatifs: l'instabilité, l'insécurité juridique dans l'affiliation de la personne à charge, ainsi qu'un manque de clarté non seulement pour les organismes assureurs mais également pour les assurés sociaux.

D'une part, le principe du libre choix est source d'instabilité en ce qu'il implique notamment la possibilité de revoir son choix et peut donner lieu à des changements fréquents dans les affiliations des personnes à charge. Ces changements sont de nature à multiplier les formalités administratives, lesquelles sont d'autant plus importantes lorsque les titulaires concernés ne sont pas affiliés auprès du même organisme assureur.

D'autre part, le principe du libre choix est de nature à générer l'insécurité juridique dans l'affiliation de la personne à charge en cas d'inertie des titulaires potentiels. Ce sera notamment le cas d'un nouveau-né dont les parents n'ont pas encore fait le choix du titulaire à charge duquel l'inscription doit se faire. Cet enfant ne pourra être inscrit d'office par l'organisme assureur et cela le privera d'une prise en charge effective des soins de santé qui lui seront octroyés.

Enfin, le principe du libre choix manque de clarté et est de nature à générer des litiges entre titulaires potentiels, particulièrement difficiles à gérer si les titulaires sont affiliés auprès de mutualités différentes. En effet, chacun des titulaires potentiels peut demander l'inscription d'une personne à sa charge et ce choix sera valable si aucun autre titulaire ne le conteste.

Pour ces différentes raisons et compte tenu des difficultés constatées sur le terrain, il est proposé d'instaurer à nouveau des règles de priorité.

Cependant, imposer un ordre de priorité dans tous les cas sans possibilité d'y déroger peut entraîner une restriction de droits contestable. C'est pourquoi il est proposé que lorsqu'il s'agit d'un enfant, le choix des parents à l'égard desquels la filiation est établie doit toujours l'emporter. Par conséquent, en cas d'accord des parents sur le titulaire à charge duquel se fait l'inscription, cet accord doit toujours prévaloir sur les règles de priorité. Une exception est toutefois prévue pour les enfants visés à l'article 123, 3, f) de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (enfants placés).

uitzonderingen: wanneer een persoon verschillende hoedanigheden van persoon ten laste kan laten gelden, kan de gerechtigde ten laste van wie de persoon wordt ingeschreven, dan ook vrij worden gekozen.

Dat principe is van toepassing, ongeacht de samenstelling van het gezin (ouders, kinderen, grootouders, ...).

Uit de gangbare praktijk van de verzekeringsinstellingen blijkt echter dat het principe van de vrije keuze toch een aantal negatieve effecten sorteert: instabiliteit, rechtsonzekerheid wat betreft de inschrijving van de persoon ten laste, alsook onduidelijkheid niet alleen voor de verzekeringsinstellingen, maar ook voor de sociaal verzekerden.

Eenzijds is het principe van de vrije keuze een bron van instabiliteit, omdat het meer bepaald de mogelijkheid inhoudt om zijn keuze te herzien en het aanleiding kan geven tot voortdurende wijzigingen van de inschrijvingen van de personen ten laste. Die voortdurende wijzigingen hebben tot gevolg dat het aantal administratieve formaliteiten toeneemt, vooral wanneer de betrokken gerechtigden niet bij dezelfde verzekeringsinstelling zijn aangesloten.

Anderzijds leidt het principe van de vrije keuze tot rechts-onzekerheid wat betreft de inschrijving van de persoon ten laste wanneer de potentiële gerechtigden niet optreden. Dit zal namelijk het geval zijn bij een pasgeborene voor wie de ouders nog geen keuze hebben gemaakt over de gerechtigde bij wie het kind ten laste moet worden ingeschreven. Dat kind zal niet ambtshalve door de verzekeringsinstelling kunnen worden ingeschreven en daardoor zullen de geneeskundige zorgen die hem verstrekt worden niet ten laste kunnen genomen worden.

Tenslotte is het principe van de vrije keuze onduidelijk en veroorzaakt het betwistingen tussen de potentiële gerechtigden die bijzonder moeilijk te beheren zijn wanneer de gerechtigden bij verschillende ziekenfondsen ingeschreven zijn. Iedere potentiële gerechtigde kan immers vragen om een persoon te zijnen laste in te schrijven en die keuze wordt geldig geacht als zij door geen enkele andere gerechtigde wordt betwist.

Om al deze verschillende redenen en om rekening te houden met de moeilijkheden die vastgesteld zijn op het terrein, wordt voorgesteld om de voorrangregels opnieuw in te voeren.

Echter, als in alle gevallen een voorrangregeling wordt opgelegd waarvan niet kan worden afgeweken, kan dat een betwistbare beperking van de rechten teweegbrengen. Daarom wordt voorgesteld om de keuze van de ouders ten aanzien van wie de afstamming vaststaat steeds te laten primeren wanneer het een kind betreft. Derhalve moet het akkoord van de ouders over de gerechtigde ten laste van wie de inschrijving gebeurt steeds primeren op de voorrangregeling. Een uitzondering wordt evenwel voorzien voor de kinderen bedoeld in artikel 123, 3, f) van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (geplaatste kinderen).

Afin de favoriser la sécurité juridique, il est en outre proposé que la première inscription d'un enfant à charge puisse s'effectuer d'office par l'organisme assureur moyennant le respect des règles de priorité. Il s'agit essentiellement d'autoriser l'inscription d'office d'un nouveau-né lorsqu'aucun titulaire n'a pas pris l'initiative de l'inscrire à sa charge. Cet enfant voit ainsi ses droits au remboursement des soins de santé garantis dans le cadre de l'assurance obligatoire. Cette inscription d'office n'est prévue que pour les enfants visés sous l'article 123, 3, a) de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, c'est-à-dire uniquement lorsque les deux seuls titulaires possibles sont les parents.

Enfin, une dernière exception est également prévue: lorsque les circonstances de la cause le justifient pour autant que les conditions réglementairement prévues soient remplies: il pourrait notamment en être ainsi lorsqu'il y a un conflit entre la personne à charge et le titulaire à charge de qui il devrait être inscrit en application des règles de priorité.

L'ensemble de ces règles sera déterminé par arrêté royal sur proposition du groupe de travail assurabilité.

N° 12 DE M. SAMPAOLI ET CONSORTS

Section 22 (nouveau)

Dans le chapitre 1^{er}, insérer une nouvelle section 22, comportant les articles 47/3 et 47/4, rédigé comme suit:

“Section 22. Transaction”.

N° 13 DE M. SAMPAOLI ET CONSORTS

Art. 47/3 (nouveau)

Dans la section 22 précité, insérer un article 47/3, rédigé comme suit:

“Art. 47/3. À l'article 16, § 1^{er}, de la même loi est inséré un nouveau point 16° rédigé comme suit:

“16° peut conclure des transactions au sens de l'article 2044 du Code Civil, en vue de mettre fin aux litiges qui résultent de l'application des articles 64, 73bis, 2° et 142, § 1^{er}, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités lus en combinaison avec l'article 18, § 2, B, d) quater de l'annexe telle que jointe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 fixant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et/ou le chapitre

Om de rechtszekerheid te bevorderen wordt bovendien voorgesteld dat de eerste inschrijving van een kind ten laste ambtshalve kan gebeuren door de verzekeringsinstelling op voorwaarde dat de voorrangregels gerespecteerd worden. Het betreft in hoofdzaak de inschrijving van een pasgeborene toe te staan wanneer geen enkele gerechtigde het initiatief heeft genomen om hem ten zijnen laste in te schrijven. Het recht op terugbetaling van de geneeskundige verzorging in het kader van de verplichte verzekering wordt voor dat kind aldus verzekerd. Deze ambtshalve inschrijving is enkel voorzien voor de kinderen bedoeld in artikel 123, 3, a) van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, d.w.z. enkel wanneer de twee mogelijke gerechtigden zijn ouders zijn.

Tenslotte is er een laatste uitzondering: wanneer de omstandigheden van de zaak het rechtvaardigen voor zover de voorziene reglementaire voorwaarden vervuld zijn: dit zou namelijk het geval kunnen zijn wanneer een conflict bestaat tussen de persoon ten laste en de gerechtigde bij wie hij ten laste ingeschreven moet worden in toepassing van de voorrangregels.

Het geheel van deze regels zal worden vastgesteld bij koninklijk besluit op voorstel van de werkgroep verzekeraarheid.

Nr. 12 VAN DE HEER SAMPAOLI c.s.

Afdeling 22 (nieuw)

In hoofdstuk 1 van titel I een afdeling 22 invoegen, die de artikelen 47/3 en 47/4 bevat, luidend als volgt:

“Afdeling 22. Dading”.

Nr. 13 VAN DE HEER SAMPAOLI c.s.

Art. 47/3 (nieuw)

In de voornoemde afdeling 22, een artikel 47/3 invoegen, luidend als volgt:

“Art. 47/3. In artikel 16, § 1, van dezelfde wet wordt een nieuw punt 16° ingevoegd dat luidt:

“16° kan dadingen aangaan in de zin van artikel 2044 van het Burgerlijk Wetboek om een einde te maken aan de geschillen die voortvloeien uit de toepassing van de artikelen 64, 73bis, 2° en 142, § 1 van de Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in samenhang gelezen met artikel 18, § 2, B, d) quater van de bijlage zoals gevoegd bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake

VI de la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les coûts des spécialités pharmaceutiques et qui se rapportent aux prestations effectuées avec des PET scans non agréés portées en compte par les hôpitaux.

Dans le cadre de chacune de ces transactions, il peut renoncer à 35 % du montant des prestations dont question à l'alinéa 1^{er}. Chaque transaction est subordonnée à l'engagement écrit préalable de la personne compétente de l'hôpital, au remboursement endéans les 3 mois d'au moins 65 % des prestations litigieuses dont question à l'alinéa 1^{er}."

N° 14 DE M. SAMPAOLI ET CONSORTS

Art. 47/4 (nouveau)

Dans la section 22 précitée, insérer un article 47/4, rédigé comme suit:

Art. 47/4. L'article 47/4 entre en vigueur le premier jour du mois suivant la publication de la présente loi au Moniteur belge et cessera d'être d'application au premier jour du quatrième mois suivant cette publication."

JUSTIFICATION

La comptabilisation des prestations PET exécutées avec un PET scan non agréé et des radio isotopes utilisés à cette occasion fait l'objet dans l'état actuel de la législation, et en particulier des articles 64, 73bis, 2° et 142, § 1^{er}, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités lus en combinaison avec l'article 18, § 2, B, d) *quater* de l'annexe telle que jointe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 fixant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et/ou le chapitre VI de la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les coûts des spécialités pharmaceutiques, d'un contentieux depuis plusieurs années.

Selon la note de la Commission nationale médico-mutualiste du 24 janvier 2014 concernant l'imagerie médicale, un projet d'adaptation de la programmation PET actuelle est examiné pour l'instant. Vu le risque de procédures très longues,

verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en/of hoofdstuk VI van de lijst gevoegd bij het KB van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten en die betrekking hebben op het aanrekenen van verstrekkingen door ziekenhuizen verricht met niet-erkende PET-scanners.

In het kader van elk van deze dadingen kan hij verzaken aan 35 % van het bedrag van de verstrekkingen, waarvan sprake in het eerste lid. Elke dading is onderworpen aan de voorafgaande schriftelijke verbintenis door de bevoegde persoon van het ziekenhuis tot terugbetaling binnen de 3 maanden van minstens 65 % van de betwiste verstrekkingen waarvan sprake in het eerste lid."

Nr. 14 VAN DE HEER SAMPAOLI c.s.

Art. 47/4 (nieuw)

In de voornoemde afdeling 22, een artikel 47/4 invoegen, luidend als volgt:

Art. 47/4. Artikel 47/4 treedt in werking op de eerste dag van de maand na de bekendmaking van deze wet in het Belgisch Staatsblad en treedt buiten werking op de eerste dag van de vierde maand na de bekendmaking ervan."

VERANTWOORDING

Het aanrekenen van PET-prestaties uitgevoerd met een niet-erkende PET-scanner en van het hierbij gebruikte radio-isotoop maakt binnen de stand van de huidige wetgeving, en in het bijzonder de artikelen 64, 73bis, 2° en 142, § 1 van de Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in samenhang gelezen met artikel 18, § 2, B, d) *quater* van de bijlage zoals gevoegd bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en/of hoofdstuk VI van de lijst gevoegd bij het KB van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, sinds meerdere jaren een contentieux uit.

Uit de nota van de Nationale Commissie Geneesheren Ziekenfondsen van 24 januari 2014 betreffende medische beeldvorming blijkt dat momenteel een voorstel tot aanpassing van de huidige PET-programmatie wordt onderzocht.

leur complexité, l'issue incertaine du contentieux juridique et les frais y afférents, ainsi que la nécessité aussi bien pour les hôpitaux, leurs employés et leurs professionnels de la santé que pour l'INAMI de clarifier la situation financière, et sans porter préjudice aux compétences des autorités compétentes en matière d'agrément, l'autorité estime justifié qu'on autorise de mettre fin à ces litiges par transaction.

Un grand nombre d'hôpitaux et de leurs représentants, qui sont parties dans une procédure, se montrent intéressés par une solution sous la forme d'une transaction qui permet de mettre fin aux litiges au moyen de concessions réciproques et ceci sans aucun préjudice de part et d'autre. Afin de concrétiser cela, l'INAMI, qui n'a pas de compétence pour conclure un accord transactionnel, a absolument besoin dans chaque cas d'une habilitation temporaire et exceptionnelle donnée par le législateur.

La transaction suppose par définition une procédure contentieuse valable et actuellement pendante. Il est incontestable qu'il est impossible de revenir, par transaction, sur les affaires qui ont été définitivement tranchées.

Vu les compétences du Conseil général de l'assurance soins de santé de l'INAMI, tant en matière de budget qu'en matière d'action en justice, il est proposé de donner à cette instance la compétence de pouvoir conclure une transaction et ce sous les conditions spécifiques que les personnes compétentes pour les hôpitaux, s'engagent, par écrit, à payer dans les 3 mois 65 % des montants contestés et que le Conseil général ne peut pas renoncer au non remboursement de plus de 35 % des montants contestés. Il en résulte qu'en aucun cas l'intention est de donner au Conseil général une compétence arbitraire. La compétence qui est donnée au Conseil général, ne porte pas préjudice à la compétence des Communautés en matière d'autorisation et/ou d'agrément des appareils médicaux lourds et/ou des services médico-techniques.

N 15 DE M. SAMPAOLI ET CONSORTS

Remplacer la section 2, chapitre 8, titre I^{er} par ce qui suit:

“Section 2. Message électronique relatif aux indemnités payées indûment”.

N 16 DE M. SAMPAOLI ET CONSORTS

Art. 69

Remplacer cet article comme suit:

Gelet op het risico van zeer lang aanslepende procedures, de complexiteit ervan, de onzekere uitkomst van de juridische geschillen en de hieraan verbonden kosten, alsook de noodzaak voor zowel de ziekenhuizen, hun aangestelden en hun beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg als voor het RIZIV om de financiële situatie uit te klaren, en zonder afbreuk te doen aan de bevoegdheden van de bevoegde overheden inzake erkenning, acht de overheid het rechtvaardig dat zou toegelaten worden om aan deze geschillen een einde te stellen door middel van een dading.

Een groot aantal ziekenhuizen en hun vertegenwoordigers, die in een procedure zijn betrokken, tonen zich geïnteresseerd in een oplossing onder de vorm van een dading, die toelaat een einde te stellen aan de geschillen door middel van het doen van wederzijdse toegevingen en dit zonder enige nadelige erkenning van wie ook. Om dit te bewerkstelligen dient het RIZIV, dat geen bevoegdheid heeft om een dadingsovereenkomst af te sluiten, in elk geval een bevoegdverklaring met een tijdelijk en uitzonderlijk karakter van de wetgever te bekomen.

De dading veronderstelt per definitie een geldig ingestelde geschillenprocedure en een momenteel hangende rechtsvordering. Het staat buiten kijf dat het onmogelijk is om via de dading terug te komen op zaken die definitief beslecht of verworven werden.

Gelet op de bevoegdheden van de Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV, zowel inzake budget als inzake het ageren in rechte, wordt voorgesteld aan dit orgaan de bevoegdheid te verlenen om een dading te kunnen afsluiten en dit onder de specifieke voorwaarden dat de bevoegde personen voor het ziekenhuis de schriftelijke verbintenis aangaan tot betaling binnen 3 maanden van 65 % van de betwiste bedragen en dat de Algemene Raad niet kan verzaken aan de niet-terugbetaling van meer dan 35 % van de betwiste bedragen. Hieruit blijkt dat het in geen geval de bedoeling is dat de Algemene Raad een arbitraire bevoegdheid toebedeeld krijgt. De bevoegdheid die verleend wordt aan de Algemene Raad, doet in geen geval afbreuk aan de bevoegdheid van de Gemeenschappen inzake de vergunning en/of erkenning van zware medische apparatuur en/of medisch-technische diensten.

Nr. 15 VAN DE HEER SAMPAOLI c.s.

Afdeling 2, hoofdstuk 8, titel I, vervangen als volgt:

“Afdeling 2. Elektronisch bericht over de onverschuldigd betaalde uitkeringen”.

Nr. 16 VAN DE HEER SAMPAOLI c.s.

Art. 69

Dit artikel vervangen als volgt:

“Art. 69. L'article 164quater de la même loi, inséré par l'article 44 de la loi-programme du 29 mars 2012, est retiré à la date du 1^{er} janvier 2014.”.

N 17 DE M. SAMPAOLI ET CONSORTS

Art. 70.

Remplacer cet article comme suit:

“Art. 70. Dans la même loi, il est inséré un article 164quater rédigé comme suit:

“Les organismes assureurs sont tenus de communiquer à l'Institut, par mutualité ou office régional, par titulaire et par nature du risque, le montant des indemnités payées indûment, la cause du paiement indu et si celui-ci résulte d'une erreur, d'une faute ou d'une négligence de l'organisme assureur.

L'organisme assureur communique également, selon les modalités visées à l'alinéa 1^{er}, les montants d'indemnités récupérés, les montants non récupérés ainsi que les motifs pour lesquels ces montants n'ont pas été récupérés. Il communique également les montants non récupérés qui sont inscrits à charge de ses frais d'administration et les montants non récupérés qui sont considérés comme des dépenses du régime; ces données doivent être communiquées de manière séparée, en ce qui concerne les montants non récupérables en application de l'article 17, alinéa 2 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social.

Les données visées aux alinéas 1^{er} et 2 sont communiquées au moyen d'un procédé électronique approuvé par l'Institut, au plus tard le dernier jour du mois qui suit chaque trimestre civil auquel elles se rapportent.”.

N 18 DE M. SAMPAOLI ET CONSORTS

Art. 70/1 (nouveau)

Dans la section 2 précitée insérer un article 70/1, rédigé comme suit:

“Art. 70/1. L'article 70 entre en vigueur le 1^{er} janvier 2015.”.

“Art. 69. Artikel 164quater van dezelfde wet, ingevoegd bij artikel 44 van de programmawet van 29 maart 2012, wordt ingetrokken per 1 januari 2014.”.

Nr. 17 VAN DE HEER SAMPAOLI c.s.

Art. 70

Dit artikel vervangen als volgt:

“Art. 70. In dezelfde wet wordt een artikel 164quater ingevoegd, luidende:

“De verzekeringsinstellingen zijn ertoe gehouden om aan het Instituut, per ziekenfonds of gewestelijke dienst, per gerechtigde en per aard van het risico, het bedrag mee te delen van de onverschuldigd betaalde uitkeringen en van de oorzaak van de onverschuldigde betalingen en mee te delen of deze het gevolg is van een vergissing, een fout of een nalatigheid vanwege de verzekeringsinstelling.

De verzekeringsinstelling deelt eveneens, volgens de nadere regels bedoeld in het eerste lid, de teruggevorderde uitkeringsbedragen, de niet teruggevorderde bedragen evenals de redenen waarom deze bedragen niet werden teruggevorderd, mee. Ze deelt eveneens de niet teruggevorderde bedragen die worden geboekt ten laste van haar administratiekosten en de niet teruggevorderde bedragen die worden beschouwd als uitgaven van het stelsel mee; deze gegevens moeten afzonderlijk worden meegedeeld wat betreft de niet teruggevorderde bedragen in toepassing van artikel 17, tweede lid van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde.

De gegevens bedoeld in het eerste en tweede lid worden meegedeeld door middel van een elektronisch procédé goedgekeurd door het Instituut, uiterlijk de laatste dag van de maand die volgt op ieder kalenderkwartaal waarop zij betrekking hebben.”.

Nr. 18 VAN DE HEER SAMPAOLI c.s.

Art. 70/1 (nieuw)

In de voornoemde afdeling 2, een artikel 70/1 invoegen, luidend als volgt:

“Art. 70/1. Artikel 70 treedt in werking op 1 januari 2015.”.

JUSTIFICATION

La modification proposée sous la section 2, chapitre 8, Titre Ier (articles X à X+2) du présent projet de loi vise d'une part, à retirer, à la date du 1^{er} janvier 2014, l'article 164^{quater} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inséré par la loi-programme du 29 mars 2012 et d'autre part, à insérer un nouvel article 164^{quater} dans cette même loi coordonnée le 14 juillet 1994 qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2015.

Ce nouvel article 164^{quater} vise à compléter le message électronique par lequel les organismes assureurs communiqueront les données requises concernant les montants indus (montants récupérés et montants non récupérés auprès de l'assuré social), par une donnée complémentaire, à savoir les montants non récupérés auprès de l'assuré qui seront pris en charge par les frais d'administration des organismes assureurs et les montants non récupérés qui seront considérés comme des dépenses de l'assurance indemnités.

L'article 164^{quater} (inséré par la loi-programme du 29 mars 2012) n'a pas pu produire d'effets à partir de la date de son entrée en vigueur, soit le 1^{er} janvier 2014, dans la mesure où le développement du message électronique visant à permettre aux organismes assureurs de communiquer à l'INAMI les données requises au sujet des indemnités allouées indûment n'est pas finalisé; cette disposition n'a donc pu être appliquée par les organismes assureurs depuis son entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

N 19 DE M. SAMPAOLI ET CONSORTS

Supprimer la section 4, Chapitre 8, Titre I^{er}.

JUSTIFICATION

La modification proposée sous la section 4, chapitre 8, Titre I^{er} du présent projet de loi est à mettre en lien avec la modification proposée sous la section 2, chapitre 8, Titre I^{er} du présent projet de loi qui insère un nouvel article 164^{quater} dans la loi coordonnée le 14 juillet 1994, dont la date de prise d'effet est fixée au 1^{er} janvier 2015.

N° 20 DE M. SAMPAOLI ET CONSORTS

Chapitre 1^{er} (*nouveau*)

Dans le titre I^{er} insérer un chapitre 11, comportant les articles 87/8, 87/9, 87/10, 87/11, 87/12, 87/13, 87/14, 87/15, 87/16, rédigés comme suit:

“Chapitre 11. Service d'évaluation et de contrôle médicaux

VERANTWOORDING

De voorgestelde wijziging in de afdeling 2, hoofdstuk 8, Titel 1 (artikelen X tot X + 2) van dit wetsontwerp beoogt enerzijds om artikel 164^{quater} van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, ingevoegd bij de programmawet van 29 maart 2012, op de datum van 1 januari 2014 in te trekken en anderzijds een nieuw artikel 164^{quater} in dezelfde wet, gecoördineerd op 14 juli 1994, in te voegen dat op 1 januari 2015 in werking zal treden.

Dit nieuwe artikel 164^{quater} beoogt om het elektronisch bericht waarmee de verzekeringsinstellingen de vereiste gegevens over de onverschuldigde bedragen (teruggevorderde bedragen en niet teruggevorderde bedragen bij de sociaal verzekerde) zullen meedelen, aan te vullen met een bijkomend gegeven, namelijk de niet bij de verzekerde teruggevorderde bedragen die ten laste van de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen zullen worden genomen en de niet teruggevorderde bedragen die als uitgaven van de uitkeringsverzekering zullen worden beschouwd.

Artikel 164^{quater} (ingevoegd bij de programmawet van 29 maart 2012) heeft geen gevolgen kunnen voortbrengen vanaf de datum van zijn inwerkingtreding, namelijk 1 januari 2014, omdat de ontwikkeling van het elektronisch bericht dat beoogt om aan de verzekeringsinstellingen toe te laten om de vereiste gegevens over de onverschuldigd toegekende uitkeringen aan het RIZIV mee te delen, niet is beëindigd; deze bepaling is dus sinds zijn inwerkingtreding op 1 januari 2014 door de verzekeringsinstellingen niet kunnen worden toegepast.

Nr. 19 VAN DE HEER SAMPAOLI c.s.

Afdeling 4, hoofdstuk 8, van titel I doen vervallen.

VERANTWOORDING

De voorgestelde wijziging in de afdeling 4, hoofdstuk 8, Titel 1 van dit wetsontwerp houdt verband met de voorgestelde wijziging in de afdeling 2, hoofdstuk 8, Titel 1 van dit wetsontwerp die een nieuw artikel 164^{quater} in de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 invoegt, waarvan de datum van uitwerking op 1 januari 2015 wordt vastgelegd.

Nr. 20 VAN DE HEER SAMPAOLI c.s.

Hoofdstuk 1 (*nieuw*)

In titel I een hoofdstuk 11 invoegen, dat de artikelen 87/8, 87/9, 87/10, 87/11, 87/12, 87/13, 87/14, 87/15, 87/16 bevat, luidend als volgt:

“Hoofdstuk 11. Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

N° 21 DE M. SAMPAOLI ET CONSORTS

Art. 87/8 (nouveau)

Dans le chapitre 11 précité, insérer un article 87/8, rédigé comme suit:

“Art. 87/8. À l'article 139, dernièrement modifié par la loi du 29 mars 2012, les modifications suivantes sont apportées:

1° à l'alinéa 1^{er}, les mots “composé d'un service central, de dix services provinciaux et d'un service bilingue pour la Région de Bruxelles-Capitale. Les dix services provinciaux et le service bilingue pour la Région de Bruxelles-Capitale sont des services régionaux au sens de l'article 32 des lois du 18 juillet 1966 sur l'emploi des langues en matière administrative” sont remplacés par les mots “composé d'un service central et des services régionaux au sens de l'article 32 des lois du 18 juillet 1966 sur l'emploi des langues en matière administrative”;

2° l'alinéa 2 devient l'alinéa 3;

3° un alinéa 2 est inséré, rédigé comme suit:

“Le Roi détermine, par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, pour les services régionaux:

1° leur nombre;

2° leur ressort;

3° leur siège.”

N° 22 DE M. SAMPAOLI ET CONSORTS

Art. 87/9 (nouveau)

Dans le chapitre 11 précité, insérer un article 87/9, rédigé comme suit:

“Art. 87/9. L'article 146, paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, dernièrement modifié par la loi du 19 mars 2013, est modifié comme suit:

“Pour accomplir la mission visée à l'article 139, alinéa 2, 1° à 5°, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux dispose d'un personnel d'inspection ainsi que d'un personnel administratif revêtus de différents grades.

Nr. 21 VAN DE HEER SAMPAOLI c.s.

Art. 87/8 (nieuw)

In het voornoemde hoofdstuk 11, een artikel 87/8 invoegen, luidend als volgt:

“Art. 87/8. Aan artikel 139, laatst gewijzigd bij de wet van 29 maart 2012, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid, worden de woorden “bestaande uit een centrale dienst, tien provinciale diensten en een tweetalige dienst voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De tien provinciale diensten en de tweetalige dienst voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn gewestelijke diensten in de zin van artikel 32 van de wetten van 18 juli 1966 op het gebruik van de talen in bestuurszaken”, vervangen door de woorden “bestaande uit een centrale dienst en gewestelijke diensten in de zin van artikel 32 van de wetten van 18 juli 1966 op het gebruik van de talen in bestuurszaken”;

2° het tweede lid wordt het derde lid;

3° een tweede lid wordt ingevoegd, luidend als volgt:

“De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de ministerraad, voor deze gewestelijke diensten:

1° het aantal;

2° het ambtsgebied;

3° de zetel.”

Nr. 22 VAN DE HEER SAMPAOLI c.s.

Art. 87/9 (nieuw)

In het voornoemde hoofdstuk 11, een artikel 87/9 invoegen, luidend als volgt:

“Art. 87/9. Artikel 146, paragraaf 1, eerste lid, laatst gewijzigd bij de wet van 19 maart 2013, wordt gewijzigd als volgt:

“Om de in artikel 139, tweede lid, 2° tot 5°, bedoelde opdrachten te vervullen, beschikt de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle over inspecterend personeel alsook over administratief personeel bekleed met verschillende graden.

Par personnel d'inspection, on entend: les médecins-inspecteurs, les pharmaciens-inspecteurs, les infirmiers contrôleurs, et les inspecteurs ayant une autre qualification professionnelle.

Le personnel d'inspection est inspecteur social au sens de l'article 16, 1°, du Code pénal social. Ils prêtent serment conformément à l'article 175.

Le personnel d'inspection est compétent pour tout le territoire belge, nonobstant leur résidence administrative."

N° 23 DE M. SAMPAOLI ET CONSORTS

Art. 87/10 (nouveau)

Dans le chapitre 11 précité, insérer un article 87/10, rédigé comme suit:

"Art. 87/10. À l'article 146bis, dernièrement modifié par la loi du 19 décembre 2008, les modifications suivantes sont apportées:

1° au paragraphe 1^{er}, alinéa 2, les mots "les inspecteurs" sont remplacés par les mots "le personnel d'inspection";

2° au paragraphe 1^{er}, alinéa 11, les mots "les médecins-inspecteurs" sont remplacés par les mots "le personnel d'inspection";

3° au paragraphe 2, alinéa 1^{er}, les mots "les médecins-inspecteurs, pharmaciens-inspecteurs et infirmiers-contrôleurs" sont remplacés par les mots "le personnel d'inspection".

N° 24 DE M. SAMPAOLI ET CONSORTS

Art. 87/11 (nouveau)

Dans le chapitre 11 précité, insérer un article 87/11, rédigé comme suit:

"Art. 87/11. Au Titre VII, Du contrôle et du contentieux, Chapitre II, Du contrôle médical, l'intitulé de la Section II, est remplacé par ce qui suit:

"Du personnel d'inspection du Service d'évaluation et de contrôle médicaux".

Onder inspecterend personeel wordt verstaan: de geneesheren-inspecteurs, de apothekers-inspecteurs, de verpleegkundigen-controleurs, en de inspecteurs die een andere beroepskwalificatie hebben.

Het inspecterend personeel is sociaal inspecteur in de zin van artikel 16, 1°, van het Sociaal strafwetboek. Zij leggen de eed af overeenkomstig artikel 175.

Het inspecterend personeel is bevoegd voor het gehele Belgische grondgebied, ongeacht hun administratieve standplaats."

Nr. 23 VAN DE HEER SAMPAOLI c.s.

Art. 87/10 (nieuw)

In het voornoemde hoofdstuk 11, een artikel 87/10 invoegen, luidend als volgt:

"Art. 87/10. Aan artikel 146bis, laatst gewijzigd bij de wet van 19 december 2008, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1, tweede lid, worden de woorden "de inspecteurs" vervangen door de woorden "het inspecterend personeel";

2° in paragraaf 1, elfde lid, worden de woorden "de geneesheren-inspecteurs" vervangen door de woorden "het inspecterend personeel";

3° in paragraaf 2, eerste lid, worden de woorden "de geneesheren-inspecteurs, apothekers-inspecteurs en verpleegkundige-controleurs" vervangen door de woorden "het inspecterend personeel".

Nr. 24 VAN DE HEER SAMPAOLI c.s.

Art. 87/11 (nieuw)

In het voornoemde hoofdstuk 11, een artikel 87/11 invoegen, luidend als volgt:

"Art. 87/11. In Titel VII, Controle en geschillen, Hoofdstuk II, Geneeskundige controle, wordt het opschrift van Afdeling II, vervangen als volgt:

"Het inspecterend personeel van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle".

N° 25 DE M. SAMPAOLI ET CONSORTS

Art. 87/12 (nouveau)

Dans le chapitre 11 précité, insérer un article 87/11, rédigé comme suit:

“Art. 87/12. À l'article 150, alinéa 1^{er}, dernièrement modifié par la loi du 29 mars 2012, les mots “aux médecins-inspecteurs, pharmaciens-inspecteurs, aux infirmiers contrôleurs et aux contrôleurs sociaux” sont remplacés par les mots “au personnel d'inspection du Service d'évaluation et de contrôle médicaux”.

N° 26 DE M. SAMPAOLI ET CONSORTS

Art. 87/13 (nouveau)

Dans le chapitre 11 précité, insérer un article 87/13, rédigé comme suit:

“Art. 87/13. L'article 151, dernièrement modifié par la loi du 19 mai 2010, est remplacé par ce qui suit:

“Le directeur régional et le personnel d'inspection de chaque service régional est placé sous la direction de deux médecins-inspecteurs généraux, qui sont placés sous la direction du médecin-directeur-général, fonctionnaire-dirigeant. Le personnel administratif de chaque service régional est placé sous la direction d'un responsable administratif.”

N° 27 DE M. SAMPAOLI ET CONSORTS

Art. 87/14 (nouveau)

Dans le chapitre 11 précité, insérer un article 87/14, rédigé comme suit:

“Art. 87/14. À l'article 152, dernièrement modifié par la loi du 24 décembre 2002, les mots “médecin-inspecteur directeur” sont remplacés par les mots “directeur régional”.

N° 28 DE M. SAMPAOLI ET CONSORTS

Art. 87/15 (nouveau)

Dans le chapitre 11 précité, insérer un article 87/15, rédigé comme suit:

Nr. 25 VAN DE HEER SAMPAOLI c.s.

Art. 87/12 (nieuw)

In het voornoemde hoofdstuk 11, een artikel 87/12 invoegen, luidend als volgt:

“Art. 87/12. In artikel 150, eerste lid, laatst gewijzigd bij de wet van 29 maart 2012, worden de woorden “de geneesheren-inspecteurs, de apothekers-inspecteurs, en de verpleegkundigen-controleurs, en de sociaal controleurs” vervangen door de woorden “het inspecterend personeel van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle”.

Nr. 26 VAN DE HEER SAMPAOLI c.s.

Art. 87/13 (nieuw)

In het voornoemde hoofdstuk 11, een artikel 87/13 invoegen, luidend als volgt:

“Art. 87/13. Artikel 151, laatst gewijzigd bij wet van 19 mei 2010, wordt vervangen als volgt:

“De gewestelijke directeur en het inspecterend personeel van elke gewestelijke dienst staan onder de leiding van twee geneesheren-inspecteurs generaal, die onder de leiding staan van de geneesheer-directeur-generaal, leidend ambtenaar. Het administratief personeel staat onder de leiding van een administratief verantwoordelijke.”.

Nr. 27 VAN DE HEER SAMPAOLI c.s.

Art. 87/14 (nieuw)

In het voornoemde hoofdstuk 11, een artikel 87/14 invoegen, luidend als volgt:

“Art. 87/14. In artikel 152, laatst gewijzigd bij de wet van 24 december 2002, worden de woorden “geneesheer-inspecteur-directeur” vervangen door de woorden “gewestelijk directeur”.

Nr. 28 VAN DE HEER SAMPAOLI c.s.

Art. 87/15 (nieuw)

In het voornoemde hoofdstuk 11, een artikel 87/15 invoegen, luidend als volgt:

“Art. 87/15. À l’article 175, alinéa 2, dernièrement modifié par la loi du 19 mai 2010, les mots “Les médecins-inspecteurs, les pharmaciens-inspecteurs, les infirmiers-contrôleurs et les contrôleurs sociaux” sont remplacés par les mots “Le personnel d’inspection”.

N° 29 DE M. SAMPAOLI ET CONSORTS

Art. 87/16 (nouveau)

Dans le chapitre 11 précité, insérer un article 87/17, rédigé comme suit:

“Art. 87/17. L’article 86/8 entre en vigueur à une date à déterminer par le Roi, et en tout cas de plein droit, au plus tard le 1^{er} janvier 2015.”

JUSTIFICATION

Le Service d’évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l’Institut national d’assurance maladie et invalidité (INAMI) est confronté à une diminution importante de son personnel d’inspection et administratif. Les raisons sont multiples et obligent le SECM dans un premier temps à regrouper ses collaborateurs afin de pouvoir exécuter dans les délais impartis ses multiples missions.

Actuellement, les missions du Service sont exécutées par les collaborateurs du service central ou des 10 services provinciaux et le service bilingue pour la Région de Bruxelles-Capitale. Le regroupement des collaborateurs non centraux dans des unités plus larges est un premier outil que le Service veut mettre en œuvre. Les résultats peuvent être évalués en vue d’autres solutions. La création d’entités plus larges n’est pas possible dans l’état actuel de la législation. Les services non centraux sont en effet organisés sur base “provinciale”. D’où la nécessité d’adapter l’article 139, alinéa premier, en instaurant des “services régionaux”. Le nombre, le ressort et le siège de ces services sont à déterminer par le Roi par un arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres.

Le Roi peut disposer de plusieurs éléments objectifs pour déterminer le nombre et le ressort des services régionaux. L’article 146, § 1^{er}, alinéa 2 détermine les quotas des médecins-inspecteurs (un par tranche de 80 000 bénéficiaires) et des pharmaciens-inspecteurs (un par tranche entière de million de bénéficiaires). L’Institut dispose d’une cadastre des dispensateurs de soins au sens de l’article 2, n, de la loi, indiquant la répartition géographique. Le Service d’évaluation et de contrôle médicaux dispose d’un aperçu des collaborateurs attribués au service central et aux services non-centraux, ainsi que la proportion entre fonctions d’inspection et fonctions de soutien.

“Art. 87/15. In artikel 175, tweede lid, laatst gewijzigd bij de wet van 19 mei 2010, worden de woorden “De in artikel 146 bedoelde geneesheren-inspecteurs, apothekers-inspecteurs en sociale controleurs” vervangen door de woorden “Het in artikel 146 bedoelde inspecterende personeel”.

Nr. 29 VAN DE HEER SAMPAOLI c.s.

Art. 87/16 (nieuw)

In het voornoemde hoofdstuk 11, een artikel 87/17 invoegen, luidend als volgt:

“Art. 87/17. Artikel 87/8 treedt in werking op een door de Koning te bepalen datum, en in elk geval van rechtswege uiterlijk op 1 januari 2015.”

VERANTWOORDING

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) staat voor een belangrijke vermindering van het inspectie- en administratief personeel. De oorzaken zijn veelvuldig en noodzaken de DGEC om in eerste plaats de medewerkers te hergroeperen om de vele opdrachten te kunnen uitvoeren binnen de opgelegde termijnen.

Vandaag worden de opdrachten van de dienst uitgevoerd in de centrale dienst en in de 10 provinciale diensten en de tweetalige dienst voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De hergroepering van de niet-centrale medewerkers in grotere eenheden is een eerste instrument dat de Dienst wil inzetten, waarna de resultaten kunnen beoordeeld worden met het oog op andere oplossingen. Het invoeren van grotere eenheden is met de huidige wetgeving niet mogelijk. De niet-centrale diensten zijn immers “provinciaal” georganiseerd. Vandaar de noodzaak artikel 139, eerste lid, aan te passen door “gewestelijke diensten” in te richten. Het aantal, het ambtsgebied en de zetel van deze diensten zullen bepaald worden door de Koning met een besluit dat is vastgesteld na overleg in de ministerraad.

De Koning heeft meerdere objectieve elementen ter beschikking om het aantal en het ambtsgebied van de gewestelijke diensten te bepalen. Artikel 146, § 1, tweede lid, bepaalt de quota voor de geneesheren-inspecteurs (één geneesheer per schijf van 80 000 rechthebbenden) en voor de apothekers-inspecteurs (één apotheker per volledige schijf van 1 miljoen rechthebbenden). Het Instituut beschikt over een kadaster van zorgverleners in de zin van artikel 2, n, van de wet, dat een aanduiding geeft van de geografische spreiding. De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle heeft een overzicht ter beschikking van de medewerkers die zijn toegewezen aan de centrale dienst en aan de niet-centrale diensten, evenals de verhouding tussen inspectiefuncties en ondersteunende functies.

L'organisation provinciale actuelle des services non centraux se reflète également dans les liens de subordination entre les collaborateurs et la hiérarchie. Actuellement, l'article 151 de loi coordonnée dispose que les collaborateurs dans les services provinciaux (y compris ceux pour la Région bilingue de Bruxelles-Capitale) sont placés sous la direction d'un médecin-inspecteur-directeur. D'où la nécessité d'adapter l'article 151 et de placer les collaborateurs des services régionaux sous la direction d'un directeur régional.

L'article 146 actuel permet de recruter que des médecins, des pharmaciens et des infirmiers. Afin de pouvoir recruter plus large, c'est-à-dire de recruter du personnel d'inspection ayant d'autres compétences professionnelles, le projet prévoit d'adapter l'article 146.

L'adaptation de l'article 146 nécessite l'adaptation d'autres articles "organiques" SECM afin d'assurer la concordance terminologique.

Finalement, l'entrée en vigueur des différents articles doit être réglée.

Vincent SAMPAOLI (PS)
 Valerie DE BUE (MR)
 Catherine FONCK (cdH)
 Meryame KITIR (sp.a)
 Stefaan VERCAMER (CD&V)
 Mathias DE CLERCQ (Open Vld)

De huidige provinciale inrichting van de niet-centrale diensten tekent zich ook af in de subordinaatiebetrekkingen tussen de medewerkers en de hiërarchie. Thans voorziet artikel 151 van de gecoördineerde wet dat de medewerkers in de provinciale diensten (en de dienst voor het tweetalige Brussels Hoofdstedelijk Gewest) onder de leiding staan van een geneesheer-inspecteur-directeur. Vandaar de noodzaak artikel 151 aan te passen en de medewerkers van de gewestelijke diensten onder de leiding te plaatsen van een gewestelijk directeur.

Artikel 146 staat enkel de aanwerving toe van geneesheren, apothekers en verpleegkundigen. Om breder te kunnen aanwerven, dit wil zeggen inspecterend personeel met andere beroepskwalificaties, bepaalt het ontwerp een aanpassing van artikel 146

Deze aanpassing noodzaakt andere "organieke" DGEC artikelen aan te passen om de terminologische eenheid te waarborgen.

Uiteindelijk moet de inwerkingtreding van de verschillende artikels worden bepaald.