

Chambre des Représentants

SESSION 1983-1984

17 OCTOBRE 1983

PROPOSITION DE LOI

modifiant l'article 13
de la loi du 23 décembre 1963
sur les hôpitaux

PROPOSITION DE LOI

modifiant la loi du 23 décembre 1963
sur les hôpitaux

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTE PUBLIQUE, DE LA FAMILLE
ET DE L'ENVIRONNEMENT (1)

PAR M. BARZIN

(1) Composition de la Commission :

Président : M. De Grève.

A. — Membres : M. Ansoms, Mme Boeraeve-Derycke, De Loore-Raeymaekers, MM. Diegenant, Gehlen, Lestienne, M. Olivier. — Mme Brenez, MM. Coëme, Collart, J.-J. Delhaye, Hancké, Rubens, Temmerman. — MM. Barzin, F. Colla, De Grève, De Groot, Klein, Militis. — MM. Caudron, Valkeniers.

B. — Suppléants : MM. Beerden, Bockstal, Mme Demeester-De Meyer, M. Detremmerie, Melle. Devos, MM. L. Kelchtermans, Liénard, Marchand. — MM. Biefnot, De Loor, Mme Detiège, MM. Gondry, Y. Harmegnies, Laridon, Mme Lefeber, M. Sleenckx. — MM. Anthuenis, Bonnel, Cornet d'Elzius, Daems, Flamant, Mévis, Petitjean. — MM. Anciaux, Desaeysere, De Mol.

Voir :

249 (1981-1982) :

- N° 1 : Proposition de loi.
- Nos 2 et 3 : Amendements.

143 (1981-1982) :

- N° 1 : Proposition de loi.

Kamer van Volksvertegenwoordigers

ZITTING 1983-1984

17 OKTOBER 1983

WETSVOORSTEL

tot wijziging van artikel 13
van de wet van 23 december 1963
op de ziekenhuizen

WETSVOORSTEL

tot wijziging van de wet van 23 december 1963
op de ziekenhuizen

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE
VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET GEZIN
EN HET LEEFMILIEU (1)

UITGEBRACHT DOOR DE HEER BARZIN

(1) Samenstelling van de Commissie :

Voorzitter : de heer De Grève.

A. — Leden : de heer Ansoms, Mevr. Boeraeve-Derycke, De Loore-Raeymaekers, de heren Diegenant, Gehlen, Lestienne, M. Olivier. — Mevr. Brenez, de heren Coëme, Collart, J.-J. Delhaye, Hancké, Rubens, Temmerman. — de heren Barzin, F. Colla, De Grève, De Groot, Klein, Militis. — de heren Caudron, Valkeniers.

B. — Plaatsvervangers : de heren Beerden, Bockstal, Mevr. Demeester-De Meyer, de heer Detremmerie, Mev. Devos, de heren L. Kelchtermans, Liénard, Marchand. — de heren Biefnot, De Loor, Mevr. Detiège, de heren Gondry, Y. Harmegnies, Laridon, Mevr. Lefeber, de heer Sleenckx. — de heren Anthuenis, Bonnel, Cornet d'Elzius, Daems, Flamant, Mévis, Petitjean. — de heren Anciaux, Desaeysere, De Mol.

Zie :

249 (1981-1982) :

- N° 1 : Wetsvoorstel.
- Nrs 2 en 3 : Amendementen.

143 (1981-1982) :

- N° 1 : Wetsvoorstel.

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre Commission a consacré quatre réunions à l'examen de la proposition de loi modifiant l'article 13 de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux (n° 249/), à savoir les 23 juin et 23 novembre 1982 et les 15 février et 15 juin 1983.

Entre-temps, l'article 13 de la loi sur les hôpitaux, sur lequel portent précisément les présentes propositions de loi, a été modifié successivement par l'arrêté royal n° 162 du 30 décembre 1982 et par l'article 34 de la loi du 11 avril 1983 portant des dispositions fiscales et budgétaires.

L'auteur de la première proposition de loi a donc introduit des amendements (Doc. n° 249/3) pour adapter sa proposition à ces modifications.

Quant aux amendements de M. Van Cauwenberghe (Doc. n° 249/2) qui portent sur le texte initial de la première proposition de loi, ils sont devenus sans objet.

* * *

La proposition de loi de M. Desutter modifiant la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux (Doc. n° 143/1), dont la discussion a été jointe à celle de la proposition de loi susmentionnée a été retirée par son auteur en raison de la modification apportée à l'article 13 par la loi portant des dispositions fiscales et budgétaires.

I. — Exposé introductif de l'auteur de la première proposition de loi

Avant 1964, la couverture du déficit des hôpitaux publics incombait à la commune sur le territoire de laquelle l'hôpital était situé.

Ensuite, la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux a mis le déficit à charge de l'Etat (le Ministère de la Santé publique et de la Famille). Cette situation a duré 10 ans.

Enfin, la loi-programme du 28 décembre 1973 a introduit une nouvelle réglementation pour la couverture du déficit en mettant, à partir de l'exercice 1974, les déficits des hôpitaux publics :

— pour 10 %, à charge de la commune dont la C. A. P. gère l'hôpital;

— pour les 90 % restants, à charge des communes au prorata du nombre d'habitants admis à l'hôpital.

Il y a lieu de noter que cette répartition est différente de celle proposée initialement par le Ministre de la Santé publique de l'époque, M. De Saeger, qui avait suggéré de n'impliquer financièrement que les seules communes dont étaient originaires 10 % au moins des patients hospitalisés.

Ce système présentait l'avantage de ne concerner qu'un nombre limité de communes, généralement limitrophes et constituant autour de l'hôpital une sorte de région sanitaire.

Cependant, à la suite des discussions interminables au sujet du pourcentage du nombre d'habitants, le Ministre a finalement proposé la solution radicale consistant à impliquer financièrement une commune dès qu'un seul de ses habitants était admis à l'hôpital public.

Cette commune n'intervient cependant nullement dans la gestion de l'hôpital.

Cette disposition a été modifiée à partir de l'exercice 1983 par la loi du 11 avril 1983 précitée.

DAMES EN HEREN,

Uw Commissie heeft aan het onderzoek van het wetsvoorstel tot wijziging van artikel 13 van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen (Stuk n° 249/1) vier vergaderingen gewijd, met name op 23 juni en 23 november 1982 alsmede op 15 februari en 15 juni 1983.

Ondertussen werd artikel 13 van de wet op de ziekenhuizen, waarop de onderhavige wetsvoorstellen juist betrekking hebben, achtereenvolgens gewijzigd door het koninklijk besluit van 30 december 1982 en door artikel 34 van de wet van 11 april 1983 houdende fiscale en begrotingsbepalingen.

De auteur van het eerste wetsvoorstel heeft dus amendementen ingediend (Stuk n° 249/3) om zijn wetsvoorstel aan die wijzigingen aan te passen.

De amendementen van de heer Van Cauwenberghe (Stuk n° 249/2), die betrekking hebben op de oorspronkelijke tekst van het eerste wetsvoorstel, vervallen.

* * *

Het wetsvoorstel van de heer Desutter tot wijziging van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen (Stuk n° 143/3) waarvan de bespreking bij die van voormeld wetsvoorstel werd gevoegd, werd door de indiener ervan ingetrokken wegens de wijziging die in artikel 13 door de wet houdende fiscale en begrotingsbepalingen is aangebracht.

I. — Inleidende uiteenzetting van de auteur betreffende het eerste wetsvoorstel

Vóór 1964 werd het tekort van de openbare ziekenhuizen gedekt door de gemeente op het grondgebied waarvan het ziekenhuis gelegen was.

Door de wet van 23 december 1963 kwam dat tekort vervolgens ten laste van het Rijk (het Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin). Die regeling heeft 10 jaar geduurd.

Ten slotte voerde de programmawet van 28 december 1973 een nieuwe regeling in voor de dekking van het tekort, waardoor de tekorten van de openbare ziekenhuizen met ingang van het dienstjaar 1974 :

— voor 10 % ten laste komen van de gemeente waarvan de C. O. O. het ziekenhuis beheert;

— voor de overige 90 % ten laste blijven van de gemeenten naar verhouding van het aantal in het ziekenhuis opgenomen inwoners.

Hierbij zij aangestipt dat die verdeling verschilt van die welke aanvankelijk was voorgesteld door de toenmalige Minister van Volksgezondheid De Saeger, die gesuggereerd had alleen die gemeenten aan te spreken waarvan ten minste 10 % van de in het ziekenhuis verpleegde patiënten afkomstig waren.

Die regeling bood het voordeel dat zij slechts betrekking had op een gering aantal gemeenten, die meestal in de buurt lagen en een soort sanitair gewest rond het ziekenhuis vormden.

Na oeverloze discussies omtrent het percentage van het aantal inwoners stelde de Minister ten slotte een radicale oplossing voor, die erin bestaat een gemeente aan te spreken zodra een enkele van haar inwoners in het openbaar ziekenhuis is opgenomen.

Die gemeente is echter volkomen uitgesloten van het beheer van het ziekenhuis.

Die bepaling werd met ingang van het dienstjaar 1983 bij voornoemde wet van 11 april 1983 gewijzigd.

Cette loi prévoit que les déficits sont à charge des communes dont le nombre d'habitants admis dans l'hôpital constitue, pour chaque commune séparément, un certain pourcentage du nombre total d'admissions dans cet hôpital.

Le nombre d'habitants y hospitalisés de l'ensemble de ces communes doit toutefois constituer une certaine fraction du nombre total d'admissions dans l'hôpital concerné.

Les différents pourcentages et la fraction précitées sont fixés par arrêté royal délibéré en conseil des ministres.

Le solde de déficit est supporté par la commune dont le C. P. A. S. gère l'hôpital.

On peut noter d'autre part que l'arrêté royal n° 162 du 30 décembre 1982 prévoit qu'un plan d'assainissement peut être imposé aux hôpitaux en vue de réduire progressivement le déficit et de l'apurer entièrement pour la fin de l'année 1988.

* * *

L'auteur procède ensuite à un examen critique de cette législation.

Pour les exercices antérieurs à 1983, certaines communes sont obligées de supporter une part du déficit d'un hôpital, en fonction du nombre de leurs habitants qui y sont admis, alors qu'elles n'ont pas la moindre part dans la gestion de cet hôpital.

En outre, de nombreuses normes sont imposées aux hôpitaux, notamment en matière de personnel et de formation de celui-ci, normes qu'ils doivent respecter sous peine de perdre leur agrégation et qui ne vont pas dans le sens de l'économie.

L'auteur donne ensuite un aperçu de l'importance des déficits des hôpitaux publics de 1967 à 1978.

En 1967, quand le déficit était à charge du département de la Santé publique, il était de 611 millions, mais depuis lors, il a augmenté régulièrement :

1972	1 milliard
1974	1,466 milliard
1977	3 milliards
1978	3,6 milliards

Cette année, le déficit doit être de l'ordre de 5 à 6 milliards.

Or, les dépenses des hôpitaux publics, entre 1967 à 1978, sont passées de 4,8 à 33 milliards.

Il y a donc une relation plus ou moins fixe entre les deux chiffres et le déficit ne s'accroît proportionnellement pas davantage que le total des dépenses des hôpitaux publics.

L'auteur estime qu'une gestion saine n'est possible que dans le cadre d'un système démocratique. Il lui paraît dès lors indispensable que les communes qui interviennent dans le financement bénéficient d'un droit de participation et de concertation, voire d'un droit de veto sur le plan de la gestion.

Le membre déplore que, dans la situation actuelle, on ne cherche pas à remplacer le gestionnaire lorsqu'un hôpital public connaît des difficultés financières, mais que l'on tente au contraire de détourner des patients de cet hôpital.

L'auteur est convaincu que la seule solution à retenir est celle de la tutelle démocratique directe exercée par la province et les communes.

Die wet bepaalt dat de tekorten ten laste komen van de gemeenten waarvan het aantal in het ziekenhuis opgenomen inwoners, voor iedere gemeente afzonderlijk, een bepaald percentage van het totaal aantal ziekenhuisopnamen uitmaakt.

Het aantal in dat ziekenhuis opgenomen inwoners, afkomstig uit al die gemeenten samen, dient echter een bepaalde gedeelte te vormen van het totale aantal opnamen in het betrokken ziekenhuis.

De verschillende percentages en het hierboven bedoelde gedeelte worden vastgesteld bij een in Ministerraad overlegd koninklijk besluit.

Het resterende deel van het tekort wordt gedragen door de gemeente waarvan het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn het ziekenhuis beheert.

Anderzijds zij aangestipt dat het koninklijk besluit n° 162 van 30 december 1982 bepaalt dat aan de ziekenhuizen een saneringsplan kan worden opgelegd om het tekort geleidelijk te verminderen en het tegen eind 1988 volledig aan te zuiveren.

* * *

De indiener wijdt vervolgens een kritisch onderzoek aan de wetgeving.

Voor de aan 1983 voorafgaande dienstjaren worden bepaalde gemeenten verplicht een gedeelte van het tekort van een ziekenhuis te dragen met inachtneming van het aantal daar opgenomen inwoners ofschoon zij niet de geringste inspraak hebben in het beheer van het ziekenhuis.

Daarenboven worden aan de ziekenhuizen talrijke normen opgelegd met name op het gebied van het personeel en de opleiding ervan, welke normen zij in acht dienen te nemen om te blijven worden erkend. Die normen resulteren niet bepaald in een bezuiniging.

De indiener geeft daarna een overzicht van de omvang van het tekort van de openbare ziekenhuizen van 1967 tot 1978.

In 1967, toen het tekort ten laste kwam van het departement van Volksgezondheid, bedroeg het 611 miljoen, doch het is sindsdien geregeld toegenomen :

1972	1 miljard
1974	1,466 miljard
1977	3 miljard
1978	3,6 miljard

Dit jaar zal het tekort 5 à 6 miljard bedragen.

Nu zijn de uitgaven van de openbare ziekenhuizen tussen 1967 en 1978 gestegen van 4,8 miljard tot 33 miljard.

Er bestaat dus een min of meer vaste verhouding tussen die beiden cijfers en procentueel stijgt het tekort niet meer dan het totale bedrag van de uitgaven van de openbare ziekenhuizen.

De auteur wijst erop dat een goed beheer slechts mogelijk is in het kader van een democratisch systeem. Daarom meent hij dat gezorgd moet worden voor inspraak en overleg, en zelfs vetorecht vanwege de financierende gemeenten in het beheer.

Jammer genoeg is volgens hem de toestand zo dat ingeval van financiële moeilijkheden niemand eraan denkt de beheerder van het openbaar ziekenhuis te vervangen, maar dat integendeel wordt gepoogd patiënten aan dit ziekenhuis te onttrekken.

De auteur is ervan overtuigd dat de oplossing moet gezocht worden in het raam van de rechtstreeks door de provincie en de gemeenten uitgeoefende democratische voogdij.

Il admettrait une répartition des déficits dans une proportion de 60/40, 50/50, ou même de 30/70.

Les provinces seraient chargées d'assurer la répartition des tâches entre les hôpitaux publics d'une part et entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés d'autre part, de manière à en coordonner et à en stimuler les activités.

A l'heure actuelle, il n'existe pas de dispositions structurelles permettant d'imposer la collaboration avec d'autres hôpitaux.

D'après l'auteur, c'est aux provinces qu'il incombe de mener une telle politique. Un tel système fonctionne d'ailleurs en Suède.

Le membre considère que faire supporter la majeure partie du déficit par la « commune-siège » est une solution saine, mais il estime que la province devrait être mise à contribution proportionnellement pour les charges restantes.

Il doute fort qu'un contrôle démocratique puisse être réglé par arrêté royal. Il estime par contre qu'une solution d'avenir pourrait consister à confier partiellement ce contrôle aux provinces.

L'auteur précise que le but de sa proposition de loi est de faire coïncider la responsabilité financière et le pouvoir de décision.

II. — Discussion générale

Le Ministre des Affaires sociales et des Réformes institutionnelles fournit une documentation comprenant :

— une analyse sur base des dernières données disponibles et complètes (année 1979) des principales causes des déficits des hôpitaux publics;

— l'arrêté royal du 20 décembre 1982 (*Moniteur belge* du 28 décembre 1982) déterminant les critères pour la fixation des déficits des hôpitaux visés à l'article 13, § 2, de la loi du 23 décembre 1973 sur les hôpitaux;

— la circulaire du 30 décembre 1982 aux organes de gestion des hôpitaux publics, relative aux déficits d'exploitation et aux mesures d'assainissement;

— l'arrêté royal du 11 avril 1983 fixant les règles particulières d'exécution de l'article 13, § 5, de la loi sur les hôpitaux;

— la circulaire du 15 avril 1983 aux hôpitaux qui dépendent d'un C. P. A. S., d'une association intercommunale ou d'une association visée à l'article 118 de la loi organique du 8 juillet 1976 relative aux C. P. A. S.

Le déficit des hôpitaux publics atteignait :

en 1977 : 3,9 milliards
en 1978 : 3,534 milliards
en 1979 : 4,419 milliards
en 1980 : 5,840 milliards
(données incomplètes).

En 1980, le déficit de l'assurance maladie-invalidité s'élevait à 32,484 milliards et le déficit des hôpitaux en représentait environ 18 %.

Un phénomène d'accélération du déficit se produit donc depuis 1979, confirmé par les cris d'alarme au niveau des communes.

Quant à la première proposition de loi, le Ministre émet des réserves quant à son approche, car elle concerne la répartition du déficit alors que, selon lui, il faut en premier lieu s'efforcer de le réduire.

Een 60/40, 50/50 of zelfs een 30/70 verdeling van de tekorten is voor hem aanvaardbaar.

De provincies krijgen een coördinerende, stimulerende, taakverdelende rol tussen de openbare ziekenhuizen en tussen openbare en privéziekenhuizen.

Tot nu toe is in de structuren geen regeling ingebouwd waarbij samenwerking met andere ziekenhuizen kan worden opgelegd.

Volgens de auteur komt aan de provincies toe om zulke politiek te voeren. Dergelijk systeem functioneert trouwens in Zweden.

Het lid acht het een gezonde oplossing dat het tekort grotendeels ten laste van de « moedergemeente » wordt gelegd maar meent dat de rest evenredig moet worden gespreid over de provincie.

Hij betwijfelt ten eerste dat een democratische controle via een koninklijk besluit kan worden tot stand gebracht. Wel meent hij dat een regeling waarbij de controle gedeeltelijk wordt toevertrouwd aan de provincies voor de toekomst een oplossing zal bieden.

De auteur wijst er op dat zijn wetsvoorstel tot doel heeft de financiële lasten en de beslissingsmacht te doen samenvallen.

II. — Algemene bespreking

De Minister van Sociale Zaken en Institutionele Hervormingen verstrekt de volgende documentatie :

— een analyse, op basis van de beschikbare en volledige gegevens (jaar 1979), van de voornaamste oorzaken van het tekort van de openbare ziekenhuizen;

— het koninklijk besluit van 20 december 1982 (*Staatsblad* van 28 december 1982) tot vaststelling van de maatstaven voor het bepalen van de ziekenhuistekorten bedoeld in artikel 13, § 2, van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen;

— de omzendbrief van 30 december 1982 aan de beheersorganen van de openbare ziekenhuizen met betrekking tot de uitbatingstekorten en de saneringsmaatregelen;

— het koninklijk besluit van 11 april 1983 tot vaststelling van de bijzondere regels ter uitvoering van artikel 13, § 5, van de wet op de ziekenhuizen;

— de omzendbrief van 15 april 1983 betreffende de ziekenhuizen die afhangen van een O. C. M. W., een intercommunale vereniging of een vereniging bedoeld bij artikel 118 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

Het tekort van de openbare ziekenhuizen bedroeg :

in 1977 : 3,9 miljard
in 1978 : 3,534 miljard
in 1979 : 4,419 miljard
in 1980 : 5,840 miljard
(onvolledige gegevens).

In 1980 beliep het tekort van de ziekte- en invaliditeitsverzekering 32,484 miljard, het tekort van de ziekenhuizen bedroeg ongeveer 18 % daarvan.

De snelle stijging van het tekort dateert dus van 1979 en zij wordt bevestigd door de alarmkreten van de gemeenten.

De Minister maakt voorbehoud omtrent de benadering van het eerste wetsvoorstel, dat ernaar streeft het tekort te verdelen, terwijl men zijns inziens in de eerste plaats moet trachten het te verminderen.

L'auteur signale que la réduction du déficit hospitalier fait l'objet de son autre proposition de loi (Doc. n° 288/1).

Le Ministre fait observer que la proposition met automatiquement 40 % du déficit à charge de la « commune-siège », alors que ce pourcentage n'est pas toujours aussi élevé dans la situation actuelle. La « commune-siège » ne retirera donc pas toujours un avantage du système proposé.

Il fait remarquer que le § 5, introduit dans l'article 13 de la loi sur les hôpitaux par l'arrêté royal n° 162 du 30 décembre 1982, permet au Roi d'imposer aux hôpitaux publics un plan d'assainissement qui doit aboutir à leur équilibre financier dans les six ans, c'est-à-dire pour la fin de l'année 1988.

Une structure sera mise en place telle que les gestionnaires puissent effectivement gérer, alors qu'actuellement ils subissent trop de contraintes.

Le Ministre ajoute que, d'autre part, la détermination des éléments compris dans le déficit sera plus rigoureuse.

Ainsi, l'arrêté royal du 20 décembre 1982 déterminant les critères pour la fixation des déficits des hôpitaux visés à l'article 13 de la loi, prévoit que les charges ne peuvent pas être imputées à d'autres communes lorsqu'elles se rapportent à des activités extérieures à celles de l'hôpital, aux consultations ou aux prestations techniques, ni lorsqu'elles proviennent de mesures imposées à l'hôpital.

Par ailleurs, il est selon le Ministre inconcevable que toutes les communes qui envoient des malades à l'hôpital y jouissent d'un droit de regard. Ce serait un imbroglio.

Ainsi, les communes ne seront tenues à intervenir dans le déficit que pour autant que le nombre de leurs habitants admis dans l'hôpital atteigne un certain pourcentage du nombre total d'admissions. Les petites communes ne seront donc plus concernées. Un correctif sera cependant prévu : ce pourcentage ne sera pas nécessairement uniforme pour tout le pays mais le nombre d'habitants hospitalisés de l'ensemble de ces communes devra atteindre un pourcentage des admissions de l'ensemble. De cette façon, la charge de la commune-siège de l'hôpital ne sera pas trop lourde.

En outre, les communes concernées interviendront effectivement dans la gestion de l'hôpital par le fait non plus de mandataires politiques mais de personnes spécialisées.

* * *

Un membre estime que la proposition de loi se borne à déplacer le problème.

Selon lui, la question fondamentale est de savoir si le déficit doit être réparti ou non et le principe de la répartition constitue une mauvaise option de départ.

La thèse libérale est en effet qu'un hôpital, public ou privé, doit être « self supporting ».

Il cite une clinique dont la comptabilité est saine, ce qui prouve que l'équilibre financier est réalisable.

D'autre part, le déficit des cliniques privées n'est pas réparti alors qu'elles aussi accueillent des malades provenant des communes des environs. En outre, dans les hôpitaux publics, le prix de journée est souvent plus élevé que dans les premières.

Deux membres s'opposent également au transfert du déficit vers d'autres instances.

Un autre intervenant, par contre, estime qu'il ne faut pas généraliser à partir d'un cas et rappelle que certaines cliniques privées demandent aux personnes hospitalisées des provisions importantes.

De indiene merkt op dat een ander door hem ingediend wetsvoorstel betrekking heeft op de vermindering van het tekort van de ziekenhuizen (Stuk n° 288/1).

De Minister merkt op dat het voorstel automatisch 40 % ten laste van de « moedergemeente » legt. Dit percentage is in de huidige toestand niet altijd zo hoog. De « moedergemeente » haalt dus niet altijd voordeel uit de voorgestelde regeling.

Hij merkt op dat § 5, die in artikel 13 bij het koninklijk besluit n° 162 van 30 december 1982 werd ingevoegd, de Koning de mogelijkheid biedt om aan de openbare ziekenhuizen een saneringsplan op te leggen dat binnen zes jaar, dus tegen eind 1988, tot hun financieel evenwicht moet leiden.

Een zodanige structuur wordt ingevoerd, dat de beheerders effectief kunnen beheren, terwijl zij thans aan te veel verplichtingen onderworpen zijn.

De Minister voegt daaraan toe dat men strikter zal toezien bij het bepalen van de bestanddelen waaruit het tekort bestaat.

Aldus bepaalt het koninklijk besluit van 20 december 1982 tot vaststelling van de maatstaven voor het bepalen van de ziekenhuistekorten bedoeld in artikel 13 van de wet dat de lasten niet aan andere gemeenten mogen worden aangerekend wanneer zij betrekking hebben op andere activiteiten dan die van ziekenhuizen, op de raadplegingen of op technische prestaties en evenmin als zij voortkomen van maatregelen die aan het ziekenhuis opgelegd worden.

Anderzijds is het, volgens de Minister, ondenkbaar dat alle gemeenten die zieken in een ziekenhuis laten opnemen daar een recht van inspraak hebben, zoniet ontstaat een onontwarbare situatie.

De gemeenten zullen slechts in het tekort moeten bijdragen voor zover het aantal in het ziekenhuis opgenomen ingezetenen van die gemeenten een bepaald percentage van het totale aantal opnamen bereikt. Een en ander zal dus niet meer gelden voor kleine gemeenten. Die regel moet echter enigszins gecorrigeerd worden : dat percentage zal niet noodzakelijk eenvormig zijn voor het gehele land, doch het aantal in het ziekenhuis opgenomen ingezetenen van al die gemeenten dient een percentage van het gezamenlijk aantal opnamen te bereiken. Op die manier zal de last voor de moedergemeente niet te zwaar zijn.

Daarenboven zullen de betrokken gemeenten niet langer via politieke mandatarissen doch door toedoen van deskundigen effectief inspraak krijgen in het beheer van het ziekenhuis.

* * *

Een lid meent dat het wetsvoorstel zich er toe beperkt het probleem te verschuiven.

Zijns inziens is de vraag vooral of het tekort al dan niet moet worden verdeeld en is die verdeling een verkeerd uitgangspunt.

Het liberale standpunt is immers dat een openbaar of een particulier ziekenhuis zichzelf moet kunnen bedruipen.

Om te bewijzen dat een financieel evenwicht bereikt kan worden, haalt hij het voorbeeld aan van een ziekenhuis met een gezonde boekhouding.

Anderzijds wordt het tekort van de particuliere ziekenhuizen niet over de gemeenten omgeslagen, terwijl ook zij zieken uit de omliggende gemeenten opnemen. Voorts ligt de verpleegdagprijs in de openbare ziekenhuizen vaak hoger dan in de particuliere.

Twee leden zijn ook gekant tegen de « overheveling » van het tekort naar andere instanties.

Een ander lid is daarentegen de mening toegedaan dat men, uitgaande van een apart geval, niet mag veralgemenen en hij wijst erop dat sommige particuliere ziekenhuizen aan de opgenomen patiënten aanzienlijke provisies vragen.

D'autre part, il faut selon lui tenir compte de l'obligation imposée aux hôpitaux publics d'assurer certaines tâches nécessaires, par exemple les services d'urgence et des services jugés par le secteur privé insuffisamment rentables.

Enfin, selon lui, pour limiter le déficit, il faut également enrayer la surconsommation médicale.

Un membre rappelle qu'un nouveau système de couverture des déficits est entré en vigueur en 1973, ce qui a mis fin au système appliqué depuis dix ans dans lequel les déficits étaient pris en charge par l'Etat.

On a dit alors qu'il n'y avait plus lieu de craindre de nouveaux déficits, ce qui ne fut pas le cas.

Le membre estime que ce système est inadéquat.

Un autre membre considère également que l'Etat doit continuer à intervenir dans la couverture des déficits des hôpitaux placés sous sa tutelle.

L'auteur de la proposition de loi partage cette opinion, étant entendu toutefois que l'intervention de la province se substituerait à celle de l'Etat.

Un autre membre considère que la province est une institution trop controversée, mais que les idées de base de la proposition de loi peuvent être prises en considération.

Le même membre regrette que l'on ne dispose pas de données objectives en ce qui concerne les causes du déficit des hôpitaux publics.

Une enquête effectuée en 1978 a indiqué que les différences par rapport au secteur privé résultaient essentiellement de :

- la politique du personnel : les coûts dans les hôpitaux publics présentent des différences notables par rapport au réseau privé;

- la gestion par un organisme politique;

- la politique du département de la Santé publique et les normes imposées en matière de personnel qui sont appliquées de manière maximale dans les hôpitaux publics, contrairement à ce qui se passe dans les hôpitaux privés;

- le niveau de qualification du personnel;

- la collaboration de religieuses dans les hôpitaux privés.

Le membre propose d'effectuer une étude basée sur l'hypothèse d'une hausse de 5 à 6 % du taux d'occupation dans les hôpitaux publics.

L'auteur pense que le système actuel pénalise la commune qui fait confiance à l'hôpital public et est en outre antidémocratique, puisqu'il met une partie du déficit à charge d'instances qui n'interviennent en rien dans la gestion.

Il est cependant d'accord avec le Ministre quant à la détermination stricte du déficit. L'hôpital devrait subvenir aux investissements par ses propres moyens.

D'autre part, en ce qui concerne la façon différente dont chaque hôpital calcule la rémunération des médecins, il estime qu'une coopération et une répartition des activités doit être instaurée entre les hôpitaux publics et privés. Celle-ci serait la mieux assurée dans le cadre provincial, puisqu'il s'agit d'une instance qui existe, gère elle-même des hôpitaux et dispose d'un corps de fonctionnaires au fait de ce problème complexe.

L'auteur communique les chiffres relatifs à la répartition en 1980 des charges de toutes les communes par province (que le patient provienne ou non de la province).

— Anvers	787 millions;
— Brabant	1 857 millions;
— Flandre occidentale	327 millions;

Ook dient men rekening te houden met de aan de openbare ziekenhuizen opgelegde verplichting om bepaalde noodzakelijke opdrachten te vervullen, zoals de diensten voor spoedopnamen en diensten die door de privésector niet rendabel genoeg geacht worden.

Ten slotte dient het tekort, zijns inziens, ook te worden beperkt door het afremmen van de medische overconsumptie.

Een lid merkt op dat in 1973 een regeling tot dekking van de tekorten werd ingevoerd. Daarmee kwam een einde aan een sinds 10 jaar bestaand systeem waarbij de tekorten door de Staat werden ten laste genomen.

Toen werd gezegd dat geen nieuwe tekorten meer te vrezen waren. Dit bleek niet juist.

Het lid acht die regeling een verkeerde ingreep.

Een ander lid is eveneens van mening dat de overheid moet blijven tussenkomen in de dekking van de tekorten van de ziekenhuizen waarover zij de voogdij uitoefent.

De auteur van het wetsvoorstel is het daarmee eens, met dien verstande dat de provincie in plaats van de centrale overheid zou tussenkomen.

Een ander lid acht de provincie een te betwiste instelling; wel kunnen de ideeën die ten grondslag liggen aan het wetsvoorstel in overweging worden genomen.

Dit lid betreurt dat geen objectieve gegevens voorhanden zijn omtrent de oorzaken van het deficit der openbare ziekenhuizen.

Uit een in 1978 verricht onderzoek bleek dat de verschillen met de privé-sector vooral te wijten waren aan :

- het personeelsbeleid : de kosten in de openbare ziekenhuizen vertonen merkbare verschillen met het privé-net;

- het beheer door een politiek organisme;

- het beleid van het departement van Volksgezondheid en de opgelegde personeelsnormen die door de openbare ziekenhuizen maximaal worden toegepast, doch niet door de privé-ziekenhuizen;

- de kwalificatie van het personeel;

- de medewerking van religieuzen in privé-ziekenhuizen.

Het lid stelt voor een studie te ondernemen, hierbij uitgaande van de hypothese dat de bezettingsgraad in de openbare ziekenhuizen zou stijgen met 5 % à 6 %.

De indiener van het wetsvoorstel meent dat de huidige regeling een sanctie inhoudt voor de gemeenten die vertrouwen schenken aan het openbaar ziekenhuis en bovendien antidemocratisch is, aangezien instanties die hoege-naamd niet aan het beheer deelnemen voor een deel van het tekort moeten opdraaien.

Hij gaat akkoord met de Minister als die voor een strikte omschrijving van het tekort pleit. Het ziekenhuis zou de investeringen met eigen middelen moeten bekostigen.

In verband met het feit dat elk ziekenhuis de bezoldigingen van de artsen op een verschillende wijze berekent, meent hij dat samenwerking en verdeling van de activiteiten tussen de openbare en de particuliere ziekenhuizen tot stand moet komen. Dat is het best mogelijk in het kader van de provincie, aangezien die een bestaande instantie is, die zelf ziekenhuizen beheert en over een ambtenarenkorps beschikt dat vertrouwd is met die ingewikkelde problemen.

De indiener deelt cijfers mede betreffende de verdeling in 1980 per provincie, van de lasten van alle gemeenten (ongeacht of de patiënt al dan niet uit de provincie afkomstig is).

— Antwerpen	787 miljoen;
— Brabant	1 857 miljoen;
— West-Vlaanderen	327 miljoen;

— Flandre orientale	304 millions;
— Hainaut	913 millions;
— Liège	1 229 millions;
— Limbourg	115 millions;
— Luxembourg	85 millions;
— Namur	205 millions.

Selon lui, la modification de l'article 13 par la loi du 11 avril 1983 de réformes fiscales et budgétaires constitue une haute forme de pouvoirs spéciaux et une anarchie institutionnalisée, car c'est un arrêté royal qui déterminera à partir de quel seuil les communes devront intervenir et que ce seuil variera selon les hôpitaux, ce qui entraînera la possibilité de pressions sur le Ministre.

Le Ministre rétorque que la participation, dans le déficit de l'hôpital, des communes dont les habitants y sont soignés ne sera pas fixée arbitrairement car il est prévu qu'elle se fera selon des critères uniformes pour tout le pays.

L'exécution du texte peut donc être souple mais non arbitraire. Ce sont les communes qui appartiennent à la zone d'attraction normale de l'hôpital qui participeront à la charge.

Le Ministre demande en conclusion que les provinces ne se voient pas imposer des charges nouvelles et, par conséquent, que la proposition de loi ne soit pas acceptée.

L'auteur estime que la crise économique va mener à l'accroissement du déficit hospitalier, et ce d'autant plus que le Ministre va sabrer dans les dépenses des services techniques, qui constituent pour les hôpitaux une source importante de revenus.

En outre, certaines communes résidentielles ne paieront rien tandis que les grandes villes se verront imposer une participation importante.

Il est d'avis que sa proposition de loi devrait être soutenue par la fédération des établissements catholiques de soins.

Un autre membre estime que de nombreux hôpitaux mettent au point une révision fondamentale de leur gestion et que certaines pratiques inacceptables doivent être dévoilées et éliminées.

Un membre rappelle qu'en 1973, le Ministre de la Santé publique avait annoncé qu'il n'y aurait plus de déficit hospitalier suite aux nouvelles mesures législatives.

Cela s'est avéré être une légende et le déficit cumulé atteint actuellement plus de 30 milliards.

La loi du 11 avril 1983 accroîtra encore les difficultés de la commune-centre car, d'une part, l'action se porte sur les symptômes et non sur les causes du déficit et, d'autre part, les deux réseaux hospitaliers, public et privé, sont en position d'inégalité : les hôpitaux publics sont soumis à des règles qui ont provoqué le déficit. Si de nombreuses communes sont dans une situation financière critique, c'est pour une part importante à cause du déficit de leur hôpital public.

En conclusion, l'intervenant déclare que son groupe est opposé à la réglementation actuelle et soutient la proposition de loi.

Votes

Les articles 1 et 2 de la proposition de loi telle qu'elle a été amendée par l'auteur (Doc. n° 249/3) sont rejetés par 10 voix contre 4 et 1 abstention.

Le rapporteur,

J. BARZIN

Le Président,

L. DE GREVE

— Oost-Vlaanderen	304 miljoen;
— Henegouwen	913 miljoen;
— Luik	1 229 miljoen;
— Limburg	115 miljoen;
— Luxemburg	85 miljoen;
— Namen	205 miljoen.

Zijns inziens is de wijziging van artikel 13 door de wet van 11 april 1983 houdende fiscale en begrotingsbepalingen in feite een sterk staaltje van toepassing van de bijzondere machten en een geïnstitutionaliseerde vorm van anarchie, aangezien een koninklijk besluit zal bepalen vanaf welke drempel de gemeenten zullen moeten bijdragen en die drempel verschillend zal zijn volgens het ziekenhuis, zodat op de Minister druk zal kunnen worden uitgeoefend.

De Minister werpt op dat de bijdrage in het tekort van het ziekenhuis door de gemeenten waarvan de inwoners daar verzorgd worden, niet willekeurig wordt vastgesteld want er wordt bepaald dat die bijdrage berekend zal worden volgens criteria die voor het gehele land dezelfde zijn.

De toepassing van de tekst kan dus geschieden met soepelheid, doch zonder enige willekeur. De gemeenten die tot het natuurlijke verzorgingsgebied van het ziekenhuis behoren, zullen in de last bijdragen.

Tenslotte vraagt de Minister aan de provincies geen nieuwe lasten op te leggen en het wetsvoorstel niet te aanvaarden.

De indiener oordeelt dat de economische crisis het tekort van de ziekenhuizen nog zal doen aangroeien, te meer daar de Minister duchtig gaat snoeien in de uitgaven van de technische diensten, die voor de ziekenhuizen een belangrijke bron van inkomsten vormen.

Bovendien zullen bepaalde residentiële gemeenten niets betalen, terwijl van de grote steden een aanzienlijke inspanning zal worden gevergd.

Hij is de mening toegedaan dat zijn wetsvoorstel de steun verdient van het verbond van katholieke verpleeginrichtingen.

Een ander lid oordeelt dat talrijke ziekenhuizen van een grondige herziening van hun beheer werken en dat bepaalde onduidelijke praktijken onthuld en uitgeschakeld moeten worden.

Een lid herinnert eraan dat de Minister van Volksgezondheid in 1973 aangekondigd had dat de ziekenhuizen ten gevolge van de nieuwe wettelijke maatregelen geen tekort meer zouden hebben.

Dat bleek een wensdroom te zijn en het gecumuleerde tekort bereikt thans meer dan 30 miljard.

De wet van 11 april 1983 zal de moeilijkheden voor de moedergemeente nog verzwaren, aangezien men de symptomen en niet de oorzaken van het tekort aanpakt en de openbare ziekenhuizen onderworpen zijn aan regels die het tekort veroorzaakt hebben. Nu is het feit dat talrijke gemeenten een hachelijke financiële situatie kennen voor een groot deel te wijten aan het tekort van hun openbaar ziekenhuis.

Tot besluit verklaart het lid dat zijn fractie tegen de huidige regeling gekant is en het wetsvoorstel steunt.

Stemmingen

De artikelen 1 en 2 van het wetsvoorstel, zoals het door de indiener werd geamendeerd (Stuk n° 249/3), worden verworpen met 10 tegen 4 stemmen en 1 onthouding.

De Rapporteur,

J. BARZIN

De Voorzitter,

L. DE GREVE