

BELGISCHE SENAAT

ZITTING 1982-1983

24 MEI 1983

Voorstel van wet tot wijziging, inzake de forfaitaire betalingswijze in de eerstelijnsgezondheidszorg, van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE VOOR DE
SOCIALE AANGELEGENHEDEN
UITGEBRACHT
DOOR DE HEER VANDENHOVE

De Commissie voor de Sociale Aangelegenheden heeft dit voorstel van wet besproken tijdens haar vergaderingen van 24 juni en 7 december 1982, evenals die van 15 februari en 15 maart 1983.

A. Toelichting van de indiener

Het met dit wetsvoorstel nagestreefde doel is tweevoudig, nl. de revalorisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en het ontwerpen van een aangepaste betalingswijze voor die vorm van geneeskunde.

Aan de werkzaamheden van de Commissie hebben deelgenomen :

Vaste leden : de heren Egemeers, voorzitter; Califice, Claeys, Coen, Conrotte, Deconinck, J. Gillet, Mevr. Herman-Michielsens, de heren Humblet, Jandrain, W. Peeters, Mevr. Remy-Oger, de heer Spitaels, Mevr. Staels-Dompas, de heren Vandenabeele, Vandermeulen, Vangeel, Van Herck, Van In, Vannieuwenhuyze en Vandenhove, verslaggever.

Plaatsvervanger : de heer Canipel.

R. A 12371

Zie :

Gedr. St. van de Senaat :

145 (1981-1982) : N° 1 : Voorstel van wet.

SENAT DE BELGIQUE

SESSION DE 1982-1983

24 MAI 1983

Proposition de loi modifiant, en ce qui concerne le paiement forfaitaire des soins de santé primaires, la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DES AFFAIRES SOCIALES
PAR M. VANDENHOVE

La Commission des Affaires sociales a examiné la présente proposition de loi au cours de ses réunions du 24 juin et du 7 décembre 1982, ainsi que du 15 février et du 15 mars 1983.

A. Exposé de l'auteur

La proposition de loi poursuit un double objectif : elle tend à revaloriser les soins de santé primaires et à élaborer un système de rétribution approprié pour cette forme de médecine.

Ont participé aux travaux de la Commission :

Membres effectifs : MM. Egemeers, président; Califice, Claeys, Coen, Conrotte, Deconinck, J. Gillet, Mme Herman-Michielsens, MM. Humblet, Jandrain, W. Peeters, Mme Remy-Oger, M. Spitaels, Mme Staels-Dompas, MM. Vandenabeele, Vandermeulen, Vangeel, Van Herck, Van In, Vannieuwenhuyze et Vandenhove, rapporteur.

Membre suppléant : M. Canipel.

R. A 12371

Voir :

Document du Sénat :

145 (1981-1982) : N° 1 : Proposition de loi.

De pleidooien voor een herwaardering van « de eerste lijn » zijn de jongste jaren legio; zelfs in de opeenvolgende regeringsverklaringen werden intentieverklaringen daarover opgenomen. Ook op de wereldconferentie, die door de Wereldgezondheidsorganisatie in 1978 te Alma Ata werd ingericht, en in E.G.-verband werd gewezen op de noodzaak om de eerste lijn anders te organiseren (zie blz. 10 en 11 van de toelichting).

Het voorstel wil de groepspraktijken met multidisciplinair karakter aanmoedigen. Uit wetenschappelijk onderzoek in België is gebleken dat meer dan de helft van de klachten in de eerste lijn, psychosomatisch zijn (vereenzaming, stress, onvrede met zichzelf, gezinsproblemen, enz.). Vandaar het pleidooi om in de eerste lijn te werken met multidisciplinaire teams ten einde beter tegemoet te komen aan het meer moderne ziektebeeld, d.w.z. ziekte toestanden die niet alleen een medische behandeling dan wel een begeleiding noodzakelijk maken. Geneeskunde in de eerste lijn moet dus niet alleen curatief maar ook sterk preventief zijn.

Waarom een nieuwe betalingswijze ?

Buiten de bestreving om de jonge artsen een vast inkomen te bezorgen, is er ook de gedachte dat teamwerk het best forfaitair wordt vergoed om de gelijkwaardigheid van inbreng en werk te beklemtonen.

In vrijwel alle Europese landen is de forfaitaire betalingswijze mogelijk; in de Skandinavische landen is ze zelfs de regel. In België is dat moeilijk omdat de Code van de Orde van Geneesheren een aantal bepalingen bevat die praktisch een onoverkomelijke hinderpaal vormen.

Er bestaan nochtans in ons land een zeventigtal centra die open staan voor onmiddellijk toegankelijke extra-murale dienstverlening, maar waarvoor geen passende financiële regeling kon worden uitgewerkt.

In dergelijke groepspraktijken verdienen de artsen het inkomen voor de hele groep. Het hoeft geen betoog dat in een dergelijk stelsel de zin van de eigenlijke eerstelijnszorg wordt uitgehold wegens de neiging om het aantal prestaties op te drijven.

Ook de door het beheerscomité van het R.I.Z.I.V. uitgewerkte regeling inzake het forfait voor artsen en paramedici, lost het probleem niet op. Immers, niet alle gezondheidswerkers zullen aanspraak kunnen maken op vergoeding.

Daarom het voorstel om de wet van 1963 aan te passen, in die zin dat nader bepaald wordt :

- wat eerstelijns geneeskunde is;
- welke medewerkers voor die eerste lijn in aanmerking kunnen worden genomen en voor welke activiteiten.

Les plaidoyers en faveur d'une revalorisation des soins de santé primaires se sont multipliés au cours de ces dernières années : même les déclarations gouvernementales successives contiennent des déclarations d'intention à ce sujet. La conférence mondiale organisée par l'Organisation mondiale de la Santé en 1978 à Alma Ata, ainsi que la C.E. ont souligné la nécessité d'organiser autrement ces soins (voir pp. 10 et 11 des développements).

La proposition a pour but d'encourager les cabinets de groupe à caractère multidisciplinaire. Des recherches scientifiques faites en Belgique ont révélé qu'en médecine primaire, plus de la moitié des troubles sont de nature psychosomatique (solitude, stress, mécontentement de soi-même, problèmes familiaux, etc.). D'où ce plaidoyer en vue d'utiliser des équipes multidisciplinaires pour les soins primaires, et ce afin de mieux remédier aux manifestations morbides contemporaines que sont les états pathologiques nécessitant non seulement un traitement médical, mais également un encadrement. La médecine primaire ne doit donc pas seulement agir curativement, mais aussi exercer une action nettement préventive.

Pourquoi un nouveau système de rétribution ?

Outre le souci d'assurer un revenu fixe aux jeunes médecins, on a estimé que la meilleure façon de rétribuer le travail d'équipe est le mode forfaitaire, afin de mettre l'accent sur l'équivalence de l'apport et du travail de chacun.

Dans presque tous les pays d'Europe, le système de rétribution forfaitaire est possible; il est même la règle dans les pays scandinaves. En Belgique, son application est rendue malaisée par le fait que le Code de l'Ordre des médecins comporte un certain nombre de dispositions qui constituent en pratique un obstacle insurmontable.

Il existe pourtant dans notre pays quelque septante centres qui dispensent des soins de santé extra-hospitaliers immédiatement accessibles, mais pour lesquels on ne parvient pas à mettre sur pied un système financier approprié.

Dans ces cabinets de groupe, ce sont les honoraires des médecins qui servent à payer l'ensemble du groupe. Il va sans dire que dans pareil système, les soins de santé primaires perdent toute leur signification en raison de la tendance à augmenter le nombre des prestations.

Le système de rétribution forfaitaire des médecins et du personnel paramédical, que le Comité de gestion de l'I.N.A.M.I. a mis au point, ne résout pas non plus le problème. En effet, les collaborateurs médicaux et paramédicaux ne pourront pas tous prétendre à une rétribution.

La présente proposition a dès lors été déposée afin d'adapter la loi de 1963 en définissant :

- ce qu'il faut entendre par médecine primaire;
- quels sont les collaborateurs susceptibles d'entrer en ligne de compte pour ce genre de soins et quelles sont les activités à retenir dans ce contexte.

B. Bespreking

De bespreking van dit wetsvoorstel geschiedde in verschillende fasen.

Tijdens de vergadering van 24 juni 1982 werd het voorstel door de indiener toegelicht en heeft een eerste gedachtenwisseling plaatsgehad.

De standpunten die door de commissieleden en door de Minister van Sociale Zaken werden ingenomen, kunnen als volgt worden weergegeven :

Een lid is het eens met de zienswijze van de indiener en pleit eveneens voor de invoering van een forfaitaire geneeskunde, onder meer omdat een betaling per verstrekking leidt tot een toename van die verstrekkingen.

Het lid pleit daarenboven voor een andere benadering van de geneeskunde : de huisartsen zouden meer tijd moeten besteden aan hun patiënten en hen beter inlichten over de oorzaken van ziekte of ongesteldheid.

Spreker zegt ten slotte dat er in België weinig gegevens voorhanden zijn voor een betrouwbare evaluatie van de werking van een groepspraktijk. Er moet nagegaan worden welke de rendabiliteit is van een dergelijke opzet. Dat zou de studie door het R.I.Z.I.V. vergemakkelijken en tevens aantonen wat al dan niet haalbaar is.

Andere leden nemen een meer genuanceerd standpunt in. Een van hen verklaart positief te staan tegenover het voorstel, doch maakt voorbehoud voor wat de honorering aangaat. Een andere vorm van honorering vergt een andere maatstaf inzake inkomensherverdeling. Spreker vraagt zich overigens af wat de budgettaire weerslag van de forfaitaire geneeskunde zou zijn.

Uitgaande van eigen ervaring is dezelfde intervenant de mening toegedaan dat de patiënten in het algemeen geen voorstander zijn van een groepsbenadering. Hij pleit derhalve voor een niet eenzijdige wijze van verstrekken van verzorging.

Hij heeft trouwens ondervonden dat, wanneer artsen tegen terugbetalingstarief presteren, de behoeften pijlsnel stijgen.

Vandaar de vraag of een louter forfaitair stelsel niet behoeftenscheppend gaat werken.

Een ander lid wijst erop dat de jongste jaren een aantal experimenten i.v.m. groepspraktijken werden uitgevoerd. Het zou nuttig zijn daarover meer inlichtingen te krijgen.

Wat de forfaitaire geneeskunde betreft, wordt in de toelichting van het voorstel verwezen naar de regelingen die in het buitenland bestaan.

Spreker wenst nader te worden geïnformeerd over de wijze waarop die systemen werken. Hij meent te weten dat, met name het Britse systeem, ook nadelen biedt voor de patiënten en dat de artsen minder gemotiveerd zouden zijn.

B. Discussion

La proposition à l'examen a été discutée en plusieurs phases.

Lors de la réunion du 24 juin 1982, l'auteur a expliqué la portée de sa proposition et un premier échange de vues a eu lieu.

Les points de vue adoptés par les commissaires et par le Ministre des Affaires sociales peuvent être résumés comme suit :

Un membre approuve les vues de l'auteur et plaide également en faveur de l'instauration d'une médecine forfaitaire, notamment parce que le paiement à la prestation entraîne un accroissement de ces prestations.

En outre, l'intervenant plaide pour une autre approche de la médecine : les médecins traitants devraient consacrer plus de temps à leurs patients et mieux les informer des causes des maladies ou des indispositions.

Enfin, l'intervenant dit qu'en Belgique, on dispose de peu de données pour procéder à une évaluation fiable du fonctionnement d'un cabinet de groupe. Il faudrait examiner quelle est la rentabilité d'un tel système. Cet examen faciliterait l'étude réalisée par l'I.N.A.M.I. et permettrait aussi de démontrer ce qui est ou non réalisable.

D'autres membres adoptent une position plus nuancée. L'un d'eux déclare être favorable à la proposition, mais émet des réserves en ce qui concerne le mode de rétribution. L'instauration d'une autre forme de rétribution requiert la mise en œuvre d'un autre critère de redistribution des revenus. L'intervenant se demande par ailleurs quelle pourrait être l'incidence budgétaire de la médecine forfaitaire.

Se basant sur sa propre expérience, l'intervenant estime que, d'une manière générale, les patients ne sont pas partisans d'une médecine de groupe. Il est dès lors opposé à un système unilatéral de dispensation des soins.

Il a d'ailleurs constaté que, lorsque les médecins travaillent aux taux de la mutuelle, les besoins augmentent en flèche.

Par conséquent, il se demande si un système purement forfaitaire ne suscitera pas de nouveaux besoins.

Un autre membre signale que, ces dernières années, on a fait différentes expériences en ce qui concerne les cabinets de groupe. Il serait utile de disposer d'informations plus détaillées à ce sujet.

En ce qui concerne la médecine forfaitaire, les développements de la proposition se réfèrent aux systèmes existant à l'étranger.

L'intervenant aimerait obtenir des renseignements plus précis sur le mode de fonctionnement de ces systèmes. Il croit savoir que le système britannique notamment présente aussi des inconvénients pour les patients et que les médecins seraient moins motivés.

De voorsteller antwoordt als volgt op de verschillende opmerkingen en vragen :

1. *Behoeftenschepping*

Het is mogelijk dat patiënten gemakkelijker naar een geneeskundig centrum gaan, maar dat betekent nog niet dat zij geen verzorging behoeven.

Ook het bestaande systeem leidt tot overproductie : artsen brengen bezoeken zonder geroepen te zijn.

De indiener is ervan overtuigd dat met de forfaitaire betaling de prikkel tot overproductie wegvalt.

2. *Budgettaire weerslag*

Diensten voor eerstelijnsgezondheidszorg zullen leiden tot een grotere tewerkstelling en bijgevolg ook tot grotere uitgaven. Daartegenover staat dat de herwaardering van de eerste lijn moet leiden tot minder hospitalisatie en/of verwijzing naar specialisten. Er zal dus een toename zijn op de eerste lijn, maar een sterke daling op de tweede lijn.

3. *Minder motivatie bij de artsen*

Dat gevaar is niet denkbeeldig. De auteur kondigt de indiening aan van een amendement waardoor getracht wordt de kwaliteitsbewaking in de centra te garanderen.

4. *Toestand in andere landen*

De landen met de beste gezondheidsindicatoren zijn de Skandinavische landen, doch er is voorzichtigheid geboden bij de beoordeling ervan.

In Groot-Brittannië wordt voor gezondheidszorg procentgewijze minder besteed dan in België. Om het systeem geldig te beoordelen, moeten ook de kosten worden bekeken.

5. *Strekking van het voorstel*

Het is geenszins de bedoeling een veralgemeend systeem op te leggen, wel om een wettelijk statuut te geven aan bepaalde initiatieven, die vrij ontstaan en een passende regeling vergen naar behoeften en leefbaarheid.

De Minister is de mening toegedaan dat men bepaalde systemen niet mag over-idealiseren en dat te sterke kritiek op andere regelingen evenmin passend is.

Zij die thans in de centra werkzaam zijn, behoren tot de meest actieve en idealistische geneesheren. De uitbreiding van het systeem houdt het gevaar in dat ook minder gemoetteerde geneesheren tot die centra gaan toetreden.

Het overaanbod van geneesheren is op zichzelf al een probleem, een veralgemening van het systeem zou overeenkomen met een vestigingswet.

L'auteur de la proposition donne les réponses suivantes aux différentes observations et questions :

1. *Création de besoins*

Il se peut que les patients se rendent plus facilement à un centre médical, mais cela ne signifie pas pour autant qu'ils n'aient pas besoin de soins.

Le système existant mène lui aussi à la surproduction : des médecins visitent leurs patients sans avoir été appelés.

L'auteur est convaincu que le système forfaitaire permettra de supprimer le stimulant de la surproduction.

2. *Incidence budgétaire*

La mise en place de services de soins de santé primaires aura pour effet d'augmenter le volume de l'emploi et, partant, celui des dépenses. Par contre, la revalorisation des soins primaires devrait permettre de réduire le nombre des hospitalisations et/ou des renvois aux spécialistes. Il y aurait donc une augmentation au premier échelon, qui s'accompagnerait d'une forte diminution au deuxième échelon.

3. *Diminution de la motivation des médecins*

Ce risque est réel. L'auteur annonce qu'il déposera un amendement en vue de garantir le contrôle de la qualité dans les centres.

4. *Situation dans d'autres pays*

Les pays présentant les meilleurs indicateurs en matière de santé sont les pays scandinaves, mais il faut utiliser ces indicateurs avec prudence.

En Grande-Bretagne, le pourcentage des dépenses pour soins de santé est inférieur à celui de la Belgique. Pour pouvoir apprécier le système à sa juste valeur, il faut également en examiner le coût.

5. *Portée de la proposition*

Le but poursuivi n'est aucunement d'imposer un système généralisé, mais de doter d'un statut légal certaines initiatives spontanées qui requièrent une réglementation appropriée eu égard aux besoins et à leur viabilité.

Le Ministre estime que l'on doit éviter d'idéaliser exagérément certains systèmes et qu'il ne convient pas d'avantage d'émettre des critiques excessives à l'encontre d'autres systèmes.

Les médecins occupés actuellement dans ces centres sont parmi les plus actifs et les plus idéalistes. L'élargissement du système risque d'ouvrir les centres à des médecins moins motivés.

Le trop grand nombre de médecins est déjà en soi un problème et, si l'on généralisait le système, ce serait comme si l'on promulguait une loi d'établissement.

Hoewel de Minister geneigd is om in die richting te experimenteren ligt de moeilijkheid bij de benarde toestand van het R.I.Z.I.V.

De Minister verklaart tenslotte dat hij het advies van het R.I.Z.I.V. over dit voorstel heeft gevraagd.

*
**

Ter vergadering van 7 december 1982 wordt door de Minister medegedeeld dat het beheerscomité van de dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. negatief heeft geadviseerd over het voorstel van wet.

Na onderzoek is het beheerscomité tot de conclusie gekomen dat :

1° artikel 34^{ter} van de wet van 9 augustus 1963 reeds de wettelijke basis bevat die het mogelijk maakt, zowel voor de eerstelijnsgezondheidszorg als voor de andere verzorging, overeenkomsten te sluiten waarin de forfaitaire betaling van de verstrekkingen wordt bedongen;

2° het beheerscomité, met de commissie die bevoegd is om de overeenkomsten te sluiten, bevoegd is om het systeem van forfaitaire betaling van de verstrekkingen in toepassing te brengen; bovendien is de verordeningbevoegdheid van het beheerscomité soepel genoeg om te kunnen inspelen op de complexiteit en de diversiteit van de toestanden die eigen zijn aan het gebied van de forfaitaire overeenkomsten;

3° de verruiming van het begrip « gewone geneeskundige hulp » tot verstrekkingen die thans niet gedekt zijn door de verzekering voor geneeskundige verzorging, de uitgaven van de ziekteverzekering nog zou doen toenemen.

De Minister preciseert nog dat het R.I.Z.I.V. een reglement heeft opgesteld ten behoeve van de commissie die bevoegd is om over overeenkomsten inzake forfaitaire betalingsregeling te onderhandelen. Dit reglement is opgenomen in de bijlage van dit verslag.

De indiener merkt op dat de regeling die het R.I.Z.I.V. heeft uitgewerkt, geen oplossing biedt voor de bestaande leemte die bestaat in het niet-vergoeden van een aantal specifieke werkzaamheden van de geneeskundige centra.

Met de regeling van het R.I.Z.I.V. worden slechts een aantal verstrekkingen forfaitair vergoed, het voorstel van wet strekt ertoe multidisciplinaire teams operationeel te maken en te vergoeden.

Volgens de indiener is het noodzakelijk in de wet van 9 augustus 1963 een aantal verstrekkingen op te nemen, die thans niet worden vergoed en die deel uitmaken van de verichtingen van het multidisciplinair team. De afgesloten conventies maken het niet mogelijk een aantal personen, die niet behoren tot de eigenlijke medische en paramedische wereld, voor hun prestaties te vergoeden. Deze laatsten worden thans enkel vergoed via het door de artsen verworven inkomenspakket.

S'il est exact que le Ministre est enclin à laisser se faire des expériences dans ce sens, il n'en reste pas moins que c'est la situation financière embarrassante de l'I.N.A.M.I. qui constitue la difficulté.

Enfin, le Ministre déclare qu'il a demandé l'avis de l'I.N.A.M.I. sur la proposition de loi.

*
**

Lors de la réunion du 7 décembre 1982, le Ministre communique que le Comité de gestion du Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. a émis un avis négatif sur la proposition de loi.

Après l'avoir examinée, le Comité de gestion a formulé les conclusions suivantes :

1° l'article 34^{ter} de la loi du 9 août 1963 contient déjà la base légale permettant, tant pour les soins primaires que pour les autres, de conclure des accords prévoyant le paiement forfaitaire des prestations;

2° le Comité de gestion dispose, avec la commission compétente pour conclure les accords, des pouvoirs permettant de mettre en œuvre le système du paiement forfaitaire des prestations; en outre, le pouvoir réglementaire du Comité de gestion présente la souplesse indispensable pour répondre à la complexité et à la diversité des situations propres au domaine des accords forfaitaires;

3° l'élargissement de la notion de « soins courants » à des prestations actuellement non couvertes par l'assurance-soins de santé accroîtrait encore les dépenses de l'assurance-maladie.

Le Ministre précise encore que l'I.N.A.M.I. a établi un règlement à l'usage de la commission compétente pour conclure des accords en matière de paiement forfaitaire des prestations. Ce règlement figure en annexe au présent rapport.

L'auteur de la proposition de loi fait observer que le règlement mis au point par l'I.N.A.M.I. ne comble pas la lacune existante, à savoir l'absence de rétribution d'un certain nombre d'activités spécifiques des centres médicaux.

Le règlement élaboré par l'I.N.A.M.I. ne prévoit une intervention forfaitaire que pour un certain nombre de prestations, tandis que la proposition de loi tend à rendre opérationnelles et à rémunérer des équipes multidisciplinaires.

Selon l'auteur de la proposition, il est nécessaire de mentionner dans la loi du 9 août 1963 une série de prestations dont la rétribution n'est pas prévue à l'heure actuelle et qui s'inscrivent dans le cadre du travail des équipes multidisciplinaires. Les accords conclus empêchent le paiement des prestations d'une série de personnes qui ne font pas partie du monde médical et paramédical proprement dit. Actuellement, ces personnes ne perçoivent qu'une rémunération prélevée sur les revenus des médecins.

Op basis van de conventie daalt aldus het inkomen van de artsen die forfaitair verkiezen te werken, zodat een aantal medewerkende personen moeten worden afgestoten.

Het conventiesysteem brengt bijgevolg geen oplossing voor het fundamenteel verschil van honorering.

Vanwege het R.I.Z.I.V. wordt erop gewezen dat er geen ruimte is voor een uitbreiding van het begrip « gewone geneeskundige hulp », omdat die operatie te duur zou uitvallen. In het advies wordt evenwel geen bewijs voor die stelling aangevoerd.

Door een goede organisatie op de eerste lijn, zouden tal van besparingen kunnen verwezenlijkt worden op de tweede lijn. Ofschoon het moeilijk te ramen is, meent spreker dat een verhoging van de kosten op de eerste lijn stellig zou worden gecompenseerd door de besparingen op de tweede lijn. De door de Minister toegepaste politiek inzake de ziekenhuizen gaat trouwens uit van dezelfde idee.

De indiener vraagt aan de Minister sommige gegevens van het R.I.Z.I.V. nog eens nader te laten onderzoeken en na te gaan of op de eerste lijn een dubbel stelsel kan worden ingevoerd, het ene op basis van het conventiesysteem, het andere op grond van het voorstel van wet.

De Minister haakt daarop in en stelt dat het R.I.Z.I.V. een reglementering heeft ontworpen die een aantal beperkingen inhoudt waarmee, bij het afsluiten van overeenkomsten, zal moeten worden rekening gehouden. Het artikel 34^{ter} van de wet van 1963 verhindert het R.I.Z.I.V. evenwel niet een reglementering op te stellen die zou tegemoet komen aan het voorstel van wet. De door het R.I.Z.I.V. ingebouwde beperkingen gaan uit van de overweging dat behoeftenschepping moet worden vermeden.

De Minister ontkent niet dat het mogelijk is een forfaitaire betalingsregeling in te voeren. De vraag blijft dan wel of bij groepspraktijk de betaling per verstrekking ook nog mogelijk blijft.

Daarenboven is er nog het probleem van de opname in het forfait van verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen en dus niet door het R.I.Z.I.V. worden aangegrepen voor terugbetaling.

Een commissielid, zich aansluitend bij de verklaring van de Minister, is eveneens de mening toegedaan dat het gevaar voor behoeftenschepping, door de invoering van een integrale forfaitaire betaling, niet denkbeeldig is en verwijst naar de toestand die is ontstaan in de sector van de kinesitherapie.

De indiener repliceert als volgt op de verklaringen van de Minister en het commissielid :

— Uit de ervaring moet blijken op welke wijze van het aangeboden pakket verstrekkingen gebruik zal worden gemaakt en of er al dan niet overconsumptie zal uit voortvloeien.

— Voor de bepaling van het forfait is het R.I.Z.I.V. uitgegaan van het gemiddelde inkomen van de huisarts. Die grondslag is onvoldoende omdat een aantal patiënten ook rechtstreeks naar de tweede lijn gaan. De vraag rijst of een

L'accord implique une diminution du revenu des médecins qui choisissent de travailler au forfait, de sorte qu'ils doivent se séparer d'un certain nombre de leurs collaborateurs.

Le système de la conclusion d'accords ne résout donc pas la question fondamentale de la différence des honoraires.

L'I.N.A.M.I. souligne qu'il est impossible d'élargir la notion des « soins courants », parce qu'une telle opération coûterait trop cher. Dans l'avis en question, aucune preuve n'est toutefois fournie à l'appui de cette thèse.

En veillant à une bonne organisation des soins au premier échelon, on réaliserait de sérieuses économies pour ce qui est des soins au deuxième échelon. Bien qu'il soit difficile de faire des estimations, l'intervenant est d'avis qu'une augmentation des frais au premier échelon serait certainement compensée par les économies faites au deuxième échelon. La politique appliquée par le Ministre en matière d'hôpitaux s'inspire d'ailleurs de la même idée.

L'auteur demande au Ministre de faire réexaminer de plus près certaines données de l'I.N.A.M.I. et de voir si l'on ne pourrait instaurer un système double pour le premier échelon, l'un étant basé sur la conclusion d'accords et l'autre sur la proposition de loi.

Le Ministre déclare à ce propos que l'I.N.A.M.I. a mis au point une réglementation comportant un certain nombre de restrictions dont il faudra tenir compte lors de la conclusion des accords. Cependant, l'article 34^{ter} de la loi de 1963 n'empêche pas l'I.N.A.M.I. d'établir une réglementation qui répondrait à la proposition de loi. Les restrictions prévues par l'I.N.A.M.I. partent de la considération qu'il faut éviter de créer des besoins.

Le Ministre ne nie pas qu'il soit possible d'instaurer un système de rétribution forfaitaire. Mais alors se pose la question de savoir si le paiement à la prestation demeure compatible avec la médecine de groupe.

A cela s'ajoute le problème de l'inclusion au forfait des prestations qui ne figurent pas à la nomenclature et ne sont donc pas remboursées par l'I.N.A.M.I.

Un membre rejoignant en cela la déclaration du Ministre, estime que le risque de créer des besoins en instaurant le paiement forfaitaire intégral n'a rien d'illusoire, et il renvoie à la situation à laquelle on a abouti dans le secteur de la kinésithérapie.

L'auteur fait les réponses suivantes aux déclarations du Ministre et du préopinant :

— C'est l'expérience qui nous apprendra comment sera utilisé l'éventail des prestations proposé et s'il en résultera ou non une surconsommation.

— Pour la détermination du forfait, l'I.N.A.M.I. s'est basé sur le revenu moyen du médecin généraliste. Cette base est insuffisante parce qu'un certain nombre de patients s'adressent directement aux spécialistes. Il convient de se demander

gedeelte van de kosten voor de tweede lijn niet moet worden verrekend op de eerste lijn. Een patiënt die zich laat inschrijven bij een team zal zich niet meer rechtstreeks tot de tweede lijn kunnen wenden.

— Er is mogelijkheid om de forfaitaire betalingswijze van het voorstel uit te breiden via artikel 34^{ter} van de wet van 9 augustus 1963 en door verruiming van het artikel 23 van dezelfde wet de verstrekkingen aan te vullen met de activiteiten die worden voorzien bij het artikel 2 van het voorstel.

Een lid geeft als zijn mening te kennen dat het R.I.Z.I.V. de verstrekkingen kan uitbreiden, maar geen andere verstrekkers van verzorging mag inschakelen.

Een ander lid vindt dat het voorstel geen voldoende duidelijke omschrijving geeft van het begrip « team ». Zonder die bepaling is het niet mogelijk het verzorgingspakket nauwkeurig te definiëren.

De voorsteller antwoordt hierop dat de eerstelijnsgezondheidszorg zo dient te worden georganiseerd dat tegemoet gekomen wordt aan het hedendaagse ziektebeeld (multicausaal). Vandaar de multidisciplinaire samenstelling van het team, waarbij de personen die er deel van uitmaken forfaitair worden vergoed.

De Minister van zijn kant, wijst op een nieuw element dat in de wet van 1963 door het voorstel wordt ingevoerd. In artikel 23 van die wet worden de verzekerde verstrekkingen opgesomd die met toepassing van artikel 34, hetzij per verstrekking hetzij forfaitair worden terugbetaald. In datzelfde artikel 23, zoals het door het voorstel wordt aangevuld, is gepreciseerd hoe de terugbetaling geschiedt en dat is van fundamentele aard.

De Minister verklaart dat het voorstel coherent is, uitgaande van een bepaalde visie, doch het zou een aantal, vooral budgettaire, problemen scheppen. Hoe dan ook, hetgeen in artikel 2 wordt voorgesteld, betekent een financiële bijkomende last wanneer op de tweede lijn niet evenredig kan worden bespaard.

Een lid is van oordeel dat er op de tweede lijn niet zal worden bespaard wanneer er geen sanctie is op het automatisch verwijzen ernaar. In Nederland is het zo dat al te gemakkelijk wordt doorverwezen naar de tweede lijn.

Tijdens de vergadering van 15 februari 1983 deelt de Minister mede dat uit nader onderzoek is gebleken dat, indien men de verstrekkingen vermeld in artikel 2 van het voorstel, langs de ziekteverzekering wenst terug te betalen, er inderdaad een wijziging van artikel 23 van de wet van 9 augustus 1963 noodzakelijk is.

Het probleem is dus dubbel :

— enerzijds zou moeten worden overwogen een aantal verstrekkingen aan artikel 23, 1°, van hogergenoemde wet toe te voegen;

— anderzijds zouden die verstrekkingen, binnen het kader van de ziekteverzekering alleen worden terugbetaald, wanneer zij worden verricht door een erkend medisch team.

si une partie du coût des soins du deuxième échelon ne devrait pas être imputée à ceux du premier échelon. Un patient qui s'inscrit auprès d'une équipe ne pourra plus s'adresser directement au deuxième échelon.

— Il est possible d'étendre le mode de paiement forfaitaire visé par la proposition par le biais de l'article 34^{ter} de la loi du 9 août 1963, et de compléter les prestations par les activités prévues à l'article 2 de la proposition en élargissant l'article 23 de la loi précitée.

Un membre est d'avis que l'I.N.A.M.I. peut élargir les prestations, mais qu'il ne peut faire intervenir d'autres dispensateurs de soins.

Un autre membre considère que la proposition ne définit pas assez clairement la notion d'équipe. Sans définition précise de ce terme, il est impossible de cerner exactement l'éventail des soins.

L'auteur de la proposition réplique que les soins de santé primaires doivent être organisés de manière à répondre aux manifestations morbides (multicausales) de notre époque. C'est ce qui justifie la composition multidisciplinaire de l'équipe, dont les membres sont rétribués au forfait.

Le Ministre attire quant à lui l'attention sur un élément nouveau que la proposition introduit dans la loi de 1963. L'article 23 de cette dernière énumère les prestations assurées qui, en application de l'article 34, sont remboursées soit à la prestation, soit forfaitairement. Le même article 23, tel que le complète la proposition, précise comment se fait le remboursement, et ce point est fondamental.

Le Ministre déclare que, si l'on se place dans une certaine optique, la proposition est cohérente mais poserait un certain nombre de problèmes, surtout budgétaires. Quoi qu'il en soit, l'article 2 de la proposition implique une charge financière supplémentaire si l'on ne peut économiser proportionnellement sur les soins du deuxième échelon.

Un membre est d'avis qu'on ne réalisera aucune économie au dit échelon si le renvoi automatique à celui-ci n'est pas sanctionné. On constate qu'aux Pays-Bas, ce renvoi se fait trop facilement.

Lors de la réunion du 15 février 1983, le Ministre signale que, vérification faite, il apparaît que si l'on veut faire rembourser par l'assurance-maladie les prestations mentionnées à l'article 2 de la proposition, il est effectivement indispensable de modifier l'article 23 de la loi du 9 août 1963.

Le problème est donc double :

— d'une part, il faudrait envisager d'ajouter un certain nombre de prestations à l'article 23, 1°, de la loi précitée;

— d'autre part, ces prestations ne seraient remboursées dans le cadre de l'assurance-maladie que si elles ont été accomplies par une équipe médicale agréée.

Een uitbreiding van de terugbetaalbare verstrekkingen is volgens de Minister momenteel niet doenlijk. Bovendien zou een precedent worden geschapen indien men bepaalde verstrekkingen terugbetaalt wanneer ze worden verricht door een eerstelijns team en niet als men langs andere wegen gaat.

Wel lijkt het hem mogelijk een stap te zetten in de richting van het voorstel van wet, uitgaande van de regeling die werd ingevoerd voor de rust- en verzorgingstehuizen (een aantal prestaties verricht in die tehuizen zijn ook terugbetaalbaar bij thuisverzorging). Dit moet dan wel kunnen geschieden met de voorhanden zijnde financiële middelen.

De Minister betwijfelt of de voorgestelde eerstelijnsgezondheidsverzorging besparingen zal opleveren en wenst zekerheid daarover alvorens de regeling te veralgemenen. Een aantal experimenten zouden moeten worden opgezet om te zien wat de werkelijke weerslag is.

De Minister concludeert dat :

- het juridisch niet mogelijk is zonder wetswijziging de verstrekkingen uit te breiden;
- de wetswijziging die het voorstel suggereert, tot discriminatie leidt;
- de nodige middelen ontbreken voor de verruiming. In de mate dat door de ombuiging van het ziekenhuisbeleid middelen vrijkomen, zullen ze worden aangewend voor het verzorgingsbeleid.

Een commissielid vindt dat er naast de argumenten van de Minister nog andere redenen zijn om het voorstel allessins als voorbarig te bestempelen. Ondermeer zou het ontbreken van een inschrijvingsverplichting tot dubbel gebruik kunnen leiden.

Binnen de huidige R.I.Z.I.V.-wetgeving mag niet verder gegaan worden dan wat vastligt. Dit laatste beantwoordt evenwel niet aan de wensen van de centra, vandaar het geringe succes.

Bovendien rijst er een communautair probleem : wanneer de centra zowel preventief (gemeenschappen) als curatief (nationaal) zouden werken, worden twee instanties bevoegd voor de honorering, met al de moeilijkheden eraan verbonden.

Een van de medeondertekenaars van het voorstel verklaart dat hij het standpunt van de Minister nader wenst te onderzoeken en stelt voor de stemming over het voorstel van wet te verdagen.

Ter vergadering van 15 maart 1983 wordt artikel 1 van het voorstel, zonder verdere bespreking, ter stemming gelegd en verworpen met 10 tegen 5 stemmen.

Deze stemminguitslag houdt meteen de verwerping in van het voorstel van wet.

Dit verslag is goedgekeurd bij eenparigheid van de 13 aanwezige leden.

De Verslaggever,
M. VANDENHOVE.

De Voorzitter,
I. EGELMEERS.

Le Ministre estime qu'il est actuellement impossible d'étendre les prestations remboursables. En outre, on créerait un précédent en remboursant certaines prestations si elles sont accomplies par une équipe du premier échelon et en ne les remboursant pas si le patient a choisi d'autres voies.

Il lui semble toutefois possible de faire un pas dans la direction envisagée par la proposition de loi, en s'inspirant de la réglementation appliquée aux maisons de repos et de soins (un certain nombre des prestations fournies dans ces maisons sont également remboursables en cas de soins à domicile). Il faut bien entendu que cela puisse se faire avec les moyens financiers disponibles.

Le Ministre doute que la formule proposée de soins de santé primaires permette de réaliser des économies et il souhaite que l'on ait des certitudes à ce sujet avant de généraliser le système. Il faudrait procéder à une série d'expériences pour en déterminer les conséquences réelles.

Le Ministre en conclut que :

- il est juridiquement impossible d'élargir les prestations sans modifier la loi;
- la modification de la loi envisagée par la proposition entraîne des discriminations;
- les ressources nécessaires à l'élargissement font défaut. Dans la mesure où des ressources seront libérées grâce à la modification de la politique hospitalière, elles seront affectées à la politique des soins de santé.

Un commissaire estime qu'indépendamment des arguments du Ministre, il y a d'autres motifs pour lesquels la proposition doit être considérée de toute façon comme prématurée. Notamment le fait qu'il n'y a pas d'obligation d'inscription pourrait entraîner des doubles emplois.

Dans le cadre de la législation actuelle concernant l'I.N.A.M.I., il n'est pas possible d'aller plus loin que ce qui est prévu. Or, cela ne répond pas aux souhaits des centres, ce qui explique le peu de succès de ceux-ci.

En outre, un problème communautaire se pose : si les centres exerçaient une action tant préventive (relevant des communautés) que curative (relevant du pouvoir national), deux instances auraient compétence en matière d'honoraires, avec toutes les difficultés que cela entraînerait.

L'un des cosignataires de la proposition déclare qu'il souhaite examiner de plus près le point de vue du Ministre et il propose d'ajourner le vote sur la proposition de loi.

Lors de la réunion du 15 mars 1983, l'article 1^{er} de la proposition est mis aux voix sans autre discussion, et rejeté par 10 voix contre 5.

Ce vote emporte le rejet de la proposition de loi.

Le présent rapport a été approuvé à l'unanimité des 13 membres présents.

Le Rapporteur,
M. VANDENHOVE.

Le Président,
I. EGELMEERS.

BIJLAGE

Regelen betreffende het sluiten van akkoorden met het oog op de forfaitaire betaling van de verstrekkingen

1. De forfaitaire betaling van de verstrekkingen kan alle of een gedeelte van de in de wet van 9 augustus 1963 bepaalde verstrekkingen dekken, die zijn verricht door iedere verzorgingsverstrekker die de bij de overeenkomsten of de akkoorden bedongen honorariumtarieven toepast.
2. De hoegrootheid van het vast bedrag wordt vastgesteld rekening houdende met het kader van de verstrekkingen die de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging worden aangeboden door de verzorgingsverstrekker of groep van verzorgingsverstrekkers die erom verzoekt, onder de praktijkvoorwaarden die hij bepaalt.
3. Wat de verstrekkingen betreft, die worden verricht door de algemeen geneeskundigen, zijn alleen de raadplegingen en bezoeken, met uitsluiting van de technische verstrekkingen, door het vast bedrag gedekt. Wat de verstrekkingen betreft, die worden verricht door de kinesitherapeuten en de verpleegkundigen, dekt het vast bedrag alle in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen opgenomen verstrekkingen die op hen betrekking hebben. Het vast bedrag wordt voor elke groep van verstrekkingen, zoals ze krachtens punt 2 nader zijn bepaald, per rechthebbende vastgesteld, waarbij een onderscheid wordt gemaakt naar gelang het gaat om de categorie van de gewone rechthebbenden dan wel om die van de W.G.I.W.-rechthebbenden.
4. De hoegrootheid van het vast bedrag wordt, in elk geval, vastgesteld op grond van de jaarlijkse gemiddelde kostprijs van de desbetreffende verstrekkingen, vastgesteld per provincie, voor alle rechthebbenden van een zelfde categorie samen.
5. Wat de onder punt 3 bedoelde verstrekkingen betreft, is het vast bedrag verschuldigd voor elke rechthebbende die zich laat inschrijven bij een verzorgingsverstrekker of groep verzorgingsverstrekkers die, onder de voorwaarden die zijn bepaald in artikel 34ter van de wet van 9 augustus 1963, een akkoord heeft gesloten met het oog op de forfaitaire betaling van die verstrekkingen.
6. De betrokken verzorgingsverstrekker of groep neemt alle door het vast bedrag gedekte verstrekkingen ten laste die aan de ingeschreven rechthebbenden zijn verstrekt, ongeacht of ze door hem dan wel door een ander verstrekker zijn verleend en wat ook de plaats is waar ze zijn verleend.
- Op de bepalingen van het vorige lid wordt een uitzondering gemaakt voor de verstrekkingen die zouden worden verleend aan een rechthebbende naar aanleiding van een opname in een ziekenhuis die aanleiding geeft tot de gedeeltelijke of volledige betaling van de verpleegdagprijs.
7. Om recht te geven op de toekenning van het vast bedrag, moet de rechthebbende zich laten inschrijven bij de beschouwde verzorgingsverstrekker of groep van verzorgingsverstrekkers. Dit vast bedrag is verschuldigd aan de verzorgingsverstrekker of groep vanaf de eerste maand na de inschrijvingsdatum en op voorwaarde dat de betrokken verzekeringsinstelling daarvan gelijktijdig op de hoogte is gebracht, hetzij door de rechthebbende, hetzij door de verzorgingsverstrekker of groep waarbij hij zich laat inschrijven.
- Nochtans mag die rechthebbende, bij zijn eerste inschrijving, vragen dat de verstrekkingen per handeling worden vergoed gedurende een tijdvak van maximum drie maanden dat niet kan worden vernieuwd. De verzorgingsverstrekkers die onder de in artikel 34ter van de wet van

ANNEXE

Règles relatives à la conclusion d'accords en vue du paiement forfaitaire des prestations

1. Le paiement forfaitaire des prestations peut couvrir tout ou partie des prestations prévues par la loi du 9 août 1963, effectuées par tout dispensateur de soins pratiquant les tarifs d'honoraires fixés par les conventions ou les accords.
2. Le montant du forfait est fixé en fonction du cadre des prestations offertes aux bénéficiaires de l'assurance-soins de santé par le dispensateur de soins ou le groupe des dispensateurs de soins demandeurs, dans les conditions de pratique qu'ils déterminent.
3. En ce qui concerne les prestations effectuées par les médecins de médecine générale, seules sont couvertes par le forfait les consultations et visites, à l'exclusion des prestations techniques. En ce qui concerne les prestations effectuées par les kinésithérapeutes et les praticiens de l'art infirmier, le forfait couvre toutes les prestations prévues à la nomenclature des prestations de santé qui les concerne. Le forfait est fixé pour chaque groupe de prestations, telles qu'elles sont précisées en vertu du point 2, par bénéficiaire, en distinguant selon qu'il s'agit de la catégorie des bénéficiaires ordinaires ou de celle des bénéficiaires V.I.P.O.
4. Le montant du forfait est établi, dans chaque cas, sur base du coût moyen annuel des prestations concernées, établi par province, pour l'ensemble des bénéficiaires d'une même catégorie.
5. En ce qui concerne les prestations visées sous le point 3, le forfait est dû pour tout bénéficiaire qui s'inscrit auprès d'un dispensateur de soins ou d'un groupe de dispensateurs de soins ayant conclu, dans les conditions prévues à l'article 34ter de la loi du 9 août 1963, un accord en vue du paiement forfaitaire de ces prestations.
6. Le dispensateur de soins ou le groupe concerné prend en charge toutes les prestations couvertes par le forfait, fournies au bénéficiaire inscrit, qu'elles soient dispensées par lui ou par tout autre prestataire, et quel que soit l'endroit de leur dispensation.
- Il est fait exception aux dispositions de l'alinéa précédent pour les prestations qui seraient fournies à un bénéficiaire à l'occasion d'une hospitalisation donnant lieu au paiement partiel ou total du prix de journée d'entretien.
7. Pour donner droit à l'octroi du forfait, le bénéficiaire est tenu de s'inscrire auprès du dispensateur de soins ou du groupe de dispensateurs de soins concerné. Ce forfait est dû au dispensateur ou au groupe à partir du premier mois qui suit la date de l'inscription et à la condition que l'organisme assureur intéressé en ait été simultanément informé soit par le bénéficiaire soit par le dispensateur ou le groupe auprès duquel il s'inscrit.

Toutefois, lors de sa première inscription, ce bénéficiaire peut demander à bénéficier du remboursement des prestations à l'acte, durant une période maximum de trois mois non renouvelable. Les dispensateurs de soins ayant conclu, dans les conditions prévues à l'article 34ter de la

9 augustus 1963 bepaalde voorwaarden een akkoord hebben gesloten met het oog op de forfaitaire betaling van sommige verstrekkingen, mogen, behalve in het uitzonderingsgeval dat is vermeld in het vorige lid, die verstrekkingen niet tegen betaling per verstrekking verlenen aan rechthebbenden die al dan niet zijn ingeschreven bij hun groep.

8. De verzorgingsverstrekker of groep van verzorgingsverstrekkers waarbij een rechthebbende is ingeschreven, mag de inschrijving van een ander rechthebbende die deel uitmaakt van het gezin van de reeds ingeschreven rechthebbende, niet weigeren.

9. Ieder rechthebbende die is ingeschreven bij een verzorgingsverstrekker of groep van verzorgingsverstrekkers, kan die inschrijving opzeggen vóór het einde van elk kalenderkwartaal; die opzegging moet aan de betrokken groep worden geadresseerd op zijn minst één maand voordat de inschrijving ophoudt uitwerking te hebben. Terzelfder tijd verwittigt de betrokken rechthebbende zijn verzekeringsinstelling daarvan.

10. De verzorgingsverstrekker of groep waarbij een rechthebbende is ingeschreven, kan een einde maken aan die inschrijving bij het verstrijken van elk kalenderkwartaal; hij moet alsdan de betrokken rechthebbende en de verzekeringsinstelling waarbij deze is aangesloten, daarvan verwittigen op zijn minst één maand vóór het einde van het kwartaal. De beslissing om een einde te maken aan de inschrijving van een rechthebbende impliceert dat op dezelfde datum een einde wordt gemaakt aan de inschrijving van de andere rechthebbenden die deel uitmaken van hetzelfde gezin.

11. De verzorgingsverstrekker of groep van verzorgingsverstrekkers die met de verzekeringsinstellingen een akkoord heeft gesloten met het oog op de forfaitaire betaling van de verstrekkingen, is ertoe gehouden, voor ieder ingeschreven rechthebbende, de aan hem verleende verstrekkingen op te tekenen, ongeacht of ze al dan niet door het vast bedrag worden beoogd, en met name de geneesmiddelenvoorschriften, de verwijzingen naar een geneesheer-specialist en de verblijven in een verplegingsinrichting. Het register van die verstrekkingen is ter beschikking van de controleorganen van de verzekeringsinstellingen en van het R.I.Z.I.V.

12. De verschuldigde vaste bedragen worden, met maandelijksche tranches, bij het begin van elke maand door de verzekeringsinstellingen gestort aan de betrokken verzorgingsverstrekker of groep van verzorgingsverstrekkers.

13. Op het einde van elk dienstjaar kan aan het akkoord dat is gesloten met het oog op de forfaitaire betaling van de verstrekkingen, een einde worden gemaakt met een brief die hetzij door de beschouwde verzorgingsverstrekker of groep van verzorgingsverstrekkers, hetzij door alle verzekeringsinstellingen samen, wordt geadresseerd aan de dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V.

De akkoorden voor de forfaitaire betaling van de verstrekkingen gelden tot 31 december van het jaar waarin ze zijn gesloten. Behoudens opzegging vóór 31 oktober kunnen ze stilzwijgend van jaar tot jaar worden verlengd.

loi du 9 août 1963, un accord en vue du paiement forfaitaire de certaines prestations ne peuvent, sauf le cas d'exception prévu à l'alinéa précédent, fournir ces prestations à des bénéficiaires inscrits ou non auprès de leur groupe, en les faisant honorer à la prestation.

8 Le dispensateur de soins ou le groupe de dispensateurs de soins auprès duquel un bénéficiaire est inscrit ne peut refuser l'inscription d'un autre bénéficiaire faisant partie du ménage du bénéficiaire déjà inscrit.

9. Tout bénéficiaire inscrit auprès d'un dispensateur de soins ou d'un groupe de dispensateurs de soins peut renoncer à cette inscription avant la fin de chaque trimestre calendrier, cette renonciation doit être adressée au groupe concerné au moins un mois avant que l'inscription ne cesse ses effets. Le bénéficiaire en cause en avertit dans le même temps son organisme assureur.

10. Le dispensateur de soins ou le groupe auprès duquel un bénéficiaire est inscrit peut mettre fin à cette inscription à l'expiration de chaque trimestre calendrier en avertissant, au moins un mois avant la fin du trimestre, à la fois le bénéficiaire concerné et l'organisme assureur auquel celui-ci est affilié. La décision de mettre fin à l'inscription d'un bénéficiaire implique qu'il est mis fin, à la même date, à l'inscription des autres bénéficiaires faisant partie du même ménage.

11. Le dispensateur de soins ou le groupe de dispensateurs de soins ayant conclu avec les organismes assureurs un accord en vue du paiement forfaitaire des prestations est tenu d'enregistrer, pour chaque bénéficiaire inscrit, les prestations qui lui sont fournies, qu'elles soient ou non visées par le forfait, et notamment les prescriptions de médicaments, les envois auprès d'un médecin spécialiste et les séjours dans un établissement hospitalier. Le registre de ces prestations est à la disposition des organes de contrôle des organismes assureurs et de l'I.N.A.M.I.

12. Les forfaits dus sont versés, par tranches mensuelles, au début de chaque mois, par les organismes assureurs au dispensateur de soins ou au groupe de dispensateurs de soins concerné.

13. A la fin de chaque exercice, il peut être mis fin à l'accord conclu en vue du paiement forfaitaire des prestations par une lettre adressée au Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. soit pas le dispensateur de soins ou le groupe de dispensateurs de soins concerné, soit par l'ensemble des organismes assureurs.

Les accords pour le paiement forfaitaire des prestations sont valables jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils sont conclus. Ils peuvent être tacitement reconduits d'année en année, sauf dénonciation avant le 31 octobre.