

BELGISCHE SENAAAT**ZITTING 1977-1978**

7 JUNI 1978

**Ontwerp van wet tot wijziging van de wetgeving
op de ziekenhuizen en betreffende sommige
andere vormen van verzorging**

VERSLAG

**NAMENS DE COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID EN DE GEZINSZORG
UITGEBRACHT
DOOR DE HEER VERBIST**

INHOUD

	Blz.
Woord vooraf van de verslaggever	3
I. Inleidende uiteenzetting van de Minister	4
II. Algemene bespreking	6
A. Vragen en opmerkingen van de leden van de Com- missie	6
B. Replieken van de Minister	9

Aan de werkzaamheden van de Commissie hebben deelgenomen :

Vaste leden : de heren E. Cuvelier, voorzitter; Adriaensens, Coen, Féaux, Geerinck, Mevr. Gillet, Hanquet, Herman-Michielsens, de heren Houben, Payfa, Peigneux, Poulain, Mevr. Ryckmans-Corin, Smitt, de heren Talbot, Van den Eynden, Vandezande, Vangeel, Vanhaverbeke, Vannieuwenhuyze, Verleysen en Verbist, verslaggever.

Plaatsvervangers : de heren Claeys, De Baere, De Rore, Flagothier, Mevr. Nauwelaerts-Thues, de heer Olivier, Mevr. Panneels-Van Baelen en de heer Vandenaabeele.

R. A 10972*Zie :***Gedr. St. van de Senaat :**

243 (1977-1978) N° 1 : Ontwerp overgezonden door de Kamer van Volksvertegenwoordigers.

SENAT DE BELGIQUE**SESSION DE 1977-1978**

7 JUIN 1978

**Projet de loi modifiant la législation sur les hôpi-
taux et relatif à certaines autres formes de dis-
pensation de soins**

RAPPORT

**FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA FAMILLE
PAR M. VERBIST**

SOMMAIRE

	Page
Avant-propos du rapporteur	3
I. Exposé introductif du Ministre	4
II. Discussion générale	6
A. Questions et observations des membres de la Com- mission	6
B. Réponses du Ministre	9

Ont participé aux travaux de la Commission :

Membres effectifs : MM. E. Cuvelier, président; Adriaensens, Coen, Féaux, Geerinck, Mmes Gillet, Hanquet, Herman-Michielsens, MM. Houben, Payfa, Peigneux, Poulain, Mmes Ryckmans-Corin, Smitt, MM. Talbot, Van den Eynden, Vandezande, Vangeel, Vanhaverbeke, Vannieuwenhuyze, Verleysen et Verbist, rapporteur.

Membres suppléants : MM. Claeys, De Baere, De Rore, Flagothier, Mme Nauwelaerts-Thues, M. Olivier, Mme Panneels-Van Baelen et M. Vandenaabeele.

R. A 10972*Voir :***Document du Sénat :**

243 (1977-1978) N° 1 : Projet transmis par la Chambre des Représentants.

	Bladz.		Pages
	—		—
C. Standpunt van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren	13	C. Point de vue du Conseil national de l'Ordre des Médecins	13
1. Brief Nationale Orde d.d. 7 april 1978	13	1. Lettre du Conseil national en date du 7 avril 1978	13
2. Antwoord van de Minister	14	2. Réponse du Ministre	14
3. Opmerkingen en bedenkingen van de leden	14	3. Remarques et considérations formulées par les commissaires	14
III. Artikelsgewijze bespreking	15	III. Discussion des articles	15
IV. Stemming	24	IV. Vote	24
Bijlagen	26	Annexes	26

Uw Commissie van Volksgezondheid heeft dit ontwerp van wet, dat ons door de Kamer van Volksvertegenwoordigers werd overgezonden, besproken in de zittingen van 1 maart, 15 maart, 26 april, 3 mei, 10 mei, 17 mei, 24 mei en 7 juni 1978.

WOORD VOORAF VAN DE VERSLAGGEVER

Ik acht het nuttig u vooraf mijn persoonlijke bedenkingen te laten kennen over het verloop van de debatten in uw Commissie voor Volksgezondheid en Gezinszorg.

1. Vooreerst kan ik u verzekeren dat het belang van het ontwerp niet aan de aandacht van uw Commissie is ontsnapt. Het ontwerp werd in zijn verschillende dimensies breedvoerig, diepgaand en met de nodige kritische geest benaderd.

Hoewel dit ontwerp reeds in de Kamer van Volksvertegenwoordigers op zeer voortreffelijke wijze werd geïnstrueerd en niettegenstaande het verslag van de Kamercommissie met veel zorg alle problemen werden benaderd, heeft uwe Commissie het toch noodzakelijk geacht het ganse ontwerp in al zijn onderdelen grondig te onderzoeken.

Ik moge van deze gelegenheid gebruik maken te verwijzen naar het Kamerverslag, niet alleen voor de weergave van de debatten, doch ook voor het belangrijk aantal gegevens welke men in bijlage aantreft.

2. In uwe Commissie zijn volgende knelpunten vooral doorgelicht :

a) Vooreerst is men lang blijven stilstaan bij het probleem van de beperking van de vrijheid in de uitoefening van het geneeskundig beroep. De imperatieve planning inzake zware medische apparatuur heeft bij velen vragen doen rijzen. De beraadslaging bracht de Commissie op een gegeven ogenblik tot de bedenking dat de volksgezondheid geen monopolie is van de geneesheren.

b) Er was duidelijk aarzeling merkbaar in de Commissie wanneer men zich bevond voor het probleem van de reeds bestaande medische zware apparatuur, welke niet zou passen in de planning en derhalve onder de verbodsbepaling zou vallen. Het beginsel van het verworven recht kwam hierbij ter sprake.

c) Buitengewone aandacht ging naar de inhoud van artikel 5. Ongetwijfeld vindt men hier een merkbare innovatie. In uw Commissie was bijzonder grote zorg aanwezig nopens twee fundamentele aspecten van deze vernieuwing : 1) hoe zal dat allemaal functioneren ? en 2) welk zal het uiteindelijke resultaat zijn wat uitgaven en kosten betreft ?

3. Ik meen te mogen verklaren dat vrijwel iedereen accoord is dat in de gegeven sociaal-economische toestand zich ernstige beperkingen opdringen. Wilt men het eens is over het beginsel van deze beperking, is dit niet het geval over de wijze waarop deze beperkingen moeten worden doorgevoerd. Hieromtrent liepen de meningen vrij sterk uiteen.

Le présent projet de loi, transmis par la Chambre des Représentants, a été examiné par votre Commission de la Santé publique au cours de ses réunions des 1^{er} mars, 15 mars, 26 avril, 3 mai, 10 mai, 17 mai, 24 mai et 7 juin 1978.

AVANT-PROPOS DU RAPPORTEUR

Je crois utile de vous communiquer au préalable mes réflexions personnelles sur le déroulement des débats au sein de votre Commission de la Santé publique et de la Famille.

1. Je puis d'abord vous assurer que l'importance du projet n'a pas échappé à l'attention de la Commission, qui l'a longuement examiné sous ses divers aspects, d'une manière approfondie et avec tout l'esprit critique requis.

Bien qu'il eût déjà été examiné très minutieusement par la Chambre des Représentants et que le rapport de la Commission de la Chambre ait traité avec grand soin de tous les problèmes, votre Commission a cependant cru nécessaire d'étudier à fond tous les éléments qui s'y trouvent rassemblés.

Je saisis cette occasion pour renvoyer à ce rapport de la Chambre, non seulement pour la relation des débats mais aussi pour la très riche documentation qu'il donne en annexe.

2. L'attention de votre Commission s'est portée principalement sur les questions suivantes :

a) Elle s'est d'abord penchée longuement sur le problème de la limitation de la liberté du médecin dans l'exercice de sa profession. La planification impérative prévue pour l'appareillage médical lourd a suscité des questions de la part de nombreux commissaires. A certain moment, le tour pris par la discussion a amené la Commission à constater que la santé publique n'est pas le monopole des médecins.

b) La Commission est manifestement restée hésitante lorsqu'elle s'est trouvée devant le problème de l'appareillage médical lourd existant, qui ne serait pas compatible avec ladite planification et tomberait dès lors sous le coup de l'interdiction prévue. A cet égard, on a soulevé la question des droits acquis.

c) Une attention toute particulière a été consacrée au contenu de l'article 5. Celui-ci comporte sans aucun doute une innovation notable. Votre Commission s'est beaucoup inquiétée de deux aspects fondamentaux de celle-ci : 1) comment tout cela fonctionnera-t-il ? et 2) quel sera le résultat final pour ce qui est des dépenses et des frais ?

3. Je crois pouvoir déclarer que, de l'avis quasi unanime, la situation socio-économique actuelle est telle que de sérieuses restrictions s'imposent. Mais si l'on est d'accord sur le principe de ces restrictions, il en va autrement quant à la façon d'y arriver. A ce sujet, les opinions étaient certes fort divergentes.

I. INLEIDENDE UITEENZETTING VAN DE MINISTER

De Minister vestigt in de eerste plaats de bijzondere aandacht van de leden van de Commissie op de belangrijkheid van dit wetsontwerp.

1. Vooreerst moet dit wetgevend initiatief in Europese context geplaatst worden.

Terloops mag worden gezegd dat het niet zo eenvoudig was in de Europese top een bespreking op gang te brengen over deze materie. Het is echter omwille van de bijzonder sterke economische weerslag van het gezondheidsbeleid in het algemeen dat men — ter gelegenheid van een topontmoeting van de Europese Ministers van Volksgezondheid — van gedachte heeft gewisseld.

Dit Europees gesprek heeft ondermeer de klemtoon gelegd op de noodzaak van de kostenbeheersing in de gezondheidssector. Er werd ondermeer beklemtoond dat in de landen van de Europese gemeenschap de afgelopen jaren de sociale uitgaven voor de gezinshuishoudingen, gedaan ter dekking tegen bepaalde risico's of ter voldoening van bepaalde behoeften, sterk gestegen zijn, sterker dan de groei van het Bruto Nationaal Produkt of het Nationaal Inkomen. Het Europees Sociaal Budget leert ons dat die sociale uitgaven in de diverse lidstaten in 1970, 13 tot 22 pct. en in 1975, 20 tot 29 pct. van het Bruto Nationaal Produkt in beslag namen.

Binnen het geheel van sociale uitgaven zijn het naast de pensioenen vooral de gezondheidsuitgaven die het sterkst toenamen.

Wanneer men het heeft over gezondheidsuitgaven in de ruimste zin van het woord, dan heeft men het hier over de uitgaven in geld en in natura bij ziekte, invaliditeit, fysische of psychische gebreken, arbeidsongevallen en beroepsziekten. Het aandeel in 1970 schommelde rond één derde van het totaal der sociale uitgaven. In 1975 ging het reeds om een percentage van 35 à 40 pct. De ramingen voor 1980 wijzen uit dat in enkele Lid-Staten de uitgaven ongeveer de helft van het totaal der sociale uitgaven zullen bedragen.

Uit de voorradige gegevens kan men afleiden dat in een aantal Lid-Staten de kostenontwikkeling op het terrein van de gezondheid zal worden afgeremd. Spijts deze afremming echter zal men in 1980 als evolutie kunnen vaststellen dat de uitgaven in natura in de deelfunctie « ziekte » gemiddeld voor de gemeenschap als geheel van 3,4 pct. in 1970 en 4,8 pct. in 1975 tot rond 5,5 pct. van het Bruto Nationaal Produkt in 1980 zullen toenemen.

2. Op het binnenlands vlak moet de aandacht worden gevestigd op het zeer ver dragend verzekeringsstelsel tegen ziekte en invaliditeit dat werd opgebouwd en waardoor op dit ogenblik circa 98 procent van de bevolking is opgenomen.

I. EXPOSE INTRODUCTIF DU MINISTRE

Le Ministre attire d'abord tout spécialement l'attention des commissaires sur l'importance du projet de loi en discussion.

1. En premier lieu, il convient de situer cette initiative législative dans un contexte européen.

Soit dit en passant, il n'a pas été tellement facile d'amener le sommet européen à engager une discussion sur cette matière. Mais en raison de l'incidence économique particulièrement marquée de la politique de la santé en général, il a bien fallu échanger des idées à l'occasion d'une rencontre au sommet des Ministres européens de la Santé publique.

Dans ces entretiens, l'on a souligné notamment la nécessité de maîtriser les coûts dans le secteur de la santé. L'on a insisté, entre autres, sur le fait que dans les pays de la Communauté européenne, les dépenses sociales supportées pendant les dernières années par les budgets familiaux pour s'assurer contre certains risques ou pour répondre à certaines nécessités ont beaucoup augmenté, dans une proportion dépassant la croissance du produit national brut ou du revenu national. Le Budget social européen nous apprend que, dans les divers Etats membres, ces dépenses sociales ont absorbé de 13 à 22 p.c. du produit national brut en 1970 et de 20 à 29 p.c. en 1975.

Dans l'ensemble des dépenses sociales, ce sont surtout, à part les pensions, les dépenses de santé qui ont accusé la plus forte augmentation.

Lorsqu'on parle de dépenses de santé au sens le plus large du terme, on pense aux dépenses en espèces et aux prestations en nature nécessitées par la maladie, l'invalidité, les infirmités physiques ou psychiques, les accidents du travail et les maladies professionnelles. En 1970, la part de ces dépenses se situait aux environs du tiers de l'ensemble des dépenses sociales. En 1975, cette proportion était déjà de 35 à 40 p.c. Selon les estimations pour 1980, elles représenteront alors à peu près la moitié de la totalité des dépenses sociales dans quelques Etats membres.

Les indications dont on dispose permettent de déduire que le gonflement des frais de santé sera freiné dans un certain nombre d'Etats de la Communauté. Mais malgré tout, on pourra constater en 1980 que les dépenses afférentes aux prestations en nature auront évolué de telle façon dans le secteur « maladie » que la moyenne pour l'ensemble des pays membres sera passée de 3,4 p.c. du produit national brut en 1970 à 4,8 p.c. en 1975 et à quelque 5,5 p.c. en 1980.

2. Sur le plan national, il convient d'attirer l'attention sur notre régime d'assurance maladie-invalidité extrêmement développé, qui s'étend actuellement à quelque 98 p.c. de la population.

Men zou echter geen volledig beeld ophangen van de concrete toestand inzake gezondheidsvoorzieningen indien men niet zou denken aan twee sectoren waarin nog weg moet worden afgelegd :

- a) Vooreerst is men niet voldoende opgeschoten met de preventieve gezondheidszorg;
- b) Ook aan de thuisverzorging moet nog gewerkt worden.

Bij het overzicht van de toestand op het huidig ogenblik moet men echter twee fundamentele opties in acht nemen :

— A. In de eerste plaats is er de noodzaak van de sanering van de openbare financiën. Men kan een eindeloos debat organiseren over de prioriteiten welke men hierbij moet in acht nemen. Alleszins staat het vast dat geen enkele sector mag ontsnappen aan de aandacht met het oog op mogelijke sanering op besparingsmaatregelen. Ook in deze sector van de gezondheidszorg moet men deze dwingende noodzaak ondergaan.

— B. Van nu af is het duidelijk dat men aan systematische programmatica moet doen.

Programmatica is trouwens niet van vandaag. Reeds sinds geruime tijd bestaan in dit land vier commissies voor ziekenhuisprogrammatica.

In de eerste plaats hebben wij de Nationale Commissie, welke op 9 december jongstleden nog een advies heeft verstrekt in verband met de universitaire ziekenhuizen.

Twee werkgroepen houden zich bezig respectievelijk met het vaststellen van de kwantiteit van de behoeften en met de nodige statistische gegevens.

Er zijn dan verder de regionale commissies.

De programmatica is derhalve reeds een feit in dit land. Dat het beantwoordt aan een noodzaak is een evidentie geworden.

**

De bedoeling van het onderhavig wetsontwerp is drieërlei :

- De bouw van hospitalen afremmen;
- De aankoop van zware medische apparatuur beperken;
- Initiatieven in verband met thuisverpleging en verzorging van bejaarden stimuleren.

**

Tenslotte vestigt de Minister de aandacht op het amendement dat op voorstel van de heer Hubin door de Kamer van Volksvertegenwoordigers werd aanvaard en waarbij in artikel 5 het advies van de Hoge Raad voor de Derde Leeftijd wordt voorzien. Het is echter wel begrepen dat dit advies niet voor elk ingrijpen zou moeten worden gevraagd. Ten einde alle misverstand uit de wereld te helpen stelt men een lichte tekstwijziging voor, die men ongetwijfeld als « materiële » verbetering kan beschouwen.

On ne donnerait cependant qu'une idée incomplète de la situation réelle en matière de soins de santé si l'on oubliait deux secteurs où il reste encore beaucoup à faire :

- a) Premièrement, on n'a pas réalisé de progrès suffisants dans le domaine de la médecine préventive;
- b) D'autre part, il reste à améliorer la dispensation des soins à domicile.

Si l'on considère la situation actuelle dans son ensemble, il faut toutefois tenir compte de deux options fondamentales :

— A. En premier lieu, l'on se trouve devant la nécessité d'assainir les finances publiques. On peut certes organiser un débat à l'infini sur les priorités à observer à cet égard. Mais en tout état de cause, il est absolument certain qu'aucun secteur ne doit échapper à l'attention dans la recherche de possibilités d'assainissement ou de mesures d'économie. Le secteur des soins de santé doit lui aussi se plier à cette contrainte impérative.

— B. Il est clair dès à présent qu'une programmation systématique s'impose.

L'idée de programmation n'est d'ailleurs pas nouvelle. Depuis fort longtemps déjà, quatre commissions de programmation hospitalière sont en activité dans notre pays.

Il s'agit tout d'abord de la Commission nationale qui, le 9 décembre dernier encore, a émis un avis au sujet des hôpitaux universitaires.

Par ailleurs, deux groupes de travail s'attachent respectivement à déterminer l'importance quantitative des besoins et à recueillir les éléments statistiques nécessaires.

Il y a en outre les commissions régionales.

La programmation est donc dès à présent une réalité dans notre pays. Il est devenu évident qu'elle répond à une nécessité.

**

Le présent projet de loi vise un triple objectif :

- Freiner la construction d'hôpitaux;
- Limiter les achats d'appareillage médical lourd;
- Stimuler les initiatives en vue de la dispensation de soins à domicile et aux personnes âgées.

**

Enfin, le Ministre attire l'attention sur l'amendement adopté par la Chambre des Représentants sur proposition de M. Hubin et prévoyant à l'article 5 la consultation du Conseil supérieur du troisième âge. Il est toutefois bien entendu que cet avis ne devra pas être sollicité pour chaque intervention. Afin d'éviter toute équivoque, il est proposé d'apporter au texte une légère modification, que l'on peut certainement considérer comme une correction « matérielle ».

In het verslag van Volksvertegenwoordiger Lenssens komt ook nog een vergissing voor en dit op bladzijde 13, *in fine*, voorlaatste lid vóór artikel 6 en 7. De woorden « ter goedkeuring » moeten inderdaad wegvallen.

II. ALGEMENE BESPREKING

A. Vragen en opmerkingen

De voorzitter van de Commissie vraagt naar de financiële weerslag van het ontwerp.

De Minister antwoordt dat vanaf 1979 een vermindering van de uitgaven in het vooruitzicht mag worden gesteld, o.m. door de vermindering van het aantal universitaire ziekenhuisbedden. Daarentegen moet men rekening houden met de nieuwe uitgaven welke zullen voortvloeien uit de toepassing van artikel 5. De Minister kan nog niet bepalen hoe deze meeruitgaven zullen worden gefinancierd. Bovendien moet men in acht nemen dat met de toepassing van artikel 5 men elders uitgaven uitspaart.

De Minister verklaart evenwel dat hij nog niet beschikt over de preciese cijfers voor wat de uitgaven betreft, doch hoopt hierover te beschikken binnen een zeer korte termijn.

**

Door verschillende leden wordt dan uitleg gevraagd over onder andere het toepassingsgebied van artikel 5 : « welke dienstencentra komen in aanmerking voor subsidies ? » Zullen voor de beide gewesten dezelfde normen gelden ?

Een ander lid vraagt wat men dient te verstaan in artikel 5 door « geïntegreerde dienst ».

**

De voorzitter van de Commissie vraagt naar de inhoud van de ministeriële circulaire van 3 augustus 1977 houdende onderrichtingen over de previsionele prijs 1978.

De Minister stelt de desbetreffende tekst ter beschikking van de leden van de Senaat.

De voorzitter van de Commissie verklaart zich accoord met het ontwerp en aanvaardt inderdaad de noodzaak van behoorlijke programmatie. Op het huidig ogenblik heeft Brussel ongetwijfeld te veel scanners in verhouding met de gewesten.

De voorzitter maakt zich echter wel zorgen over de beperking van de vrijheid in de uitoefening van de geneeskunde. Welke criteria zal men inderdaad in acht nemen om zware medische apparatuur te beperken ?

Hij is van mening dat men wellicht beter zou denken — met het oog op mogelijke sanering — aan het niet-terugbetalen vanwege RIZIV. Bij gebreke aan terugbetaling zal men noodzakelijkerwijze die dure instrumenten niet meer kunnen gebruiken.

D'autre part, le rapport de M. le député Lenssens contient une erreur, et ce *in fine* de la p. 13, à l'avant-dernier alinéa précédant les articles 6 et 7. Dans le texte néerlandais, les mots « ter goedkeuring » doivent en effet être supprimés.

II. DISCUSSION GENERALE

A. Questions et observations

Le président de la Commission aimerait connaître l'incidence financière du projet.

Le Ministre répond que l'on peut s'attendre à une réduction des dépenses à partir de 1979, notamment en raison de la diminution du nombre des lits dans les hôpitaux universitaires. Par contre, il faut tenir compte des nouvelles dépenses qu'entraînera l'application de l'article 5. Le Ministre n'est pas encore en mesure de préciser comment ces dépenses supplémentaires seront financées. En outre, il ne faut pas oublier que l'application de l'article 5 permettra de réaliser des économies ailleurs.

Le Ministre déclare toutefois qu'il ne dispose pas encore des chiffres exacts des dépenses, mais qu'il espère les obtenir à très bref délai.

**

Plusieurs membres demandent ensuite des explications, notamment sur le champ d'application de l'article 5 : « quels sont les centres de services qui pourront bénéficier de subventions » ? Des normes identiques seront-elles applicables dans les deux régions ?

Un autre membre demande ce qu'il faut entendre à l'article 5 par les mots « services intégrés ».

**

Le président de la Commission aimerait connaître le contenu de la circulaire ministérielle du 3 août 1977 édictant des directives en matière de prix prévisionnels pour 1978.

Le Ministre met ce texte à la disposition des membres du Sénat.

Le président de la Commission marque son accord sur le projet et reconnaît qu'il est en effet nécessaire d'établir une programmation adéquate. Actuellement, le nombre de scanners à Bruxelles est certainement trop élevé par rapport aux deux autres régions.

Par contre, le président s'inquiète de la limitation de la liberté d'exercice de la médecine. Quels critères adoptera-t-on pour restreindre l'appareillage médical lourd ?

Il estime qu'il serait sans doute préférable d'envisager — comme moyen éventuel d'assainissement — le non-remboursement par l'INAMI. Faute de remboursement, il ne sera forcément plus possible d'utiliser ces instruments coûteux.

Bovendien denkt hij dat er een meer doelmatige controle nodig is over de duur van de hospitalisatie. Er bestaan in dit verband ontegensprekelijk misbruiken.

Zijn grote zorg gaat ook naar de huisvesting voor chronische zieken, zoals : cerebrale sclerose, astmalijders en andere patiënten die niet meer echt kunnen genezen. De voorzitter twijfelt eraan of men ernstige beperkingen zal kunnen invoeren inzake thuisverzorging en bejaardenzorg.

**

Een ander lid van de Commissie verklaart zich eveneens accoord met de algemene beleidslijnen die men in het ontwerp vindt. De noodzaak van programmatie lijdt geen twijfel en anderzijds moet er bespaard worden.

Dit lid is echter van mening dat men in het kader van de toepassing van artikel 5 van het ontwerp moeilijk tot beperking van de uitgaven zal komen. Integendeel zullen de uitgaven verhogen. Hij dringt erop aan dat men voor deze aangelegenheid het advies zou inwinnen van de verschillende bevoegde commissies.

Hetzelfde lid kan zich echter niet accoord verklaren met de maatregelen betreffende de zware medische apparatuur. Hij acht de formulering van deze beperking een aanslag op de vrijheid van de geneeskunde. Waarom niet liever de vrijheid handhaven, doch de eventuele prestaties met zulke zware apparatuur ten laste laten van de patiënt die er om verzoekt ?

Een ander lid laat in dit verband opmerken dat het hem bijzonder dubieus voorkomt of zulks een oplossing zou bieden voor het vraagstuk. Indien men de instrumenten laat gebruiken, zal men toch een middel vinden om de kosten daarvan te dragen, door wie dan ook. Veel beter is het — volgens dit zelfde lid — het gebruik ervan zelf te voorkomen. Dit lid verklaart zich dan ook volledig accoord met de — weliswaar strenge — verbodsbepaling.

**

Een lid van de Commissie is accoord met de grote lijnen van het ontwerp en verheugt zich over de nieuwe perspectieven welke worden geboden in het kader van artikel 5.

Hij vraagt in verband met de toepassing van artikel 5 het advies van de Hoge Raad voor de derde leeftijd. Op verzoek van dit lid wordt kwestieus advies bij huidig verslag gevoegd (zie bijlage 1).

Dit zelfde lid wijst op het probleem dat op dit ogenblik bestaat in verband met minder-valide bejaarden. Zij zijn niet op hun plaats in een ziekenhuis en zouden derhalve in bejaardentehuizen moeten worden opgenomen.

Zodra de minder-validen echter worden opgenomen in zulke rustoorden, kunnen zij van het verzekeringsorganisme geen terugbetaling bekomen. Zij hebben nochtans, zowel als andere zieken, heel veel en heel lang hun bijdrage betaald. Aan die toestand moet absoluut worden gedokterd, al was het maar uit naam van de eerlijkheid.

Le président estime en outre que le contrôle devrait être plus efficace quant à la durée de l'hospitalisation. Il existe à cet égard des abus flagrants.

Il se préoccupe également de la question de l'hébergement des malades chroniques tels que personnes atteintes de sclérose cérébrale, asthmatiques et autres patients pour lesquels une guérison véritable est exclue. Il doute qu'il soit possible d'opérer des restrictions sérieuses dans le domaine de la dispensation des soins à domicile et aux personnes âgées.

**

Un autre commissaire marque lui aussi son accord sur les lignes de politique générales qui sous-tendent le projet en discussion. La nécessité d'une programmation ne fait pas de doute et, d'autre part, il faut faire des économies.

L'intervenant est toutefois d'avis que, dans le cadre de l'application de l'article 5 du projet, il sera difficile de réaliser une compression des dépenses. Celles-ci connaîtront au contraire une augmentation. Il insiste pour que les diverses commissions compétentes soient consultées au sujet de ce problème.

Le même intervenant ne peut cependant donner son accord sur les mesures relatives à l'appareillage médical lourd. Il considère cette restriction comme une atteinte à la liberté du médecin. Pourquoi ne pas sauvegarder plutôt la liberté d'exercice en mettant le coût des éventuelles prestations fournies à l'aide de ces appareillages à la charge du patient qui en fait la demande ?

Un autre commissaire déclare qu'il lui paraît particulièrement douteux qu'une telle mesure constitue une solution au problème posé. Si l'on permet l'utilisation des appareillages, il faudra bien trouver le moyen d'en faire supporter les frais par quelqu'un. Il serait nettement préférable, d'après l'intervenant, d'en prévenir l'utilisation même. C'est pourquoi il est complètement d'accord avec la mesure d'interdiction, même si elle est rigoureuse.

**

Un membre de la Commission déclare se rallier aux grandes lignes du projet et se réjouit des perspectives nouvelles ouvertes dans le cadre de l'article 5.

Il désirerait connaître l'avis formulé par le Conseil supérieur du troisième âge au sujet de l'application de l'article 5. A sa demande, l'avis en question est annexé au présent rapport (voir annexe 1).

Le même membre attire l'attention sur le problème qui se pose actuellement en ce qui concerne les personnes âgées handicapées. Leur place n'est pas à l'hôpital et il conviendrait dès lors de les accueillir dans des homes pour personnes âgées.

Or, dès que les handicapés sont admis dans ces maisons de repos, ils ne peuvent plus obtenir de remboursement de leur organisme assureur, alors qu'aussi bien que d'autres malades, ils ont payé des cotisations élevées et ce pendant une période très longue. Il faut absolument remédier à cette situation, ne fût-ce que par simple souci d'honnêteté.

Dit zelfde lid verklaart zich formeel voorstander van de afschaffing van de alimentatieplicht. Er is trouwens in dit verband niet de minste gelijkheid van behandeling. In het ene geval wordt een beroep gedaan op alimentatieplicht, in het andere geval niet.

Wij stellen op dit ogenblik — volgens dit zelfde lid — een angstwekkende stijging vast van minder-validen welke hun toevlucht zoeken in rustoorden voor bejaarden. Er is in dit verband nog een belangrijk tekort in ons land. Wellicht zou kunnen een oplossing worden gevonden door het omschakelen van bepaalde delen van klinieken in huisvesting voor minder-valide bejaarden.

**

Een lid van de Commissie wijst erop dat in de winterperiode een belangrijk aantal bejaarden hun toevlucht nemen tot ziekenhuizen. Dit is een niet verantwoorde toestand waaraan een einde moet worden gesteld, doch op een menselijke manier. Zij suggereert de in de winter leegstaande vakantiehuizen te gebruiken om zulke bejaarden onderdak te verschaffen. Dit zou meteen een ontlasting zijn voor de ziekenhuizen.

Enkele leden van de Commissie zijn bevreesd voor het resultaat van het verbod, zware medische apparatuur te gebruiken zonder speciale toelating van de Minister. Dit zou kunnen leiden tot het bemoeilijken van de toegang tot het artsberoep. Sommige leden spreken zich duidelijk uit voor het vrij gebruik van medische apparatuur.

Een lid vraagt naar de preciese draagwijdte van het gelijkstellen van laboratoria voor klinische biologie met zware medische apparatuur (art. 1, 3°). Naar de mening van dit lid zijn er wel fundamentele bezwaren tegen deze gelijkstelling :

— In bevoegde kringen betreurt men deze gelijkstelling omdat men aldus de uitoefening van het beroep van specialist in klinische biologie volledig afhankelijk stelt van voorwaarden welke worden gedicteerd door de Commissie voor Ziekenhuisprogrammatie;

— Deze gelijkstelling wordt bovendien beschouwd als niet-doelmatig wanneer men poogt de kosten van de gezondheidszorg te beperken. Inderdaad, of een analyse in de klinische biologie gebeurt met goedkope apparatuur ofwel met zeer dure apparatuur, verandert niets aan het terugbetalingstarief. Dit is niet het geval met de zogenaamde medische zware apparatuur. In dit laatste geval is het terugbetalingstarief afhankelijk van de gebruikte apparatuur;

— Tenslotte drukt men de vrees uit dat de bestreden gelijkstelling zou kunnen leiden tot een hinder voor de volstrekt noodzakelijke expansie van het wetenschappelijk onderzoek in de sector Volksgezondheid. Het is duidelijk dat de toekomst van de gezondheidszorg in het algemeen zeer sterk zal bepaald worden door de ontwikkeling in wetenschappelijk opzicht. Bij vooruitgang van de wetenschappelijke inzichten zal men er zonder enige twijfel ook in slagen de kosten gunstig te beïnvloeden.

**

L'intervenant se déclare formellement partisan de la suppression de l'obligation alimentaire. Il n'existe d'ailleurs pas la moindre égalité de traitement à cet égard. Dans certains cas, l'on invoque cette obligation et dans d'autres pas.

Selon le même membre, on constate en ce moment une augmentation inquiétante du nombre de handicapés qui cherchent refuge dans des maisons de repos pour personnes âgées. Notre pays accuse encore une grave pénurie dans ce domaine. Peut-être la solution consisterait-elle à transformer certaines parties de cliniques en logements pour personnes âgées handicapées.

**

Un commissaire signale qu'en hiver, un grand nombre de personnes âgées cherchent refuge dans les hôpitaux. C'est là une situation injustifiable à laquelle il convient de mettre fin, encore que cela doive se faire avec humanité. L'intervenant suggère d'affecter les maisons de vacances inoccupées en hiver à l'hébergement de ces personnes âgées, ce qui, par le fait même, dégagerait les hôpitaux.

Quelques membres de la Commission s'inquiètent des suites de l'interdiction d'utiliser un appareillage médical lourd sans autorisation spéciale du Ministre. Cela pourrait avoir pour effet de rendre plus difficile l'accès à la profession médicale. Plusieurs membres sont franchement partisans de la liberté d'utilisation de tout appareillage médical.

Un commissaire demande quelle est la portée exacte de l'assimilation des laboratoires de biologie clinique à l'appareillage médical lourd (art. 1^{er}, 3°). Il estime que cette assimilation se heurte en fait à des objections fondamentales :

— Dans les milieux compétents, on déplore une telle assimilation, parce qu'elle aurait pour conséquence de lier entièrement l'exercice de la profession de spécialiste en biologie clinique à des conditions qui seront dictées par la Commission de programmation hospitalière;

— En outre, cette assimilation est considérée comme dépourvue d'efficacité pour limiter le coût des soins de santé, le tarif de remboursement restant de toute façon identique, que l'analyse en biologie clinique se fasse au moyen d'un appareillage peu coûteux ou très onéreux. Or, le cas de ce que l'on désigne par appareillage médical lourd est tout différent, car alors, le tarif de remboursement dépend de l'appareillage utilisé;

— Enfin, l'on craint que l'assimilation controversée ne mette obstacle à l'expansion indispensable de la recherche scientifique dans le secteur de la santé publique. Il est clair que l'avenir des soins de santé en général sera déterminé dans une très large mesure par l'évolution des connaissances scientifiques. Le progrès de celles-ci permettra sans aucun doute d'influencer également les coûts dans un sens favorable.

**

Tenslotte stelt een lid de vraag naar de samenstelling van de lijst van de zware medische apparaten. Wordt deze lijst nog aangevuld? Wat zal er gebeuren met de reeds aangekochte en bestaande apparaten welke in de toekomst onder het verbod zullen vallen? Dit stelt vanzelfsprekend het pijnlijk probleem van een verworven recht, dat bovendien zware financiële offers heeft gekost, dat men op de helling zou brengen.

*
**

B. Replicen van de Minister

1. De Minister verklaart zich zeer ontvankelijk voor de kritische en sceptische bedenkingen over zijn ontwerp. Hij is echter van mening dat men in ieder geval moet besparen en dat daartoe twee wegen openliggen :

— Afremmen van de groei van het hospitaalwezen en ook van de zware medische apparatuur;

— Uitbouw van de thuisverzorging en het stimuleren van mogelijke initiatieven in die zin.

2. Op de vraag of dienstencentra kunnen worden gesubsidieerd antwoordt de Minister dat dit alleen het geval is voor de oprichting ervan wanneer zulke centra behoren tot rustoorden. Voor thuisverzorging, georganiseerd door dergelijke dienstencentra, kan in het kader van de toepassing van artikel 5 van het ontwerp gesubsidieerd worden.

3. In verband met de opmerking van sommige leden van de Commissie als zou dit ontwerp de vrijheid van de geneeskunde in het gedrang brengen, herinnert de Minister aan de fundamentele bedoelingen van het ontwerp. Wil men inderdaad de kostenstijging afremmen, dan moet dit ook — in het kader van een algemene planning — een beperking inhouden van het gebruik van zware medische apparatuur, ook in de privé-onderneming.

Indien men het verbod niet moest doortrekken tot het strikt privé-initiatief, zou dit ongetwijfeld voor gevolg hebben dat uiteindelijk de patiënt het gelag zal betalen. Wil men doelmatig beperken, moet deze beperking het gebruik van zulke apparatuur tot voorwerp hebben. De beperking van de uitgaven zoeken in het niet-terugbetalen vanwege het verzekeringsorganisme lijkt niet doeltreffend.

De Minister beklemtoont echter dat de voorziene planning natuurlijk niet willekeurig kan gebeuren. De planning moet gegrondvest zijn op zeer ernstige criteria. De waarborgen voor de degelijkheid van deze planning vindt men ongetwijfeld in de organisatie van de nationale en drie regionale programmatiecommissies.

4. Voor wat betreft de toepasselijkheid van de wet op de klinische biologie, laat de Minister opmerken, dat de expliciete formulering ervan in het ontwerp het gevolg is van een amendement in de Kamercommissie voor Volksgezondheid. Dit amendement werd zonder meer aanvaard omdat het manifest in de bedoeling lag van het ontwerp ook deze prestaties te betrekken in de imperatieve planning met de nodige verbodsbepalingen. Het amendement lag logisch in

Enfin, un membre aimerait connaître la composition de la liste des équipements médicaux lourds. Cette liste sera-t-elle encore complétée? Que fera-t-on des appareils déjà acquis et mis en service qui vont tomber sous l'interdiction prévue? Cela pose évidemment le problème épineux des droits acquis que l'on remettrait en question et qui, au surplus, ont coûté de gros sacrifices financiers.

*
**

B. Réponses du Ministre

1. Le Ministre se dit très sensible aux observations critiques, et parfois sceptiques, qui ont été émises sur son projet. Il est cependant d'avis qu'en tout état de cause, les économies sont une nécessité et que deux solutions se présentent pour les réaliser :

— Un freinage de l'expansion du secteur hospitalier, et aussi en ce qui concerne l'appareillage médical lourd;

— Développer les soins à domicile et stimuler les initiatives qui pourraient être prises à cet effet.

2. A la question de savoir si les centres de services peuvent être subventionnés, le Ministre répond qu'il n'en est ainsi que pour leur création lorsqu'ils sont rattachés à des maisons de repos. Pour les soins à domicile organisés par ces centres de services, des subventions pourront être accordées en application de l'article 5 du projet.

3. Plusieurs commissaires ayant exprimé la crainte que le texte proposé ne mette en danger la liberté médicale, le Ministre rappelle les objectifs fondamentaux du projet. Si l'on veut vraiment réfréner l'accroissement des dépenses, il faut bien admettre que — dans le cadre d'une planification générale — cela implique des restrictions dans l'utilisation d'un appareillage médical lourd, même dans le secteur privé.

Au cas où l'on n'étendrait pas l'interdiction à l'initiative strictement privée, il n'est pas douteux que cela aurait finalement pour conséquence de mettre les frais à la charge du patient. Si l'on veut une limitation rationnelle, il faut que celle-ci englobe l'utilisation de l'appareillage lourd. Il ne paraît pas efficace de tenter de réduire les dépenses en supprimant le remboursement par l'organisme assureur.

Le Ministre tient cependant à souligner que la planification prévue ne peut naturellement pas être arbitraire. Elle devra, au contraire, se baser sur des critères très sérieux. L'organisation de la commission nationale et des trois commissions régionales de programmation offre certainement toute garantie à cet égard.

4. Quant au fait que la loi sera applicable à la biologie clinique, le Ministre fait observer que, si le texte de la loi le prévoit expressément, c'est par suite de l'adoption d'un amendement déposé en Commission de la Santé publique de la Chambre. Cet amendement a été voté sans difficulté parce que le projet visait manifestement à inclure ces prestations dans la planification impérative, assortie des interdictions requises. L'amendement se situait logiquement dans la

de lijn van het opzet, een onverantwoorde stijging van de uitgaven af te remmen. Daarenboven wijst de Minister op de zeer genuanceerde tekst betreffende de procedure: de Koning kan — de ziekenhuisraad gehoord — bij een in Ministeraad overlegd besluit, de laboratoria geheel of gedeeltelijk aan de desbetreffende reglementering onderwerpen. Het amendement was derhalve in wezen geen nieuwigheid, doch slechts een bevestiging *expressis verbis* van wat in het ontwerp werd voorzien.

5. Op de vraag wat er zou gebeuren met de scanners, welke reeds in gebruik zijn op het ogenblik van het in voege treden van de verbodsbepalingen, antwoordt de Minister dat men voor zulke apparaten een onderscheid moet maken. Inderdaad, het initiatief tot dit ontwerp werd genomen door de voorganger van de huidige Minister van Volksgezondheid en dateert van begin 1977. Iedereen die het behoorde te weten moest weten vanaf dat ogenblik dat het eventueel aanschaffen van dergelijke apparaten onder de verbodsbepalingen zou kunnen vallen. Wie het risico desalniettemin heeft genomen, moet daarvan de gevolgen dragen. De Minister ziet niet in hoe hij in het kader van dit ontwerp een ander lot aan zulke apparaten zou kunnen laten wedervaren, mede in overweging nemend dat in zulke gevallen de goede trouw bij de aanschaffing van zulke apparaten meer dan twijfelachtig voorkomt. Dit betekent meteen dat de verbodsbepalingen ook gelden voor de apparaten welke reeds waren aangeschaft vóór het in werking treden van de huidige wet. Zij die vóór 1977 zouden geïnstalleerd zijn zou men geval per geval moeten onderzoeken en er een billijke oplossing voor voorstellen.

6. De inrichtingen bedoeld in artikel 5 zullen rust- en verzorgingstehuizen worden genoemd. Zullen nieuwe erkenningen van rust- en verzorgingstehuizen nog niet meer uitgaven meebrengen? Welke mogelijkheden bestaan er om bestaande diensten af te schaffen? Moeten niet prioritair de omschakelingdossiers van M- en D-diensten tot rust- en verzorgingstehuizen behandeld worden?

Volgens de Minister is dit een belangrijke vraag die de kern raakt van onze bekommernis. Om resultaat te bereiken dient men tegelijk op verschillende vlakken te ageren. Voor eerst en prioritair moet er over gewaakt worden om de verdere uitbreiding van de acute diensten af te remmen en de omschakeling te bevorderen naar ziekenhuisdiensten die nog beneden de programmatiecriteria liggen.

Aan de Gewestelijke programmatiecommissies moet gevraagd worden in deze zin te adviseren en bijvoorbeeld geen nieuwe V-ziekenhuizen op te richten zolang niet is vastgesteld dat het beoogde programmatiecijfer bereikt wordt door de omschakeling van overtallige acute bedden, bijvoorbeeld D-, M- en E- tot R- en V-diensten, hierin begrepen de afdelingen voor mentaal gestoorde bejaarden.

Een gelijkaardige redenering zou voor de psychiatrische inrichtingen kunnen worden gevolgd.

Er bestaan eveneens redenen om strenger te gaan optreden bij de erkenning van ziekenhuisdiensten o.a. door het aantal

ligne de l'intention de freiner une augmentation injustifiée des dépenses. De plus, le Ministre souligne le caractère très nuancé du texte relatif à la procédure: le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres et après avis du Conseil des hôpitaux, soumettre les laboratoires en tout ou en partie aux règles en question. En réalité, l'amendement n'était donc pas un élément nouveau, car il ne faisait que confirmer *expressis verbis* ce que visait substantiellement le projet.

5. Quant au sort des scanners déjà en service à l'entrée en vigueur des interdictions prévues, le Ministre répond qu'il faut faire une distinction à leur sujet. En effet, l'initiative du présent projet a été prise par son prédécesseur et remonte au début de 1977. Dès ce moment, tous les intéressés devaient savoir que l'acquisition éventuelle d'appareils de ce genre pourrait tomber sous le coup de l'interdiction. Ceux qui ont malgré tout couru ce risque, devront en subir les conséquences. Le Ministre ne voit pas comment, dans le cadre du projet, il pourrait réserver un autre sort à ces appareils, d'autant moins qu'en pareil cas, la bonne foi de ceux qui en ont fait l'acquisition paraît plus que douteuse. Il s'ensuit donc que l'interdiction vaudra également pour les appareils achetés dès avant l'entrée en vigueur de la loi à l'examen. Ceux qui auraient été installés avant 1977 devraient faire l'objet d'un examen cas par cas et une solution équitable devrait être proposée pour en régler le sort.

6. Les établissements visés à l'article 5 de la loi seront appelés maisons de repos et de soins. De nouvelles agrégations de maisons de repos et de soins n'entraîneront-elles pas un surcroît de dépenses? Quelles sont les possibilités de suppression de services existants? Ne faudrait-il pas traiter par priorité les dossiers de reconversion de services M et D en maisons de repos et de soins?

Dans sa réponse, le Ministre souligne qu'il s'agit là d'une question importante, qui se situe au centre de ses préoccupations. Si l'on veut obtenir un résultat, il faut mener une action simultanée à différents niveaux. Avant tout et par priorité, il s'impose de veiller à freiner une extension des services du secteur aigu et de promouvoir la reconversion vers des services hospitaliers qui ne répondent pas encore aux critères de programmation.

Il faudra demander aux commissions régionales de programmation de formuler des avis dans ce sens et, par exemple, de ne pas créer de nouveaux hôpitaux V tant que les objectifs fixés par la programmation n'auront pas été atteints par la reconversion des lits excédentaires dans le secteur aigu, notamment celle des services D, M et E en services R et V, y compris les sections pour handicapés mentaux âgés.

On pourrait suivre un raisonnement similaire pour les établissements psychiatriques.

Il y a également lieu d'être plus strict en ce qui concerne l'agrégation des services hospitaliers, notamment en s'abste-

bedden, vermeld in het erkenningsbesluit, niet te verhogen en eveneens door een meer strikte toepassing van de opgelegde normen : thans verleent men vaak een voorlopige erkenning zodat uitstel gegeven wordt aan ziekenhuizen om de normen integraal na te leven doch de inrichtingen spannen zich niet altijd ernstig genoeg in om zich in regel te stellen.

Vervolgens moet streng de hand gehouden worden aan samenwerking tussen diensten voor acute en chronische zieken, rust- en verzorgingstehuizen en diensten voor thuisverzorging, zodat de doorstroming van de patiënten zou verlopen als voorzien. Het uitvoeren van een verhoogde persoonlijke tussenkomst van de patiënten en de samenwerking van de medische adviseurs der verzekeringsorganismen kan deze actie ondersteunen.

Tenslotte zal de erkenning van rust- en verzorgingstehuizen binnen de programmatie moeten gebeuren : bij het toepassen van de criteria kan rekening gehouden worden met diverse factoren in de verschillende streken, o.a. met het aantal bestaande ziekenhuisbedden. Een overgangsfase kan voorzien worden om het proces op gecoördineerde wijze te laten verlopen.

Dit geheel van maatregelen moet het succes van deze operatie verzekeren.

7. Op de vraag van een lid naar gegevens betreffende de huisvesting van bejaarde niet-validen, antwoordt de Minister als volgt.

Initiatieven voor de huisvesting van niet-valide bejaarden

Artikel 1, 1°, van het koninklijk besluit van 2 mei 1972 tot vaststelling van bijzondere voorwaarden voor het verlenen van toelagen voor het bouwen of verbouwen van rusthuizen voor bejaarden bepaalt dat het aanvragend organisme, om een rijkstoelage te bekomen, moet bewijzen dat zijn inrichting zodanig zal zijn aangepast en uitgerust dat zij aan de eisen voldoet om bejaarden op te nemen die moeten worden geholpen bij het verrichten van de essentiële handelingen van het leven en/ of op wie bijzonder toezicht moet worden gehouden; het moet er zich ook toe verbinden de voorkeur te geven aan personen uit voormelde categorieën.

Deze schikking werd getroffen op basis van artikel 5, § 2, van de wet van 22 maart 1971 tot subsidiëring van de bouw van rustoorden voor bejaarden, welke bepaling het gevolg is van een amendement van de Regering.

Het is duidelijk dat de wetgever het probleem van de huisvesting van niet-valide bejaarden positief heeft willen benaderen door er een zekere voorrang aan te verlenen.

Gegevens over de invaliden en semi-validen in de rustoorden, per 1 augustus 1977 verstrekt door de Directie van de rustoorden

Men merke op dat de gegevens over de niet-validen berusten op verklaringen ingewonnen bij de directeurs van

nant de majorer le nombre de lits prévus par l'arrêté d'agrément, et aussi en appliquant de manière plus stricte les normes imposées : actuellement, on accorde souvent une agrément provisoire, ce qui revient à accorder aux hôpitaux un sursis pour réaliser le respect intégral des normes, mais les établissements ne fournissent pas toujours l'effort nécessaire pour se mettre en règle.

Ensuite, il convient de veiller strictement à la collaboration entre les services des maladies aiguës et ceux des maladies chroniques, les maisons de repos et de soins et les services de soins à domicile, de manière telle que les patients soient chaque fois dirigés vers les services qui leur conviennent le mieux. Cette action pourra être soutenue efficacement par une majoration du ticket modérateur et par la collaboration entre les médecins-conseils des organismes assureurs.

Enfin, l'agrément des maisons de repos et de soins devra se faire dans le cadre de la programmation : pour l'application des critères, on pourra tenir compte de facteurs différents selon les régions, et notamment du nombre de lits existants. On pourra éventuellement prévoir une phase transitoire afin que le processus puisse se dérouler de manière coordonnée.

Toutes ces mesures doivent permettre d'assurer le succès de l'opération.

7. Un commissaire ayant demandé des renseignements au sujet de l'hébergement des personnes âgées non valides, le Ministre donne la réponse suivante.

Les initiatives prises en vue de l'hébergement des personnes âgées non valides

L'article 1^{er}, 1°, de l'arrêté royal du 2 mai 1972 fixant les conditions particulières à l'octroi de subsides pour la construction ou le reconditionnement de maisons de repos pour personnes âgées, prévoit que pour pouvoir bénéficier d'un subside de l'Etat, l'organisme demandeur doit établir que son établissement répondra aux conditions d'aménagement et d'équipement requises pour permettre l'hébergement de personnes qui doivent être aidées dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie et/ou être surveillées avec attention spéciale, et s'engager à admettre par priorité les personnes des catégories précitées.

Cette disposition a été prise sur base du § 2 de l'article 5 de la loi du 22 mars 1971 octroyant des subsides pour la construction de maisons de repos pour personnes âgées, lequel résulte d'un amendement déposé par le gouvernement.

Il est donc établi que le législateur a voulu rencontrer de façon positive le problème de l'hébergement des personnes âgées non valides en lui accordant une certaine priorité.

Données sur les invalides et semi-valides dans les maisons de repos, établies, à la date du 1^{er} août 1977, par la Direction des Maisons de repos

Il convient de noter que les données relatives au groupe des non-valides ont été établies sur base des déclara-

de rustoorden en onder hun uitsluitende verantwoordelijkheid. Anderzijds kunnen de diensten van de Minister de gevraagde inlichtingen in verband met de semi-validen niet bezorgen, evenmin als een indeling van de opgenomen personen naar leeftijd.

8. In verband met de suggestie van een lid om vakantiehuizen in de winterperiode beschikbaar te stellen voor bejaarden, antwoordt de Minister dat hij principieel geen bezwaar heeft. Hij vraagt zich echter af of het mogelijk is.

Om overdreven hospitalisatie tijdens de wintermaanden te vermijden zullen directies en ziekenhuisgeneesheren altijd op bepaalde tijdstippen bereid moeten gevonden worden om met de geneesheren-adviseurs de zo geheten sociale opname-indicaties te onderzoeken inzake verantwoorde tussenkomst van de verzekering, rekening houdend met alternatieve mogelijkheden. Cijfergegevens over hospitalisatieverloop zullen trouwens aangewezen zijn om de globale werkwijze van de verschillende ziekenhuisdiensten en de rust- en verzorgingstehuizen te kunnen beoordelen met het oog op de vereiste samenwerking in de geschetste context.

Of als alternatief de voorgestelde formule rationeel is, kan betwijfeld worden.

9. Op de vraag welke de criteria zijn voor opname in een R-dienst, een V-dienst of een verzorgingstehuis, antwoordt de Minister :

a) R-dienst : de opname in een acuut ziekenhuis (R-dienst) is gerechtvaardigd zolang er behoefte bestaat aan verpleegkundige zorgen en aan toezicht en behandeling van een geneesheer-specialist en een actieve revalidatietechniek dadelijk aansluit bij de diagnose en de acute behandeling met de daartoe vereiste technische uitrusting.

b) V-dienst : wanneer hospitalisatie verder vereist blijft met het oog op verpleegkundige zorgen en behandeling en verzorging door geneesheer specialist met bijgaande reactivatie met het oog op hun sociale reïntegratie zonder dat de uitgebreide technische uitrusting van het acuut ziekenhuis verder vereist is.

c) Verzorgingstehuis : wanneer niet langer behandeling vereist is door een geneesheer-specialist noch de uitrusting noodzakelijk die in een ziekenhuisdienst bestaat; de medische zorgen, wanneer die vereist zijn, kunnen verleend worden door een huisarts; de zorgen die de patiënt behoeft kunnen niet thuis verstrekt worden om sociale, psychologische of somatische redenen, en zijn meer omvattend dan hetgeen door een louter « rustoord » verstrekt wordt; het blijvend zorgpakket kan thuis niet geboden worden.

10. Een commissielid vroeg wat in de tekst van artikel 5 van het ontwerp moet worden verstaan onder de uitdrukking « geïntegreerde diensten voor thuisverzorging ».

tions recueillies auprès des responsables des maisons de repos et sous la seule responsabilité de ceux-ci. En outre, les services du Ministre ne peuvent fournir les renseignements souhaités en ce qui concerne les semi-valides ainsi que la répartition des personnes hébergées, en fonction de leur âge.

8. En ce qui concerne la suggestion d'un membre de mettre des maisons de vacances à la disposition des personnes âgées pendant les mois d'hiver, le Ministre répond qu'il n'y voit aucune objection de principe. Il se demande cependant si c'est faisable.

Pour éviter le recours excessif à l'hospitalisation en période d'hiver, il faudra toujours que les directions et les médecins des hôpitaux soient disposés à examiner à certains moments avec les médecins-conseils ce que l'on appelle les indications d'hospitalisation sociale, pour voir si une intervention de l'assurance se justifie, compte tenu d'autres possibilités. Il sera d'ailleurs utile d'avoir des indications chiffrées sur les mesures d'hospitalisation pour que l'on puisse se faire une idée globale du fonctionnement des différents services hospitaliers ainsi que des maisons de repos et de soins pour personnes âgées, et ce en vue d'organiser la collaboration nécessaire dans le domaine en question.

Il est douteux que la formule de remplacement soit rationnelle.

9. Un membre ayant posé la question de savoir quels sont les critères d'admission dans un service R, un service V ou un établissement de soins pour personnes âgées, le Ministre donne la réponse suivante :

a) Service R : l'hospitalisation dans un service « aigu » (service R) se justifie tant que l'intervention du personnel infirmier est requise pour la dispensation des soins et celle du médecin spécialiste pour le contrôle et le traitement, et que le diagnostic et le traitement aigu au moyen de l'équipement technique hospitalier supposent comme complément une technique de réadaptation active.

b) Service V : lorsque l'hospitalisation doit se poursuivre aux fins de traitement par le personnel infirmier et le médecin spécialiste, complété d'une réactivation en vue de la réintégration sociale, sans que l'équipement technique étendu du service aigu soit encore requis.

c) Etablissement de soins pour personnes âgées : dès l'instant où l'intervention du médecin-spécialiste n'est plus requise et que l'équipement hospitalier n'est plus nécessaire; les soins médicaux, pour autant qu'ils soient encore requis, peuvent être dispensés par un médecin généraliste; pour des raisons sociales, psychologiques ou somatiques, les soins que le patient doit encore recevoir ne peuvent pas être dispensés au domicile du patient et comprennent d'ailleurs plus que ceux que peut fournir une simple « maison de repos »; il est impossible d'assurer à domicile l'ensemble des soins à caractère permanent.

10. Un membre a posé la question de savoir ce qu'il faut entendre dans le texte de l'article 5 du projet par l'expression « les services intégrés de soins à domicile ».

De Minister antwoordt :

Deze vraag werd ook in de Kamer gesteld; hier volgt de tekst die voorkomt op bladzijde 11 van het Kamerverslag :

« Een lid vraagt wat moet worden verstaan onder « geïntegreerde diensten voor thuisverzorging. »

De Minister antwoordt dat daarmee wordt bedoeld de samenwerking tussen de diensten voor thuisverzorging, de rusthuizen en de ziekenhuisdiensten, voornamelijk de diensten R (geriatrie en revalidatie) en V (afdeling chronisch zieken).

De Minister wil die verschillende sectoren tot samenwerken verplichten ten einde aldus tot een betere coördinatie en dus tot besparingen te komen. »

11. Men kan de vraag stellen of er met de imperatieve planning voldoende spreiding van de zware apparatuur zal zijn. Is er geen risico dat een streek over de vereiste apparatuur niet kan beschikken omdat er een overdreven uitrusting bestaat in een naburige streek ?

ANTWOORD

In de adviezen die door de Nationale Commissie voor ziekenhuisprogrammatie worden uitgebracht in verband met de programmatie van de zware medische uitrusting, werden indicaties gegeven over de types van ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten waar zware medische uitrusting kan worden opgesteld. Bovendien wordt er in deze adviezen voortdurend op gewezen dat de gewestelijke commissies voor ziekenhuisprogrammatie bij het beoordelen van de aanvragen tot het bekomen van zware medische uitrusting moeten rekening houden met de goede spreiding en de toegankelijkheid van de apparatuur.

C. Het standpunt van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren

1. Brief van de Orde van 7 april 1978

Tijdens de vergadering van 26 april 1978 verwijst de Voorzitter naar de brief van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren van 7 april 1978 (zie bijlage 2). Dit schrijven werd aan alle leden van de commissie toegezonden.

De Voorzitter acht dit schrijven een belangrijk document in het debat.

Zeer terecht vestigt men hierin de aandacht op de beperking welke in dit ontwerp wordt gelegd op de vrijheid van de geneesheer.

De Voorzitter betreurt evenwel dat dit document slechts in de huidige stand van de parlementaire procedure in het debat wordt gebracht.

Voor zoveel als nodig wordt er aan herinnerd dat de geneesheren zeer gehecht zijn aan hun vrijheid in de uitoefening van hun beroep.

Men kan de vraag stellen of er wel een gevaar schuilt in het individueel gebruik op eigen kosten van — zij het dure — apparatuur.

Le Ministre répond :

Cette question a été posée également à la Chambre; voici le texte figurant à la page 11 du rapport de la Chambre :

« Un membre demande ce qu'on entend par « services intégrés de dispensation de soins à domicile. »

Le Ministre répond que ces termes visent la collaboration entre les services de soins à domicile, les maisons de repos et les services hospitaliers, principalement les services R (gériatrie et révalidation) et V (section pour malades chroniques).

L'intention du Ministre est d'imposer une collaboration entre ces divers secteurs, de façon à réaliser une meilleure coordination et, partant, des économies. »

11. On peut se demander si la planification impérative permettra d'assurer un étalement suffisant de l'appareillage lourd. N'y a-t-il pas lieu de craindre qu'une région ne puisse pas disposer du matériel nécessaire à cause du suréquipement d'une région voisine ?

REPONSE

Les avis émis par la Commission nationale de programmation hospitalière au sujet de la programmation de l'appareillage médical lourd donnent des indications sur les types d'hôpitaux ou de services hospitaliers qui peuvent être dotés d'un tel appareillage. En outre, ces avis rappellent constamment que, dans l'examen des demandes d'appareillage médical lourd, les commissions régionales de programmation hospitalière doivent être attentives à assurer un étalement convenable et l'accessibilité de l'équipement.

C. Le point de vue du Conseil national de l'Ordre des Médecins

1. Lettre de l'Ordre du 7 avril 1978

Au cours de la réunion du 26 avril 1978, le Président se réfère à la lettre du Conseil national de l'Ordre des Médecins du 7 avril 1978 (voir annexe 2). Cette lettre a été transmise à tous les membres de la Commission.

Le Président estime qu'il s'agit là d'un document important dans le cadre du débat.

C'est à juste titre que l'on y met l'accent sur les restrictions que le projet en discussion apporte à la liberté du médecin.

Le Président déplore toutefois que ce document n'ait été transmis qu'à ce stade de la procédure parlementaire.

Pour autant que de besoin, il est rappelé que les médecins sont très attachés à leur liberté dans l'exercice de leur profession.

On peut se demander si le fait, pour un médecin individuel, d'utiliser à ses propres frais un appareillage, fût-il coûteux, comporte effectivement un risque.

2. Antwoord van de Minister

1. Zonder enige twijfel is het dokument van de Orde van geneesheren belangrijk. De inhoud hiervan maakt reeds lang het voorwerp uit van de zorg van de Minister. Hij verwijst naar de rede welke hij heeft uitgesproken op een studiedag van het Centrum voor Ziekenhuiswetenschappen te Leuven op woensdag 16 november 1977 onder het thema « De beheersing van de medische technologie — standpunt van de overheid » (de tekst is ter beschikking van de leden van de Senaat).

2. Wij moeten goed in acht nemen dat er grenzen zijn aan de financiële mogelijkheden. Bovendien moeten de sociaal-verzekerden beschermd worden.

Vrijheid van therapie, hoezeer dit fenomeen in wezen dient geëerbiedigd als dwingend imperatief voor een behoorlijke uitoefening van de geneeskunde, heeft echter ook grenzen. Onbeperkte vrijheid van therapie is trouwens slechts denkbeeldig. In feite zijn er reeds een reeks beperkingen aan deze vrijheid; men denke bijvoorbeeld aan het hospitaalwezen in de provincie Luxemburg en in vele landelijke gebieden.

Het is dan ook een dwingende plicht deze vrijheid te zien in de concrete kontekst van de sociaal-economische gegevens. Onbeperkte vrijheid is op het huidige ogenblik niet meer denkbaar.

3. Het is evident dat de imperatieve planning niet mag stoelen op louter arbitraire gegevens. De instelling van de commissies *ad hoc* is in dit verband ongetwijfeld een waarborg. Bovendien moet men deze beperkingen niet zien als een eeuwige hypotheek, doch wel dynamisch en derhalve evolutief. Men zal op het gepaste ogenblik — indien daartoe aanleiding bestaat — de criteria welke worden in acht genomen moeten herzien, aanpassen en zelfs wijzigen.

4. Tenslotte mogen wij niet de indruk hebben dat wij alleen in België voor deze problemen staan en derhalve daaraan het hoofd moeten bieden. In de Verenigde Staten van Amerika, de Scandinavische landen en in Nederland bestaan soortgelijke initiatieven op het wetgevend vlak.

**

3. Opmerkingen en bedenkingen vanuit de Commissies.

Na deze repliek van de Minister worden door verschillenden leden nog opmerkingen gemaakt.

a) Een lid stelt de vraag of wij niet eerder beperkingen moeten zoeken in de nutteloze prestaties welke worden gepleegd in hospitalen en ook in academische ziekenhuizen.

b) Een ander lid is van mening dat niet zozeer de in dit ontwerp voorgestelde beperkingsmaatregelen nuttig en doelmatig zijn, doch dat veeleer de patiënten zelf de eerste en de beste controleurs van de geneesheren zijn. Zeer vlug is er paniek bij de patiënten wanneer er maar de minste twijfel bestaat nopens de mogelijke terugbetaling voor de vergoeding van de prestaties van de geneesheer. Dit lid is zich echter

2. Réponse du Ministre

1. L'importance de la lettre de l'Ordre des médecins ne peut être niée. Les points qui y sont relevés retiennent déjà depuis longtemps l'attention du Ministre, qui se réfère à cet égard au discours qu'il a prononcé lors d'une journée d'étude du Centre des sciences hospitalières, qui a eu lieu à Louvain le 16 novembre 1977 sur le thème « La maîtrise de la technologie médicale — Point de vue de l'autorité publique » (le texte est à la disposition des membres du Sénat).

2. Il faut bien se dire qu'il y a des limites aux possibilités financières. Il importe en outre de protéger les assurés sociaux.

D'autre part, la liberté thérapeutique a aussi ses limites, si vrai soit-il qu'elle doit essentiellement être respectée comme condition impérative d'un exercice convenable de la médecine. Une liberté thérapeutique absolue est d'ailleurs illusoire. En fait, cette liberté est déjà sujette à une série de restrictions; il suffit de songer à l'organisation hospitalière de la province de Luxembourg et de nombreuses régions rurales.

C'est dès lors un devoir impérieux de la situer dans le contexte concret des réalités socio-économiques. Une liberté illimitée n'est plus pensable actuellement.

3. Il va de soi que la planification impérative ne peut reposer sur des données purement arbitraires. La création des commissions *ad hoc* constitue sûrement une garantie à cet égard. En outre, il faut se garder de considérer ces limitations comme une hypothèque perpétuelle; on doit les envisager, au contraire, dans une perspective dynamique et donc évolutive. Au moment opportun — et pour autant que ce soit nécessaire — il conviendra de revoir, d'adapter ou même de modifier les critères retenus.

4. Enfin, il serait faux de croire que la Belgique soit le seul pays à être confronté à ces problèmes et, dès lors, obligé d'y faire face. Des initiatives similaires ont été prises sur le plan législatif aux Etats-Unis d'Amérique, dans les pays scandinaves et aux Pays-Bas.

**

3. Remarques et considérations formulées par les commissaires.

Cette réponse du Ministre a donné lieu à diverses observations de la part des membres de la Commission.

a) Un commissaire se demande s'il ne vaudrait pas mieux chercher à limiter les prestations inutiles fournies dans les hôpitaux et également dans les cliniques universitaires.

b) Un autre membre estime que ce ne sont pas tellement les mesures restrictives prévues par le projet qui seront utiles et efficaces, mais que les premiers et les meilleurs contrôleurs des médecins sont plutôt les patients eux-mêmes. Ceux-ci se laissent trop facilement gagner par la panique dès qu'il y a le moindre doute quant au remboursement éventuel des prestations du médecin. L'intervenant a cependant bien cons-

wel bewust van het feit dat de patiënten weinig vat hebben op de problematiek.

c) Een lid van de commissie drukt er zijn zorg over uit dat met het doorvoeren van een imperatieve planning vooral de kleinere of middelgrote hospitalen het slachtoffer zullen zijn. Hij vreest dat deze planning in de eerste orde de zeer grote ziekenhuizen en ook de academische ziekenhuizen al te zeer zal bevoordelen.

De Minister antwoordt dat deze vrees ongegrond is omdat er voldoende waarborgen zijn ingebouwd door de instelling van de regionale en nationale commissies.

Bovendien kondigt de Minister aan dat eerlang de verslagen van de programmatiecommissies voor 1977 zullen gepubliceerd worden.

d) Een lid van de Commissie vraagt welke de weerslag zal zijn van de anti-crisiswet op de toepassing van artikel 5. De Minister antwoordt hierop dat de anti-crisiswet dit ontwerp niet zal wijzigen. Voor wat betreft de uitvoering van artikel 5 is het op het huidig ogenblik nog niet mogelijk zich een beeld te vormen van de cijfers.

e) Een lid van de Commissie meent te kunnen vaststellen dat in principe vrijwel iedereen accoord is over de noodzaak van de beperkingen. Het « hoe » stelt echter problemen. In dit verband laat hij evenwel opmerken dat de medische zorg voor de bevolking niet het monopolie kan en mag zijn van geneesheren alleen. Andere instanties hebben in dit verband ook verantwoordelijkheid.

De Minister treedt deze verklaring onmiddellijk bij.

III. ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING

Artikel 1

Amendementen

Er wordt een amendement ingediend dat luidt als volgt :

« De tekst onder 1° van dit artikel te vervangen als volgt :
1° tot 5°, wordt letter c) vervangen als volgt :

c) Bij ontstentenis van initiatief in een « gewest » van het land, kan de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, na advies van de bevoegde commissies voor ziekenhuisprogrammatie, besluiten zware medische apparatuur te installeren.

De toelage wordt van ambtswege verleend indien de inrichtende macht van het ziekenhuis dat de apparatuur ontvangt, een universiteit of openbaar bestuur is. »

Dit amendement wordt verantwoord als volgt :

« Dit amendement heeft tot doel de Minister toe te laten zware medische apparatuur te installeren waar het nodig is en het geneeskundig korps toch vrij te laten inzake diagnostiek en behandeling zoals vereist is voor kwaliteitsgeneeskunde.

cience du fait que les patients n'ont guère de prise sur le règlement des problèmes.

c) Un commissaire s'inquiète de ce que la planification impérative désavantagera surtout les petits et moyens hôpitaux. Il craint qu'elle n'ait principalement pour effet de favoriser d'une manière excessive les très grands établissements hospitaliers et aussi les hôpitaux universitaires.

Le Ministre répond que cette crainte n'est pas fondée, car des garanties suffisantes ont été prévues par la création des commissions régionales et nationale.

Par ailleurs, il annonce la publication prochaine des rapports des commissions de programmation pour 1977.

d) Un membre demande quelles seront les répercussions de la loi anti-crise sur l'application de l'article 5. Le Ministre répond que la loi anti-crise ne modifiera pas la loi projetée. Pour ce qui est de l'application de l'article 5, il n'est pas encore possible à l'heure actuelle de se faire une idée des chiffres.

e) Un membre de la Commission croit pouvoir constater qu'en principe, pratiquement tout le monde est d'accord pour reconnaître la nécessité des limitations. C'est le « comment » qui pose des problèmes. A cet égard, il faut observer que les soins de santé ne peuvent et ne doivent pas être le monopole des seuls médecins. D'autres instances encore ont des responsabilités en cette matière.

Le Ministre déclare se rallier complètement à cette affirmation.

III. EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

Amendements

Cet article fait l'objet d'un amendement, libellé comme suit :

« Remplacer le 1° de cet article par le texte suivant :

1° au 5°, le littéra c) est remplacé par les dispositions suivantes :

c) En l'absence d'initiative dans une « région » du pays, le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut, après avoir pris l'avis des commissions compétentes de programmation hospitalière, décider de l'installation de matériel médical lourd.

La subvention sera accordée d'office si le pouvoir organisateur de l'institution hospitalière qui recevra l'appareil, est soit une université, soit un pouvoir public. »

Cet amendement est justifié comme suit :

« Cet amendement tend à permettre au Ministre d'installer un appareil médical lourd, là où le besoin s'en fait sentir, tout en conservant au corps médical une liberté de diagnostic et de traitement, indispensable à une médecine de qualité.

Wij hebben veel begrip voor het streven van de Minister van Sociale Voorzorg, maar het staat aan hem en niet aan de Minister van Volksgezondheid om maatregelen te nemen ten einde de uitgaven van de ZIV te verminderen, met name die betreffende de terugbetaling van de prestaties verricht met behulp van die apparatuur. »

De indiener van dit amendement beroept zich vooral op de noodzaak van de vrijheid in de uitoefening van de geneeskunde.

Bovendien merkt hij op dat deze kwestie een nogal sterke reactie heeft uitgelokt vanwege de Nationale Raad van de Orde der geneesheren.

Hij is ook van mening dat het medisch korps niet gunstig zal reageren.

De Minister laat hierbij opmerken dat hij vóór enkele dagen een 30-tal specialisten heeft gehoord die niet ongunstig reageerden.

**

Een lid van de Commissie verklaart zich voorstander van het amendement, doch meent dat alleszins kleine c) moet behouden worden omdat het anders niet duidelijk is hoe men komt tot de definitie van zware medische apparatuur.

De indiener van het amendement is het met dit bezwaar eens.

**

Een lid van de Commissie maakt voorbehoud voor het gebruik van de term « gewest » in een andere betekenis dan dit in het kader van de Staatshervorming het geval is.

**

De indiener van het amendement dringt verder aan op het behoud van het amendement omdat hiermede de vrijheid, niet alleen van de geneesheren, doch ook van de gemeenschap behouden blijft. Niemand is immers verplicht van een arts te raadplegen welke op eigen initiatief en op eigen kosten zware medische apparatuur gebruikt.

De Minister antwoordt hierop dat hij onmogelijk kan aannemen dat er twee soorten zieken zouden zijn, waarvan slechts een deel zich de weelde zou kunnen veroorloven om een beroep te doen op een arts met bijzondere apparatuur.

**

Een lid vraagt naar de juiste betekenis van « de bevoegde commissies voor ziekenhuisprogrammatie ».

Het antwoord van de Minister luidt aldus :

Als algemene regel is de gewestelijke programmatiecommissie bevoegd, uitzonderlijk de nationale commissie (bijvoorbeeld in de universitaire ziekenhuizen). De Minister verwijst naar de toelichting bij artikel 1 in wetsontwerp nr. 85 van de Kamer van Volksvertegenwoordigers.

**

Nous comprenons fort bien les préoccupations du Ministre de la Prévoyance sociale, mais c'est à lui, et non au Ministre de la Santé publique et de la Famille, d'envisager les mesures qui permettront de diminuer les dépenses de l'AMI et notamment celles concernant le remboursement des prestations effectuées à l'aide de cet appareillage. »

L'auteur de l'amendement invoque en premier lieu la nécessité d'assurer la liberté des médecins dans l'exercice de leur profession.

Il fait observer par ailleurs que cette question a suscité une réaction assez vive de la part du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Il estime dès lors que l'on peut s'attendre à ce que la réaction du corps médical ne sera pas favorable.

Le Ministre fait remarquer qu'il y a quelques jours, il a entendu un trentaine de spécialistes, dont les réactions n'étaient pas défavorables.

**

Tout en se déclarant favorable à l'amendement, un commissaire estime qu'il importe de maintenir en tout état de cause le littéra c), sans quoi il ne serait pas possible de se rendre compte comment on arrive à la définition d'appareillage médical lourd.

L'auteur de l'amendement admet cette objection.

**

Un membre formule des réserves à propos de l'utilisation du terme « région » dans un sens autre que celui qu'il a dans le cadre de la réforme de l'Etat.

**

L'auteur de l'amendement insiste pour que son texte soit adopté, en arguant que celui-ci est de nature à garantir la liberté non seulement des médecins, mais aussi de la communauté. Personne n'est en effet obligé de consulter un médecin utilisant de sa propre initiative et à ses propres frais un appareillage médical lourd.

Le Ministre répond qu'il ne peut admettre qu'il y ait deux catégories de malades, dont une seule pourrait se payer le luxe d'avoir recours à des médecins disposant d'un appareillage spécial.

**

Un membre aimerait savoir ce qu'il y a lieu d'entendre exactement par « la commission compétente de programmation hospitalière ».

Voici la réponse du Ministre :

En règle générale, c'est la commission régionale de programmation qui est compétente, exceptionnellement c'est la commission nationale (par exemple pour les hôpitaux universitaires). Le Ministre se réfère aux commentaires de l'article 1^{er} du projet de loi n° 85 de la Chambre des Représentants.

**

Het amendement wordt verworpen met 17 stemmen tegen 4.

**

Enkele leden dienen een ander amendement in dat luidt als volgt :

Het nieuw voorgestelde *d)* in 5° van artikel *6bis*, § 2, van de wet van 23 december 1963, te vervangen als volgt :

« *d)* De Koning kan bepalen vanaf welke datum de prestaties, verstrekt met zware medische apparatuur die niet past in het raam van een onder *b)* bedoeld programma dat Hij heeft vastgesteld, niet terugbetaalbaar zijn door de verzekeringsinstellingen bedoeld bij de wetgeving op de ziekte- en invaliditeitsverzekering, door de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen, door het Nationaal Werk voor Oorlogsinvaliden of door een Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn. »

De indiener herhaalt, wat reeds meer werd verklaard, dat de beperking van de vrijheid van de geneesheren in het bepalen van de therapie onaanvaardbaar is. Er zijn naar zijn mening andere middelen om de uitgaven te beperken. Men zou er beter aan doen, te besparen inzake de erkenning met het oog op het al dan niet bekomen van terugbetalingen.

Een ander lid merkt hierbij op dat inderdaad in de sector van Sociale Voorzorg moet worden gezocht naar besparingen en ter zake niet in Volksgezondheid.

De Minister verzoekt om de verwerping van het amendement. Hij is niet accoord met de argumenten voor het amendement en verklaart dat — in die gedachtengang — het beperken van het aantal ziekenhuizen ook een inbreuk zou zijn op de vrijheid in de uitoefening van de geneeskunde.

Het amendement wordt verworpen met 17 stemmen tegen 4.

Het artikel zelf

1° Dit deel van het artikel geeft geen aanleiding tot opmerkingen.

2° *d)* Een lid van de commissie merkt op dat deze tekst toelaat dat de lijst van de zware medische apparaten kan worden ingekort. Hij vraagt zich af of zulke maatregel bepaalde ziekenhuizen niet in een moeilijk parket zou kunnen brengen, voor wat betreft de vroeger aangeworven apparaten.

De Minister stelt de Commissie gerust dat vanzelfsprekend zomaar niet plots en op een niet-verantwoorde wijze tot zulke inkorting zal worden overgegaan.

Het is inderdaad evident dat iedereen tijdig zal op de hoogte gebracht worden van de bedoeling van de Regering om bepaalde apparaten onder de verbodsbepaling te brengen. Gelet op de ingebouwde adviesprocedure is de vrees voor willekeur ongegrond.

Op vraag van een lid van de commissie of het onder kleine *b)* bedoeld programma alleen op ziekenhuizen slaat is het antwoord van de Minister negatief.

L'amendement est rejeté par 17 voix contre 4.

**

Des membres déposent un autre amendement, libellé comme suit :

« Remplacer le littéra *d)* (nouveau), que le projet tend à insérer au 5° de l'article *6bis*, § 2, de la loi du 23 décembre 1963, par la disposition suivante :

« *d)* Le Roi peut fixer la date à partir de laquelle les prestations fournies à l'aide d'un appareillage médical lourd qui ne s'inscrit pas dans le cadre d'un programme qu'il a élaboré comme prévu sub *b)*, ne sont pas remboursables par les organismes assureurs visés dans la législation sur l'assurance maladie-invalidité, par la Société nationale des chemins de fer belges, par l'Œuvre nationale des invalides de la guerre ou par un centre public d'aide sociale. »

L'auteur de l'amendement répète ce qui a déjà été déclaré à plus d'une reprise, à savoir que la restriction de la liberté du médecin dans l'établissement de la thérapeutique est inadmissible. A son avis, il existe d'autres moyens de limiter les dépenses. L'on ferait mieux de réaliser des économies en matière d'agréations en vue de déterminer le droit aux remboursements.

Un autre membre fait observer à ce propos que c'est en effet dans le secteur de la Prévoyance sociale qu'il faut chercher à faire des économies et non dans celui de la Santé publique.

Le Ministre invite la Commission à rejeter l'amendement. Il n'est pas d'accord avec les arguments avancés pour le justifier et il déclare que, dans cet ordre d'idées, la limitation du nombre des hôpitaux constituerait également une atteinte à la liberté d'exercice de la médecine.

L'amendement est rejeté par 17 voix contre 4.

L'article même

1° Cette partie de l'article ne donne lieu à aucune observation.

2° *d)* Un membre fait remarquer que ce texte permet de réduire la liste des appareillages médicaux lourds. Il se demande si cela ne risque pas de mettre certains hôpitaux dans une situation difficile en ce qui concerne les appareils acquis antérieurement.

Le Ministre rassure la Commission en déclarant qu'il va de soi que l'on ne procédera tout de même pas à une telle réduction à l'improviste et sans motif.

Il est en effet évident que tous les intéressés seront avertis en temps utile de l'intention du Gouvernement de soumettre certains appareils à l'interdiction. Grâce à la procédure de consultation prévue, il n'y a aucune raison de craindre une décision arbitraire.

Un membre ayant demandé si le programme visé au littéra *b)* concerne uniquement les hôpitaux, le Ministre répond par la négative.

Wanneer een lid van de commissie zijn zorg uitdrukt over de evenwichtige verdeling van de zware apparatuur, antwoordt de Minister dat het vanzelfsprekend de bedoeling is van de adviescommissies te zorgen dat de spreiding van de apparaten verantwoord is, zo geografisch als technisch.

2° e) Een lid van de commissie vindt het nogal vreemd dat men in een tijd van besparingen tot 100 procent zou betoelagen. De Minister antwoordt dat uiteindelijk de voorgestelde regeling minder zal kosten.

De vraag wordt dan gesteld in welk geval 100 procent zal worden betoelaagd en in welk geval dit percentage lager zal zijn. Hoe gaat men dat achteraf verrekenen in verband met de terugbetalingsnormen?

De Minister antwoordt dat men er vanzelfsprekend best zal aan doen — vooraleer tot aankoop over te gaan — contact op te nemen met het Departement om te informeren voor welk percentage men op subsidie kan rekenen. Het zijn niet altijd de duurste apparaten, welke het meest doelmatig en nuttig zijn.

**

Op de vraag wat er zal gebeuren in geval van leasing, antwoordt de Minister dat dit alles geregeld wordt met uitvoeringsbesluiten. Hij kan echter nog geen preciseringen aanvoeren voor wat de criteria betreft welke men bij de uitvoeringsbesluiten in acht zal nemen.

3° Er wordt daaromtrent verwezen naar het verslag van de Kamercommissie, waaruit duidelijk blijkt dat deze tekst het gevolg is van een amendement.

Het artikel wordt aangenomen met 17 stemmen tegen 3 bij 1 onthouding.

Artikel 2

Op de vraag van een lid of privé-laboratoria onder deze regel vallen, antwoordt de Minister dat hij deze aangelegenheid voor advies zal voorleggen aan de ziekenhuisraad.

Hij heeft niet zozeer gedacht aan hetgeen reeds bestaat maar wel aan een mogelijkheid om af te remmen voor de toekomst.

Wanneer een lid zich de bedenking maakt of boeten zullen volstaan om de geneesheren af te schrikken van het overtreden van de verbodsbepaling, antwoordt de Minister dat hij toch wel hoopt te kunnen rekenen op de verantwoordelijkheid van de Orde der geneesheren.

Een lid herinnert eraan dat de strafwet steeds op de toekomst gericht is en moeilijk met terugwerkende kracht kan worden toegepast.

De Minister antwoordt hierop dat zodra de wet in werking treedt, zij zal toegepast worden met de nodige kordaatheid ook wat betreft de bestaande apparatuur.

Un commissaire s'étant inquiété de savoir si l'appareillage lourd sera réparti d'une manière équilibrée, le Ministre affirme que les commissions consultatives auront naturellement pour tâche d'assurer un étalement judicieux des équipements, tant sur le plan géographique qu'au point de vue technique.

2° e) Un membre trouve assez étrange qu'en ces temps d'économies, on accorde des subventions pouvant aller jusqu'à 100 p.c. Le Ministre répond que le système proposé sera finalement moins coûteux.

L'on demande alors dans quels cas la subvention atteindra 100 p.c. et dans quels cas le pourcentage sera inférieur. Comment va-t-on compenser tout cela ultérieurement dans le cadre des normes de remboursement?

Le Ministre répond qu'avant de procéder à une acquisition, il sera évidemment préférable de prendre contact avec le Département pour s'enquérir du pourcentage de subventionnement sur lequel on pourra compter. Ce ne sont pas toujours les appareils les plus coûteux qui ont le plus d'efficacité et d'utilité.

**

Un commissaire ayant demandé ce qu'il adviendra en cas de leasing, le Ministre répond que toutes ces questions seront réglées par les arrêtés d'exécution. Il ne lui est cependant pas possible de donner des précisions quant aux critères qui seront retenus lors de l'élaboration de ces textes.

3° A ce sujet, il est fait référence au rapport de la Chambre, d'où il apparaît clairement que ce texte résulte d'un amendement.

L'article est adopté par 17 voix contre 3 et 1 abstention.

Article 2

A la question de savoir si cette règle s'appliquera également aux laboratoires privés, le Ministre répond qu'il soumettra la question à l'avis du Conseil des hôpitaux.

Il n'a pas tellement songé à ce qui existe déjà, mais bien à la possibilité de freiner les dépenses dans l'avenir.

Un membre s'étant demandé si des amendes suffiront pour retenir les médecins d'enfreindre l'interdiction, le Ministre répond qu'il espère quand même qu'il pourra compter sur le sens des responsabilités de l'Ordre des médecins.

Un commissaire rappelle que la loi pénale vise toujours des infractions futures et qu'elle peut difficilement être appliquée avec effet rétroactif.

Le Ministre répond que, dès son entrée en vigueur, la loi sera appliquée avec la rigueur nécessaire, également en ce qui concerne l'appareillage existant.

Bij wijze van amendement stellen enkele leden voor, dit artikel te schrappen. Zij lichten deze houding als volgt toe :

« Het gaat hier om een verbodsbepaling die voorziet in een sanctie met een gevangenisstraf van acht dagen tot drie maanden, die niet te verantwoorden valt.

Inderdaad voert men hier een straf in voor een overtreding die niet nauwkeurig in de wet is omschreven wat een zeer gevaarlijk precedent schept inzake strafrecht. Inderdaad staat nergens in de wet omschreven wat dient verstaan onder « zware medische apparatuur » zodat hier de toepassing van een correctionele straf afhankelijk wordt gemaakt van een nog te treffen koninklijk besluit. Dit is strijdig met het algemeen rechtsbeginsel « geen straf zonder wet ».

Zoals het advies van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren van 7 april, nr. 8088 daarenboven aantoonde, stemt dit dwangstelsel niet overeen met de grondprincipes betreffende de uitoefening van de geneeskunst. De niet-terugbetaling der prestaties vanwege de ZIV voor zorgen, verstrekt met niet-erkende zware apparatuur, moet op zichzelf reeds volstaan om de misbruiken te ontmoedigen. Daarom wordt voorgesteld de bepaling van artikel 2 tot invoering van een 8° in artikel 18, § 1, van de wet van 23 december 1963 te schrappen en artikel 1 in dezelfde zin aan te passen. »

De indieners verklaren hierbij dat hun amendement in de lijn ligt van de inhoud van hun amendement op artikel 1.

Dit amendement wordt verworpen met 16 stemmen tegen 4.

Het artikel wordt aangenomen met 16 stemmen tegen 4.

Artikel 3

De Minister deelt aan de Commissie mede dat aan de Nationale Commissie om criteria en cijfers werd gevraagd. Met dit advies zal aan de Regering een voorstel worden voorgelegd. De Commissie wordt daarvan te gepasten tijde ingelicht.

Het artikel wordt door de 20 aanwezige commissieleden eenparig aangenomen.

Artikel 4

De Minister grijpt de gelegenheid aan om erop te wijzen dat dit een typisch voorbeeld is van het gebruik van het woord « minister » in de betekenis van « minister met gewestelijke bevoegdheid ».

Op de vraag van een lid of de uitbreiding van de ziekenhuiscapaciteit in het totaal moet gezien worden dan wel per tak, verzekert de Minister dat het totaal beoogd wordt.

Een lid merkt op :

a) Dat in sommige rusthuizen V-bedden voorkomen buiten de programmering;

b) Dat het zijns inziens beter ware, kleine ziekenhuizen wat uit te breiden dan grote nog te vergroten.

Par voie d'amendement, des membres proposent la suppression de cet article. Ils justifient leur position dans les termes suivants :

« Il s'agit en l'occurrence d'une interdiction sous peine d'emprisonnement de huit jours à trois mois, ce qui ne peut se justifier.

En effet, cet article rend punissable une infraction qui n'est pas définie de façon précise dans la loi, créant ainsi un précédent très dangereux en matière de droit pénal. Comme la loi ne dit nulle part ce qu'il faut exactement entendre par « appareillage médical lourd », l'application d'une peine correctionnelle dépendra donc d'un arrêté royal encore à prendre, ce qui est contraire à la règle juridique générale « pas de peine sans loi ».

En outre, ainsi qu'il ressort de l'avis n° 8088 du Conseil national de l'Ordre des Médecins en date du 7 avril, ce système coercitif n'est pas compatible avec les principes fondamentaux de l'exercice de la médecine. Le non-remboursement par l'AMI des soins dispensés avec utilisation d'un appareillage lourd qui n'a pas été agréé doit déjà suffire à lui seul à dissuader de commettre des abus. C'est pourquoi nous proposons de supprimer l'article 2, qui vise à compléter par un 8°, l'article 18, § 1^{er}, de la loi du 23 décembre 1963, et d'adapter l'article 1^{er} du projet dans le même sens. »

Les auteurs de l'amendement font observer en outre que leur texte s'inscrit dans la ligne du contenu de l'amendement qu'ils avaient déposé à l'article premier.

L'amendement est rejeté par 16 voix contre 4.

L'article est adopté par 16 voix contre 4.

Article 3

Le Ministre communique à la Commission que la Commission nationale a été invitée à lui soumettre des critères et des chiffres. Cet avis sera accompagné d'une proposition à l'usage du Gouvernement. La Commission en sera informée en temps opportun.

L'article est adopté à l'unanimité des 20 membres présents.

Article 4

Le Ministre profite de l'occasion pour souligner qu'on se trouve en présence d'un exemple typique de l'emploi du terme « ministre » dans le sens de « ministre à compétences régionales ».

Un commissaire ayant demandé s'il faut voir l'extension de la capacité hospitalière dans son ensemble ou bien par branche, le Ministre assure que c'est l'ensemble qui est visé.

Un membre fait remarquer :

a) Que certaines maisons de repos comprennent des services V hors de programmation;

b) Qu'à son avis, il serait préférable d'agrandir les petits hôpitaux plutôt que d'étendre encore davantage les grands.

De Minister antwoordt hem :

a) Dat een V-bed een ziekenhuisbed is en dus binnen de programmatie moet vallen;

b) Dat deze beleidsvraag behoort tot de bevoegdheid van de gewestelijke Ministers.

Het artikel wordt door de 20 aanwezige commissieleden eenparig aangenomen.

Artikel 5

Amendementen

Bij wijze van amendement stellen enkele leden voor, dit artikel te schrappen. Zij geven hiervoor de volgende verantwoording.

« Het is een slechte wetgevende techniek in een ontwerp tot wijziging van de wet op de ziekenhuizen bepalingen in te lassen die slaan op een totaal andere vorm van verzorging.

Anderzijds lijkt het op zijn minst gevaarlijk, met het oog op wildgroei in de overgangperiode, nu reeds nieuwe voordelen en verworven rechten in te bouwen wanneer de planningsnormen nog niet vastgesteld zijn en wanneer de bestaande toestand ver van voldoende blijkt. Dit is nog minder aan te raden wanneer men rekening houdt met de gekende budgettaire moeilijkheden zowel van de Staat zelf als van het RIZIV.

Deze bepaling dient, zoals terecht in de Kamercommissie aangestipt, uit dit ontwerp verwijderd en ondergebracht in een aparte wetgeving inzake thuisverzorging en verpleging in rustoorden. »

De Minister verzoekt de Commissie dit amendement te verwerpen.

Het amendement wordt verworpen met 17 stemmen tegen 2.

**

Een lid stelt bij wijze van amendement voor het artikel als volgt te formuleren :

« Overeenkomstig *nationale* normen die bij een in Minister-raad overlegd koninklijk besluit worden vastgesteld, kan door de Minister of Staatssecretaris die het *regionaal beleid* voor Volksgezondheid en het Gezin in zijn bevoegdheid heeft aan geïntegreerde diensten voor thuisverzorging en aan erkende rustoorden voor bejaarden een bijzondere erkenning worden toegekend voor het verlenen van een geheel van zorgen dat toelaat het verblijf in het ziekenhuis in te korten of te voorkomen.

Bedoelde erkenning kan bovendien slechts worden toegekend in het raam van een gewestelijke planning die na advies van de Hoge Raad voor de derde leeftijd en van het bevoegd Ministerieel Comité voor Gewestelijke Aangelegenheden wordt vastgelegd.

De Koning bepaalt de voorwaarden waaronder, binnen de perken van de begrotingskredieten, voor deze zorgenverlening een bijzondere *forfaitaire* tussenkomst *per geïnte-*

Le Ministre lui répond :

a) Que les lits des services V sont des lits d'hôpital et doivent donc être compris dans la programmation;

b) Que cette question a une portée politique et entre dans les attributions des Ministres à compétences régionales.

L'article est adopté à l'unanimité des 20 membres présents.

Article 5

Amendements

Par voie d'amendement, des membres proposent la suppression de cet article. Ils justifient leur amendement comme suit :

« Il est de mauvaise technique législative d'insérer dans un projet modifiant la loi sur les hôpitaux des dispositions concernant une forme toute différente de dispensation de soins.

D'autre part, si l'on songe aux initiatives sauvages qui pourraient être prises pendant la période transitoire, il paraît pour le moins dangereux de prévoir dès à présent de nouveaux avantages et de créer déjà des droits acquis, alors que les normes de planification ne sont pas encore fixées et que la situation existante laisse manifestement beaucoup à désirer. C'est d'autant moins souhaitable si l'on tient compte des difficultés budgétaires bien connues auxquelles tant l'Etat lui-même que l'INAMI ont à faire face.

Comme la Commission de la Chambre l'a fait observer à juste titre, cette disposition doit être retirée du projet et reprise dans une législation distincte sur la dispensation des soins à domicile et dans les maisons de repos. »

Le Ministre invite la Commission à rejeter cet amendement.

L'amendement est rejeté par 17 voix contre 2.

**

Par voie d'amendement, un commissaire propose de rédiger cet article comme suit :

« Conformément aux normes *nationales* déterminées par un arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, une agrégation spéciale peut être accordée, par le Ministre ou le Secrétaire d'Etat qui a la *politique régionale* dans ses attributions, aux services intégrés de dispensation de soins à domicile et aux maisons de repos agréées pour personnes âgées, pour la dispensation d'un ensemble de soins permettant de raccourcir le séjour en hôpital ou de l'éviter.

Cette agrégation ne peut être accordée que dans le cadre d'une planification régionale établie après avis du Conseil supérieur du troisième âge et du Comité ministériel des Affaires régionales compétent.

Le Roi détermine les conditions selon lesquelles, dans les limites des crédits budgétaires, une intervention spéciale *forfaitaire par service intégré*, peut être accordée pour cette

greerde dienst kan worden verstrekt ten laste van hetzij de verzekeringsinstellingen in het raam van de wetgeving op de ziekte- en invaliditeitsverzekering, hetzij van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen, hetzij van het Nationaal Werk voor oorlogsinvaliden, hetzij van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn. »

Een lid, verdediger van het amendement, stelt vooraf enkele vragen. Hij kondigt aan dat indien hij hierop een bevredigend antwoord bekomt, hij bereid is het amendement, namens de indiener, in te trekken.

a) Zullen er geen uitvoeringsbesluiten genomen worden zonder voorafgaand onderzoek van de tekst door de parlementaire commissies ?

b) Gaat het hier wel degelijk om een aangelegenheid die tot de bevoegdheid van de gewestelijke Ministers zal behoren ?

c) Zal de raadpleging van de Hoge Raad voor de derde leeftijd de vorm aannemen van een volwaardig advies dat tenminste richtinggevend kan zijn ?

De Minister verklaart, als inleiding tot zijn antwoord, te beseffen dat het strikt genomen beter ware, voor de in dit artikel behandelde stof een afzonderlijk wetsontwerp op te stellen.

Hij vreest echter dat de behandeling van zulk een (omvangrijker) tekst vrij lang zou kunnen aanslepen. Hij neemt zich voor, een dergelijk wetsontwerp op te stellen. Inmiddels wenst hij alvast te doen wat met deze korte tekst mogelijk is. Omdat dit inderdaad een stof is die van die der vorige artikelen zeer verschilt werd er tenminste een afzonderlijk hoofdstuk van gemaakt.

Hij erkent dat bij dit artikel tegelijk de bedoeling voorziet te besparen als wel te vermenschelijken. In afspraak met zijn collega van Sociale Voorzorg heeft hij een band willen leggen tussen het vermijden of inkorten van hospitalisering en een betere thuisverzorging.

Dan komt hij tot zijn antwoord op de gestelde vragen :

a) De uitvoeringsbesluiten zullen niet zo maar ter inlichting aan de parlementaire commissies voorgelegd worden maar werkelijk voor advies.

b) Het gaat om een aangelegenheid die tot de bevoegdheid van de gewestelijke Ministers zal behoren.

c) Er mag geen twijfel over bestaan dat de Hoge Raad voor de Derde Leeftijd geraadpleegd zal worden. Hij hoopt alleen maar dat deze Raad ook rekening zal houden met de besparingsoogmerken van de Regering en dat hij vlug zal opschieten met zijn advies. De Minister is bereid, er zoveel mogelijk rekening mee te houden.

Ten slotte reageert de Minister op de inhoud van het amendement zelf.

dispensation de soins à charge soit des organismes assureurs dans le cadre de la législation relative à l'assurance contre la maladie et l'invalidité, soit de la Société nationale des chemins de fer belges ou de l'Œuvre nationale des invalides de guerre, soit des centres publics d'aide sociale. »

Un commissaire qui se déclare favorable à l'amendement, pose cependant quelques questions préalables. Il annonce que s'il obtient une réponse satisfaisante à ces questions, il est disposé à retirer l'amendement au nom de son auteur.

a) Le texte des arrêtés d'exécution sera-t-il soumis chaque fois à l'examen préalable des commissions parlementaires ?

b) S'agit-t-il bien en l'occurrence d'une matière qui entre dans les attributions des Ministres à compétences régionales ?

c) La consultation du Conseil supérieur du troisième âge prendra-t-elle la forme d'un avis à part entière donnant au moins une orientation ?

En guise d'introduction à sa réponse, le Ministre déclare qu'il se rend compte que, strictement parlant, il serait préférable que la matière qui fait l'objet de cet article soit réglée par un projet de loi distinct.

Il craint toutefois que l'examen d'un tel texte (qui serait plus détaillé) ne prenne trop de temps. Il se propose d'élaborer un projet de loi à cet effet. Entre-temps, il souhaite réaliser dès à présent ce que permet le texte succinct du projet en discussion. Etant donné qu'il s'agit là d'une matière très différente de celle qui fait l'objet des articles précédents, on en a fait à tout le moins un chapitre distinct.

Il admet que l'objectif de cet article est, à la fois, d'économiser et d'humaniser. En accord avec son collègue de la Prévoyance sociale, il a voulu établir un lien entre la non-hospitalisation ou la réduction de la durée d'hospitalisation, d'une part, et l'amélioration des conditions de soins à domicile, d'autre part.

Il en vient alors aux questions posées par le commissaire.

a) Les arrêtés d'exécution ne seront pas simplement communiqués aux commissions parlementaires à titre d'information, mais bien pour que celles-ci émettent un avis.

b) Il s'agit d'une matière qui entrera dans les attributions des Ministres à compétences régionales.

c) Il est absolument certain que le Conseil supérieur du Troisième Âge sera consulté. Le Ministre espère seulement que ledit conseil tiendra également compte des économies que le Gouvernement souhaite réaliser et qu'il ne tardera pas à donner son avis. Le Ministre est disposé à en tenir compte dans toute la mesure possible.

Enfin, le Ministre formule un certain nombre d'observations à propos du texte même de l'amendement.

Eerste lid.

Wat hier gevraagd wordt is duidelijk vastgelegd in het koninklijk besluit van 8 januari 1975 over de regionalisering (art. 1, I 2° en II 5°). De praktijk verloopt trouwens reeds in deze gewenste richting. In de toekomst zal deze stof waarschijnlijk niet tot de bevoegdheid van het gewest maar tot die van de gemeenschap behoren.

**

Tweede lid (door het amendement voorgesteld).

Reeds nu bestaat een gelijkaardige ziekenhuisplanning met gewestelijke uitvoering. Men heeft eraan gedacht, een nationaal bevolkingscijfer als uitgangspunt te nemen en dan voor een inplanting in een gewest met gewestelijke toestanden rekening te houden (de bestaande infrastructuur, het ideologische evenwicht, de demografische structuur). In die adviescommissie zouden ook mensen uit de Hoge Raad voor de Derde Leeftijd kunnen worden ingeschakeld.

Het amendement wordt ingetrokken.

**

Derde lid (tweede lid in het ontwerp)

Een lid dient een amendement in dat luidt als volgt :

« Het tweede lid van dit artikel te vervangen als volgt :

» De Koning bepaalt onder welke voorwaarden voor deze zorgen een bijzondere uitkering kan worden verstrekt binnen de perken van de kredieten die daartoe op de geregionaliseerde begroting van Volksgezondheid zijn uitgetrokken. »

Verantwoording

« Ten einde het tekort van de ziekte- en invaliditeitsverzekering niet te vergroten, stelt het amendement voor die uitgaven aan te rekenen op de begroting van Volksgezondheid en niet meer op die van de verzekeringsinstellingen. »

Een lid vreest dat dit amendement het ontwerp van wet helemaal zou ontwrichten.

Een ander lid wijst op het risico dat er heel wat bedden zullen bijkomen. Zal men doorgaan met terug te betalen via de RIZIV per prestatie of met een forfaitaire tussenkomst ?

Verder vestigt een lid er de aandacht op hoe zeer het zorgpakket de prijs van het bejaardenbed bezwaart : zo zeer dat bijna niemand nog de gewone prijs kan betalen.

Daarom staat hij een tussenkomst voor in het zorgpakket, besteed aan invalide of zieke bejaarden ofwel in het zorgpakket bij thuisverzorging.

De Minister sluit zich aan bij deze bedenking en verhelderende suggestie. Hij beklemtoont dat het om een forfait gaat. Zelf oppert hij dat men in een eerste fase zou moeten kunnen experimenteren.

Het amendement wordt verworpen met 10 stemmen tegen 8 bij 3 onthoudingen.

**

Premier alinéa.

Ce que demande l'amendement est déjà explicitement prévu par l'arrêté royal du 8 janvier 1975 relatif à la régionalisation (art. 1^{er}, I 2° et II 5°). D'ailleurs, la pratique va déjà dans le sens souhaité par l'auteur de l'amendement. A l'avenir, cette matière ne fera probablement pas partie des attributions des régions, mais bien de celles des communautés.

**

Deuxième alinéa (proposé par l'amendement).

Il existe déjà une planification hospitalière similaire à exécution régionale. On a envisagé de prendre comme point de départ un chiffre de population national et, lors d'une implantation dans une région, de tenir compte des situations locales (l'infrastructure existante, l'équilibre idéologique, la structure démographique). Des membres du Conseil supérieur du Troisième Age pourraient également faire partie de cette commission consultative.

L'amendement est retiré par son auteur.

**

Troisième alinéa (deuxième alinéa du projet)

Un membre dépose un amendement, rédigé comme suit :

« Remplacer l'alinéa 2 de cet article par le texte suivant :

» Le Roi détermine les conditions selon lesquelles, dans les limites des crédits budgétaires, prévus à cet effet au budget régionalisé de la Santé publique, une intervention spéciale peut être accordée pour cette dispensation de soins. »

Justification

« Dans le souci de ne pas aggraver le déficit de l'assurance maladie-invalidité, l'amendement propose que ces dépenses soient mises à charge du budget de la Santé publique et non plus des organismes assureurs. »

Un membre craint que cet amendement ne fausse entièrement le projet.

Un autre membre attire l'attention sur le risque de voir se multiplier le nombre de lits. Va-t-on maintenir le remboursement, par la voie de l'INAMI, à la prestation ou sous la forme d'une intervention forfaitaire ?

Par ailleurs, un membre souligne combien l'ensemble des soins augmente considérablement le coût du lit des personnes âgées : l'augmentation est telle que presque plus personne n'est encore en mesure de payer le prix normal.

C'est pourquoi il plaide en faveur d'une intervention dans les soins à donner aux personnes âgées invalides ou malades ou encore dans les soins à domicile.

Le Ministre marque son accord sur cette observation et sur cette suggestion de nature à clarifier le problème. Il souligne qu'il s'agit d'un forfait. Lui-même fait remarquer qu'il faudra pouvoir expérimenter dans une première phase.

L'amendement est rejeté par 10 voix contre 8 et 3 abstentions.

**

Het artikel

Een lid van de commissie vraagt waarom het eerste lid een koninklijk besluit, « in Ministerraad overlegd » vergt, terwijl het tweede een gewoon koninklijk besluit voldoende acht.

De Minister verduidelijkt dat alle koninklijke besluiten ter uitvoering van dit ontwerp van wet in de Ministerraad ter sprake zullen worden gebracht; aldus luidt de afspraak binnen de Regering.

Er wordt dan gevraagd welke toeslag de Minister zich voorneemt toe te kennen voor zorgen, verstrekt in bejaardentehuizen met een ziekenafdeling. Zal de toelage naar het thuis als zodanig gaan of naar de betrokken personen?

De Minister bestrijdt vooreerst de gedachte aan een bejaardentehuis met een ziekenafdeling: zieken moeten in zulk thuis niet gegroepeerd worden. Bovendien is de gestelde vraag er een die de uitvoeringsmodaliteiten betreft. Men kan ze bespreken wanneer de uitvoeringsbesluiten te berde komen.

Een lid verklaart er niet tegen gekant te zijn dat men de bejaarde uit het ziekenhuis haalt als hij er niet meer op zijn plaats is en hem dan liever thuis verzorgt. Hij vreest alleen dat dan gemakkelijk allerhande, niet echt geneeskundige, zorgen in rekening zullen worden gebracht.

Een lid van de Commissie formuleert zijn visie als volgt: Wat is duurder: een bejaarde in een ziekenhuis houden of hem naar een bejaardentehuis overbrengen zodra dit doenbaar is? De laatste oplossing is duidelijk de minst dure. Maar de verzorging van een zieke bejaarde valt natuurlijk nog duurder uit dan die van een gezonde. Welnu, het mag niet zijn dat zodoende de prijs van het verblijf in een bejaardentehuis opgedreven wordt voor gezonde bejaarden. Wat tegenwoordig het geval is.

**

Een lid maakt de bedenking dat een bijzondere tussenkomst gebonden is aan een bijzondere erkenning. Daartoe zullen derhalve bijkomende kosten veroorzaakt worden voor de uitrusting. Men heeft reeds te veel acute ziekenhuisbedden: is het niet veel rationeler, de verpleegdagprijs te verminderen en de zieken te behouden in de huidige bedden?

De Minister antwoordt dat dit artikel moet worden gezien in samenhang met het geheel van de ziekenhuiswet. Men moet komen tot een verantwoorde programmatie en zien of de behoeften van V-bedden niet overdreven zijn bij gebreke aan alternatieve formules. Men moet grondig nagaan of conventies met verzorgingstehuizen geëerbiedigd worden en op termijn de reconversie van ziekenhuisbedden bevorderen. De kosten van de uitrusting in de verzorgingstehuizen moeten voor een deel door tussenkomst worden gedragen. Doch niet alle bedden hebben een bijkomende uitrusting nodig. Bovendien moet worden opgemerkt dat niet alle

L'article

Un commissaire demande pour quelle raison le premier alinéa de l'article prévoit un arrêté royal « délibéré en Conseil des Ministres », tandis qu'au second alinéa, un arrêté royal ordinaire est considéré comme suffisant.

Le Ministre précise que tous les arrêtés royaux d'exécution de la loi en projet seront examinés en Conseil des Ministres; tel est l'accord conclu au sein du Gouvernement.

Un autre membre demande ensuite quel supplément le Ministre se propose d'accorder pour les soins dispensés dans les maisons de repos comportant une section pour malades. La subvention sera-t-elle versée à la maison de repos elle-même ou aux intéressés?

Le Ministre répond d'abord qu'il est opposé à l'idée de maisons de repos comportant une section pour malades: on ne peut grouper des malades dans un établissement de ce genre. D'autre part, la question posée vise aussi les modalités d'exécution. On pourra en discuter lorsqu'il sera question des arrêtés d'exécution.

Un membre déclare qu'il ne voit aucun inconvénient à retirer une personne âgée de l'hôpital lorsqu'elle n'y est plus à sa place et à la soigner de préférence à domicile. Il craint seulement que, dans ce cas, on ne porte trop aisément en compte toute une série de soins qui ne soient pas réellement des soins médicaux.

Un commissaire exprime son point de vue comme suit: Qu'est-ce qui est le plus coûteux: garder une personne âgée dans un hôpital ou bien la transférer dans une maison de repos dès que c'est possible? Il est évident que la dernière solution est la plus économique. Toutefois, les soins à dispenser à une personne âgée malade sont évidemment plus onéreux que ceux à donner à une personne âgée en bonne santé. Or, il serait inadmissible que cela ait pour conséquence de gonfler le prix du séjour en maison de repos pour les personnes âgées en bonne santé, ce qui est le cas actuellement.

**

Un membre fait observer qu'une intervention spéciale est liée à une agrégation spéciale. Cela entraînera par conséquent des frais supplémentaires pour l'équipement. Il y a déjà trop de lits d'hôpital pour malades aigus: ne serait-il pas beaucoup plus rationnel de réduire le prix de la journée d'entretien et de garder les malades dans les lits actuels?

Le Ministre répond que cet article doit être perçu en relation avec l'ensemble de la loi sur les hôpitaux. L'on doit aboutir à une programmation justifiée et voir si les besoins en lits V ne sont pas excessifs du fait de l'absence de formules de rechange. Il faudra examiner à fond si les conventions avec les établissements de soins sont respectées et promouvoir à terme la reconversion des lits d'hôpital. Les frais d'équipement des établissements de soins doivent être supportés en partie par une intervention. Mais il n'est pas indispensable que tous les lits soient pourvus d'un équipement supplémentaire. Par ailleurs, il convient de faire obser-

tehuizen erkend zijn, vaak wegens gebrek aan brandbeveiliging.

Een ander lid van de Commissie stipt aan dat heel wat mensen geholpen zullen kunnen worden via artikel 5, zonder dat een nieuwe infrastructuur moet worden aangeschaft.

**

De voorzitter vestigt de aandacht van de Commissie op de materiële tekstverbetering, die door de Minister werd voorgesteld tijdens zijn inleidende uiteenzetting. De verbeterde tekst wordt aan de Commissie voorgelegd. Er wordt desbetreffend geen opmerking gemaakt.

De verbeterde tekst luidt als volgt :

« In het raam van een planning bepaald door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, en volgens normen vastgesteld na advies van de Hoge Raad voor de Derde Leeftijd, door een in Ministerraad overlegd koninklijk besluit, kan door voormelde Minister aan geïntegreerde diensten voor thuisverzorging en aan erkende rustoorden voor bejaarden een bijzondere erkenning worden toegekend voor het verlenen van een geheel van zorgen dat het mogelijk maakt het verblijf in het ziekenhuis in te korten of te voorkomen. »

Het artikel wordt aangenomen met 15 stemmen tegen 4 bij 2 onthoudingen.

**

Artikelen 6 en 7

Geen van deze beide artikelen geeft aanleiding tot een bespreking. Zij worden beide met eenparigheid aangenomen door de 20 aanwezige commissieleden.

**

IV. Stemming

Het geheel van het wetsontwerp wordt aangenomen met 17 stemmen tegen 2 bij 1 onthouding.

Dit verslag is goedgekeurd met eenparigheid van de 19 aanwezige leden.

De Verslaggever,
A. VERBIST.

De Voorzitter,
E. CUVELIER.

ver que tous les établissements ne sont pas agréés, souvent en raison d'un manque de protection contre l'incendie.

Un autre membre fait observer que de nombreuses personnes pourront être aidées grâce à l'application de l'article 5, sans qu'il soit nécessaire d'acquérir une infrastructure neuve.

**

Le président de la Commission attire l'attention sur une correction matérielle du texte proposée par le Ministre au cours de son exposé introductif. Le texte corrigé est soumis à la Commission. Celle-ci ne formule aucune observation à ce sujet.

Voici le texte en question :

« Dans le cadre d'une planification établie par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et selon des normes déterminées après consultation du Conseil supérieur du Troisième Age par un arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, une agréation spéciale peut être accordée par le Ministre précité aux services intégrés de dispensation de soins à domicile et aux maisons de repos agréées pour personnes âgées, pour la dispensation d'un ensemble de soins permettant de raccourcir le séjour en hôpital ou de l'éviter. »

L'article est adopté par 15 voix contre 4 et 2 abstentions.

**

Articles 6 et 7

Aucun de ces articles ne donne lieu à discussion. Ils sont adoptés à l'unanimité des 20 membres présents.

**

IV. Votes

L'ensemble du projet de loi a été adopté par 17 voix contre 2 et 1 abstention.

Le présent rapport a été adopté à l'unanimité des 19 membres présents.

Le Rapporteur,
A. VERBIST.

Le Président,
E. CUVELIER.

ERRATUM

ART. 5

Het eerste lid van dit artikel moet luiden :

« In het raam van een planning bepaald door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, *en volgens normen vastgesteld* na advies van de Hoge Raad voor de Derde Leeftijd, door een in Ministerraad overlegd koninklijk besluit, kan door voormelde Minister aan geïntegreerde diensten voor thuisverzorging en aan erkende rustoorden voor bejaarden een bijzondere erkenning worden toegekend voor het verlenen van een geheel van zorgen dat toelaat het verblijf in het ziekenhuis in te korten of te voorkomen. »

ERRATUM

ART. 5

« Il y a lieu de rédiger le premier alinéa de cet article comme suit :

« Dans le cadre d'une planification établie par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions *et selon des normes déterminées* après consultation du Conseil supérieur du Troisième Age, par un arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, une agrégation spéciale peut être accordée par le Ministre précité aux services intégrés de dispensation de soins à domicile et aux maisons de repos agréées pour personnes âgées, pour la dispensation d'un ensemble de soins permettant de raccourcir le séjour en hôpital ou de l'éviter. »

BIJLAGE 1

Advies van de Hoge Raad voor de Derde Leeftijd betreffende het wetsontwerp strekkende tot een betere aanpassing van sommige gezondheidsvoorzieningen

I. Inhoud van het wetsontwerp

In een brief van 4 augustus 1977 vraagt de heer R. De Wulf, Staatssecretaris voor Economische en Sociale Zaken, het advies van de Hoge Raad voor de Derde Leeftijd in verband met artikel 4 van het wetsontwerp strekkende tot een betere aanpassing van sommige gezondheidsvoorzieningen.

Het wetsontwerp beoogt een dubbel doel :

1. Het streven naar beheersing van een aantal ziekenhuisbedden en de oordeelkundige omschakeling naar actuele behoeften.

2. Terzelfder tijd alternatieve verzorgingsmogelijkheden buiten het ziekenhuis en de financiële leefbaarheid van die mogelijkheden op gang brengen.

In het licht van dit tweede objectief wordt voorgesteld — en dit belangt vooral de Hoge Raad voor de Derde Leeftijd aan — een bijzondere russenkomst te voorzien voor de verzorging van chronisch zieken en van bejaarden, op voorwaarde dat het verzorging betreft :

- Verstrekt door diensten voor thuisverzorging;
- Verstrekt door hiertoe erkende rust- en verzorgingshuizen.

**

De tekst van het ontwerp bevat, in het kort weergegeven, de volgende bepalingen :

a) In een eerste hoofdstuk worden wijzigingen voorgesteld aan de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen.

Artikel 1 voorziet een beperking van het aantal bedden in universitaire ziekenhuizen op het niveau van 1 januari 1976. Overtollige bedden zouden een erkenning krijgen als dienst die voldoet aan eisen van speciale bekwaming.

Artikel 2 voorziet maatregelen in verband met aanschaf en afschrijving van zware medische apparatuur.

Artikel 3 betreft een beperking van de bouw van ziekenhuizen.

b) In een tweede hoofdstuk wordt gehandeld over de zorgen aan bejaarden en langdurige zieken.

Artikel 4 voorziet in een bijzondere erkenning aan diensten voor thuisverzorging en aan erkende rustoorden voor het verlenen van een geheel van zorgen dat toelaat het verblijf in het ziekenhuis in te korten of te voorkomen.

ANNEXE 1

Avis du Conseil supérieur du Troisième Age concernant le projet de loi tendant à une meilleure adaptation de certaines structures des soins de santé

I. Contenu du projet

Par lettre du 4 août 1977, M. R. De Wulf, Secrétaire d'Etat aux Affaires économiques et aux Affaires sociales, a sollicité l'avis du Conseil supérieur du Troisième Age sur l'article 4 du projet de loi tendant à une meilleure adaptation de certaines structures des soins de santé.

Le projet de loi a un double but :

1. Tendre à régir un certain nombre de lits d'hôpitaux et en adapter l'usage à des besoins plus actuels.

2. Réaliser en même temps une alternative en mettant sur pied des possibilités de soins en dehors des institutions hospitalières et en assurer financièrement l'existence.

A la lumière de ce deuxième objectif, il est proposé — et ceci intéresse particulièrement le Conseil supérieur du Troisième Age — de prévoir une intervention spéciale pour les soins aux malades chroniques et aux personnes âgées à condition qu'il s'agisse de soins :

- Dispensés par des services pour soins à domicile;
- Dispensés par des maisons de repos et de soins agréées à cet effet.

**

Le texte du projet contient, en bref, les dispositions suivantes :

a) Dans un premier chapitre, sont proposées des modifications à la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux.

L'article 1^{er} prévoit une limitation du nombre de lits dans les hôpitaux universitaires, sur base du 1^{er} janvier 1976. Des lits en surnombre pourraient être agréés en tant que service satisfaisant à des exigences de qualification particulière.

L'article 2 prévoit des mesures relatives à l'acquisition et à l'amortissement d'appareillage médical lourd.

L'article 3 prévoit des limitations dans la construction d'hôpitaux.

b) Le second chapitre traite des soins aux personnes âgées et aux malades chroniques.

L'article 4 prévoit une agrégation à accorder à des services de dispensation de soins à domicile et à des maisons de repos agréées, pour la dispensation d'un ensemble de soins permettant d'écourter ou d'éviter le séjour en hôpital.

De Koning zou de voorwaarden bepalen waaronder voor deze zorgenverlening een bijzondere tussenkomst kan worden verstrekt.

II. Commentaar op het wetsontwerp

Het advies van de Hoge Raad voor de Derde Leeftijd in deze materie betreft enkel de voorgestelde bijzondere tussenkomst voor de verzorging van chronisch zieken en van bejaarden.

Het oordeel van de Raad in deze aangelegenheid beslaat echter een dubbel vlak: het objectief van de voorgestelde maatregel vergt een beoordeling, maar ook de formulering ervan moet kritisch onderzocht worden.

Bij die dubbele beoordeling is maar één uitgangspunt mogelijk: de vroeger ingenomen standpunten van de Raad inzake collectieve huisvesting voor bejaarden en inzake de dienstverlening aan huis.

Voor de collectieve huisvesting voor bejaarden heeft de Hoge Raad herhaaldelijk de omschakeling van rustoorden tot rust- en verzorgingstehuizen benadrukt: voor wie het alleenwonen niet meer gaat, moet een woonvorm beschikbaar zijn, waar men zich thuis voelt, en waar de aan de hoge leeftijd eigen kwalen en fysische of psychische moeilijkheden op menswaardige wijze ondervangen worden.

Voor de dienstverlening aan huis werd vooropgesteld dat een geheel van diensten moet gecreëerd worden die werkzaam zijn in gecoördineerd verband. Dit is niet beperkt tot de typische thuisverzorging maar moet heel het pakket van diensten omvatten die wonen in de vertrouwde omgeving verder mogelijk maken.

De memorie van toelichting van het ontwerp gaat enigszins die richting uit, waar sprake is van het voorstellen van een bijzondere tussenkomst voor de verzorging van chronisch zieken en bejaarden, verstrekt hetzij door erkende diensten voor thuisverzorging hetzij door hiertoe erkende rust- en verzorgingstehuizen.

De maatregel — aldus de memorie van toelichting — moet toelaten dat personen die geen eigenlijke ziekenhuisverzorging behoeven, niet langer of niet meer in een ziekenhuis dienen te worden gehouden.

Hierover handelt de kritiek van de Hoge Raad voor de Derde Leeftijd: de voorstellen voor de hervorming van de sector collectieve huisvesting en voor de uitbouw van de dienstverlening aan huis zijn ingegeven door de zorg om de ziekenhuissector te saneren. De collectieve huisvesting voor de bejaarden — en meer bepaald de omvorming van rustoorden tot rust- en verzorgingstehuizen moet ingegeven zijn door de zorg om de totale leefsituatie van de bejaarde.

Wat enigszins aanvaardbaar is in de memorie van toelichting, wordt volledig vaag in de tekst van artikel 4 van het ontwerp zelf. Daarin wordt enkel vermeld dat « een bijzondere tegemoetkoming kan worden toegekend aan erkende be-

Le Roi définit les conditions qui permettent d'accorder une intervention spéciale pour cette dispensation de soins.

II. Commentaires relatifs au projet de loi.

L'avis du Conseil supérieur du Troisième Age en cette matière concerne uniquement la proposition d'intervention spéciale en faveur des soins aux malades chroniques et aux personnes âgées.

L'avis du Conseil en ce domaine revêt en fait un aspect double: l'objectif de la mesure proposée requiert une appréciation, mais la formulation de la mesure proposée doit également être examinée d'un œil critique.

Pour cette double appréciation, il n'y a qu'un seul point de départ possible: les points de vue du Conseil adoptés antérieurement en matière d'hébergement collectif des personnes âgées et en matière de services à domicile.

En ce qui concerne l'hébergement collectif des personnes âgées, le Conseil supérieur a, à plusieurs reprises, mis l'accent sur la transformation des maisons de repos en maisons de repos et de soins; pour ceux qui ne peuvent plus vivre seuls, il faut pouvoir mettre à leur disposition une forme d'habitat où ils se sentiront chez eux et où l'on pourra parer, de manière digne et humaine, aux maux propres au grand âge ainsi qu'aux difficultés physiques et psychiques.

En ce qui concerne les services à domicile, il a été proposé de créer un ensemble de services destinés à travailler et à fonctionner d'une manière coordonnée. Il ne s'agit pas exclusivement des soins typiques prodigués à domicile, mais de tout l'éventail des services qui continuent à rendre possible le logement dans l'environnement familial.

L'exposé des motifs va dans ce sens lorsqu'il y est question de proposer une intervention spéciale pour les soins aux malades chroniques et aux personnes âgées, dispensés soit par des services reconnus de soins à domicile, soit par des maisons de repos et de soins reconnues.

A cet égard, l'exposé des motifs s'exprime comme suit: « cette mesure doit permettre à des personnes dont l'état ne requiert pas de véritables soins hospitaliers, d'écourter ou d'éviter le séjour à l'hôpital ».

La critique du Conseil supérieur du Troisième Age porte précisément sur ce point: les propositions pour la réforme du secteur du logement collectif et pour l'instauration de services à domicile sont inspirées par le souci d'assainir le secteur hospitalier, alors que le logement collectif pour personnes âgées, et plus précisément la transformation des maisons de repos en maisons de repos et de soins, doit être basée sur le souci d'améliorer la situation de vie, c'est-à-dire la situation complète et entière de la personne âgée.

Ce qui est quelque peu acceptable dans l'exposé des motifs devient vague dans le texte de l'article 4 du projet qui se limite à dire qu'une agrégation spéciale et une intervention financière peuvent être accordées aux maisons de repos recon-

jaardentehuizen en aan diensten voor thuisverzorging die aan de bedoelde personen een aangepaste verzorging verlenen ».

De kritiek hierop vertrekt van de bemerking dat zulke omschrijving te vaag is. Het biedt geen waarborgen op realisering van de objectieven van de Hoge Raad voor de Derde Leeftijd wegens het gebrek aan duidelijke definiëring.

De Hoge Raad voor de Derde Leeftijd meent dat de hervorming van de rustoorden tot rust- en verzorgingstehuizen in een aparte wetgeving dient ondergebracht omwille van de verstrekkende gevolgen ervan. Het lijkt hem moeilijk dit te doen in functie van een sanering van de ziekenhuissector.

Indien men toch van die gelegenheid wenst gebruik te maken om een aanloop te nemen met de hervorming van de rustoorden en met de uitbouw van de dienstverlening aan huis, — wat voor de Raad een aanvaardbaar alternatief is — dan zou het ontwerp waarborgen moeten inbouwen tot de werkelijke realisering van rust- en verzorgingstehuizen en van gecoördineerde diensten voor thuisverzorging.

Indien men aanvaardt dat het wetsontwerp een eerste test kan zijn in de richting van de hervorming en de uitbouw van de bedoelde sectoren, moet overwogen worden of precies het hierboven uiteengezet uitgangspunt niet aantrekkelijk zou zijn om het principe van het wetsontwerp te motiveren. Een motivering vanuit het belang van de totale situatie van de bejaarde is een veel steviger basis voor de realisering van rust- en verzorgingstehuizen en thuisverzorging, dan wel de « saneringsoverwegingen » in de ziekenhuissector, zoals in het wetsontwerp wordt voorgehouden.

De uitgangspunten van de Hoge Raad voor de Derde Leeftijd plaatsen de bejaarde en zijn totale leefsituatie als middelpunt. Het wetsontwerp lijkt meer de ziekenhuissector en — *in casu* — de zieke bejaarde centraal te stellen. Hierdoor dreigt de originaliteit van het rust- en verzorgingstehuis en van de dienstverlening aan huis als hulp in de creatie van tegelijk optimale huisvestings- en verzorgingsomstandigheden verloren te gaan.

De Raad stelt voor het rust- en verzorgingstehuis en de thuisverzorging in een ruimere context te plaatsen, d.w.z. de bejaarde centraal stellend, vertrekkend van zijn totale leefsituatie, en niet vertrekkend van de moeilijkheden in de ziekenhuissector. Immers, indien men de totale leefsituatie van de bejaarde in aanmerking neemt wordt ook rekening gehouden met de in een ziekenhuis gehospitaliseerde bejaarde.

Vertrekkend hiervan, moet voorbehoud gemaakt worden tegen de formulering van hoofdstuk II van het wetsontwerp. De wet zou dan de voornaamste principes van de begrippen rust- en verzorgingstehuis en dienstverlening aan huis moeten definiëren en aan de Koning de uitvoering daarvan toevertrouwen.

Met dit doel zou het aangewezen zijn de rust- en verzorgingstehuizen en de dienstverlening in een wetgevende tekst afzonderlijk te behandelen. De Hoge Raad heeft in vroegere adviezen herhaaldelijk de beleidsprincipes van de twee betreffende materies aangeduid.

nues et aux services de dispensation de soins à domicile agréés qui dispensent des soins aux personnes âgées et aux malades chroniques.

La critique se porte essentiellement sur la circonscription trop vague. Etant donné l'absence de définition précise, aucune garantie n'est donnée quant aux objectifs poursuivis par le Conseil supérieur du Troisième Age.

Ce dernier estime que l'évolution des maisons de repos vers des maisons de repos et de soins devrait se situer dans une réforme totale du logement collectif et devrait dès lors faire l'objet d'une législation distincte étant donné les conséquences importantes qui en découlent. Le Conseil est d'avis que cet objectif n'est pas réalisable en fonction de l'assainissement du secteur des hôpitaux.

Si l'on désire saisir cette circonstance pour réaliser un début de la transformation des maisons de repos et de l'organisation de services à domicile — ce que le Conseil considère comme une alternative acceptable — le projet devrait contenir des garanties d'une réelle réalisation de la maison de repos et de soins et de services à domicile coordonnés.

Si l'on accepte que le projet de loi constitue un premier test vers l'institution et l'organisation des deux secteurs cités ci-avant, il est à recommander de justifier cette partie du projet à partir de la situation globale de la personne âgée, ce qui serait une base bien plus solide pour la réalisation de la maison de repos et de soins et des services à domicile que des considérations d'assainissement telles qu'elles sont présentées dans le projet; d'ailleurs une telle justification aura quand même un assainissement comme conséquence.

Les points de départ du Conseil supérieur du Troisième Age font de la personne âgée et de son complet mode de vie, un pivot, un point central. Le projet de loi semble plus placer au centre le secteur des hôpitaux et — *in casu* — la personne âgée malade. D'où la menace de voir se perdre l'originalité de la maison de repos et de soins ainsi que des services à domicile comme aide dans la création de circonstances optimales d'hébergement et de soins.

Le Conseil propose de situer la maison de repos et de soins ainsi que les services à domicile dans un contexte élargi, c'est-à-dire de considérer la personne âgée comme centre en partant de tous les aspects de sa vie et pas des difficultés dans le secteur des hôpitaux. En effet, si l'on prend en considération tous les aspects de la vie du vieillard, on tiendra compte également du vieillard hospitalisé en milieu hospitalier.

En partant de cette prémisse, réserve doit être faite contre la rédaction du chapitre II du projet de loi. La loi devrait définir en l'occurrence les principes essentiels des concepts « maison de repos et de soins » et « services prodigués à domicile » et en confier l'exécution au Roi.

Dans ce but, il serait indiqué de traiter séparément les maisons de repos et de soins et les services à domicile dans un texte législatif. Le Conseil supérieur a indiqué à plusieurs reprises dans des avis antérieurs les principes directeurs des deux matières concernées.

III. Het rust- en verzorgingstehuis

Het wetsontwerp zou een wijziging moeten voorzien van de wet van 12 juli 1966 op de rustoorden. In deze laatste wet zou moeten onderscheid gemaakt worden tussen wat nu wettelijk als rustoord beschouwd wordt en wat de Hoge Raad voor de Derde Leeftijd als rust- en verzorgingstehuis definieert: « Een rust- en verzorgingstehuis is elk erkend tehuis, of elke erkende instelling die, opgericht door een ondergeschikt bestuur of onder de vorm van een VZW of een instelling van openbaar nut, na erkenning, op permanente wijze kost en inwoning, huishoudelijke en lichamelijke zorgen evenals incidentele, vele of permanente medische en/of verpleegkundige zorgen verschaft hoofdzakelijk aan bejaarden die beantwoorden aan bepaalde criteria van handicap. »

Deze definitie is deze die door de Hoge Raad voor de Derde Leeftijd werd uitgewerkt in al zijn adviezen omtrent deze materie. De hiernavolgende tekst kan als leidraad dienen voor het uitwerken van uitvoeringsbesluiten.

Het rust- en verzorgingstehuis — aldus omschreven — is in hoofdzaak bestemd voor bejaarden die omwille van een handicap of een bepaalde graad van invaliditeit niet meer kunnen alleen leven: het rust- en verzorgingstehuis is voor hen een vast verblijf.

Voor het rust- en verzorgingstehuis zou de wet verder de criteria moeten aangeven inzake verzorging, voor erkenning als rust- en verzorgingstehuis.

De nadruk moet vooral liggen op het huisvesten van zwaar invalide bejaarden, die voortdurend dagelijkse hulp, begeleiding, verzorging, verpleging en revalidatie behoeven voor een of meer van de volgende functies:

- De motoriek;
- De voeding;
- De kleding;
- Het toilet;
- De spatiële oriëntering.

Indien een van deze criteria bij de bejaarde aanwezig is, kan hij beschouwd worden als behoefte hebbend aan belangrijke zorgen, dus als zwaar invalide.

Dit neemt niet weg dat in het opnemingsbeleid een evenwicht moet nagestreefd worden tussen zwaar en licht invaliden.

Er moet verder bepaald worden dat in het rust- en verzorgingstehuis volledige medische verzorging moet verleend worden op het niveau van de huisarts. Dit moet gepaard gaan met de vereiste paramedische en verpleegkundige verzorging. De Koning moet minimale personeelsnormen vaststellen inzake verpleging en verzorging.

Ook inzake inrichting moet er genormeerd worden. Men zou zich voor het rust- en verzorgingstehuis kunnen baseren op de normen voor de diensten V (koninklijk besluit van 23 oktober 1964).

III. La maison de repos et de soins

Le projet de loi devrait prévoir une modification de la loi du 12 juillet 1966 sur les maisons de repos. Dans cette dernière, distinction devrait être faite entre ce qui est à présent considéré légalement comme maison de repos et ce qui est défini comme maison de repos et de soins par le Conseil supérieur du Troisième Age: « Une maison de repos et de soins est tout établissement de séjour, géré par une personne de droit public ou par une personne de droit privé sous forme d'association sans but lucratif ou d'institution d'utilité publique et qui, sous la dénomination ou au titre de maison de repos et de soins, procure de manière permanente nourriture et logement, soins domestiques et corporels, assistance physique et sociale, ainsi que de manière incidente, fréquente ou permanente soins médicaux et/ou d'infirmières, à des personnes âgées qui répondent à certains critères de handicap. »

Cette définition est celle développée dans tous les avis du Conseil supérieur du Troisième Age concernant les maisons de repos et de soins. Le texte ci-après peut servir de fil conducteur pour l'élaboration des arrêtés d'exécution.

La maison de repos et de soins — ainsi définie — est principalement destinée aux personnes âgées qui, en raison d'un handicap ou d'un degré déterminé d'invalidité, ne peuvent plus vivre seules: la maison de repos et de soins est pour elles un séjour fixe.

En ce qui concerne l'agrégation comme maison de repos et de soins, la loi devrait donner les critères en matière de soins.

L'accent doit surtout être placé sur l'hébergement de grands invalides âgés qui nécessitent en permanence aide journalière, accompagnement, soins, traitements et revalidation pour une ou plusieurs fonctions ci-après:

- La motricité;
- L'alimentation;
- L'habillement;
- La toilette;
- L'orientation dans le lieu et dans le temps.

Si l'un de ces critères existe chez la personne âgée, celle-ci peut être considérée comme nécessitant des soins importants et donc comme grand invalide.

Il n'empêche que, dans la politique d'admission, un équilibre doit être recherché entre les invalides fortement et légèrement atteints.

Il convient de préciser que, dans la maison de repos et de soins, des soins médicaux complets doivent être dispensés au niveau du médecin traitant. Cela doit aller de pair avec le traitement paramédical et hospitalier exigé. Le Roi doit fixer les normes minimales en personnel dans les domaines traitement et soins.

Dans le domaine de la construction, il doit également exister des normes. En ce qui concerne les maisons de repos et de soins, l'on pourrait se fonder sur les normes pour les services V (arrêté royal du 23 octobre 1964).

Uiteraard blijven voor het overige de normen gelden die thans gelden voor de rustoorden.

Ook het beginsel van tussenkomst vanwege de ZIV in de meerzorgen die de bejaarde behoeft in een rust- en verzorgingstehuis moet gesteld worden. De Raad heeft voorgesteld dat dit zou geschieden door middel van twee forfaits, respectievelijk voor bejaarden die zware en lichte verzorging behoeven.

Een belangrijk punt is de programmatie. De Hoge Raad voor de Derde Leeftijd meent dat hij aanspraken kan maken op bevoegdheden inzake coördinatie van de ganse sector zorgenverstrekking voor de bejaarden, waaronder de programmatie van de collectieve huisvesting.

IV. Dienstverlening aan huis

De thematiek van de dienstverlening aan huis werd door de Raad in ruime mate ontwikkeld in zijn advies Doc. 535/21.11.1973/19; de krachtlijnen van dit advies worden hierna hernomen.

Evenals voor de rust- en verzorgingstehuizen is het aangegeven het begrip « dienstverlening aan huis » in het wetsontwerp te definiëren, waarbij aan de Koning de zorg gelaten wordt deze dienstverlening te organiseren. De beschouwingen die dit begrip expliciteren kunnen als leidraad dienen voor het uitwerken van de uitvoeringsbesluiten.

Het residuaire karakter van de rust- en verzorgingstehuizen zou weinig zin hebben indien niet alles in het werk gesteld werd om de individuele leefmogelijkheden van de bejaarden te promoveren en vooral, indien niet alles in het werk gesteld wordt om polyvalente en adequate dienstverlening aan huis te organiseren.

Slechts op deze wijze, meent de Hoge Raad, is het mogelijk om tegemoet te komen aan de twee fundamentele karakteristieken van de bejaarden, t.w. de drang naar onafhankelijkheid en het verlangen geïntegreerd te blijven in het maatschappelijk leven.

Hoewel het in de bedoeling van de Hoge Raad ligt de dienstverlening aan huis in principe te bestemmen voor de bejaarden, dient met de meeste aandrang onderstreept dat dergelijke diensten ter beschikking van de ganse bevolking zouden moeten gesteld worden, op straffe de waarde van de verleende diensten te verminderen door ze te ontdebelen.

Als een ruime definitie kan de volgende gelden : de dienstverlening aan huis verschaft in gecoördineerd verband ten huize van de hulpbehoevende, in tijd en omvang beperkte diensten van uiteenlopende aard, waardoor het voor de betrokkene mogelijk wordt zich te handhaven in het hem vertrouwde milieu, in zo goed mogelijke omstandigheden.

In een meer beperkte en met het oog op realisatie meer bruikbare definitie, is het aangewezen hieraan toe te voegen dat de psychosomatische en morele toestand van de bejaarde de basis vormt voor het verlenen van de diensten, d.w.z. dat de bejaarde in een zodanige fysische en morele toestand moet verkeren, dat het hem niet mogelijk is zijn gewone

Pour le reste, les normes actuellement d'application pour les maisons de repos restent évidemment valables.

Le principe d'intervention de la part de l'AMI dans les soins nécessités par une personne âgée dans une maison de repos et de soins doit être posé. Le Conseil a proposé l'instauration de deux forfaits respectivement pour les personnes âgées qui demandent des soins importants et pour celles qui n'exigent qu'un traitement léger.

Un point important en matière de législation est la programmation. Le Conseil supérieur du Troisième Age pense qu'il peut prétendre aux compétences en matière de coordination de tout le secteur de dispensation des soins aux personnes âgées et notamment à la programmation de l'hébergement collectif.

IV. Les services à domicile

Le problème des soins à domicile a été largement développé par le Conseil dans son avis Doc. 535/21.11.1973/19; les lignes de force de cet avis sont reprises ci-après.

Tout comme pour les maisons de repos et de soins, il importe que la notion « services à domicile » soit définie dans le projet de loi, en laissant au Roi le soin de l'organisation desdits services. Les considérations qui explicitent cette notion peuvent servir de base pour l'élaboration des arrêtés d'exécution.

Le caractère résiduaire des maisons de repos et de soins serait sans objet si tout n'était pas mis en œuvre pour promouvoir le logement individuel des personnes âgées et surtout si tout n'était pas fait pour organiser des services à domicile polyvalents et adéquats.

De cette manière seulement, estime le Conseil supérieur du Troisième Age, il est possible de rencontrer le besoin d'indépendance et le désir de rester intégrées dans la vie sociale, deux caractéristiques fondamentales des personnes âgées.

Bien que dans l'optique du Conseil supérieur, l'organisation de services à domicile — qu'il a préconisée dans plusieurs de ses avis — est en principe destinée aux personnes âgées, il importe de souligner que ces services doivent pouvoir être mis à la disposition de toute la population afin notamment de ne pas affaiblir la valeur des soins en les dédoublant.

Les services à domicile peuvent se définir comme offrant au domicile de celui dont l'état les requiert, des services diversifiés, mais en relation coordonnée, limités en temps et en volume, grâce auxquels l'intéressé conserve la possibilité de se maintenir dans son milieu familial, dans les conditions les meilleures.

Afin de réduire la portée de cette définition en lui donnant un sens plus proche des possibilités de réalisation, il s'indique d'ajouter que l'état psychosomatique et moral de la personne âgée doit être à la base des services, ce qui signifie que la personne âgée doit se trouver dans un état physique ou moral tel qu'il ne lui est plus possible d'exercer ses

activiteiten te vervullen of zichzelf op een normale wijze te behelpen. Indien medische of paramedische hulpverlening in vele gevallen het vertrekpunt van de dienstverlening aan huis zal zijn, betekent dit niet dat ziekte in de strikte zin van het woord, de noodzakelijke voorwaarde moet zijn om bepaalde vormen van dienstverlening, zoals b.v. huishoudelijke hulp of persoonlijke zorgen, te verstrekken.

Evenals voor de rust- en verzorgingstehuizen waar een forfaitaire tussenkomst van de ziekteverzekering nodig is dient de dienstverlening aan huis in aanmerking te komen voor tussenkomst van de ziekteverzekering in de kosten van zorgenpakket.

De elementen van de ruime definitie zijn te algemeen om onuitgelegd te blijven en vragen nadere toelichting :

- a) In tijd en omvang beperkte diensten;
- b) Diensten van uiteenlopende aard;
- c) Zich handhaven in het vertrouwde milieu;
- d) In zo goed mogelijke voorwaarden;
- e) In gecoördineerde verband.

a) In tijd en omvang beperkte diensten

Het is niet redelijk te bedenken, dat een bejaarde die voortdurend 24 uur op 24 uur moet bijgestaan of verzorgd worden in aanmerking kan komen voor permanente hulp vanwege de equipe dienstverlening aan huis. Deze personen moeten kunnen opgenomen worden in een voor hen aangepaste instelling, waar zij eventueel definitief verblijven en in ieder geval totdat hun toestand de terugkeer in het gewone milieu mogelijk maakt.

In dit verband zijn er immers drie belangrijke factoren in het spel :

— *Het belang van de bejaarde :*

Het zou onverantwoord zijn de bejaarde de voordelen te ontfangen die in zijn persoonlijk geval zouden verbonden zijn aan de opneming in een instelling.

— *Het belang van de equipe dienstverlening aan huis :*

Het is begrijpelijk dat het voor een equipe onmogelijk is om zijn energie toe te spitsen op één geval. De equipe moet een redelijk aantal mensen kunnen bereiken voor een kortere tijdspanne.

— *De kostprijs van de dienstverlening aan huis moet binnen redelijke perken blijven :*

Men kan niet zonder meer vooropstellen dat de kostprijs voor de verzorging van een particulier geval niet hoger zou mogen zijn dan de kostprijs voor verblijf in een instelling. Er dient echter naar gestreefd dat deze kosten niet hoger zouden liggen dan de kosten voor hospitalisatie. Bij de evaluatie van de globale kostprijs moet daarenboven verwezen worden naar een aantal vrijkomende bedden in instellingen wanneer een goed georganiseerde dienstverlening aan huis

activités habituelles ou de se tirer seule d'embarras d'une manière normale. Si, dans de nombreux cas, les soins médicaux ou paramédicaux seront le point de départ des services à domicile, cela ne signifie pas que la maladie, au sens strict du mot, sera la condition indispensable pour fournir certains services, comme par exemple une aide ménagère ou des soins personnels.

Tout comme pour les maisons de repos et de soins où une intervention financière forfaitaire de l'assurance maladie est nécessaire, il y a lieu de prévoir en matière de soins à domicile une intervention de l'assurance maladie pour les soins supplémentaires.

Les éléments de la définition dans son sens large sont trop généraux pour que quelques-uns d'entre eux ne soient pas expliqués :

- a) Services limités en temps et en volume;
- b) Services diversifiés;
- c) Maintien dans le milieu familial;
- d) Dans les conditions les meilleures;
- e) En relation coordonnée.

a) Services limités en temps et en quantité

Il est illogique de penser qu'une personne ayant besoin de soins 24 heures sur 24 puisse entrer en ligne de compte pour une aide permanente de la part de l'équipe de services à domicile. Les personnes relevant de cette catégorie doivent trouver une place dans une institution adaptée à leur situation, où elles séjournent éventuellement à titre définitif ou en tout cas jusqu'au moment où leur état permet leur retour dans le milieu normal.

Trois éléments importants sont ici en jeu :

— *L'intérêt de la personne âgée :*

Il serait inconcevable de refuser à la personne âgée des avantages qui, dans son cas personnel, seraient liés à son entrée dans une institution;

— *L'intérêt de l'équipe de services à domicile :*

Il est évident qu'une équipe ne peut centrer son activité sur un seul cas. L'équipe doit pouvoir atteindre un nombre raisonnable de personnes dans un temps relativement court;

— *Le coût des services à domicile doit rester dans les limites raisonnables :*

On ne peut proposer, sans plus, que le coût des services fournis dans un cas particulier, ne pourrait excéder celui d'un séjour dans une institution. Tout doit cependant être mis en œuvre pour que ces frais ne dépassent pas ceux de l'hospitalisation. Lors de l'évaluation du coût global, il faut en outre se référer au nombre de lits devenant libres dans des institutions, grâce à des services à domicile bien organisés. Ceci peut signifier une économie importante pour le secteur

bestaat. Dit kan een niet te miskennen beparing betekenen voor de bij de dienstverlening aan huis aansluitende sector, die toch zeer grote financiële inspanningen vergt.

De bedoeling blijft immers de bejaarden te helpen hun gewone levenswijze voort te zetten, wat *a priori* impliceert dat, behoudens individuele gevallen, de dienstverlening aan huis bijstand en hulp betekent en financieel minder moet doorwegen dan een langdurige of bestendige onderbrenging in een instelling.

De gedachte dat het hier tijdelijke zorgen betreft moet dus op de juiste manier beoordeeld worden : continue dienstverlening, een hele werkdag van het personeel der equipe gedurende een lange tijd is onmogelijk. Het criterium om te onderscheiden of voor iemand dienstverlening aan huis aangewezen is of eerder opnemings in een instelling, moet zijn : het aantal, de kwantiteit van de zorgen die men behoeft per dag of per week. Op die wijze kunnen de twee volgende indelingen gegeven worden voor de omvang van de dienstverlening aan huis :

- Continue en meestal zeer intense zorgen, maar beperkt in aantal dagen of weken,
- Of discontinue zorgen, meestal minder intens, maar onbeperkt in duur.

b) Diensten van uiteenlopende aard

Dienstverlening aan huis is uiteraard niet beperkt tot medische of verpleegkundige zorgen. Een limitatieve opsomming van wat ten huize kan verricht worden door een equipe mag enkel gebonden zijn aan een criterium van belang en verantwoord zijn voor de bejaarde. Zo kunnen bepaalde medische zorgen absoluut niet ten huize verleend worden terwijl andere in het ene geval wel kunnen verleend worden en in het andere geval niet. De nood en het belang van de bejaarde moeten door de bevoegde personen vastgesteld worden.

Nochtans moet ook rekening gehouden worden met het potentieel aan materiaal en personeel van de diensten.

Er moet steeds een beginvoorwaarde bestaan zonder welke men geen hulp kan bekomen. Deze beginvoorwaarde is, dat de bejaarde in zijn individuele woning zijn gewone activiteiten gedeeltelijk of tijdelijk niet meer kan uitoefenen, omwille van psycho-somatische, psychologische of sociale redenen; in een systeem dat subsidiëring of terugbetaling van bepaalde prestaties voorziet is dit niet anders mogelijk.

De basisnoden van de hulpbehoevende kunnen als volgt opgesomd worden :

- Medische noden.
- Verpleegkundige en paramedische nood.
- Nood aan hygiënische zorgen.
- Nood aan verpleegkundige uitrusting.
- Nood aan huishoudelijke hulp.
- Nood aan een persoon om toezicht uit te oefenen.

lié aux services à domicile, qui exigera néanmoins de très grands efforts financiers.

Le but essentiel consiste à aider les personnes âgées à conserver leur mode de vie habituel, ce qui implique *a priori* — les cas individuels mis à part — que les services à domicile signifient secours et aide et doivent financièrement peser moins lourd qu'un séjour long ou permanent dans une institution.

L'idée qu'il s'agit en l'occurrence de soins temporaires doit être appréciée à sa valeur exacte : le personnel de l'équipe est dans l'impossibilité de donner des soins durant toute une journée pendant une période prolongée. Afin de déterminer si quelqu'un a besoin de services à domicile ou s'il doit plutôt être placé dans une institution, il importe de faire jouer certains critères : nombre et importance des soins requis par jour et par semaine. De cette manière, les deux répartitions suivantes peuvent être données pour déterminer le volume des services à domicile :

- Soins continus et fréquemment intenses, mais limités en nombre de jours ou de semaines;
- Soins discontinus, moins intenses, mais illimités dans leur durée.

b) Services diversifiés

Par essence, les services à domicile ne sont pas limités aux soins médicaux ou hospitaliers. Une énumération limitative de ce qui peut être fait à domicile par une équipe, peut uniquement être liée à un critère valable et justifié pour le cas de la personne âgée. Certains soins médicaux ne peuvent en aucune manière être donnés à domicile, alors que d'autres peuvent l'être dans un cas mais non dans l'autre. Le besoin et l'intérêt de la personne âgée doivent être jugés par des personnes compétentes.

Il faut cependant tenir également compte des possibilités en matériel et en personnel.

De plus, une condition fondamentale, sans laquelle une aide ne peut être obtenue, est requise : la personne âgée ne peut plus être en mesure d'exercer dans son logement individuel, partiellement ou temporairement, ses activités habituelles, pour des raisons psychosomatiques, psychologiques ou sociales; ceci est indispensable dans un système prévoyant la subvention ou le remboursement de certaines prestations.

Les besoins essentiels de celui dont l'état requiert une aide peuvent s'énumérer comme suit :

- Besoins médicaux.
- Besoins hospitaliers et paramédicaux.
- Besoins de soins d'hygiène.
- Besoin d'un équipement de soins.
- Besoin d'aide ménagère.
- Besoin d'une personne appelée à exercer une surveillance.

- Materiële noden en nood aan sociale bijstand in individuele gevallen.
- Nood aan hygiënische, huishoudelijke en sociale opvoeding.
- Revalidatienood.

c) *De bejaarden blijven in hun vertrouwd milieu*

Meer dan voor kinderen en voor jonge volwassenen is deze idee erg belangrijk voor de bejaarden. De situatie van de bejaarden vertoont een eigen karakteristiek in verband met hun afhankelijkheid. Deze dient zich aan als een geheel van materiële en affectieve elementen, die door hun kristallisatie rond gebeurtenissen uit het verleden dienen als aanhechtingspunt voor het psychisch en emotioneel evenwicht.

De breuk met deze elementen moet zo lang mogelijk vermeden worden door het verder leven van de bejaarde thuis, waaraan medegewerkt wordt door dienstverlening aan huis.

Deze laatste beoogt echter niet de bejaarde kost wat kost of tegen beter weten in thuis te houden, of ondanks het feit dat de bejaarde haast konstant de bijstand van een derde bij zich vraagt.

De besluiten van het advies van de Hoge Raad voor de Derde Leeftijd over de collectieve huisvesting van de bejaarden, bevelen aan dat de bejaarde die zichzelf niet meer of bijna niet meer kan behelpen in een rust- en verzorgingstehuis moet kunnen opgenomen worden. *A contrario* moet de equipe dienstverlening aan huis beogen een afdoende hulp te brengen voor de bejaarde die niet in een instelling dient opgenomen te worden.

d) *In zo goed mogelijke omstandigheden*

Bij de voorwaarden die dienen aanwezig te zijn om op een adekwate wijze hulp te bieden aan de bejaarden thuis, moet men allereerst een aantal medische voorwaarden rekenen. Het omschrijven hiervan valt buiten de bevoegdheid van de Hoge Raad voor de Derde Leeftijd.

Daarnaast moeten onder meer de volgende sociaal-economische voorwaarden vervuld zijn :

— Geschiktheid van de huisvesting : de woning van de bejaarde moet geschikt zijn voor de hulp die geboden wordt of moet voor de hulp op eenvoudige wijze kunnen aangepast worden. De criteria die moeten toelaten om de huisvesting te evalueren slaan vooral op de oppervlakte, op de mogelijkheid om de bejaarde te kunnen afzonderen, de voorziening van drinkwater, de sanitaire installatie, de verlichting, de verwarming, de verluchting en de mogelijkheden voor vlugge communicatie. Deze criteria kunnen verschillend zijn naargelang het een landelijk of stedelijk milieu betreft.

— Instemming van de bejaarde en zijn gezin : bij het verlenen van diensten aan huis dient voorafgaandelijk rekening gehouden te worden met de voorkeur van de bejaarde en de instemming van zijn familie om mede te werken met de equipe. Wanneer de bejaarde zelf weigert, of

— Besoins matériels et secours social dans certains cas individuels.

— Besoin d'éducation d'ordre hygiénique, ménager et social.

— Besoin de revalidation.

c) *Maintien des personnes âgées dans leur milieu familial*

Ce maintien en milieu familial est, bien plus que pour des enfants et de jeunes adolescents, d'une importance capitale pour les personnes âgées. La situation des personnes âgées présente une caractéristique propre en relation avec leur état de dépendance. Celle-ci se présente comme un ensemble d'éléments matériels et affectifs qui, par leur cristallisation autour d'événements du passé, servent de points d'attache nécessaires à un équilibre psychique et émotionnel.

La rupture de ces attaches doit être évitée aussi longtemps que possible par la poursuite d'une vie à domicile de la personne âgée, à laquelle contribuent les services à domicile.

Ceci ne signifie pas qu'il faut maintenir la personne âgée à son domicile coûte que coûte ou malgré elle, ou encore nonobstant le fait qu'elle a presque constamment besoin de l'aide d'une tierce personne.

Les conclusions de l'avis du Conseil supérieur du Troisième Age sur le logement collectif des personnes âgées recommandent que la personne âgée, qui n'est plus ou presque plus à même de se débrouiller, doit être accueillie dans une maison de repos et de soins. *A contrario*, l'équipe des services à domicile est appelée à fournir une aide efficace à la personne âgée dont l'admission dans une telle institution ne s'impose pas.

d) *Dans les conditions les meilleures*

Parmi les conditions requises pour accorder d'une manière adéquate une aide à domicile aux personnes âgées, l'on doit prévoir en premier lieu un certain nombre de conditions médicales. La détermination de celles-ci n'est toutefois pas de la compétence du Conseil supérieur du Troisième Age.

Les conditions socio-économiques suivantes doivent en outre être remplies :

— Caractère adéquat du logement : l'habitation de la personne âgée doit se prêter ou pouvoir être adaptée aisément aux services à domicile. Les critères permettant de juger de ce caractère se rapportent surtout à la superficie du logement, la possibilité d'isoler la personne âgée, l'installation d'eau potable, l'installation sanitaire, l'éclairage, le chauffage, l'aération et les possibilités d'une communication rapide. Ces critères varient selon qu'il s'agit d'un milieu rural ou d'un milieu urbain.

— Consentement de la personne âgée et de sa famille : en vue de la dispensation des services à domicile, on doit évidemment tenir compte de la préférence de la personne âgée et du consentement de sa famille. Lorsque la personne âgée elle-même refuse ou que sa famille refuse, par exemple,

indien de familie bijvoorbeeld na hospitalisatie weigert de bejaarde op te nemen, gaat het voordeel van de verzorging thuis uiteraard verloren. De houding van de betrokkene en van zijn familieleden moet immers bijdragen tot de verzekering van de efficiëntie van de verleende diensten.

— Financiële situatie : de bejaarde of zijn familie moeten de financiering van de huisvesting en de voeding kunnen verzekeren. De vergoeding die zal moeten betaald worden voor de geleverde prestaties wordt hier nog terzijde gelaten.

e) *In gecoördineerd verband*

Er dient overwogen de coördinatie van de thuisverzorging toe te vertrouwen aan de Dienstcentra zoals ze gedefinieerd zijn in het koninklijk besluit van 15 april 1977 (*Belgisch Staatsblad* 28 mei 1977) en waarvan de opdracht als volgt luidt : « Door « dienstcentrum » wordt verstaan een centrum, waar, ter plaatse of daarbuiten, activiteiten en diensten worden ingericht en gecoördineerd met het oog op dienstverlening zo van materiële, sociale en hygiënische, als van culturele en recreatieve aard, ten behoeve van de bejaarden en van de personen die wegens hun toestand hiermede kunnen worden gelijkgesteld. »

Een dergelijke definitie past volledig in de optiek van de Raad, die derhalve van oordeel is dat de coördinatie van de dienstverlening aan huis vanuit deze centra zou kunnen gebeuren.

V. *Besluit*

De Hoge Raad dringt nogmaals aan op een spoedige, coherente en fundamentele hervorming van de collectieve huisvesting voor bejaarden en oordeelt dan ook dat de omvorming van de rustoorden tot rust- en verzorgingstehuizen en de organisatie van de dienstverlening aan huis dermate belangrijk is dat ze in een aparte wetgeving moeten ondergebracht worden. De opnemings van de principes van deze aangelegenheden in het kader van de sanering van het ziekenhuiswezen houdt het risico in zich, dat het door de Raad steeds voorgehouden uitgangspunt, nl. de totale situatie van de bejaarde, dreigt verloren te gaan.

Indien men echter de vermenging van de ziekenhuissector, bejaardenhuisvesting en dienstverlening toch aanvaardt, acht de Raad dit mogelijk maar dan als een aanloop tot een globale aanpak van de problematiek en kan hij onder dit voorbehoud de fundamentele doelstellingen van het ontwerp onderschrijven.

Dan wenst hij wel enkele voorstellen te formuleren ter verbetering van de redactie van artikel 4 van het ontwerp van wet.

Het zou nuttig en opportuun zijn een onderscheid te maken tussen enerzijds de organisatie van rust- en verzorgingstehuizen en anderzijds de organisatie van de dienstverlening aan huis.

de la prendre en charge après son hospitalisation, les avantages des soins à domicile sont par la force des choses réduits à néant. L'attitude de l'intéressé et des membres de sa famille conditionne la prestation des services.

— Situation financière : la personne âgée ou sa famille doivent assurer le financement du logement et de la nourriture. L'indemnité à payer pour les prestations fournies n'est pas encore examinée ici.

e) *En relation coordonnée*

Il convient d'envisager de confier la coordination des soins à domicile aux Centres de services tels qu'ils sont définis par l'arrêté royal du 15 avril 1977 (*Moniteur belge* du 28 mai 1977) dont la mission est définie comme suit : « On entend par « centre de services » un centre où sont organisés et coordonnés, sur place ou au dehors, des activités et des services en vue de prestations d'un caractère tant matériel, social et hygiénique, que culturel et récréatif, en faveur des personnes âgées et des personnes y assimilables en raison de leur état. »

Une telle définition cadre parfaitement dans l'optique du Conseil, qui estime dès lors que la coordination des services à domicile pourrait se faire à partir de ces centres.

V. *Conclusions*

Le Conseil supérieur insiste une fois de plus pour une réforme rapide, cohérente et fondamentale du logement collectif pour personnes âgées et il estime dès lors que l'institution de maisons de repos et de soins ainsi que l'organisation de services à domicile sont d'une importance telle qu'elles devraient faire l'objet d'une législation distincte. Il craint qu'une organisation de maisons de repos et de soins à domicile en vue d'une dispensation d'un ensemble de soins permettant de raccourcir le séjour en hôpital ou de l'éviter et qui ne vise qu'un assainissement du secteur hospitalier risque que l'on perde de vue la situation globale de la personne âgée et même du malade chronique alors que le Conseil a toujours préconisé de chercher les solutions à partir de la personne âgée elle-même.

Cependant si l'on accepte un mélange du secteur hospitalier, du logement pour personnes âgées et des soins à domicile, le Conseil ne le considère que comme un premier pas vers une réponse totale au problème du logement collectif pour les personnes âgées, et sous cette optique, il peut souscrire aux buts fondamentaux du projet.

Le Conseil estime cependant nécessaire de formuler quelques propositions de nature à améliorer la rédaction de l'article 4 du projet de loi.

Il est utile d'opérer une distinction entre d'une part les maisons de repos et de soins et d'autre part l'organisation des services à domicile.

Hoofdstuk II van het ontwerp zou wijzigingen moeten aanbrengen aan de wet van 12 juli 1966 op de rustoorden door hierin de definitie van het rust- en verzorgingstehuis in te schrijven en door de Hoge Raad voor de Derde Leef-tijd aan te wijzen als adviesorgaan voor de erkenning van rustoorden en rust- en verzorgingstehuizen.

In dezelfde gedachtengang zou het aangewezen zijn dat een derde hoofdstuk het geheel van de dienstverlening zou omschrijven, door een ruimere inhoud te geven aan het begrip « verlening van thuisverzorging ». Men zou eveneens het adviesorgaan moeten aanduiden voor de erkenning, de uitwerking van de normen en de programmatie van de dienstverlening.

De Hoge raad voor de Derde Leeftijd zou ook hiervoor kunnen functioneren, omdat hij het enige thans bestaande representatief organisme is voor de belangen ter zake.

In het perspectief van een wijziging van artikel 4 van het ontwerp, zou men de nodige wijzigingen moeten aanbrengen in de memorie van toelichting.

Tenslotte dient overwogen te worden de Koning een coördinatieopdracht toe te vertrouwen voor deze wetgeving en andere die op deze problematiek betrekking hebben.

Le chapitre II devrait apporter une modification à la loi du 12 juillet 1966 en incluant dans cette dernière la définition de la maison de repos et de soins et en désignant le Conseil supérieur du Troisième Age comme organe d'avis pour l'agrération des maisons de repos et des maisons de repos et de soins.

Dans un même ordre d'idées, il paraît indiqué qu'un troisième chapitre définisse la notion de « services à domicile ». Il conviendrait également d'y désigner l'organe d'avis en vue de l'élaboration des critères d'agrération, de l'agrération et de la programmation de ces services.

Le Conseil supérieur du Troisième Age peut utilement remplir cette mission étant donné sa représentativité des intérêts en cause.

Dans la perspective d'une modification de l'article 4, une adaptation de l'exposé des motifs s'impose.

Enfin, il est opportun que le Roi, outre l'exécution de la loi, puisse se voir confier la tâche de coordonner cette loi avec d'autres textes législatifs ayant trait à la problématique en cause.

BIJLAGE 2

De Nationale Raad van de Orde van de Geneesheren heeft kennis genomen van het wetsontwerp tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging (Parlementaire bescheiden Kamer, 1977, B.Z. 85, nr. 1).

Dit ontwerp werd door de Kamer gestemd en is thans hangend bij de Senaat (Gedr. St. van de Senaat, 1977-1978, 243, nr. 1).

Het ontwerp wijzigt onder andere het artikel 6bis, § 2, 5°, c), van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen, al gewijzigd door de wetten van 6 juli 1973 en 5 januari 1976.

Het artikel 6bis, § 2, 5°, voorziet thans onder a) dat het Fonds voor de bouw van ziekenhuizen en medisch-sociale inrichtingen kan tussenkomen, desgevallend tot 100 pct., in de financiering van de investeringskosten van zware medische apparatuur. De Koning bepaalt op éénsluitend advies van de Ziekenhuisraad welke uitrusting als zware medische apparatuur moet worden beschouwd.

Hetzelfde artikel voorziet, onder b), dat de sub a) bedoelde tussenkomst evenwel slechts kan geschieden wanneer de installatie van bedoelde apparatuur past in het kader van een programma, opgesteld door de Koning, op grond van de criteria die door Hem worden bepaald, na advies van de Nationale Commissie voor ziekenhuisprogrammatie.

Onder c), bepaalt de huidige tekst dat de Koning de installatie van bepaalde uitrustingen van zware medische apparatuur aan een toelating mag onderwerpen.

Het wetsontwerp dat besproken wordt, voorziet dat de bepaling onder c) zal vervangen worden door de volgende tekst :

« c) Vanaf het ogenblik dat een uitrusting door de Koning als zware medische apparatuur is bepaald, overeenkomstig a) mag zij niet meer worden geïnstalleerd zonder voorafgaandelijke toelating van de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, en dit zelfs wanneer de initiatiefnemer geen beroep doet op de sub a) bedoelde toelage en ook wanneer de investering geschiedt buiten de in 1° bedoelde ziekenhuizen en medisch-sociale inrichtingen.

Alvorens te beslissen over de aanvraag tot toelating, zoekt de Minister om het advies van de bevoegde commissie voor ziekenhuisprogrammatie. »

Het wetsontwerp vult de voorafgaande bepalingen aan met de volgende tekst die d) en e) vormen :

« d) De Koning kan bepalen vanaf welke datum de exploitatie verboden wordt van zware medische apparatuur die niet past in het kader van een onder b) bedoeld programma dat Hij heeft vastgesteld.

ANNEXE 2

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a pris connaissance du projet de loi modifiant la législation sur les hôpitaux et relatif à certaines autres formes de dispensation de soins (Documents parlementaires Chambre, S.E. 1977, 85, n° 1).

Ce projet a été voté par la Chambre et est actuellement pendant au Sénat (Doc. Parlem. Sénat, 1977-1978, 243, n° 1).

Le projet modifie notamment l'article 6bis, § 2 5°, c) de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux, modifiée par les lois des 6 juillet 1973 et 5 janvier 1976.

L'article 6bis, § 2, 5°, prévoit actuellement sous la lettre a) que le Fonds de construction d'institutions hospitalières et médico-sociales peut intervenir éventuellement à concurrence de 100 p.c. dans le financement des frais d'investissement de l'appareillage médical lourd. Le Roi détermine, de l'avis conforme du Conseil des hôpitaux, quel équipement devra être considéré comme appareillage médical lourd.

Le même article prévoit, sous la lettre b), que l'intervention visée sous a), ne sera octroyée qu'à condition que l'installation dudit appareillage s'inscrive dans le cadre d'un programme élaboré par le Roi sur base des critères qu'Il fixe après avis de la Commission nationale de programmation hospitalière.

Sous la lettre c), le texte actuel dispose que le Roi peut soumettre l'installation de certains équipements d'appareillage médical lourd à une autorisation.

Le projet de loi en discussion prévoit que la disposition figurant sous la lettre c) sera remplacée par le texte suivant :

« c) A partir du moment où un équipement est considéré par le Roi comme appareillage lourd conformément au a), il ne peut plus être installé sans autorisation préalable du Ministre qui a la Santé publique sous ses attributions, et ce même si l'initiateur ne sollicite pas les subsides visés sous a) et également si l'investissement s'effectue en dehors des hôpitaux et des établissements médico-sociaux visés au 1°.

Avant de prendre une décision relative à une demande d'autorisation, le Ministre demande l'avis de la commission compétente de programmation hospitalière. »

Le projet de loi complète les dispositions qui précèdent par le texte suivant formant les lettres d) et e) :

« d) Le Roi peut fixer la date à partir de laquelle est interdite l'exploitation d'un appareil médical lourd qui ne s'inscrit pas dans le cadre d'un programme qu'Il a élaboré comme prévu sub b).

e) Vanaf het ogenblik dat de tussenkomst van het Fonds 100 pct. van de investeringskosten bedraagt van de zware medische apparatuur, mogen geen afschrijvingen noch financiële lasten van deze apparatuur meer in aanmerking worden genomen als bestanddeel van de tussenkomst van de verplichte verzekering tegen ziekte- en invaliditeit of van de verpleegdagprijs.

De Koning bepaalt bij een in Ministerraad overlegd besluit de voorwaarden van tussenkomst van het Fonds voor installatie van de zware medische apparatuur. »

Het ontwerp voegt tenslotte, bij artikel 6bis, § 2, van de wet van 23 december 1963, een als volgt luidend 6° :

« 6° De Koning kan, de Ziekenhuisraad gehoord, bij een in Ministerraad overlegd besluit de laboratoria voor klinische biologie gelijkstellen met zware medische apparatuur en ze geheel of gedeeltelijk onderwerpen aan de bovenstaande regelen. »

Anderzijds, bestraft het artikel 2 van het wetsontwerp met een gevangenisstraf van acht dagen tot drie maanden en met een geldboete van zesentwintig tot tweeduizend frank of met één van die straffen alleen :

« Hij die met overtreding van artikel 6bis, § 2, 5°, c), *zware medische apparatuur installeert* zonder voorafgaandelijk toelating van de Minister bevoegd voor de Volksgezondheid, of die met overtreding van artikel 6bis, § 2, 5°, d), *zware medische apparatuur exploiteert, die niet past in het kader van een programma door de Koning vastgesteld.* »

♦♦

Het door het wetsontwerp voorziene stelsel kan in grote trekken als volgt worden samengevat :

De wet bepaalt geenszins wat onder zware medische apparatuur moet worden verstaan.

Gelijk welke medische apparatuur zal dus als zwaar worden beschouwd, zodra een koninklijk besluit genomen op éénsluitend advies van de Ziekenhuisraad, haar deze kwalificatie zal hebben toegekend.

De *installatie* en de *exploitatie* van een zware medische apparatuur zonder toelating zijn verboden op straffe van correctieel straffen.

Zodra een koninklijk besluit een medische uitrusting als zware medische apparatuur zal hebben bepaald, zal zijn exploitatie kunnen worden verboden, zelfs wanneer die apparatuur vóór de datum van het koninklijk besluit geïnstalleerd is. Dit besluit zal de installatie van de apparatuur dus met terugwerkende kracht treffen, vermits deze installatie nutteloos zal worden.

♦♦

Het ontwerp heeft een driedelig doel :

1. Een ziekenhuisprogrammatie op touw zetten;
2. De financiering van de zware medische apparatuur verzekeren;
3. De uitgaven van de ziekte- en invaliditeitsverzekering beperken.

e) A partir du moment où l'intervention du Fonds atteint 100 p.c. des frais d'investissement de l'appareillage médical lourd, aucun amortissement ni aucune charge financière relatifs à cet appareillage ne peuvent être pris en considération comme éléments constitutifs de l'intervention de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité ou du prix de la journée d'entretien.

Le Roi détermine par arrêté délibéré en Conseil des Ministres les conditions d'intervention du Fonds pour l'installation de l'appareillage médical lourd. »

Le projet ajoute, enfin, à l'article 6bis, § 2, de la loi du 23 décembre 1963, un 6° rédigé comme suit :

« 6° Par un arrêté délibéré en Conseil des Ministres et après avis du Conseil des hôpitaux, le Roi peut assimiler les laboratoires de biologie clinique à l'appareillage médical lourd et les soumettre en tout ou en partie aux règles susmentionnées. »

D'autre part, l'article 2 du projet de loi punit d'un emprisonnement de huit jours à trois mois et d'une amende de vingt-six à deux mille francs ou d'une de ces peines seulement :

« Celui qui, en contravention avec l'article 6bis, § 2, 5°, c), *installe un appareillage médical lourd sans autorisation préalable* du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ou qui, en contravenant avec l'article 6bis, § 2, 5°, d), *exploite un appareillage médical lourd qui ne s'inscrit pas dans le cadre d'un programme élaboré par le Roi.* »

♦♦

Le système prévu par le projet de loi peut, dans ses grandes lignes, se résumer de la manière suivante.

La loi ne définit en aucune façon ce qu'il faut entendre par appareillage médical lourd.

Tout appareillage médical quelconque sera donc considéré comme lourd dès qu'un arrêté royal pris de l'avis conforme du Conseil des hôpitaux lui aura attribué cette qualification.

L'*installation* et l'*exploitation* d'un appareillage médical lourd, sans autorisation, sont interdites sous la menace de peines correctionnelles.

Dès qu'un arrêté royal aura qualifié un appareillage médical d'appareillage lourd, son *exploitation* pourra être interdite, même si cet appareillage a été installé avant la date de l'arrêté royal. Celui-ci atteindra donc rétroactivement l'installation de l'appareillage, puisque cette installation sera privée de toute utilité.

♦♦

Le projet poursuit un triple but :

1. Etablir une programmation hospitalière.
2. Assurer le financement de l'appareillage médical lourd.
3. Limiter les dépenses de l'assurance maladie-invalidité.

Maar het ontwerp bevat verbodsbepalingen die geenszins gerechtvaardigd worden door dit driedelig doel.

1. Het verbod geldt zelfs als de zware medische apparatuur buiten de ziekenhuizen en de medisch-sociale instellingen bedoeld in artikel 6bis, § 2, 1°, van de wet, wordt geïnstalleerd.

Ze beoogt dus elke fysische- of rechtspersoon, zelfs vreemd aan de ziekenhuizen die onder de wet vallen.

2. Het verbod geldt niet alleen voor de apparatuur verworven met de toelagen van de openbare macht, maar voor elke zware medische apparatuur gekocht met de gelden van een rechtspersoon of fysische persoon, of zij nu die gelden persoonlijk bezitten, of dat deze gelden verzameld werden na een oproep tot de publieke solidariteit, of dat deze door een liefdadigheidsvereniging werden ingezameld, die de ontwikkeling en de vooruitgang van de behandeling van een bepaalde ziekte tot doel heeft ofwel dat ze het voorwerp zijn van een daad van mecenaat.

3. Tenslotte is het verbod zelfs van toepassing onafgezien van de weerslag die de exploitatie van de apparatuur op de ziekte- en invaliditeitsverzekering zou hebben.

Het geldt zelfs indien geen enkele tussenkomst wordt gevraagd aan de verzekering, of wanneer de tussenkomst tot de kostprijs wordt beperkt, of nog, zo de tussenkomst, de in geval van gebruik van een door de openbare macht 100 pct. gesubsidieerd toestel, bepaalde tussenkomst niet overschrijdt (zie bepaling voorzien onder letter e) van het ontwerp).



Behoudens in gevallen waar een toelating wordt verleend, gaat het dus om een absoluut verbod dat iedereen treft, onder gelijk welke voorwaarden, en dit onder bedreiging van correctionele straffen.



De Nationale Raad van de Orde van de Geneesheren meent dat dit dwangstelsel niet overeenstemt met de grondprincipes betreffende de uitoefening van de geneeskunst.

Bovendien miskent het de gelijkheid onder de burgers, die de internationale rechtsmachten onder de notie van gelijke berechting bepalen.



De principes betreffende de geneeskunst worden met name in artikel 11 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 uitgedrukt, krachtens welk besluit aan de geneesheren « geen reglementaire beperkingen mogen worden opgelegd bij de keuze van de middelen die aangewend moeten worden, hetzij voor het stellen van de diagnose, hetzij voor het instellen en uitvoeren van de behandeling, hetzij voor het uitvoeren van magistrale bereidingen. »

Krachtens dit zelfde artikel worden misbruiken van de vrijheid waarvan de geneesheren in dit drievoudig opzicht genieten door de raden van de Orde, waarvan ze afhangen, betoeteld.

Deze tekst heeft kracht van wet.

Mais le projet contient des interdictions qui ne sont nullement justifiées par ce triple but.

1. L'interdiction est applicable même si l'appareillage médical lourd est installé en dehors des hôpitaux et des établissements médico-sociaux visés à l'article 6bis, § 2, 1°, de la loi.

Elle vise donc toute personne physique ou morale, même étrangère aux établissements hospitaliers qui relèvent de la loi.

2. L'interdiction ne vaut pas seulement pour l'appareillage acquis au moyen de subventions des pouvoirs publics, mais pour tout appareillage médical lourd acheté uniquement avec les fonds d'une personne morale ou physique, que ces fonds lui appartiennent en propre, qu'ils aient été recueillis à la suite d'un appel à la solidarité publique, qu'ils aient été récoltés par une œuvre ayant pour objet le développement et le progrès du traitement d'une maladie déterminée ou qu'ils soient l'objet d'un acte de mécénat.

3. Enfin, l'interdiction s'applique quelle que soit l'incidence de l'exploitation de l'appareillage sur l'assurance maladie-invalidité.

Elle vaut même si aucune intervention n'est demandée à l'assurance, ou si l'intervention est limitée au prix coûtant ou encore si l'intervention n'est pas supérieure à celle qui est accordée en cas d'utilisation d'un appareil subventionné à 100 p.c. par les pouvoirs publics (voir la disposition prévue sous la lettre e) du projet).



Il s'agit donc, sauf dans les cas où une autorisation est accordée, d'une interdiction absolue, qui touche n'importe quelle personne, dans n'importe quelles conditions, et cela sous la menace de peines correctionnelles.



Le Conseil national de l'Ordre des médecins estime que ce système contraignant n'est pas compatible avec les principes fondamentaux relatifs à l'exercice de l'art de guérir.

En outre, il méconnaît l'égalité entre les citoyens, définie par les juridictions internationales sous la notion d'égalité de traitement.



Les principes relatifs à l'exercice de l'art de guérir trouvent leur expression notamment dans l'article 11 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967, en vertu duquel les praticiens de l'art de guérir « ne peuvent être l'objet de limitations réglementaires dans le choix des moyens à mettre en œuvre, soit pour l'établissement du diagnostic, soit pour l'institution du traitement et son exécution, soit pour l'exécution des préparations magistrales ».

En vertu du même article, les abus de la liberté dont les praticiens jouissent à ce triple point de vue sont sanctionnés par les conseils de l'Ordre dont ils relèvent.

Ce texte a valeur de loi.

Een nieuwe wet kan weliswaar op zuiver juridisch vlak een vroegere wet wijzigen of er uitzonderingen of beperkingen aanbrengen.

Maar het voormelde artikel 11 heeft niet alleen het karakter van een wettelijke bepaling van positief recht, het is de uitdrukking van een fundamenteel principe van de uitoefening van de geneeskunst, dat bestaat vóóraler het juridisch wordt uitgedrukt.

De vrijheid van de geneesheer op diagnostisch en therapeutisch gebied brengt mee, dat hij vrij de behandeling mag kiezen die hem de meest geschikte lijkt voor zijn patiënt, en dat hij alle technische middelen mag aanwenden die hij nodig acht. Deze vrijheid is de voorwaarde van de kwaliteit van de geneeskunde en van de eerbiediging van de plichtenleer, volgens welke de geneesheer, wanneer hij de behandeling van een patiënt aanvaardt, zich verbindt hem de zorgen toe te dienen die stroken met de thans geldende wetenschappelijke kennis (art. 34 van de Code van Plichtenleer).

Die vrijheid bestaat niet in het belang van de geneesheer, maar wel in dit van de zieke; ze is maar de waarborg van het fundamenteel recht van ieder menselijk persoon om vrij en in de beste voorwaarden de zorgen te krijgen die zijn toestand vereisen.

Het is overbodig de gevaren te onderstrepen welke elke beperking door de Staat van de vrijheid van de geneesheren en van de rechten van de burgers in dat domein inhoudt.

Weliswaar kan niemand ontkennen dat economische redenen ongelukkigerwijze zekere beperkingen op de zorgverstrekking kunnen vereisen.

Maar in het licht van de voorafgaande principes, is het vanzelfsprekend dat de wetgever slechts beperkingen kan opleggen wanneer ze werkelijk noodzakelijk zijn, en als het onmogelijk is op een andere wijze het doel van de wet te verwezenlijken.

**

Het stelsel van het wetsontwerp is bovendien niet overeen te brengen met het principe van de gelijkheid onder de staatsburgers.

Dit principe wordt door artikel 6 van de Grondwet gehuldigd, dat bepaalt dat de Belgen gelijk voor de wet zijn.

Maar dit principe wordt op een meer nauwkeurige wijze geformuleerd in de beslissingen van het Europees Hof voor de rechten van de mens en van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschap, betreffende de « gelijkheid van behandeling ».

De gelijkheid van behandeling wordt geschonden, zegt één van deze beslissingen, als er voor het gemaakte onderscheid geen objectieve en redelijke rechtvaardiging bestaat. Het bestaan van een dergelijke rechtvaardiging moet beoordeeld worden in verband met het doel en de gevolgen van de betreffende maatregel, en rekening houdende met de in een democratische samenleving algemeen heersende principes.

Certes, sur le plan strictement juridique, une loi nouvelle peut modifier une loi antérieure ou lui apporter des exceptions ou des limitations.

Mais l'article 11 précité n'a pas seulement le caractère d'une disposition légale de droit positif, il est l'expression d'un principe fondamental de l'exercice de l'art de guérir, qui préexiste à son expression juridique.

La liberté du médecin sur le plan du diagnostic et de la thérapeutique implique qu'il puisse choisir librement le traitement qui lui paraît le meilleur pour son patient et qu'il puisse s'entourer de tous les moyens techniques qu'il estime nécessaires. Cette liberté est une condition de la qualité de la médecine et du respect de la règle de déontologie suivant laquelle le médecin s'engage, en acceptant de soigner le patient, à lui donner des soins conformes aux données actuelles de la science (art. 34 du Code de déontologie).

Cette liberté n'existe pas dans l'intérêt du médecin, mais dans celui du malade; elle n'est que la garantie du droit fondamental de chaque personne humaine à obtenir librement et dans les meilleures conditions, les soins qu'exige son état de santé.

Il est superflu de souligner les dangers que comporte toute limitation étatique à la liberté des médecins et aux droits des citoyens en ce domaine.

Certes, personne ne peut nier que des raisons économiques peuvent malheureusement exiger certaines limitations à la dispensation des soins.

Mais à la lumière des principes qui précèdent, il est évident que le législateur ne peut établir des limitations que si elles sont absolument nécessaires et s'il n'est pas possible de réaliser autrement le but poursuivi par la loi.

**

Le système du projet de loi est, au surplus, inconciliable avec le principe de l'égalité entre les citoyens.

Ce principe est consacré par l'article 6 de la Constitution, qui dispose que les Belges sont égaux devant la loi.

Mais il est formulé de manière précise dans les décisions de la Cour européenne des droits de l'homme et de la Cour de justice des Communautés européennes relatives à l'« égalité de traitement ».

L'égalité de traitement est violée, dit une de ces décisions, si la distinction entre les citoyens manque de justification objective et raisonnable. L'existence d'une pareille justification doit s'apprécier par rapport au but et aux effets de la mesure considérée, eu égard aux principes qui prévalent généralement dans les sociétés démocratiques.

Een onderscheid gemaakt in de uitoefening van een bij het Verdrag vastgelegd recht moet niet alleen een wettig doel nastreven: artikel 14 wordt eveneens geschonden als duidelijk vaststaat dat de aangewende middelen redelijkerwijze gesproken niet evenredig zijn aan het beoogde doel (zie hieromtrent de verslagen van de heer Sorensen, Rechter bij het Hof van Justitie, en van de heer Ganshof van der Meersch, Rechter bij het Hof van de rechten van de mens, in « Informatie betreffende het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen », 1977, III blz. 41 en volgende).

Het recht op gezondheidszorgen wordt dermate niet erkend door de Conventie van de rechten voor de mens, maar het evenredigheidsbeginsel en de regel van de « gelijkmatigheid » door de internationale rechtsmachten gehuldigd, zijn algemene rechtsbeginselen die in alle materies gelden (*ibid.*).

Het dwingend systeem dat het wetsontwerp voorziet, zonder absolute noodzakelijkheid in verhouding tot het nagestreefde doel, leidt echter tot een behandelingsongelijkheid tussen de verzorgingsinstellingen en tussen de geneesheren in het gebruik van de zware medische apparatuur.

**

Om het overmatig karakter van het wetsontwerp aan te tonen, dienen eerst de afwezigheid van een wettelijke bepaling van de zware medische apparatuur, en het gevaar van willekeur in zijn bepaling door de uitvoerende macht worden onderstreept.

De zware medische apparatuur was al vermeld in artikel 148 van de wet van 5 januari 1976 betreffende de budgettaire voorstellen 1975-1976.

Tijdens de parlementaire werkzaamheden omtrent deze wet, werd het volgende verklaard (Verslag in naam van de verenigde commissies van Financiën en van de Volksgezondheid van de Senaat, *Pasinomie*, 1976, blz. 135):

« Op de vraag tot nadere omschrijving van het begrip zware apparatuur, is de Minister van oordeel dat een scheiden in diagnostische en therapeutische apparatuur niet aangewezen is daar beide er moeten in opgenomen worden.

De Ziekenhuisraad is voldoende bevoegd om ter zake een objectief en valabel advies uit te brengen.

De lijst zal trouwens nooit beperkend opgesteld worden gezien de te snelle technische evolutie in de geneeskunde; wel is de Minister van oordeel dat zeker niet behoort tot deze categorie onder andere de uitrusting van tandarts, oogarts, cardioloog en de uitrusting voor radiografie. Deze laatste althans niet in een eerste fase alhoewel men juist hier dicht bij een stadium van overequiperings gekomen is. Om dit te voorkomen legt de Minister een imperatieve planning op, ook buiten de ziekenhuizen. »

De Minister van dat ogenblik heeft aldus een tamelijk restrictief advies uitgesproken inzake de uitrusting die aan een toelating moet worden onderworpen.

Une distinction de traitement dans l'exercice d'un droit consacré par la Convention de sauvegarde des droits de l'homme ne doit pas seulement poursuivre un but légitime; l'article 14, qui prohibe toute discrimination, est également violé lorsqu'il est clairement établi qu'il n'existe pas de rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé (voir à ce sujet les exposés de M. Sorensen, juge à la Cour de justice, et de M. Ganshof van der Meersch, juge à la Cour des droits de l'homme, dans « Informations sur la Cour de justice des Communautés européennes », 1977, III, pp. 41 et suivantes).

Le droit aux soins de santé n'est pas consacré comme tel par la Convention des droits de l'homme, mais le principe de l'égalité de traitement et la règle de la « proportionnalité » invoquée par les juridictions internationales sont des principes généraux du droit qui valent en toutes matières (*ibid.*).

Or, le système contraignant prévu par le projet de loi, sans nécessité absolue par rapport au but poursuivi, aboutit à une inégalité de traitement entre les établissements de soins et entre les médecins dans l'utilisation de l'appareillage médical lourd.

**

Pour montrer le caractère excessif du projet de loi, il faut d'abord relever l'absence de définition légale de l'appareillage médical lourd et le danger d'arbitraire dans sa définition par le pouvoir exécutif.

L'appareillage médical lourd était déjà mentionné dans l'article 148 de la loi du 5 janvier 1976 relative aux propositions budgétaires 1975-1976.

Au cours des travaux parlementaires relatifs à cette loi, il a été déclaré ce qui suit (Rapport fait au nom des Commissions réunies des Finances et de la Santé publique du Sénat, *Pasinomie*, 1976, p. 135):

« Au membre qui lui a demandé de préciser la notion d'appareillage lourd, le Ministre répond qu'il n'y a pas lieu de distinguer entre appareillage de diagnostic et appareillage thérapeutique, ceux-ci étant l'un et l'autre visés par la loi.

Le Conseil des hôpitaux est suffisamment compétent pour donner à ce sujet un avis objectif et valable.

La liste ne sera d'ailleurs jamais établie de façon limitative, étant donné la trop grande rapidité d'évolution des techniques médicales; le Ministre est toutefois d'avis qu'il ne faut certainement pas y inclure, par exemple, les instruments dont disposent les dentistes, oculistes, cardiologues et radiologues. Pour ces derniers, du moins pas dans une première phase, bien que précisément dans ce domaine, l'on en soit presque arrivé à un stade de suréquipement. C'est ce suréquipement que le Ministre entend éviter en imposant une programmation impérative, même en dehors des hôpitaux. »

Le Ministre de l'époque a exprimé ainsi un avis relativement restrictif quant aux instruments qu'il convient de soumettre à autorisation.

Maar dit is slechts een advies over de toepassing van de wet en wettelijk is er geen beletsel, de uitrusting waarover de tandartsen, de oogartsen en de cardiologen beschikken aan een toelating te onderwerpen.

In hetzelfde verslag van de verenigde commissies van de Senaat leest men (*Pasinomie*, 1976, blz. 134) :

« De bezwaren welke het medisch korps aanvoert als zou de Minister aldus de vrijheid van vestiging en uitrusting van privé-kabinetten beknotten, worden weerlegd doordat duidelijk gesteld is dat het alleen gaat om *niet-rendabele* zware medische apparatuur en dit voornamelijk *in de ziekenhuizen*. »

In werkelijkheid maakt de wet van 1976 geen enkel onderscheid tussen de rendabele en de niet-rendabele apparaten; anderzijds voorziet ze uitdrukkelijk dat ze van toepassing is zelfs buiten de ziekenhuizen. Dezelfde opmerkingen gelden ook voor het wetsontwerp dat thans wordt overwogen.

**

De Ziekenhuisraad, op wiens éénsluidend advies de Koning bepaalt welke de zware medische aparatuur is, bestaat uit een voorzitter en 49 leden (wet van 23 december 1963, art. 11).

Hij heeft een algemene commissie en een universitaire commissie.

De algemene commissie bestaat uit 33 leden, waaronder slechts 15 geneesheren, hetzij een minderheid.

De universitaire commissie bestaat uit 21 leden, waaronder slechts 10 geneesheren, hetzij ook een minderheid.

Die samenstelling geeft niet de waarborg dat de problemen van geneeskundige plichtenleer voldoende in overweging zullen worden genomen bij de bepaling van de zware medische apparatuur; ze geeft niet de waarborg dat de delicate wetenschappelijke problemen die bij die bepaling zijn gesteld met de noodzakelijke bevoegdheid zullen worden behandeld, ze geeft niet de waarborg dat men geen overdreven belang zal hechten aan de eigen problemen van de ziekenhuizen ten nadele van de problemen betreffende de uitoefening van de geneeskunde in het algemeen.

Loopt men niet het gevaar, een verouderde technische uitrusting te handhaven, omdat de apparatuur waarover die instellingen beschikken niet voldoende afgeschreven is, en om de installatie van een nieuwe uitrusting te verhinderen die een aanzienlijke vooruitgang betekent voor de geneeskunde, en dit zelfs buiten de betrokken ziekenhuizen.

Zo hangt de wetenschappelijke vooruitgang meer af van de appreciatie van de ziekenhuisbeheerders dan van de geneesheren.

**

De toelatingen tot installatie en exploitatie zullen van het programma afhangen dat de Koning bepaalt, op advies van de commissie voor ziekenhuisprogrammatie en op de adviezen die deze commissie in elk bijzonder geval verleent, inzake de subsidies en de toelatingen.

Mais ce n'est là qu'un avis sur l'application de la loi et rien n'empêche légalement de soumettre à autorisation les instruments dont disposent les dentistes, oculistes et cardiologues.

On lit dans le même rapport des Commissions réunies du Sénat (*Pasinomie*, 1976, p. 134);

« Les objections émises par le corps médical, selon lesquelles le Ministre restreindrait ainsi la liberté d'établissement et d'équipement de cabinets privés, trouvent leur réfutation dans le fait que le projet précise bien qu'il s'agit uniquement d'appareillage médical lourd non rentable, et ce principalement dans les hôpitaux. »

En réalité, la loi de 1976 ne fait aucune distinction entre les appareils rentables et non rentables; d'autre part, elle prévoit expressément qu'elle est applicable même en dehors des hôpitaux. Les mêmes remarques valent pour le projet de loi actuellement en discussion.

**

Le Conseil des hôpitaux, sur l'avis conforme duquel le Roi détermine quel est l'appareillage médical lourd, comprend un président et 49 membres (loi du 23 décembre 1963, art. 11).

Il comporte une commission générale et une commission universitaire.

La commission générale comprend 33 membres, dont 15 médecins seulement, soit une minorité.

La commission universitaire comprend 21 membres, dont 10 médecins seulement, soit également une minorité.

Cette composition ne donne pas la garantie que les problèmes de déontologie médicale seront suffisamment pris en considération lors de la détermination de l'appareillage médical lourd, elle ne donne pas la garantie que les problèmes scientifiques délicats que pose cette détermination seront traités avec la compétence nécessaire, elle ne donne pas la garantie qu'une importance exagérée ne sera pas accordée aux problèmes propres des établissements hospitaliers aux dépens des problèmes relatifs à l'exercice de l'art de guérir en général.

Ne risque-t-on pas de maintenir un équipement technique périmé, parce que l'appareillage dont disposent ces établissements n'est pas suffisamment amorti, et d'empêcher l'installation d'un équipement neuf, qui représente un progrès considérable pour la médecine, et cela même en dehors des établissements intéressés ?

Le progrès scientifique peut ainsi relever plus de l'appréciation des gestionnaires d'hôpitaux que des médecins.

**

Les autorisations d'installation et d'exploitation seront fonction du programme établi par le Roi sur avis de la commission de programmation hospitalière et des avis émis par cette commission dans chaque cas d'espèce quant aux subventions et aux autorisations.

De samenstelling van de Nationale Commissie voor de ziekenhuisprogrammatie en van de regionale Commissies voor de ziekenhuisprogrammatie zijn behandeld in twee koninklijke besluiten van 12 juni 1974.

De samenstelling van die commissies roept dezelfde opmerkingen op als die van de ziekenhuisraad.

**

Tenslotte is het wetsontwerp overmatig, zoals hierboven reeds werd gezegd, omdat het verbodsbepalingen bevat die niet gerechtvaardigd worden door de nagestreefde doeleinden.

De ziekenhuisprogrammatie rechtvaardigt niet de verbodsbepalingen, die buiten de ziekenhuizen geldig zijn. Het financieren van de zware medische apparatuur vereist niet dat men de aankoop van deze apparatuur zou verbieden, zelfs wanneer men geen beroep doet op de openbare financiën. De beperking van de uitgaven van de ziekte- en invaliditeitsverzekering brengt geen absoluut verbod mee van deze apparatuur zonder toelating te gebruiken.

De Nationale Raad stelt zich voornamelijk op deontologisch plan, en zijn eigen wettelijke opdracht bestaat er niet in om middelen voor te stellen om de uitgaven van de ziekte- en invaliditeitsverzekering te beperken. Maar hij is hoege-naamd niet ongevoelig voor dit zeer reëel aspect van het probleem. Het is in die geest dat hij met nadruk wenst te zeggen dat verschillende formules kunnen overwogen worden voor de terugbetaling van de prestaties die met behulp van niet-gesubsidieerde zware medische apparatuur worden geleverd.

1. Terugbetaling van de prestaties enkel volgens de kostprijs;

2. Terugbetaling volgens dezelfde maatstaf als voor de gesubsidieerde apparaten;

3. Weigering van terugbetaling zo dit niet tot een discriminatie leidt, die door geen absolute noodzakelijkheid zou gerechtvaardigd worden.

Die oplossingen zouden volkomen efficiënt zijn om de nagestreefde doeleinden te verwezenlijken wat de ziekte- en invaliditeitsverzekering betreft.

De verbodsbepalingen die het wetsontwerp voorziet, overtreffen daarentegen hetgeen deze doeleinden nastreven en zij brengen derhalve het evenredigheidsbeginsel in het gedrang.

**

De Nationale Raad is geenszins van plan te ontkennen dat er zware economische problemen bestaan die aan de uitoefening van de geneeskunst verbonden zijn.

Die problemen gaan de Nationale Raad alleen aan in de mate waarin ze een terugslag hebben op de beginselen die aan de basis liggen van de uitoefening van de geneeskunst in onze maatschappij, en op de medische plichtenleer.

Het komt de Nationale Raad toe te waken dat die principes niet in het gedrang zouden worden gebracht zonder voldoende noodzaak.

La composition de la Commission nationale de programmation hospitalière et celle des Commissions régionales de programmation hospitalière ont fait l'objet de deux arrêtés royaux du 12 juin 1974.

La composition de ces commissions appelle les mêmes remarques que celle du Conseil des hôpitaux.

**

Le projet est enfin excessif, ainsi qu'il a été dit ci-dessus, parce qu'il comporte des interdictions qui ne sont pas justifiées par les buts poursuivis.

La programmation hospitalière ne justifie pas des interdictions qui valent en dehors des établissements hospitaliers. Le financement de l'appareillage médical lourd n'exige pas que l'on interdise l'achat de cet appareillage même si l'on ne recourt pas aux finances publiques. La limitation des dépenses de l'assurance maladie-invalidité n'implique pas une interdiction absolue de l'exploitation, sans autorisation, de cet appareillage.

Le Conseil national se place essentiellement sur le plan déontologique et sa mission légale propre n'est pas de proposer des moyens de limiter les dépenses de l'assurance maladie-invalidité. Mais il n'est nullement indifférent à cet aspect très réel du problème. Dans cet esprit, il tient à préciser que différentes formules peuvent être envisagées pour le remboursement des prestations fournies au moyen de l'appareillage médical lourd non subsidié :

1. Remboursement des prestations uniquement suivant le prix coûtant;

2. Remboursement au même taux que pour les appareils subsidiés;

3. Refus de remboursement, s'il n'en résulte pas une discrimination qui n'est pas justifiée par une nécessité absolue.

Ces solutions seraient parfaitement efficaces pour réaliser les objectifs poursuivis en ce qui concerne l'assurance maladie-invalidité.

Au contraire, les interdictions prévues par le projet de loi vont manifestement au-delà de ce qui est exigé par ces objectifs et elles heurtent, dès lors, le principe de la « proportionnalité ».

**

Le Conseil national n'entend nullement méconnaître qu'il existe de graves problèmes économiques qui sont liés à l'exercice de l'art de guérir.

Ces problèmes ne concernent le Conseil national que dans la mesure où ils ont une incidence sur les principes qui sont à la base de l'exercice de l'art de guérir dans notre société et sur la déontologie médicale.

Il appartient au Conseil national de veiller à ce qu'il ne soit pas porté atteinte, sans nécessité suffisante, à ces principes.

De vrijheid van de geneesheer op diagnostisch en therapeutisch vlak is er één van.

Artikel 11 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 dat dit principe in ons positief recht toepast, voorziet ook dat de misbruiken van de vrijheid waarvan de geneesheren genieten door de raden van de Orde worden beteugeld, waarvan zij afhangen.

De Nationale Raad is bewust dat het noodzakelijk is deze misbruiken zeer streng te beteugelen. Enkele maanden geleden is hij met een brede actie begonnen tegen bepaalde misbruiken inzake klinische biologie. Hij is vastbesloten deze actie met de grootste kordaatheid voort te zetten.

Maar de misbruiken van bepaalde geneesheren kunnen zo dringende maatregelen als deze van het ontwerp niet rechtvaardigen tegenover alle geneesheren. Dan gaat het om kwaad opzet tegen de geneesheren en om een stelsel dat meer op « voorafgaandelijke censuur » lijkt dan op een programmatie binnen redelijke grenzen gehouden.

**

De Nationale Raad van de Orde van de Geneesheren is overtuigd, Mijnheer de Voorzitter, Mevrouw, Mijnheer, dat de opmerkingen welke hij op deontologisch gebied heeft gemaakt, uw volle aandacht zullen verdienen.

Maar hij is vanzelfsprekend bereid zijn grootste bijdrage te verlenen in de poging om een oplossing te vinden die de gerechtvaardigde doeleinden welke de auteurs van het wetsontwerp nastreven, zou verzoenen met de principes van de uitoefening van de geneeskunst en de medische plichtenleer.

Met de meeste hoogachting,

De Ondervoorzitter,
DR. I. UYTENDAELE.

De Voorzitter,
J. GERNIERS.

La liberté du médecin sur le plan du diagnostic et de la thérapeutique est un de ceux-ci.

L'article 11 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967, qui consacre ce principe dans notre droit positif, prévoit aussi que les abus de la liberté dont les praticiens jouissent sont sanctionnés par les conseils de l'Ordre dont ils relèvent.

Le Conseil national est conscient de la nécessité de réprimer ces abus avec la plus grande sévérité. Il a entamé, il y a quelques mois, une action de grande envergure contre certains abus en matière de biologie clinique. Il est décidé à la poursuivre avec la plus grande fermeté.

Mais les abus de certains médecins ne peuvent justifier des mesures aussi contraignantes que celles du projet à l'égard de tous les médecins. Il s'agit alors d'un procès d'intention que l'on fait aux médecins et d'un régime qui s'apparente plus à une « censure préalable » qu'à une programmation maintenue dans des limites raisonnables.

**

Le Conseil national de l'Ordre des médecins est convaincu, Monsieur le Ministre, que les observations qu'il a formulées sur le plan déontologique retiendront votre attention.

Le Conseil national s'est abstenu de proposer de manière plus précise des textes qui répondraient à ses préoccupations, parce qu'il n'a pas voulu empiéter sur les prérogatives des membres du Parlement. Mais il est évidemment prêt à fournir sa plus entière collaboration dans la recherche d'une solution qui concilierait les buts légitimes poursuivis par les auteurs du projet de loi avec les principes de l'exercice de l'art de guérir et de la déontologie médicale.

Le Conseil national adresse, en raison de l'urgence, la même lettre à M. le Président et à MM. les Sénateurs membres de la Commission de la Santé publique et de la Famille du Sénat.

Veillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de notre considération la plus distinguée.

Le Vice-Président,
J. FARBER.

Le Président,
J. GERNIERS.

BIJLAGE 3

De Heer J. GERNIERS,
Voorzitter van de Orde van de Geneesheren
Nationale Raad
de Jamblinne de Meuxplein, 32
1040 BRUSSEL.

Mijnheer de Voorzitter,

Betreft : *Ontwerp van wet nr. 243, in behandeling in de Senaat.*

Ik heb uw schrijven van 7 april ll. goed ontvangen.

Ik wil er uw aandacht op vestigen dat bovenvermeld ontwerp is neergelegd in de Kamer in de maand september en dat het mij enigszins verwondert uw reactie zo laattijdig te ontvangen.

Ik ben zo vrij U mede te delen dat ik mij niet kan aansluiten bij de argumentering, ontwikkeld in uw schrijven.

De programmatie van de zware apparatuur moet gezien worden als een eerste poging om de financiële gevolgen van de voortschrijdende technologie te beheersen. Doch een ander element mag evenmin uit het oog worden verloren, namelijk de zorg om de bescherming van de sociaal verzekerden waarvan in uw schrijven geen gewag werd gemaakt; deze bezorgdheid maakt de reden uit van de verbodsbepalingen de sanctie, opgenomen in artikel 1 en 2.

Dit sluit niet uit dat andere oplossingen kunnen uitgewerkt worden, vooral in het geheel van de hervormingen, opgenomen in het verslag-Petit, en de verdere voorstellen betreffende de ziekteverzekering die daaruit moeten volgen.

Indien de Nationale Raad meent in dit kader andere nuttige voorstellen te kunnen doen, ben ik graag bereid deze aandachtig te onderzoeken.

Met de meeste hoogachting.

L. DHOORE.

ANNEXE 3

Monsieur J. GERNIERS,
Président de l'Ordre des Médecins,
Conseil national
Place de Jamblinne de Meux, 32
1040 BRUXELLES.

Monsieur le Président,

Objet : *Projet de loi n° 243 en discussion au Sénat.*

J'ai bien reçu votre lettre du 7 avril.

Je tiens à vous signaler que le projet précité a été déposé sur le bureau de la Chambre au mois de septembre; je m'étonne, dès lors, de recevoir une réaction aussi tardive.

Je me permets également de vous signaler que je ne puis me rallier aux arguments invoqués dans votre lettre.

La programmation de l'appareillage médical lourd doit être considérée comme une première tentative visant à maîtriser les répercussions financières des progrès constants de la technologie. Mais un autre élément mérite toute notre attention, notamment le souci de protéger les intérêts des assurés sociaux — ledit élément n'est pas invoqué dans votre lettre; or, il fait l'objet des mesures d'interdiction et de la sanction mentionnées aux articles 1^{er} et 2.

Ceci n'exclut nullement la mise au point d'autres solutions, particulièrement dans le contexte de l'ensemble des réformes reprises dans le rapport Petit et des propositions concernant l'assurance maladie qui découleront dudit rapport.

Je suis tout à fait disposé à examiner avec la plus grande attention toutes les propositions utiles que le Conseil supérieur formulera éventuellement en cette matière.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma haute considération.

L. DHOORE.