

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

18 oktober 2024

WETSVOORSTEL

voor hetzelfde tarief
voor dezelfde medische behandeling en
voor de afschaffing van de ereloonsupplementen

(ingediend door
mevrouw Natalie Eggermont c.s.)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

18 octobre 2024

PROPOSITION DE LOI

visant à instaurer un tarif unique
pour chaque traitement médical et
à supprimer les suppléments d'honoraires

(déposée par
Mme Natalie Eggermont et consorts)

SAMENVATTING

Dit wetsvoorstel heeft als doel om de zorg toegankelijker te maken en de ongelijkheid in de zorg tegen te gaan door willekeur te voorkomen en de factuur voor de patiënt te beperken. Daarbij gaan we uit van het principe: één patiënt, één tarief. Een arts moet voor eenzelfde behandeling steeds dezelfde vergoeding krijgen bij elke patiënt. Om daartoe te komen schaft dit wetsvoorstel de ereloonsupplementen af.

RÉSUMÉ

Cette proposition de loi vise à améliorer l'accès aux soins et à combattre les inégalités dans ce secteur en mettant fin à l'arbitraire et en limitant la facture du patient. Les auteurs appliquent le principe "un patient, un tarif": le médecin doit toujours percevoir la même rémunération pour un même traitement, quel que soit son patient. Pour y parvenir, cette proposition de loi met fin aux suppléments d'honoraires.

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
PS	: Parti Socialiste
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Les Engagés	: Les Engagés
Vooruit	: Vooruit
cd&v	: Christen-Democratisch en Vlaams
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant

Abréviations dans la numérotation des publications:		Afkorting bij de nummering van de publicaties:	
DOC 56 0000/000	Document de la 56 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi	DOC 56 0000/000	Parlementair document van de 56 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral	CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV	Compte Rendu Analytique	CRABV	Beknopt Verslag
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN	Séance plénière	PLEN	Plenum
COM	Réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Je zou tegenwoordig twee keer nadenken voor je je laat opnemen in een ziekenhuis. Ziek zijn is niet leuk, maar de factuur achteraf is vaak ook geen lachertje. Een van de hoofdoorzaken van de hoge ziekenhuisfacturen zijn de “ereloonsupplementen”. Dit zijn bijkomende kosten die de artsen aan de patiënt aanrekenen, bovenop de normale vergoeding voor de prestatie, het honorarium. De hoogte van een supplement is geen vast bedrag maar wordt uitgedrukt als een percentage van het honorarium. Deze supplementen worden niet terugbetaald door de wettelijke ziekteverzekering, waardoor de kostprijs volledig bij de patiënt komt te liggen, bovenop de andere kosten.

De ereloonsupplementen zijn een bijzonder willekeurig systeem. De artsenhonoraria worden, na overleg met de artsen, vastgesteld door het Belgische Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Dit bedrag weerspiegelt de betrokken kosten bij het uitvoeren van de medische handeling in kwestie en een correcte vergoeding voor de arts. De ereloonsupplementen, daarentegen, kennen geen enkele objectieve basis. De artsen en ziekenhuizen beslissen of ze al dan niet ereloonsupplementen aanrekenen aan de patiënt en welk percentage het ereloonsupplement betreft. Verder bestaan er verschillende wettelijke beperkingen op het aanrekenen van ereloonsupplementen, afhankelijk van het statuut van de patiënt, het soort kamer waarin de patiënt verblijft of zelfs het uur waarop de patiënt wordt behandeld. Dit leidt tot de situatie waarbij eenzelfde patiënt voor dezelfde behandeling bij verschillende artsen of ziekenhuizen andere facturen wordt gepresenteerd. Of het zorgt er ook voor dat verschillende patiënten voor dezelfde behandeling, bij dezelfde arts in hetzelfde ziekenhuis, verschillende facturen ontvangen.

Dit wetsvoorstel heeft als doel om de willekeur tegen te gaan en de factuur voor de patiënt te beperken om zo de zorg toegankelijker te maken en de ongelijkheid in de zorg tegen te gaan. Daarbij gaan we uit van het principe: één patiënt, één tarief. Een arts moet voor eenzelfde behandeling steeds dezelfde vergoeding krijgen bij elke patiënt. Om daartoe te komen schaft dit wetsvoorstel de ereloonsupplementen af.

Ereloonsupplementen zorgen voor gezondheidszorg aan twee snelheden

Dat de ereloonsupplementen een van de grootste oorzaken zijn van de hoge ziekenhuisfacturen voor de patiënten, besluit ook het Federaal Kenniscentrum voor

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

À l'heure actuelle, on y réfléchirait à deux fois avant de se faire hospitaliser. Il n'est jamais agréable de tomber malade, mais il arrive en outre souvent que le patient soit ensuite confronté à une facture d'hospitalisation élevée, qui résulte principalement de suppléments d'honoraires. Il s'agit de coûts supplémentaires que les médecins facturent au patient en plus de la rémunération normale de la prestation, à savoir les honoraires. La hauteur d'un supplément n'est pas un montant fixe. Elle est exprimée sous la forme d'un pourcentage des honoraires. Ces suppléments n'étant pas remboursés par l'assurance-maladie légale, ils sont entièrement à la charge du patient, en plus des autres coûts.

Les suppléments d'honoraires constituent un système particulièrement arbitraire. Après concertation avec les médecins, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) fixe les honoraires de ceux-ci. Ce montant reflète les coûts qu'implique la réalisation de l'acte médical en question et une rémunération correcte du médecin. Les suppléments d'honoraires, en revanche, ne s'appuient sur aucun fondement objectif. Les médecins et les hôpitaux décident s'ils facturent ou non des suppléments d'honoraires au patient ainsi que le pourcentage que ceux-ci représentent. La législation prévoit en outre plusieurs limitations à la facturation de suppléments d'honoraires, selon le statut du patient, le type de chambre dans laquelle il est hospitalisé voire l'heure à laquelle il reçoit des soins. Il s'ensuit qu'un même patient peut se voir présenter des factures différentes pour le même traitement en fonction du médecin qui le traite ou de l'hôpital où il est soigné. Il se peut également que le coût d'un même traitement administré par le même médecin dans le même hôpital diffère selon les patients.

La présente proposition de loi vise à lutter contre l'arbitraire et à limiter la facture du patient de manière à améliorer l'accès aux soins et à combattre les inégalités dans ce secteur. À cet égard, nous partons du principe “un patient, un tarif”. Un médecin doit toujours percevoir la même rémunération pour un même traitement, et ce quel que soit le patient. Pour ce faire, la présente proposition de loi met fin aux suppléments d'honoraires.

Les suppléments d'honoraires induisent des soins de santé à deux vitesses

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) conclut également dans son dernier rapport en date, intitulé “Performance du système de santé belge:

de Gezondheidszorg (KCE) in haar recentste rapport, "Performantie van het Belgische Gezondheidssysteem: Rapport 2024".¹ Daarin schrijft het KCE: "Hoge eigen betalingen in ziekenhuiszorg zijn (ten minste gedeeltelijk) het resultaat van supplementen die aan de patiënt worden aangerekend."

Volgens het rapport van het KCE betaalde een patiënt in 2021 gemiddeld 660 euro aan eigen betalingen ("*out-of-pocket*", uit eigen zak) voor een klassieke hospitalisatie. Die 660 euro bestaat gemiddeld uit 206 euro remgelden en 454 euro supplementen. Voor dagopnamen bedroegen de eigen bijdragen in 2021 gemiddeld 110 euro, waarvan 33 euro remgelden en 78 euro supplementen.

Het gaat om aanzienlijke bedragen die de patiënt moet betalen, bovenop de kosten die reeds door de verplichte verzekering worden gedekt. Volgens hetzelfde rapport van het KCE betaalden de Belgen in 2021 17,9 % van de totale gezondheidsuitgaven uit eigen zak. Dat is merkbaar hoger dan in buurlanden zoals Luxemburg (8,9 %), Frankrijk (8,9 %), Nederland (9,3 %) en Duitsland (12,0 %). Deze eigen bijdragen zijn tussen 2011 en 2021 voorts met 30 % gestegen.

Ook de totale uitgaven aan ereloonsupplementen stijgen. Uit de cijfers van het Intermutualistisch Agentschap blijkt dat in 2015 in totaal 531 miljoen euro werd uitgegeven aan ereloonsupplementen in de Belgische ziekenhuizen. In 2017 steeg dit bedrag naar 563 miljoen euro.² Het recentste cijfer dateert van 2022, toen 616 miljoen euro werd uitgegeven aan ereloonsupplementen.³ Het gaat dus om bijzonder grote geldstromen die elk jaar verder aanzwellen.

Deze ereloonsupplementen ondermijnen de fundamente van een sterke, solidaire gezondheidszorg ten dienste van de volksgezondheid. Het bestendigt en versterkt namelijk de ongelijkheid in de gezondheidszorg. Want

rapport 2024"¹, que les factures hospitalières élevées adressées aux patients sont principalement imputables aux suppléments d'honoraires. Le KCE indique dans le rapport précité que "Les contributions personnelles élevées dans les soins hospitaliers classiques sont (au moins en partie) le résultat de suppléments facturés au patient".

Selon le rapport du KCE, les patients ont déboursé en moyenne 660 euros en 2021 afin de financer leurs contributions personnelles ("*out-of-pocket*", de leur poche) pour un séjour hospitalier classique. Ces 660 euros comprennent en moyenne 206 euros de tickets modérateurs et 454 euros de suppléments. Les contributions personnelles pour une hospitalisation de jour s'élevaient en moyenne à 110 euros en 2021, dont 33 euros de tickets modérateurs et 78 euros de suppléments.

Il s'agit de montants considérables mis à la charge du patient, en plus des coûts qui sont déjà couverts par l'assurance obligatoire. Selon le même rapport du KCE, les Belges ont payé de leur poche 17,9 % des dépenses de santé courantes en 2021. Leur contribution personnelle est sensiblement plus élevée que dans les pays voisins, tels que le Grand-Duché de Luxembourg (8,9 %), la France (8,9 %), les Pays-Bas (9,3 %) et l'Allemagne (12,0 %). Ces contributions personnelles ont en outre augmenté de 30 % entre 2011 et 2021.

Au total, les dépenses relatives aux suppléments d'honoraires sont également en hausse. Selon les chiffres de l'Agence InterMutualiste, en 2015, 531 millions d'euros de suppléments d'honoraires ont été payés, au total, dans les hôpitaux belges. En 2017, ce montant est passé à 563 millions d'euros.² Les chiffres les plus récents datent de 2022, lorsque les suppléments d'honoraires³ ont atteint 616 millions d'euros. Ces montants sont donc particulièrement importants et ils gonflent d'année en année.

Ces suppléments d'honoraires sapent les fondements d'un système de soins de santé solide et solidaire, placé au service de la santé publique. Ils perpétuent et renforcent en effet les inégalités en matière de soins

¹ Gerkens Sophie, Lefèvre Mélanie, Bouckaert Nicolas, Levy Muriel, Maertens de Noordhout Charline, Obyn Caroline, Devos Carl, Scohy Aline, Vlayen Annemie, Yaras Harun, Janssens Christophe, Meeus Pascal. Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2024. KCE Reports 376A. DOI: 10.57.598/R376A

² Intermutualistisch Agentschap, Persbericht: 563 miljoen in 2017: Een recordbedrag aan ereloonsupplementen, 5 januari 2019, <https://aim-ima.be/Persbericht-563-miljoen-in-2017>

³ Bruyneel, Luk; Kestens, Wies; De Wolf, Françoise; Di Zinno, Tonio; Dolphens, Mieke; Landtmeters, Bernard (2024), Inventaris van aan patiënten gefactureerde ziekenhuiskosten (Gegevens 2022), IMA Intermutualistisch Agentschap, Brussel.

¹ Gerkens Sophie, Lefèvre Mélanie, Bouckaert Nicolas, Levy Muriel, Maertens de Noordhout Charline, Obyn Caroline, Devos Carl, Scohy Aline, Vlayen Annemie, Yaras Harun, Janssens Christophe, Meeus Pascal. Performance du système de santé belge: rapport 2024. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2024. KCE Reports 376B. DOI: 10.57.598/R376B.

² Agence InterMutualiste, Communiqué de presse: 563 millions d'euros en 2017: Un montant record pour les suppléments d'honoraires, 5 janvier 2019, <https://aim-ima.be/Communique-de-presse-563-millions?lang=fr>

³ Bruyneel, Luk; Kestens, Wies; De Wolf, Françoise; Di Zinno, Tonio; Dolphens, Mieke; Landtmeters, Bernard (2024), État des lieux des coûts hospitaliers à charge patient (Données 2022), AIM, agence intermutualiste, Bruxelles.

de ereloonsupplementen zorgen voor een geneeskunde aan twee snelheden. Er is een snelle geneeskunde voor wie de middelen heeft om de supplementen te betalen of zich een private hospitalisatieverzekering kan veroorloven. Voor hen zijn de ereloonsupplementen een “Speedy Pass” in de zorg. Maar diegene voor wie deze financiële drempels te hoog liggen, moet in de rij wachten. Zij worden geconfronteerd met ellenlange wachttijden en zorguitstel.

De ongelijkheid wordt nog verder versterkt doordat steeds meer patiënten zich gedwongen voelen om een aanvullende, private hospitalisatieverzekering te nemen om zich in te dekken tegen deze hoge eigen betalingen. Vandaag beschikt reeds een grote meerderheid van de Belgen over een aanvullende hospitalisatieverzekering. Volgens Assuralia, de Belgische beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen, hebben meer dan 6 miljoen Belgen een hospitalisatieverzekering bij een verzekeringsonderneming. Als we de personen bijtellen die bij de ziekenfondsen een aanvullende verzekering hebben, komen we aan bijna 10 miljoen Belgen met een aanvullende hospitalisatieverzekering.⁴ De premies voor deze verzekeringen zijn echter duur en de prijs stijgt jaar na jaar.⁵ Daardoor hebben personen die de middelen ontbreken slechts moeilijk toegang tot deze private verzekeringen. Er zijn ook drempels op basis van criteria zoals leeftijd en gezondheidstoestand. Deze dienen om personen volledig uit te sluiten van dit soort verzekeringen. Want verzekeraars zijn enkel verplicht een verzekering aan te bieden indien de persoon jonger is dan 65 jaar en lijdt aan een chronische aandoening.

Beperkingen losten het probleem niet op

Het besef dat de ereloonsupplementen zorgen voor een ongelijkheid in de gezondheidszorg, heeft de politiek er de voorbije jaren toe aangezet maatregelen te nemen om het gebruik van de ereloonsupplementen in te perken, zonder weliswaar de ereloonsupplementen over de hele lijn te verbieden.

Zo werd het verboden om ereloonsupplementen aan te rekenen in tweepersoonkamers. Eerst, in 2006, slechts voor patiënten die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, wanneer zij voor een dagopname in een tweepersoonkamer verblijven.⁶ Vervolgens, in 2012, voor alle patiënten wanneer zij voor een overnachting

de santé, car ces suppléments d’honoraires alimentent une médecine à deux vitesses. Il existe, d’une part, une médecine rapide pour les patients capables de payer les suppléments ou de s’offrir une assurance hospitalisation privée. Les suppléments d’honoraires leur permettent d’accéder plus rapidement aux soins de santé. Quant aux autres patients, qui ne peuvent pas se les permettre, ils doivent prendre leur mal en patience et sont confrontés à de longs délais d’attente et à des reports de soins.

Ces inégalités se creusent encore, dès lors que de plus en plus de patients se sentent contraints de souscrire une assurance hospitalisation complémentaire privée pour se prémunir du risque de devoir payer eux-mêmes ces montants élevés. Aujourd’hui, une grande majorité des Belges possèdent déjà une assurance hospitalisation complémentaire. Selon l’union professionnelle belge des entreprises d’assurance Assuralia, plus de six millions de Belges ont souscrit une assurance hospitalisation auprès d’une compagnie d’assurances. Si l’on ajoute à ce nombre les personnes qui ont souscrit une assurance complémentaire auprès d’une mutualité, on obtient un total de près de 10 millions de Belges disposant d’une assurance hospitalisation complémentaire.⁴ Les primes de ces assurances sont toutefois élevées et elles augmentent d’année en année.⁵ Par conséquent, les moins aisés ont difficilement accès à ces assurances privées. Il existe en outre des obstacles liés à des critères tels que l’âge et l’état de santé, critères qui servent à exclure complètement certaines personnes des assurances de ce type, car les assureurs ne sont tenus de proposer cette assurance que si le demandeur est âgé de moins de 65 ans et souffre d’une maladie chronique.

Les limitations n’ont pas résolu le problème

La prise de conscience que les suppléments d’honoraires entraînent des inégalités dans les soins de santé a encouragé les responsables politiques à prendre, ces dernières années, des mesures visant à plafonner les suppléments d’honoraires, sans toutefois les interdire complètement.

Il a ainsi été interdit de facturer des suppléments d’honoraires dans les chambres à deux lits. Cette interdiction a d’abord été introduite, en 2006, uniquement pour les patients bénéficiant de l’intervention majorée, admis en hospitalisation de jour en chambres à deux lits.⁶ Elle a ensuite été étendue, en 2012, à tous les patients admis

⁴ <https://www.assuralia.be/nl/thema/gezondheid/hospitalisatieverzekering>

⁵ *De Tijd*, Hospitalisatieverzekering wordt opnieuw duurder, 26 december 2024, <https://www.tijd.be/ondernemen/financiele-diensten-verzekeringen/hospitalisatieverzekering-wordt-opnieuw-duurder/10.515.529.html>

⁶ Parl. St., Kamer, 2006-2007, DOC 51 2594.

⁴ <https://www.assuralia.be/fr/theme/sante/assurance-hospitalisation>

⁵ *De Tijd*, Hospitalisatieverzekering wordt opnieuw duurder, 26 décembre 2024, <https://www.tijd.be/ondernemen/financiele-diensten-verzekeringen/hospitalisatieverzekering-wordt-opnieuw-duurder/10.515.529.html>

⁶ Doc. parl., Chambre, 2006-2007, DOC 51 2594.

in een tweepersoonskamer verblijven. In 2015 werd dit verbod vervolgens uitgebreid naar de dagopnames.⁷

In 2022 kwam er een verbod op het aanrekenen van ereloonsupplementen in de ambulante zorg, aan patiënten die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming.⁸ En in 2023 een verbod om supplementen aan te rekenen bij de medische beeldvorming wanneer de scans tussen 8h en 18h worden uitgevoerd.⁹

Er werden doorheen de jaren ook meer specifieke verboden uitgevaardigd. Zoals verboden in het geval van intensieve zorg of dringende hulpverlening en bij kinderen die door een ouder worden begeleid tijdens hun ziekenhuisverblijf (eveneens in 2006)¹⁰, bij hospitalisaties door een besmetting van het COVID-19-virus (in 2020)¹¹ en voor gedetineerden en geïnterneerden wanneer zij in het ziekenhuis worden opgenomen (2022).¹²

We stellen echter vast dat deze beperkingen er niet toe hebben geleid dat de uitgaven aan ereloonsupplementen afnamen, of dat de toegang tot de gezondheidszorg gelijk werd. Laat ons de voorbeelden nemen van de tweepersoonskamers en de medische beeldvorming:

a) het InterMutualistisch Agentschap stelt vast dat ondanks het verbod om ereloonsupplementen aan te rekenen in tweepersoonskamers, de uitgaven aan de ereloonsupplementen enkel verder stegen. In 2019 schreven zij: “Enkel bij opnames in eenpersoonskamers mogen nog ereloonsupplementen worden aangerekend. Heeft die maatregel de stijging van de ereloonsupplementen afgeremd? Allerm minst, uit een nieuwe studie van het InterMutualistisch Agentschap blijkt dat de ereloonsupplementen gestegen zijn (...).”¹³

b) supplementen mogen niet langer worden aangerekend bij de medische beeldvorming. Artikel 152/1 van de “Ziekenhuiswet” voorziet echter een uitzondering: “ziekenhuisartsen [mogen] supplementen aanrekenen indien de verstrekkingen worden verleend op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt tussen 18 en 8 u of op zaterdag, zondag en feestdagen”.¹⁴ Door de lange wachttijden tijdens de kantooruren worden patiënten voor de keuze

en hospitalisation avec nuitée en chambres à deux lits. En 2015, elle a été élargie aux hospitalisations de jour.⁷

En 2022, la facturation de suppléments d’honoraires aux patients bénéficiant de l’intervention majorée a été interdite pour les soins ambulatoires.⁸ Enfin, en 2023, il a été interdit de facturer des suppléments en imagerie médicale lorsque les scanners sont effectués entre 8h et 18h.⁹

Au fil des ans, des interdictions plus spécifiques ont également été mises en place. Par exemple, il est interdit de facturer des suppléments d’honoraires en cas de soins intensifs ou d’aide urgente ainsi que pour les enfants qui sont accompagnés par un parent lors de leur hospitalisation (interdiction introduite également en 2006)¹⁰, en cas d’hospitalisation due à une contamination au coronavirus (en 2020)¹¹ et pour les détenus et les internés qui doivent être hospitalisés (2022).¹²

Or, force est de constater que ces restrictions n’ont pas permis de réduire les dépenses dues aux suppléments d’honoraires, ni de rendre l’accès aux soins de santé plus égalitaire. Nous songeons aux exemples des chambres doubles et de l’imagerie médicale:

a) l’Agence InterMutualiste constate que malgré l’interdiction de facturer des suppléments d’honoraires en chambre double, les dépenses dues aux suppléments d’honoraires n’ont pas cessé d’augmenter. En 2019, cette agence indiquait ce qui suit: “Seuls les suppléments d’honoraires restent applicables pour les hospitalisations en chambre individuelle. Cette mesure a-t-elle freiné la hausse systématique des frais pour le patient? Non. Au contraire, comme le démontre la nouvelle étude de l’Agence InterMutualiste”¹³. Selon cette étude, ces suppléments seraient en hausse;

b) s’il est vrai qu’aucun supplément d’honoraires ne peut plus être facturé pour l’imagerie médicale, l’article 152/1 de la loi sur les hôpitaux prévoit une exception: “les médecins hospitaliers peuvent facturer des suppléments si les prestations sont fournies à la demande expresse du patient entre 18 heures et 8 heures ou le samedi, le dimanche et les jours fériés”.¹⁴ Compte tenu des longs délais d’attente pendant les heures

⁷ Parl. St., *Kamer*, 2014-2015, DOC 54 1161.

⁸ Parl. St., *Kamer*, 2021-2022, DOC 55 2882.

⁹ Parl. St., *Kamer*, 2022-2023, DOC 55 3538.

¹⁰ Parl. St., *Kamer*, 2006-2007, DOC 51 2594.

¹¹ Parl. St., *Kamer*, 2019-2020, DOC 55 1129.

¹² Parl. St., *Kamer*, 2021-2022, DOC 55 2882.

¹³ InterMutualistisch Agentschap, Persbericht: 563 miljoen in 2017: Een recordbedrag aan ereloonsupplementen, 5 januari 2019, <https://aim-ima.be/Persbericht-563-miljoen-in-2017>

¹⁴ Gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen.

⁷ Doc. parl., *Chambre*, 2014-2015, DOC 54 1161.

⁸ Doc. parl., *Chambre*, 2021-2022, DOC 55 2882.

⁹ Doc. parl., *Chambre*, 2022-2023, DOC 55 3538.

¹⁰ Doc. parl., *Chambre*, 2006-2007, DOC 51 2594.

¹¹ Doc. parl., *Chambre*, 2019-2020, DOC 55 1129.

¹² Doc. parl., *Chambre*, 2021-2022, DOC 55 2882.

¹³ Agence InterMutualiste, Communiqué de presse: 563 millions d’euros en 2017: Un montant record pour les suppléments d’honoraires, 5 janvier 2019, <https://aim-ima.be/Communique-de-presse-563-millions?lang=fr>

¹⁴ Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins.

gesteld: ellenlang wachten op een afspraak zonder supplementen tijdens de kantooruren, of supplementen betalen om snel een scan te laten uitvoeren tijdens de nacht of het weekend. Zo zet de geneeskunde aan twee snelheden zich verder: wie het geld heeft kan snel onder de scanner tijdens de nacht, wie de middelen ontbreekt, moet wachten.¹⁵

Hoewel deze beperkingen vaak expliciet bedoeld waren om de ongelijkheid in de zorg tegen te gaan en de kosten voor de patiënten te drukken, hebben ze op een perverse manier de problemen versterkt, eerder dan ze op te lossen. In plaats van dat de gelijke toegang tot vlotte en kwaliteitsvolle zorg wordt bevorderd, zetten de onrechtvaardigheden zich op een nieuwe manier verder.

We stellen vast dat de verschillende beperkingen van het systeem van de ereloonsupplementen, hoe goed bedoeld ook, het probleem fundamenteel niet hebben opgelost. Enkel een afschaffing van het systeem van de ereloonsupplementen in zijn geheel kan een einde brengen aan deze willekeur en ongelijke toegang tot de ziekenhuiszorg.

Een hervorming van de ziekenhuisfinanciering

De financiering van de gezondheidszorg in België is hoofdzakelijk volume-gebonden. Per prestatie betaalt de patiënt (en de sociale zekerheid) een bedrag aan de arts. Zo wordt de arts voorzien in zijn inkomen. Maar daarboven vormt deze betaling per prestatie ook een centrale pijler van de financiering van de ziekenhuizen. De basisfinanciering (van het Budget Financiële Middelen) volstaat niet om alle activiteiten en kosten van de ziekenhuizen te dekken. Daarom tekenen artsen en ziekenhuizen contracten waarin wordt bepaald hoeveel de arts aan het ziekenhuis afstaat per prestatie. Ereloonsupplementen vormen een centraal element in dit financieringsmodel, als een manier om een prestatie meer te laten lonen.

Deze volumegebonden financiering heeft tot gevolg dat het *incentive* ontstaat om de patiënten (die het kunnen betalen) prestaties te laten ondergaan die meer

¹⁵ Zo meldde bijvoorbeeld *De Standaard* op 22 april 2024: “De ziekenfondsen hebben tientallen klachten binnengekregen over ziekenhuizen die met opzet scans buiten de kantooruren plannen zodat ze supplementen kunnen aanrekenen.”, https://www.standaard.be/cnt/dmf20240422_91067032
Het Nieuwsblad schreef dezelfde dag: “Verbod van Vandenbroucke kent pervers effect: onwetende patiënten betalen meer omdat ziekenhuizen scans buiten kantooruren plannen.”, https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20240421_97196431

d'ouverture des bureaux, les patients sont confrontés au choix suivant: attendre indéfiniment un rendez-vous sans supplément pendant les heures d'ouverture des bureaux, ou payer des suppléments pour passer un scanner rapidement durant la nuit ou le week-end. Cela renforce la médecine à deux vitesses: les patients qui en ont les moyens peuvent passer rapidement un scanner durant la nuit tandis que les autres doivent patienter.¹⁵

Alors que, souvent, ces restrictions visaient explicitement à lutter contre les inégalités dans les soins de santé et à réduire les coûts pour le patient, elles ont eu pour effet pervers d'exacerber les problèmes plutôt que de les résoudre. Ces limitations ont en effet perpétué les injustices sous une nouvelle forme alors qu'elles étaient censées favoriser un accès égalitaire à des soins rapides et de qualité.

Nous constatons que les différentes restrictions appliquées au régime des suppléments d'honoraires, quelque louables qu'elles soient, n'ont pas fondamentalement résolu ce problème. Seule l'abrogation complète de ce régime permettrait de mettre fin à cet arbitraire et à cette inégalité d'accès aux soins hospitaliers.

Réforme du financement des hôpitaux

En Belgique, le financement des soins de santé est principalement lié aux volumes. Le patient (et la sécurité sociale) paie(nt) un montant au médecin par prestation et le médecin est ainsi rémunéré. Ce paiement fondé sur les prestations constitue en outre un pilier essentiel du financement des hôpitaux, dont le financement de base (issu du budget des moyens financiers) ne permet pas de couvrir l'ensemble des activités et des frais des hôpitaux. C'est pour cette raison que les médecins et les hôpitaux concluent des contrats qui fixent le montant que le médecin cède à l'hôpital par prestation. Les suppléments d'honoraires sont un élément central de ce modèle de financement, dès lors qu'ils permettent de valoriser davantage les prestations.

Ce financement lié au volume des soins a pour effet d'inciter les professionnels de la santé à soumettre les patients (qui peuvent se le permettre) à des prestations

¹⁵ Extrait du quotidien *De Standaard* du 22 avril 2024: “De ziekenfondsen hebben tientallen klachten binnengekregen over ziekenhuizen die met opzet scans buiten de kantooruren plannen zodat ze supplementen kunnen aanrekenen.”, https://www.standaard.be/cnt/dmf20240422_91067032, tandis que *Het Nieuwsblad* écrivait le même jour: “Verbod van Vandenbroucke kent pervers effect: onwetende patiënten betalen meer omdat ziekenhuizen scans buiten kantooruren plannen.”, https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20240421_97196431
Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins.

opleveren. Een bekend voorbeeld zijn de medische scans. Omgekeerd wordt bijvoorbeeld de preventieve geneeskunde ontmoedigd doordat hier per prestatie weinig of niets aan te verdienen is. Zo heeft de volumegebonden financiering het pervers gevolg dat het aanbod van de zorg mede wordt gestuurd door commerciële motieven en niet enkel door wetenschappelijke gestaafde overwegingen over de volksgezondheid.

Wij zijn van mening dat we moeten afstappen van de volumegebonden financiering van de zorg. Deze manier van financieren brengt commerciële belangen in conflict met overwegingen over de volksgezondheid. Het verbod op ereloonsupplementen vormt een eerste stap in de beweging naar een niet-volumegebonden financiering van de zorg.

Gezien de ziekenhuizen afhankelijk zijn van de ereloonsupplementen, doordat de basisfinanciering niet volstaat, moet een verbod op de ereloonsupplementen samen gaan met een verhoging van het Budget Financiële Middelen. Want indien de ereloonsupplementen worden afgeschaft zonder enig alternatief, kan dit leiden tot een onderfinanciering van de ziekenhuizen. Dat merkten ook Santhea, Zorgnet-Icuro, Unessa en GIBBIS op in hun brief van 22 november 2019 aan de Commissie Gezondheid van de Kamer in verband met het wetsvoorstel DOC 55 0477 van de PVDA-PTB. Om die reden voorziet dit wetsvoorstel in een overgangperiode van één jaar tussen de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en de inwerkingtreding van het wetsvoorstel. Deze periode moet ertoe dienen om het Budget Financiële Middelen aan te vullen en zodoende de ziekenhuizen voldoende financiering te garanderen.

TOELICHTING BIJ DE ARTIKELEN

Art. 2 tot 4

De artikelen 2 tot 4 schaffen het systeem van de ereloonsupplementen in de ziekenhuizen af. Dat gebeurt door alle artikelen over het aanrekenen van ereloonsupplementen op te heffen uit de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008.

Art. 5

Het voorstel DOC 55 0477/001 beoogde oorspronkelijk de supplementen enkel af te schaffen in de ziekenhuizen. In hun brief wezen Santhea, Zorgnet-Icuro, Unessa en GIBBIS terecht op de ongewenste gevolgen die dat

qui rapportent davantage. Un exemple bien connu est celui des actes d'imagerie médicale. À l'inverse, la médecine préventive, par exemple, est découragée dès lors qu'elle rapporte peu, voire rien du tout, à la prestation. Le financement lié au volume a donc pour effet pervers de créer une offre de soins gouvernée par des motivations commerciales, au lieu de répondre à des considérations de santé publique étayées scientifiquement.

Nous estimons dès lors que ce mode de financement doit être abandonné car il crée un conflit entre des intérêts commerciaux et des considérations de santé publique. L'interdiction des suppléments d'honoraires constitue la première étape d'un financement des soins de santé non lié au volume des soins.

Dès lors que les hôpitaux dépendent des suppléments d'honoraires à cause d'un financement de base insuffisant, il convient d'assortir l'interdiction de facturer des suppléments d'honoraires d'un relèvement du Budget des Moyens Financiers. En effet, la suppression pure et simple des suppléments d'honoraires risque d'entraîner un sous-financement des hôpitaux, comme l'ont fait remarquer les associations Santhea, Zorgnet-Icuro, Unessa et GIBBIS dans la lettre du 22 novembre 2019 qu'elles ont adressée à la commission de la Santé de la Chambre à propos de la proposition de loi DOC 55 0477 déposée par le PVDA-PTB. C'est pourquoi la présente proposition de loi prévoit une période transitoire d'un an entre le moment où la future loi sera publiée au *Moniteur belge* et celui où elle entrera en vigueur. Cette période doit servir à compléter le Budget des Moyens Financiers et, ce faisant, à garantir aux hôpitaux un financement suffisant.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Art. 2 à 4

Les articles 2 à 4 visent à abroger le régime des suppléments d'honoraires dans les hôpitaux en abrogeant tous les articles relatifs à la facturation de suppléments d'honoraires dans la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins.

Art. 5

La proposition DOC 55 0477/001 visait initialement à ne mettre fin aux suppléments d'honoraires que dans les hôpitaux. Dans leur lettre, Santhea, Zorgnet-Icuro, Unessa et GIBBIS ont souligné, à juste titre, les effets

kan hebben. Een verbod in de ziekenhuizen, maar niet in de ambulante sector, kan het gevolg hebben dat de activiteiten zich zouden verplaatsen van de ziekenhuizen naar de ambulante sector. Om die reden diende de PVDA-PTB reeds vorige legislatuur een amendement in om het verbod uit te breiden zodat het van toepassing is in zowel de ziekenhuizen als de ambulante sector. Dit amendement is in dit wetsontwerp reeds opgenomen in artikel 5. Een verbod in zowel de ziekenhuizen als in de ambulante sector is des te meer nodig gezien het KCE opmerkt dat ereloonsupplementen wijdverspreid zijn in de ambulante sector en amper onderhevig zijn aan regelgeving.

Art. 6

Artikel 6 bepaalt dat deze wet pas in werking treedt één jaar na de bekendmaking ervan in het *Belgisch Staatsblad*. Zo voorzien we in een overgangperiode om de financiering van de ziekenhuizen veilig te stellen.

Natalie Eggermont (PVDA-PTB)
Sofie Merckx (PVDA-PTB)
Ayse Yigit (PVDA-PTB)
Raoul Hedebouw (PVDA-PTB)
Roberto D'Amico (PVDA-PTB)
Farah Jacquet (PVDA-PTB)
Robin Tonniau (PVDA-PTB)

indésirables que cette suppression pourrait avoir. Interdire les suppléments d'honoraires dans les hôpitaux sans les interdire dans le secteur ambulatoire pourrait en effet entraîner un déplacement des activités des hôpitaux vers le secteur ambulatoire. C'est pourquoi le groupe PVDA-PTB a déjà présenté, sous la précédente législature, un amendement tendant à étendre cette interdiction afin qu'elle s'applique à la fois aux hôpitaux et au secteur ambulatoire. Les dispositions de cet amendement ont déjà été intégrées dans l'article 5 de la présente proposition de loi. Interdire les suppléments d'honoraires tant dans les hôpitaux que dans le secteur ambulatoire se justifie d'autant plus que le KCE constate que ces suppléments sont très répandus dans le secteur ambulatoire et qu'ils n'y sont guère réglementés.

Art. 6

L'article 6 prévoit que la présente loi n'entrera en vigueur qu'un an après sa publication au *Moniteur belge*. Nous prévoyons donc une période transitoire pour assurer le financement des hôpitaux.

WETSVOORSTEL**Artikel 1**

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

Art. 2

Artikel 30/1 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, ingevoegd bij de wet van 27 december 2012 en laatstelijk gewijzigd bij de wet van 18 december 2016, wordt opgeheven.

Art. 3

Artikel 97 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet 26 juni 2020, wordt opgeheven.

Art. 4

Artikel 98 van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet 17 juli 2015, wordt opgeheven.

Art. 5

Artikel 53, § 5, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, ingevoegd bij de wet van 29 november 2022, wordt vervangen als volgt:

“§ 5. Zorgverleners mogen in geen geval voor ambulante zorg die zij verlenen hogere honoraria of prijzen aanrekenen dan de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming.”

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

La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

Art. 2

L'article 30/1 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, inséré par la loi du 27 décembre 2012 et modifié en dernier lieu par la loi du 18 décembre 2016, est abrogé.

Art. 3

L'article 97 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 26 juin 2020, est abrogé.

Art. 4

L'article 98 de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 17 juillet 2015, est abrogé.

Art. 5

L'article 53, § 5, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inséré par la loi du 29 novembre 2022, est remplacé par ce qui suit:

“§ 5. Les dispensateurs de soins ne peuvent en aucun cas facturer, pour les soins ambulatoires qu'ils délivrent, des honoraires ou des prix supérieurs aux tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire.”

Art. 6

Deze wet treedt in werking de eerste dag van de dertiende maand na die waarin ze is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

12 juli 2024

Natalie Eggermont (PVDA-PTB)
Sofie Merckx (PVDA-PTB)
Ayse Yigit (PVDA-PTB)
Raoul Hedebouw (PVDA-PTB)
Roberto D'Amico (PVDA-PTB)
Farah Jacquet (PVDA-PTB)
Robin Tonniau (PVDA-PTB)

Art. 6

La présente loi entre en vigueur le premier jour du treizième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*.

12 juillet 2024