

BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

23 november 2001

**WETSONTWERP**  
houdende maatregelen inzake  
gezondheidszorg

**WETSVOORSTEL**

tot wijziging van artikel 50*bis* van de op 14  
juli 1994 gecoördineerde wet betreffende de  
verplichte verzekering voor geneeskundige  
verzorging en uitkeringen

**WETSVOORSTEL**

tot uitlegging van artikel 140 van de wet  
op de ziekenhuizen, gecoördineerd bij het  
koninklijk besluit van 7 augustus 1987

**WETSVOORSTEL**

tot wijziging van de ziekenhuiswet, met het  
oog op de bevordering van een eenvormig  
statuut voor ziekenhuizen

VERSLAG

NAMENS DE VERENIGDE COMMISSIES VOOR DE  
SOCIALE ZAKEN ET DE VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING  
UITGEBRACHT DOOR  
DE DAMES **Greta D'HONDT** EN **Michèle GILKINET**

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS  
DE BELGIQUE

23 novembre 2001

**PROJET DE LOI**  
portant des mesures en matière  
de soins de santé

**PROPOSITION DE LOI**

modifiant l'article 50*bis* de la loi relative à  
l'assurance obligatoire soins de santé et  
indemnités, coordonnée du 14 juillet 1994

**PROPOSITION DE LOI**

interprétative de l'article 140 de la loi sur  
les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal  
du 7 août 1987

**PROPOSITION DE LOI**

modifiant la loi sur les hôpitaux en vue  
de l'élaboration d'un statut unique  
pour les hôpitaux

RAPPORT

FAIT AU NOM DES COMMISSIONS RÉUNIES  
DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE,  
DE L'ENVIRONNEMENT ET DU RENOUVEAU  
DE LA SOCIÉTÉ  
PAR  
MMES **Greta D'HONDT** ET **Michèle GILKINET**

**Samenstelling van de commissie voor de sociale zaken op datum van indiening van het verslag/  
Composition de la commission pour les affaires sociales à la date du dépôt du rapport :**

Voorzitter / Président : Joos Wauters

**A. — Vaste leden / Titulaires**

VLD	Filip Anthuenis, Maggie De Block, Jef Valkeniers.
CD&V	Greta D'Hondt, Luc Goutry, Trees Pieters.
Agalev-Ecolo	Paul Timmermans, Joos Wauters.
PS	Jean-Marc Délizée, Bruno Van Grootenbrulle.
PRL FDF MCC	Daniel Bacquelaine, Pierrette Cahay-André.
Vlaams Blok	Koen Bultinck, Guy D'haeseleer.
SPA	Hans Bonte.
PSC	Raymond Langendries.
VU&ID	Annemie Van de Casteele.

**B. — Plaatsvervangers / Suppléants**

Pierre Chevalier, Jacques Germeaux, Pierre Lano, Georges Lenssen.
Jos Ansoms, Joke Schauvliege, Jo Vandeurzen, Servais Verherstraeten.
Marie-Thérèse Coenen, Anne-Mie Descheemaeker, Zoé Genot.
Colette Burgeon, Jean Depreter, Yvan Mayeur.
Olivier Chastel, Corinne De Permentier, Serge Van Overtveldt.
Gerolf Annemans, Alexandra Colen, Hagen Goyvaerts.
Magda De Meyer, Jan Peeters.
Luc Paque, Jean-Jacques Viseur.
Danny Pieters, Els Van Weert.

**Samenstelling van de commissie voor de volksgezondheid op datum van indiening van het verslag/  
Composition de la commission pour la Santé publique à la date du dépôt du rapport :**

Voorzitter / Président : Yolande Avontroodt

**A. — Vaste leden / Membres titulaires**

VLD	Yolande Avontroodt, Jacques Germeaux, Hugo Philtjens.
CD&V	Hubert Brouns, Luc Goutry, José Vande Walle.
Agalev-Ecolo	Anne-Mie Descheemaeker, Michèle Gilkinet.
PS	Colette Burgeon, Yvan Mayeur.
PRL FDF MCC	Robert Hondermarcq, Philippe Seghin.
Vlaams Blok	Koen Bultinck, Guy D'haeseleer.
SPA	Magda De Meyer.
PSC	Luc Paque.
VU-ID	Els Van Weert.

**B. — Plaatsvervangers / Membres suppléants**

Filip Anthuenis, Maggie De Block, Jef Valkeniers, Arnold Van Aperen.
Simonne Creyf, Greta D'Hondt, Dirk Pieters, Jo Vandeurzen.
Martine Dardenne, Simonne Leen, Joos Wauters.
Jean-Marc Délizée, André Frédéric, N.
Daniel Baquelaine, Anne Barzin, Olivier Chastel.
Gerolf Annemans, Hagen Goyvaerts, John Spinnewyn.
Dalila Douifi, Jan Peeters.
Joseph Arens, Jean-Jacques Viseur.
Frieda Brepoels, Annemie Van de Casteele.

Voorgaande documenten :

**Doc 50 0407/ (1999/2000) :**

001 : Wetsvoorstel van de heer Bacquelaine en mevrouw Cahay-André.  
002 : Amendementen.

**Doc 50 0407/ (1999/2000) :**

001 : Wetsvoorstel van de heer Vandeurzen, mevrouw D'Hondt en de heer Brouns.

**Doc 50 0951/ (2000/2001) :**

001 : Wetsvoorstel van de heer Vandeurzen, mevrouw D'Hondt en de heer Viseur.

**Doc 50 1376/ (2000/2001) :**

001 : Wetsontwerp.  
002 tot 005: Amendementen.

**Zie ook :**

007 : Tekst aangenomen door de commissie.

Documents précédents :

**Doc 50 0407/ (1999/2000) :**

001 : Proposition de loi de M. Bacquelaine et Mme Cahay-André.  
002 : Amendements.

**Doc 50 0407/ (1999/2000) :**

001 : Proposition de loi de M. Vandeurzen, Mme D'Hondt et M. Brouns.

**Doc 50 0951/ (2000/2001) :**

001 : Proposition de loi de M. Vandeurzen, mevrouw D'Hondt en de heer Viseur.

**Doc 50 1376/ (2000/2001) :**

001 : Projet de loi.  
002 à 005 : Amendements.

**Voir aussi:**

007 : Texte adopté par la commission.

AGALEV-ECOLO	:	Anders gaan leven / Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales			
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams			
FN	:	Front National			
PRL FDF MCC	:	Parti Réformateur libéral - Front démocratique francophone-Mouvement des Citoyens pour le Changement			
PS	:	Parti socialiste			
PSC	:	Parti social-chrétien			
SPA	:	Socialistische Partij Anders			
VLAAMS BLOK	:	Vlaams Blok			
VLD	:	Vlaamse Liberalen en Democraten			
VU&ID	:	Volksunie&ID21			
<b>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</b>			<b>Abréviations dans la numérotation des publications :</b>		
DOC 50 0000/000 :		Parlementair document van de 50e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 50 0000/000 :		Document parlementaire de la 50e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA :		Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA :		Questions et Réponses écrites
CRIV :		Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (op wit papier, bevat ook de bijlagen)	CRIV :		Compte Rendu Intégral, avec à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (sur papier blanc, avec les annexes)
CRIV :		Voorlopige versie van het Integraal Verslag (op groen papier)	CRIV :		Version Provisoire du Compte Rendu intégral (sur papier vert)
CRABV :		Beknopt Verslag (op blauw papier)	CRABV :		Compte Rendu Analytique (sur papier bleu)
PLEN :		Plenum (witte kaft)	PLEN :		Séance plénière (couverture blanche)
COM :		Commissievergadering (beige kaft)	COM :		Réunion de commission (couverture beige)
<b>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</b>			<b>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</b>		
<b>Bestellingen :</b>			<b>Commandes :</b>		
Natieplein 2			Place de la Nation 2		
1008 Brussel			1008 Bruxelles		
Tel. : 02/ 549 81 60			Tél. : 02/ 549 81 60		
Fax : 02/549 82 74			Fax : 02/549 82 74		
www.deKamer.be			www.laChambre.be		
e-mail : alg.zaken@deKamer.be			e-mail : aff.generales@laChambre.be		

DAMES EN HEREN,

Uw verenigde commissies hebben dit wetsontwerp besproken tijdens hun vergaderingen van 4, 25 en 26 september, 9, 16 en 23 oktober en 6, 7, 13, 14 en 21 november 2001.

Op 25 en 26 september 2001 werden hoorzittingen gehouden. De teksten van de gehoorde deskundigen werden aan de leden bezorgd. De neerslag van de daaropvolgende bespreking alsmede de antwoorden van de ministers staan afgedrukt na het onderdeel «Algemene bespreking»..

Aan de bespreking van dit wetsontwerp waren aanvankelijk twee andere wetsvoorstellen toegevoegd, te weten het door de heer Yvan Mayeur c.s. ingediende wetsvoorstel tot wijziging van de ziekenhuiswet van 7 augustus 1987, teneinde de bijzondere kenmerken van de openbare ziekenhuizen te erkennen (DOC nr. 50 1202/001), alsmede het door de heer Jo Vandeurzen c.s. ingediende wetsvoorstel tot wijziging van de ziekenhuiswet, wat de inning van door gehospitaliseerde patiënten verschuldigde betalingen betreft (DOC nr. 50 1294/001).

Op verzoek van de indieners heeft de commissie beslist om die wetsvoorstellen niet aan deze bespreking toe te voegen.

**I. — INLEIDENDE UITEENZETTING VAN  
MEVROUW MAGDA AELVOET, MINISTER VAN  
CONSUMENTENZAKEN, VOLKSGEZONDHEID  
EN LEEFMILIEU**

**1. De gecoördineerde wet op de ziekenhuizen**

De voorliggende tekst omvat een globale hervorming van de gecoördineerde ziekenhuiswet. Voor de toelichting bij het nieuwe concept inzake ziekenhuisfinanciering en voor de nieuwe supplementenregeling verwijst de minister naar de minister van Sociale Zaken.

De ziekenhuiswet wordt vooreerst in diverse artikelen aangepast aan de huidige bevoegdheidsverdeling tussen de federale overheid en de gemeenschappen. Diverse bepalingen die nog dateren van vóór de Bijzondere Wet van 8 augustus 1980 betreffende de hervorming van de instellingen, worden geactualiseerd zonder dat enige wijziging wordt aangebracht aan hun draagwijdte. Bovendien worden een aantal nieuwe definities ingevoegd en worden er een aantal bestaande definities gewijzigd. Een aantal bepalingen inzake de programmatie

MESDAMES, MESSIEURS,

Vos commissions réunies ont examiné le présent projet de loi au cours de leurs réunions des 4, 25 et 26 septembre, 9, 16 et 23 octobre, 6, 7, 13, 14 et 21 novembre 2001.

Des auditions ont eu lieu les 25 et 26 septembre 2001. Les textes des experts qui ont été entendus ont été distribués aux membres. Le compte rendu de la discussion qui a suivi ainsi que les réponses des ministres sont repris après la discussion générale.

Initialement, la proposition de loi (DOC 50 1202/001) de M. Yvan Mayeur cs modifiant la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en vue de la reconnaissance des spécificités des hôpitaux publics et la proposition de loi n°1294 de M. Jo Vandeurzen cs modifiant la loi sur les hôpitaux, en ce qui concerne la perception des montants dus par les patients hospitalisés, étaient jointes à la discussion du présent projet de loi. A la demande des auteurs, la commission a décidé de les disjoindre.

A la demande des auteurs, la commission a décidé de ne pas joindre ces propositions de loi à la présente discussion.

**I.— EXPOSE INTRODUCTIF DE MME MAGDA  
AELVOET, MINISTRE DE LA PROTECTION  
DE LA CONSOMMATION, DE LA SANTÉ  
PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT**

**1. La loi coordonnée sur les hôpitaux**

Le présent texte porte sur une réforme globale de la loi coordonnée sur les hôpitaux. Pour le commentaire sur le nouveau concept relatif au financement des hôpitaux et pour la nouvelle réglementation sur les suppléments, je renvoie à mon collègue Frank Vandebroucke, ministre des Affaires sociales et des Pensions.

La loi sur les hôpitaux a, pour la première fois, été adaptée à l'actuelle répartition des compétences entre les autorités fédérales et les communautés. Diverses dispositions datant encore de la loi spéciale du 8 août 1980 sur la réforme des institutions ont été revues sans que rien n'ait été changé quant à leur portée. En outre, quelques définitions nouvelles ont été introduites tandis qu'un certain nombre de définitions existantes ont été modifiées. Certaines dispositions relatives à la program-

van bedden en medisch-technische diensten gewijzigd en verfijnd. Tot slot worden er een aantal juridisch-technische wijzigingen aangebracht.

#### **Artikel 49 GZW — artikel 2 van de wet op de ziekenhuizen**

In de definitie van het ziekenhuis wordt de notie ziekenhuispatiënt ingevoegd. Tot op heden komt het begrip ziekenhuispatiënt nergens in de wet op de ziekenhuizen voor, hoewel hij toch de persoon is rond wie het ganse ziekenhuisgebeuren geacht wordt te draaien.

#### **Artikel 50 GZW – artikel 4 wet op de ziekenhuizen**

Bovendien wordt de definitie van universitair ziekenhuis geactualiseerd. Totnogtoe was een praktijk gegroeid waarbij naast de universitaire ziekenhuizen ook bedden in niet-universitaire ziekenhuizen werden aangewezen zonder dat op het niveau van de ziekenhuiswet zelf dit onderscheid was ingebouwd. Met het voorliggend ontwerp van wet wordt duidelijk de mogelijkheid geboden om naast de universitaire ziekenhuizen ook universitaire functies of programma's in niet-universitaire ziekenhuizen aan te wijzen. Ook de criteria om als universitair te worden aangewezen worden aangepast. Met name worden naast wetenschappelijk onderzoek, patiëntenzorg en klinisch onderricht, nu ook de ontwikkeling van nieuwe technologieën en de evaluatie van de medische activiteiten als criteria voor de aanwijzing in de wet opgenomen. Er kan slechts één universitair ziekenhuis per universiteit met een faculteit geneeskunde met volledig leerplan worden aangewezen, wat het aantal universitaire ziekenhuizen op maximum 7 brengt.

#### **Artikel 52 GZW – artikel 8 wet op de ziekenhuizen**

Bij de definities wordt de definitie van zorgkundige ingevoegd en wordt deze van verzorgend personeel gewijzigd. Voor de zorgkundige wordt verwezen naar de bepalingen in het KB nr. 78. Daar waar zorgkundigen ook verpleegkundige handelingen kunnen stellen onder het toezicht van een verpleegkundige, staat het verzorgend personeel de verpleegkundige bij zonder dat ze evenwel, ook niet onder het toezicht van een verpleegkundige, verpleegkundige handelingen mogen stellen. Deze laatsten mogen patiënten begeleiden naar onderzoeken, instaan voor de registratie van voeding, maaltijden aanbrenge, bedden opmaken enz... Het is het hoofd van het verpleegkundig departement dat de dagelijks leiding heeft over de zorgkundigen en het verzorgend personeel van de gehele inrichting.

mation des lits et des services médico-techniques ont été modifiées et des précisions y ont été apportées. Enfin, un certain nombre d'amendements juridico-techniques ont été introduits.

#### **Article 49 LSS - article 2 de la loi sur les hôpitaux**

La notion de «patient d'hôpital» a été introduite dans la définition de l'hôpital. A ce jour, le concept de «patient d'hôpital» ne revient nulle part dans la loi sur les hôpitaux bien que ce soit la personne autour de laquelle tourne toute la vie de l'hôpital.

#### **Article 50 LSS - article 4 de la loi sur les hôpitaux**

Par ailleurs, la définition de l'hôpital universitaire a été revue. A ce jour, il s'était développé une pratique où des lits étaient désignés non seulement dans des hôpitaux universitaires mais également dans des hôpitaux non-universitaires sans même que cette distinction n'apparaisse dans la loi sur les hôpitaux. L'actuel projet de loi offre clairement la possibilité de désigner en plus des hôpitaux universitaires, des fonctions ou des programmes universitaires dans des hôpitaux non universitaires. Les critères pour pouvoir être qualifié d'universitaire ont également été adaptés. Outre la recherche scientifique, les soins aux patients et l'enseignement clinique, le développement de nouvelles technologies et l'évaluation d'activités médicales ont également été repris dans la loi comme critères de désignation. On ne peut désigner qu'un hôpital universitaire par université comportant une faculté de médecine avec un programme d'études complet, ce qui porte à 7 le nombre maximum d'hôpitaux universitaires.

#### **Article 52 LSS - article 8 de la loi sur les hôpitaux**

Dans les définitions, on a introduit celle de l'aide-soignant(e) et modifié celle de personnel soignant. Pour l'aide-soignant, on renvoie aux dispositions de l'A.R. 78. Là où les aides-soignant(e)s sont également autorisés à poser des actes infirmiers sous le contrôle d'un(e) infirmier/-ière, le personnel soignant assiste les infirmiers/-ières sans qu'il soit autorisé à poser des actes infirmiers et cela, même sous la surveillance d'un(e) infirmier/-ière. Ces derniers peuvent accompagner les patients qui doivent subir des examens médicaux, enregistrer les menus, apporter les repas, faire les lits, etc. C'est le responsable du département infirmier qui dirige au quotidien les aides-soignant(e)s et le personnel soignant de toute l'institution.

### **Artikel 53 GZW – artikel 9ter wet op de ziekenhuizen**

Er wordt een nieuwe wettelijke basis voorzien voor het instellen van een regeling voor netwerken van zorgvoorzieningen en zorgcircuits, waarbij er, rekening houdend met het arrest van het Arbitragehof van 31 oktober 2000, een beperking ingeschreven wordt tot instellingen en diensten waarvoor de federale overheid bevoegd is tot het instellen van een regeling.

### **Artikel 54 GZW – artikel 9sexies wet op de ziekenhuizen**

Het ontwerp voorziet de juridische basis om te kunnen overgaan tot de bepaling van karakteristieken waaraan erkende diensten, functies, afdelingen, zorgprogramma's, medische en medisch-technische diensten moeten beantwoorden om als referentiecentrum te kunnen aangewezen worden. Met name is het de bedoeling hoog gespecialiseerde centra, met internationale faam (vb Aalst) het label van referentiecentrum te kunnen geven. Deze centra zijn niet voorbehouden aan universitaire ziekenhuizen, functies of programma's, maar kunnen ook daarbuiten worden aangewezen.

### **Artikel 55 GZW – artikel 10 wet op de ziekenhuizen**

De bepaling dat ieder ziekenhuis een eigen beheer heeft, wordt uitgebreid met de bepaling dat elk ziekenhuis wordt uitgebaat door een rechtspersoon die uitsluitend de uitbating van één of meerdere ziekenhuizen of gezondheidsvoorzieningen als statutair doel heeft. Deze gezondheidsvoorzieningen kunnen door de Koning bij een in Ministerraad overlegd besluit worden omschreven. Bovendien zal de Koning, bij een koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad ook afwijkingen bepalen, die uiteraard zullen gelden ten aanzien van welomschreven categorieën of groepen van ziekenhuizen en niet ten aanzien van individuele ziekenhuizen als dusdanig.

### **Artikel 59 GZW – artikel 32 wet op de ziekenhuizen**

Bij arrest van de Raad van State dd. 79.190 van 10 maart 1999 werd geoordeeld dat de Koning op basis van het huidige artikel 32 van de gecoördineerde ziekenhuiswet niet als dusdanig de bevoegdheid heeft om bij algemene maatregel te bepalen dat het aantal erkende en in gebruik genomen bedden per soort van dienst en per ziekenhuis, niet mag worden verhoogd; er werd geoordeeld dat Hij slechts deze bevoegdheid heeft

### **Article 53 LSS - article 9ter de la loi sur les hôpitaux**

Une nouvelle base légale est prévue pour la mise en oeuvre d'une nouvelle réglementation sur les réseaux d'établissements de soins et les circuits de soins. Tenant compte de l'arrêt de la Cour d'arbitrage du 31 octobre 2000, celle-ci se limite aux institutions et services pour lesquels les autorités fédérales sont compétentes pour élaborer une réglementation.

### **Article 54 LSS - article 9sexies de la loi sur les hôpitaux**

Le projet prévoit la base juridique permettant de procéder à la définition des caractéristiques que doivent présenter les services, fonctions, sections, programmes de soins, services médico-techniques agréés pour pouvoir être considérés comme centre de référence. Le but est de pouvoir qualifier de 'centre de référence', des centres hautement spécialisés et de renommée internationale (p.ex. celui d'Alost). Cette dénomination n'est pas réservée aux hôpitaux, fonctions ou programmes universitaires; d'autres en dehors de ceux-ci peuvent également être désignés comme tels.

### **Article 55 LSS - article 10 de la loi sur les hôpitaux**

La disposition selon laquelle chaque hôpital dispose de sa propre gestion, est étendue par la disposition qui stipule que chaque hôpital est exploité par une personne morale dont l'objet social consiste uniquement à exploiter un ou plusieurs hôpitaux ou établissements de soins de santé. Ces établissements de soins de santé peuvent être décrits par le Roi dans un arrêté délibéré en Conseil des ministres. De plus, le Roi fixera également dans un arrêté délibéré en Conseil des ministres, des dérogations qui s'appliqueront bien entendu à certaines catégories bien définies ou à des groupes d'hôpitaux et non à des hôpitaux individuels comme c'est actuellement le cas.

### **Article 59 LSS - article 32 de la loi sur les hôpitaux**

Dans son arrêt 79.190 du 10 mars 1999, le Conseil d'État a estimé que, si l'on se fonde sur l'actuel article 32 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, le Roi ne dispose pas de la compétence pour décréter à l'aide d'une règle générale que le nombre de lits agréés et en service par type de service et par hôpital ne peut être augmenté; il a estimé qu'il dispose de cette compétence uniquement pour des services spécifiques désignés par



voor specifieke, door Hem aangeduide diensten, en voor zover is vastgesteld dat ter zake de behoeften gedekt zijn. Het artikel 32 werd dan ook volledig herschreven in die zin dat de Koning:

- Per soort van dienst, regels kan bepalen met betrekking tot het aantal gedesaffekteerde bedden dat in aanmerking komt om het aantal bedden in een ander soort van dienst of in een ander ziekenhuis te verhogen; (bv de desaffectatie van x bedden pediatrie komt in aanmerking om y bedden kinderpsychiatrie te openen, uitsluitend in hetzelfde ziekenhuis of in hetzelfde of een ander ziekenhuis).

- Regels bepalen inzake het aantal bijkomende bedden dat voor bepaalde soorten van diensten, erkend en in gebruik genomen kan worden (bv het aantal bedden pediatrie mag niet verhoogd worden, ook niet via reconversie van gelijksoortige of andersoortige bedden)

Dit impliceert dat de Koning kan bepalen dat in een bepaald type van diensten in elk ziekenhuis het aantal bedden aan een maximum wordt onderworpen of bevroren en dit zonder dat hiervoor een – langdurige – behoeftestudie noodzakelijk is.

#### **Artikelen 61 en 63 GZW – artikelen 40 en 41 wet op de ziekenhuizen**

Wat de wetgeving op de zware medische apparatuur betreft dient vastgesteld dat deze op dit ogenblik niet sluitend is.

Het verbod tot installatie van zware medische apparatuur waarvoor niet de voorafgaande toelating is verleend, wordt uitgebreid tot de uitbating (van eventueel reeds geïnstalleerde toestellen).

Met het oog op het voorzien van een geactualiseerde en sluitende regeling, wordt bepaald dat de Koning, met betrekking tot de zware medische apparaten, enerzijds nadere regelen kan bepalen inzake het aantal dat in gebruik mag worden genomen en worden uitgebaat en anderzijds programmatiecriteria kan bepalen. Vanaf de door de Koning te bepalen datum wordt het verboden zware medische apparatuur in gebruik te nemen en uit te baten, voor zover deze niet past in het kader van de programmatie of deze het maximum aantal toestellen overschrijdt. De programmatiecriteria houden, naar analogie van wat in artikel 23 van de gecoördineerde wet is voorzien, rekening met onder meer de algemene en speciale behoeften van de bevolking voor welke verzorging moet worden geboden.

Lui et dans la mesure où il est établi que les besoins en la matière sont couverts. L'article 32 a ainsi été entièrement réécrit de telle sorte que le Roi peut :

- définir, par type de service, des règles concernant le nombre de lits désaffectés dont on tient compte pour augmenter le nombre de lits dans un autre type de service ou dans un autre hôpital; (prise en compte, par exemple, de la désaffectation de x lits en pédiatrie pour ouvrir y lits en psychiatrie infantile et cela, exclusivement dans le même hôpital ou dans le même ou dans un autre hôpital).

- fixer des règles pour le nombre de lits supplémentaires qui peuvent être agréés et mis en service pour certains types de services (le nombre de lits en pédiatrie ne peut, par exemple, être augmenté pas même par la reconversion de lits de même type ou d'un autre type)

Cela signifie que le Roi peut décider que dans chaque hôpital, dans un certain type de services, il y a un nombre maximum de lits ou que celui-ci est gelé, sans que l'on doive pour cela procéder à une - longue - étude de besoins.

#### **Articles 61 et 63 LSS - articles 40 et 41 de la loi sur les hôpitaux**

En ce qui concerne la législation sur l'appareillage médical lourd, force est de constater que celle-ci n'est, pour l'instant, pas incontournable.

L'interdiction d'installer de l'appareillage médical lourd pour lequel aucune autorisation préalable n'a été obtenue s'étend à l'exploitation (d'appareils éventuellement déjà installés).

En vue de disposer d'une réglementation actualisée et incontournable, il est stipulé qu'en matière d'appareils médicaux lourds, le Roi peut, d'une part, fixer des règles plus précises sur le nombre d'appareils pouvant être mis en service et exploités et d'autre part, les critères de programmation. A partir d'une date à fixer par le Roi, il sera interdit d'utiliser et d'exploiter de l'appareillage médical lourd dans la mesure où celui-ci ne rentre pas dans le cadre de la programmation ou dépasse le nombre maximum d'appareils autorisés. Il faut, par analogie avec ce qui est prévu à l'article 23 de la loi coordonnée, maintenir les critères de programmation en tenant compte, entre autres, des besoins généraux et particuliers de la population à laquelle des soins doivent être offerts.

### **Artikel 65 GZW – artikel 44ter wet op de ziekenhuizen**

Wat de medische en medisch-technische diensten betreft wordt aan de Koning wordt de bevoegdheid verleend om, naast het vaststellen van nadere regelen inzake het maximum aantal diensten dat uitgebaat mag worden, ook programmatiecriteria met betrekking tot de medisch-technische diensten vast te stellen.

### **Artikel 66 GZW – artikel 46 wet op de ziekenhuizen**

De regeling inzake schadeloosstelling wordt uitgebreid tot het geval waar bestaande zware medische apparatuur niet in gebruik mag worden genomen of het gebruik hiervan wordt stopgezet ingevolge maatregelen genomen door de federale overheid in uitvoering van de ziekenhuiswet.

### **Artikel 68 GZW – artikel 47 wet op de ziekenhuizen**

Anderzijds wordt in de wet een bepaling ingevoegd die stelt dat geen schadeloosstelling kan worden toegekend voor de kosten die gepaard gaan met een de sluiting of het niet in gebruik nemen van een ziekenhuis of een ziekenhuisdienst of het niet in gebruik nemen of stopzetten van het gebruik van zware medische apparatuur, in het geval de vereiste erkenning of toelating niet was verleend bij de oprichting, opstelling of uitbating.

### **Artikel 70 GZW – artikel 69 wet op de ziekenhuizen**

Op heden voorziet de ziekenhuiswet dat bijzondere normen kunnen worden vastgesteld voor de universitaire ziekenhuizen en hun diensten, voor de diensten die voldoen aan eisen van speciale bekwaamheid in de niet-universitaire ziekenhuizen, voor groeperingen, fusies en associaties van ziekenhuizen. De voorgestelde wijziging voorziet de mogelijkheid tot omschrijving van het begrip « vestigingsplaats » van een ziekenhuis, en het vaststellen hiervoor van bijzondere normen. Thans is reeds bij koninklijk besluit bepaald welke diensten, medisch-technische diensten, afdelingen, functies, zorgprogramma's al of niet op meerdere vestigingsplaatsen van een zelfde fusie -ziekenhuis of associatie mogen worden uitgebaat; de voorgestelde wijziging beoogt een wettelijke basis voor het vaststellen van voorwaarden waaraan een vestigingsplaats moet voldoen, evenals voor het instellen van een regeling voor de ziekenhuizen die functioneren met meerdere vestigingsplaatsen, welke echter niet tot stand zijn gekomen in het kader van een fusie.

### **Article 65 LSS - article 44ter de la loi sur les hôpitaux**

Outre la définition de règles plus précises quant au nombre maximum de services qui peuvent être exploités, le Roi se voit reconnaître, pour les services médicaux et médico-techniques, le droit de fixer également les critères de programmation.

### **Article 66 LSS - article 46 de la loi sur les hôpitaux**

La réglementation relative aux dommages et intérêts s'étend à l'hypothèse où l'on ne peut plus utiliser l'actuel appareillage médical lourd ou dont on a dû cesser l'utilisation à la suite de mesures adoptées par les autorités fédérales en application de la loi sur les hôpitaux.

### **Article 68 LSS - article 47 de la loi sur les hôpitaux**

On a, par ailleurs, introduit dans la loi une disposition stipulant qu'aucun dédommagement ne serait octroyé pour les frais liés à la fermeture ou au fait qu'un hôpital ou un service d'hôpital n'entre pas en service ou encore, à ceux résultant du fait que l'on n'utilise pas ou que l'on cesse d'utiliser de l'appareillage médical lourd et ce, dans l'hypothèse où l'agrément ou l'autorisation exigé(e) n'a pas été octroyé lors de la création, du placement ou de l'exploitation.

### **Article 70 - article 69 de la loi sur les hôpitaux**

A ce jour, la loi sur les hôpitaux prévoit que des normes particulières peuvent être fixées pour les hôpitaux universitaires et leurs services, pour les services qui répondent à des exigences de qualification particulière dans les hôpitaux non universitaires, pour les groupements, fusions et associations d'hôpitaux. L'amendement proposé prévoit la possibilité de décrire la notion de « site » d'un hôpital et de définir à cet effet des normes particulières. Actuellement, un arrêté royal définit déjà quels services, services médico-techniques, sections, fonctions, programmes de soins peuvent être exploités sur plusieurs sites ou non issus de la fusion d'un même hôpital ou d'une association d'hôpitaux. L'amendement proposé vise à fournir une base légale permettant de définir les conditions auxquelles doit satisfaire un site et d'établir une réglementation pour les hôpitaux qui fonctionnent sur plusieurs sites, lesquels ne sont pas parvenus à une fusion.



### **Artikel 76 GZW – artikel 75bis wet op de ziekenhuizen**

De huidige bepaling inzake de mededeling aan de verzekeringsinstellingen van de datum van sluiting van een ziekenhuis of een ziekenhuisdienst, wordt ingevoegd in een artikel dat de mededeling van zowel de erkenning, de intrekking van een erkenning of de sluiting betreft; deze mededeling geschiedt aan het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering door de federale minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, ingevolge de kennisgeving van de beslissingen van de overheden die bevoegd zijn voor persoonsgebonden materies.

Bovendien wordt de regeling inzake kennisgeving aan het Rijksinstituut, uitgebreid tot de toelating tot installatie en uitbating van de zware medische apparatuur, evenals de intrekking van deze toelating.

### **Artikel 70 LSS - artikel 69 wet op de ziekenhuizen**

Nu al bepaalt een koninklijk besluit welke diensten medisch-technische diensten, departementen en zorgprogramma's mogen worden geëxploiteerd op een of meerdere vestigingsplaatsen van een zelfde gefuseerd ziekenhuis of van een vereniging van ziekenhuizen.

### **Artikel 109 GZW – artikel 140 wet op de ziekenhuizen**

Tot slot wordt er in de ziekenhuiswet een bepaling ingeschreven die duidelijk stelt dat de overeenstemming tussen de medische raad en de beheerder met betrekking tot enerzijds de vaststelling van de tarieven voor de inhoudingen met het oog op de dekking van kosten van het ziekenhuis die veroorzaakt worden door medische prestaties en die niet door het budget worden vergoed, en anderzijds de vaststelling van de aanwending van deze inhoudingen (in casu voor maatregelen die om de medische activiteit in het ziekenhuis in stand te houden of te verbeteren), primeert op elk andersluidend beding in individuele overeenkomsten en benoemingsakten.

Niettegenstaande dit destijds de bedoeling was van de wetgever, wordt deze interpretatie door een bepaalde rechtsleer en op het terrein betwist. De wijziging beoogt dergelijke betwistingen naar de toekomst toe te vermijden.

### **Article 76 LSS - article 75bis de la loi sur les hôpitaux**

L'actuelle disposition relative à la communication aux organismes assureurs de la date de fermeture d'un hôpital ou d'un service hospitalier est insérée dans un article concernant la communication à la fois de l'agrément, du retrait d'un agrément ou de la fermeture. Cette communication sera faite à l'INAMI par le ministre fédéral compétent en matière de Santé publique, à la suite de la publication des décisions prises par les autorités compétentes pour les matières personnalisables.

De plus, la réglementation relative à l'information de l'Institut National s'étend à l'autorisation d'installer et d'exploiter de l'appareillage médical lourd de même que le retrait de cette autorisation.

### **Article 70 LSS - article 69 loi sur les hôpitaux**

A l'heure actuelle, un arrêté royal définit déjà quels services, services médico-techniques, départements, programmes de soins peuvent être exploités sur un ou plusieurs sites d'un même hôpital fusionné ou d'une association d'hôpitaux;

### **Article 109 LSS - article 140 loi sur les hôpitaux**

Enfin, une disposition est introduite dans la loi sur les hôpitaux où il est stipulé clairement que l'accord entre le conseil médical et l'administrateur pour ce qui concerne, d'une part, la fixation des montants des retenues destinées à couvrir les frais d'hôpital engendrés par des prestations médicales et non remboursés dans le cadre du budget et, d'autre part, l'utilisation de ces retenues (le cas échéant, pour des mesures visant à préserver ou développer l'activité médicale), prime sur toute stipulation contraire contenue dans des contrats individuels ou des actes de nomination. Bien que cela ait été l'intention du législateur à l'époque, cette interprétation est contestée par une certaine doctrine et sur le terrain. Cet amendement vise à éviter ce genre de contestations à l'avenir.

Les dispositions relatives au nouveau système de financement des hôpitaux et aux réglementations sur les suppléments seront précisées par le ministre des Affaires sociales.

## 2. De wet op de dringende medische hulpverlening

Het ontwerp van wet heeft als doel van de wet op de dringende geneeskundige hulpverlening te actualiseren

De actualisatie slaat op 3 luiken:

Een eerste luik slaat op het invoeren van erkennings- en programmatiecriteria.

Een tweede luik bevestigt de bevoegdheden van de rijksgezondheidsinspecteurs.

Het derde luik slaat op de invoering van twee categorieën strafrechtelijk sanctioneerbare inbreuken.

### Artikelen 113, 114 en 115 GZW

Zoals reeds gezegd slaat het eerste luik van de hervorming betreft de bevoegdheid die aan de Koning wordt gegeven om erkenningsnormen en programmatiecriteria voor de ambulancediensten in te stellen.

Aldus worden de ambulancediensten onderworpen aan erkenningsnormen. De diensten kunnen alleen worden erkend indien zij voldoen aan deze normen en passen in de programmatie.

De Koning stelt, bij een koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, programmatiecriteria in met betrekking tot het aantal ambulancediensten. De programmatiecriteria en erkenningsnormen kunnen ook betrekking hebben op het aantal voertuigen waarvan deze diensten gebruik maken.

Indien er meer diensten aan de erkenningsnormen voldoen dan er voorzien worden in de programmatie dan kan de Koning, bij een koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, een rangregeling instellen en de prioriteitscriteria bepalen

Mogelijke criteria zijn bij voorbeeld het feit dat de uitbater van de ambulancedienst tot een specifieke, te bepalen categorie behoort (bij voorbeeld een brandweerdienst of een ziekenhuis), dat de ambulancedienst wordt uitgbaat door een ziekenhuis, dat de vertrekplaats zich op de campus van een ziekenhuis bevindt of dat de ambulancedienst vóór de datum van de bekendmaking reeds was opgenomen in de dringende geneeskundige hulpverlening.

De erkenningen worden dus door de minister verleend.

## 2. La loi sur l'aide médicale urgente

Le projet de loi vise à actualiser la loi sur les secours médicaux d'urgence.

Cette actualisation comporte trois volets:

Le premier volet concerne l'introduction de critères d'agrément et de programmation.

Un second volet confirme les compétences des inspecteurs d'hygiène fédéraux.

Le troisième volet porte sur l'instauration de deux catégories d'infractions répréhensibles sur le plan pénal.

### Articles 113, 114 et 115 LSS

Comme cela a déjà été mentionné, le premier volet de la réforme concerne la compétence conférée au Roi d'instaurer des normes d'agrément et de critères de programmation pour les services d'ambulance.

Les services d'ambulance seront dès lors soumis à des normes d'agrément. Ces services ne pourront se voir délivrer d'agrément que s'ils satisfont à ces normes et sont inscrits dans la programmation.

Le Roi instaure, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, des critères de programmation relatifs au nombre de services d'ambulance. Les critères de programmation et les normes d'agrément peuvent également porter sur le nombre de véhicules dont disposent ces services.

S'il s'avère que le nombre de services satisfaisant aux normes d'agrément dépasse ce qui a été prévu dans la programmation, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, établir un classement et définir les critères prioritaires.

Parmi ces critères peuvent figurer, par exemple, le fait que l'exploitant du service d'ambulance appartienne à une catégorie particulière à définir (par exemple, un service incendie ou un hôpital), que le service d'ambulance est exploité par un hôpital, que le lieu de départ se trouve sur le site d'un hôpital ou que le service d'ambulance était déjà assimilé à l'aide médicale urgente avant la date de communication.

Les agréments seront donc délivrés par le ministre.

De minister kan de erkenning intrekken indien de bepalingen van de wet op de dringende geneeskundige hulpverlening, of de erkenningsnormen niet worden nageleefd. De minister kan ook een erkenning voor een beperkte periode verlenen om de diensten toe te laten te voldoen aan de erkenningsnormen.

Met ingang van een door de Koning te bepalen datum, zal geen beroep meer mogen worden gedaan op een niet-erkende dienst. Op die dag zullen ook de concessieovereenkomsten met ambulancediensten en de overeenkomsten tussen de Staat en privé-personen, van rechtswege worden opgeheven.

Hierdoor vervalt de huidige regeling, bestaande uit door de overheid georganiseerde of geconcessioneerde diensten en privé-personen die op basis van een overeenkomst hun medewerking aan de dringende geneeskundige hulpverlening verlenen

Door deze regeling te vervangen door een regime van geprogrammeerde en erkende diensten zijn er minder kansen op betwistingen en wordt de grootst mogelijke waarborg tot transparantie en objectiviteit geboden.

Inderdaad uit de programmering kan men op objectieve wijze een behoefte vaststellen en door toetsing van de dienst op basis van erkenningcriteria kan worden nagegaan of een dienst aan de noodzakelijke kwaliteitsvereisten beantwoordt.

### Artikel 116 GZW

Terwijl de rijksgezondheidsinspecteurs op het terrein een daadwerkelijke toezichthoudende en vaststellingen stellende taak uitvoeren is dit geheel tot op heden geregeld met een omzendbrief van 8 oktober 1998. Nu krijgen zij bij wet deze taken met betrekking tot het toezicht op de naleving van de wetgeving opgelegd.

Zij kunnen eventuele inbreuken vaststellen. De vaststellingen geschieden bij processen-verbaal die bewijskracht hebben tot bewijs van het tegendeel.

Ook hun recht op toegang tot de ziekenhuizen, mobiele urgentiegroepen, oproepcentra, opleidings- en vervolmakingscentra voor hulpverleners-ambulanciers, wordt wettelijk geregeld. Binnen de uitoefening van hun bevoegdheid geldt dit ook op het verkrijgen van de nodige inlichtingen en de toegang tot de informatiesystemen.

Le ministre peut retirer l'agrément lorsque les dispositions de la loi sur l'aide médicale urgente ou les normes d'agrément ne sont pas respectés. Le ministre peut également délivrer un agrément pour une période limitée afin de permettre aux services de se conformer aux normes d'agrément.

A partir d'une date fixée par le Roi, plus aucun appel ne pourra être adressé à un service non agréé. A dater de jour, les contrats de concession conclus avec les services d'ambulance et les contrats entre l'État et les personnes privées seront annulés de plein droit.

Le système actuel, comprenant des services organisés ou concédés par les autorités ainsi que des personnes privées apportant leur collaboration à l'aide médicale urgente sur une base contractuelle, deviendra ainsi caduc.

Le remplacement de ce système par un régime de services programmés et agréés permet de réduire les possibilités de contestation et d'offrir un maximum de garanties quant à la transparence et à l'objectivité.

La programmation permet en effet de déterminer les besoins de manière objective et en évaluant le service grâce à des critères d'agrément, il est possible de vérifier si un service satisfait aux exigences essentielles en matière de qualité.

### Article 116 LSS

Bien que, sur le terrain, les inspecteurs d'hygiène fédéraux réalisent effectivement des tâches de contrôle et procèdent à des constatations, à ce jour tout cela est entièrement réglementé par la circulaire du 8 octobre 1998. Dorénavant, c'est en vertu de la loi qu'ils effectueront ces tâches relatives au contrôle du respect de la législation.

Ils pourront constater d'éventuelles infractions. Ces constatations seront rédigées dans un procès-verbal ayant force probante jusqu'à preuve du contraire.

De même, leur droit d'accès aux hôpitaux, groupes d'urgence mobiles, centres d'appel, centres de formation et de perfectionnement pour les secouristes-ambulanciers est régi par la loi. Dans le cadre de l'exercice de leur compétence, cela vaut également pour la collecte des informations nécessaires et l'accès aux systèmes d'information.

### Artikel 117 GZW

Tenslotte worden in het derde luik twee groepen strafrechtelijk sanctioneerbare inbreuken bijgevoegd bij de bestaande.

De eerste groep betreft de weigering om aan de gezondheidsinspecteurs de toegang te verlenen of de inlichtingen, de bescheiden of informatie te verstrekken waarop zij krachtens de bepalingen van de wet recht hebben.

De tweede groep betreft het gebruik van de uiterlijke kenmerken of prioritaire signalen die worden voorbehouden voor de voertuigen van de ambulancediensten en in een eventueel later stadium de mobiele urgentiegroepen.

Indien ambulance diensten niet erkend werden of indien 100- ambulances worden gebruikt buiten het kader van een oproep in uitvoering van de wet op de dringende geneeskundige hulpverlening dan kan er worden opgetreden. Hierdoor zal een einde komen aan toestanden waar mensen om louter commerciële redenen met prioritaire signalen transporten doen of zich toegang verschaffen tot plaatsen die aan de hulpverleningsdiensten worden voorbehouden.

### 3. Instituut voor Veterinaire Keuring (IVK)

Het financieringsbesluit van het IVK van 28 september 1999, werd in de programmawet van het voorjaar 2000 gewijzigd (wet van 12 augustus 2000). In die wijziging waren toen spijtig genoeg fouten geslopen (dit gebeurde bij de coördinatie van de teksten van de programmawet: de tekst van eht IVK werd niet integraal overgenomen). In dit voorontwerp worden de fouten rechtgezet, worden enkele taalkundige correcties aangebracht en een verduidelijking met betrekking tot de identificatie van de dieren.

Een ander element dat in dit ontwerp wordt opgenomen en dat geen verband houdt met de programmawet van augustus 2000, is de bevestiging van een aantal benoemingen, die gebeurden op basis van een KB (van 31 mei 1996) dat vernietigd werd door de Raad van State.

Tegen dit artikel 6 werd er door de Raad van State in haar advies een voorbehoud gemaakt. De Raad stelt dat, «willen de stellers van het ontwerp voorzien in een bekrachtiging van de KB's van 24 maart 1997, dan zal moeten bepaald worden dat die bekrachtiging geldt,

### Article 117 LSS

Enfin, dans le dernier volet, deux groupes d'infractions répréhensibles sur le plan pénal sont ajoutés à celles qui existent déjà.

Le premier groupe concerne le fait de refuser l'accès aux inspecteurs d'hygiène ou de leur transmettre des informations, des dossiers ou des informations auxquels ils ont droit en vertu des dispositions de la loi.

Le second groupe concerne l'utilisation des signes extérieurs ou signaux prioritaires réservés aux véhicules des services d'ambulance et, éventuellement à un stade ultérieur, aux groupes mobiles d'urgence.

Des mesures pourront être prises lorsque des services d'ambulance n'ont pas reçu l'agrément ou lorsque des ambulances «100» sont utilisées en dehors du cadre d'un appel en application de la loi sur l'aide médicale d'urgence. Cela permettra de mettre fin aux situations où des signaux prioritaires sont utilisés à des fins purement commerciales pour le transport ou l'accès à des endroits réservés aux services de secours.

### 3. IEV

L'arrêté relatif au financement de l'IEV du 28 septembre 1999 a été modifié dans la loi-programme du printemps 2000 (loi du 12 août 2000). Des erreurs se sont malheureusement glissées dans l'amendement (cela s'est produit lors de la coordination des textes de la loi-programme : le texte sur l'IEV n'a pas été repris dans son intégralité). Cet avant-projet rectifie ces erreurs, apporte des corrections linguistiques et un éclaircissement quant à l'identification des animaux.

La confirmation d'un certain nombre de nominations, décidées sur la base d'un AR (du 31 mai 1996) annulé par le Conseil d'État, est un autre élément qui figure dans ce projet et qui ne se rapporte pas à la loi-programme d'août 2000.

Une réserve a été formulée par le Conseil d'État au sujet de cet article 6. Le Conseil avance que «si les auteurs du projet entendent confirmer les arrêtés royaux du 24 mars 1997, ils devront préciser que cette confirmation s'applique sous réserve de la possibilité pour des

onder voorbehoud van de mogelijkheid voor derden om in rechte de wettigheid ervan te betwisten. Op die manier kan wel bereikt worden dat er voor de betrokken ambtenaren geen problemen rijzen met het Rekenhof, maar blijven derden het recht behouden om de vernietiging van die besluiten, of de vaststelling van de onwettigheid ervan, te vorderen. Wordt een dergelijk voorbehoud niet gemaakt, dan is de ontworpen regeling in strijd met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet».

In het ontwerp dat aan de Kamer voorgelegd wordt, wordt rekening gehouden met deze opmerking van de Raad van State.

Er werd een tweede paragraaf in artikel 6 opgenomen, waarin gestipuleerd staat dat «Deze bepaling is evenwel niet van toepassing op de personen waarvan de benoeming het voorwerp heeft uitgemaakt van een beroep tot vernietiging bij de Raad van State en die werd vernietigd».

## **II.— INLEIDENDE UITEENZETTING VAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN, DE HEER FRANK VANDENBROUCKE**

### **A. Voorstellen betreffende de hervorming en modernisering van de ziekenhuisfinanciering**

1. Een hervorming van de ziekenhuisfinanciering dient aan te sluiten bij de algemene uitgangspunten van het ziekenhuisbeleid vandaag zoals de patiëntgerichte organisatie van de ziekenhuissector; de integrale benadering van de behandeling, zowel binnen de instelling als in relatie tot de extramurale sector; een op wetenschappelijke evidentie gestoelde medische praktijkvoering; de stimulering van taakverdeling, complementariteit en samenwerking tussen de ziekenhuizen.

2. De nieuwe ziekenhuisfinanciering die in 1990/1991 werd ingesteld, had als belangrijkste oogmerk de budgetten van de ziekenhuizen niet langer vast te leggen op historische basis, maar aan de hand van vergelijkingen tussen ziekenhuizen en van criteria die een zo goed mogelijke weergave zijn van de financiële behoeften. De aanpassing van historisch budget naar doelbudget is dit jaar gebeurd.

3. De financiering van de ziekenhuizen wordt progressief verder hervormd: bedoeling hierbij is niet langer te steunen op het aantal bedden en andere structurele kenmerken, maar op de reële activiteiten; de parameters

tiers d'en contester la légalité en droit. Ceci permet en fait d'éviter aux agents concernés tout problème avec la Cour des Comptes, mais maintient aussi le droit de tiers de demander l'annulation de ces arrêtés ou la constatation de leur illégalité. Sans une telle réserve, la disposition en projet va à l'encontre des articles 10 et 11 de la Constitution.»

Dans le projet qui sera déposé à la Chambre, on tient compte de cette remarque du Conseil d'État.

Un second paragraphe a été ajouté à l'article 3, où il est stipulé que « Cette disposition ne s'applique pas non plus aux personnes dont la nomination a fait l'objet d'un recours en annulation auprès du Conseil d'État et qui a été annulée ».

## **II.— EXPOSE INTRODUCTIF DE M. FRANK VANDENBROUCKE, MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DES PENSIONS**

### **A. Propositions d'orientations en vue de la réforme et de la modernisation du financement hospitalier**

1. Une réforme du financement hospitalier doit être conforme aux principes généraux de base de la politique hospitalière actuelle, à savoir l'organisation du secteur hospitalier centrée sur le patient, l'intégration complète du traitement tant au sein de l'établissement qu'en rapport avec le secteur extra-hospitalier, une pratique médicale fondée sur des données scientifiques, la promotion d'accords en vue de la répartition des tâches, la complémentarité et la collaboration entre hôpitaux.

2. Le nouveau système de financement hospitalier instauré en 1990/1991 avait pour principal objectif de fixer les budgets des hôpitaux non plus sur une base historique mais en fonction de comparaisons entre hôpitaux et de critères reflétant le mieux possible les besoins financiers. La transition d'un budget historique à un budget cible est effective depuis cette année.

3. Dans le futur, d'autres réformes seront introduites progressivement dans le financement des hôpitaux : l'objectif sera de se fonder non plus sur les lits et d'autres caractéristiques structurelles, mais sur les activités, d'af-



verder te verfijnen; de daghospitalisatie gradueel te integreren in het verpleegdagbudget; in een specifieke financiering te voorzien voor de universitaire ziekenhuizen; een stap te zetten naar een meer alomvattende financiering voor de geneesmiddelen en medische prestaties; een tijdige en zo definitief mogelijke vaststelling van de budgetten te garanderen; een vereenvoudigd systeem van uitbetaling in te stellen; de budgettaire middelen over de instellingen te verdelen binnen een gesloten en gegarandeerd landelijk algemeen budget.

Deze hervorming is ingegeven door de conclusies van de werkgroep onder leiding van mevrouw Oleffe, die konden steunen op een ruime meerderheid. De hervorming sluit ook aan bij de beginselen van het nieuw ziekenhuisconcept, zoals: een algemene en minder gefractioneerde financiering; een financiering die meer gebaseerd is op de activiteiten omtrent de patiënt dan op de financiering van het aanbod. In de toekomst dient verder onderzoek gevoerd te worden naar de wenselijkheid en de nadere technische regeling van een financiering van afzonderlijke (gespecialiseerde) zorgprogramma's.

4. Een financiering gebaseerd op de activiteiten wil zeggen dat, zelfs al wordt een basisfinanciering aan de ziekenhuizen verzekerd, de erkenning als ziekenhuis, dienst of functie inzake financiering gekoppeld is aan de realisatie van een niveau van activiteiten.

5. De hervorming van de financieringswijze moet gepaard gaan met een evaluatie van de medische praktijkvoering en het uitwerken van standaarden of richtlijnen om de kwaliteit van de medische activiteiten te verbeteren. Hierin ligt duidelijk een verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen. Op het vlak van de informatie zal deze evaluatie kunnen steunen op de databank die de klinische en de financiële gegevens op patiënten - en ziekenhuisniveau met elkaar koppelt. Colleges van experts werden opgericht om deze evaluatie concreet tot stand te brengen, maar een discussie over de verschillen in medische praktijkvoering kan ook, onder meer naar aanleiding van gerichte campagnes en informatieverbreiding, op een meer informele wijze binnen en tussen de ziekenhuizen worden gevoerd. Alle maatregelen inzake die kwaliteitsevaluatie worden gecoördineerd door de Multipartite Overlegstructuur.

6. Het basisprincipe van de ziekenhuisfinanciering is en blijft een budget van financiële middelen, waarbij de ziekenhuizen voorafgaandelijk aan het dienstjaar de hun toekende enveloppe van financiële middelen kennen. De financiering per budget moet het ook mogelijk maken de uitgaven te beheersen binnen een stelsel van verplichte ziekteverzekering dat in evenwicht moet kunnen worden beheerd.

finer plus encore les paramètres, d'intégrer graduellement l'hospitalisation de jour dans le budget du prix de journée, de prévoir un financement spécifique pour les hôpitaux universitaires, de jeter les bases d'un financement plus global des médicaments et des prestations médicales, de garantir une fixation aussi définitive que possible des budgets, dans le délai imparti, de simplifier le système de versement, de répartir les moyens budgétaires entre les établissements sur la base d'un budget global national fermé et garanti.

Cette réforme est inspirée par les conclusions du groupe de travail dirigé par Madame Oleffe, lesquelles ont recueilli une large adhésion. La réforme est également conforme aux principes du nouveau concept hospitalier, à savoir un financement moins fractionné et plus global, qui repose davantage sur les activités afférentes au patient que sur le financement de l'offre. Dans le futur, il conviendra d'examiner de manière plus approfondie l'opportunité d'un financement des programmes de soins (spécialisés) distincts ainsi que ses modalités techniques.

4. Si le financement repose sur les activités, cela veut dire que, même si un financement de base est garanti aux hôpitaux, l'agrément d'un hôpital, d'un service ou d'une fonction est lié, sur le plan du financement, à la réalisation d'un niveau d'activités déterminé.

5. La réforme du système de financement doit aller de pair avec une évaluation de la pratique médicale et la fixation de critères ou de directives concernant l'amélioration de la qualité des activités médicales. Il est clair que les groupes professionnels ont une responsabilité à cet égard. En ce qui concerne l'information, cette évaluation pourra être effectuée sur la base de la banque de données qui fusionne les données cliniques et financières au niveau du patient et de l'hôpital. Des collègues d'experts chargés de la mise au point des modalités de cette évaluation ont été créés, mais une discussion sur les différences en termes de pratique médicale peut également être menée d'une manière informelle à l'intérieur et entre les hôpitaux, par exemple à l'occasion de campagnes d'information ciblées. Toutes les mesures liées à l'évaluation de la qualité seront coordonnées par la structure de concertation multipartite.

6. Le principe de base est et demeure la fixation d'un budget des moyens financiers. Les hôpitaux connaîtront, avant que ne débute l'exercice, l'enveloppe qui leur sera attribuée. Le financement par budget devra permettre également de maîtriser les dépenses dans le cadre d'un système d'assurance maladie obligatoire qui devra être exploité de telle sorte que l'équilibre soit maintenu.



Er zal niet langer een quotum van ligdagen worden gehanteerd en dus ook niet langer een prijs per verpleegdag. De vaststelling van een quotum heeft als nadeel dat een postfactum correctie van het budget noodzakelijk is afhankelijk, of het quotum al dan niet werd overschreden.

7. De vandaag bestaande band tussen de financiering en het «aantal erkende bedden» wordt doorgeknipt omdat de financiering beter wordt gebaseerd op de activiteiten van het ziekenhuis, dus op het aantal en het type van de patiënten die in de instelling worden behandeld. Aan de hand van de opnames per pathologie in een referentiejaar, de normale verpleegduur bij klassieke hospitalisatie, de substitutiegraad en de substitutieverblijfsduur bij daghospitalisatie kan een verantwoord aantal ligdagen worden berekend. Technisch kan dit aantal worden omgezet in een verantwoord (of genormaliseerd) aantal bedden aan de hand van de 'normale' bezettingsgraden. In het onderdeel B2 kan het puntensysteem worden toegepast op dit verantwoord aantal bedden.

Het PAL-NAL-systeem dat nu als een *a posteriori* correctiemechanisme wordt gehanteerd verval, en wordt *a priori* ingewerkt bij de vaststelling van de verantwoorde activiteit.

De mate waarin de landelijke gemiddelde verblijfsduur als referentie per pathologiegroep kan worden gehanteerd, heeft te maken met de graad van (medische) homogeniteit van de DRG's, wat betreft de patiëntentypes dus die in de DRG's worden gegroepeerd. Deze gemiddelde waarden kunnen niet altijd voor de volle 100% worden weerhouden. Het gebruik van ,gemiddelde waarden is om dezelfde reden ook een discussiepunt bij een meer budgettaire financiering van de geneesmiddelen en medische prestaties.

Belangrijk in dat kader is dat zal worden gewerkt met het nieuwe APR-DRG- systeem, dat beter rekening houdt met de severity, en dat minder vatbaar is voor manipulatie bij de registratie. De controles op de registratie van de minimale klinische gegevens zullen op een meer systematische wijze worden uitgevoerd, teneinde manipulaties bij de registratie (DRG-creep, DRG-engineering...) tegen te gaan.

8. In het rapport van de werkgroep-Oleffe werd ervoor gepleit de financiering van de daghospitalisatie te integreren in het ziekenhuisbudget. Het is immers paradoxaal te pleiten voor een grotere samenhang van de financiering en voor een substitutie van klassieke hospitalisatie door daghospitalisatie, terwijl de respectieve financiering gescheiden blijft. Daarom zal de financiering van de heilkundige daghospitalisatie worden geïntegreerd in het

Le quota de journées d'hospitalisation et, partant, le prix par journée d'hospitalisation, ne seront plus utilisés. La fixation d'un quota présente un inconvénient en ce qu'elle nécessite une correction a posteriori du budget en fonction du dépassement ou non du quota.

7. Le financement sera lié non plus au nombre de lits agréés, mais aux activités, soit le nombre et le profil des patients traités au sein de l'établissement. Un nombre de journées d'hospitalisation justifié pourra être calculé sur la base des admissions par pathologie au cours d'une année de référence, de la durée normale de séjour en cas d'hospitalisation classique, du taux de substitution ainsi que de la durée de séjour de substitution en cas d'hospitalisation de jour. Techniquement, ce nombre pourra être converti en un nombre de lits justifié (ou normalisé), sur la base des taux d'occupation «normaux». Dans la sous-partie B2, le système de points sera appliqué au nombre de lits justifié.

Le système DJP-DJN ne sera plus utilisé, comme c'est le cas actuellement, comme un mécanisme de correction *a posteriori*, mais sera appliqué «*a priori*», lors de la phase de fixation de l'activité justifiée.

La mesure dans laquelle la durée de séjour moyenne nationale peut être utilisée comme référence par groupe de pathologies est liée au degré d'homogénéité (médicale) des DRG, en ce qui concerne les types de patients, lesquels sont regroupés dans les DRG. Ces valeurs moyennes ne peuvent pas toujours être retenues à 100%. Pour la même raison, l'utilisation des valeurs moyennes constitue également un point de discussion dans le cadre d'un financement plus budgétaire des médicaments et des prestations médicales.

L'important à cet égard est que l'on travaillera avec le nouveau système APR-DRG qui tient davantage compte de la gravité et qui est moins susceptible de faire l'objet de manipulations en cas d'enregistrement. Les contrôles de l'enregistrement du résumé clinique minimum seront exécutés d'une manière plus systématique afin d'éviter toute manipulation (DRG-creep, DRG-engineering etc).

8. Le rapport du groupe de travail Oleffe plaide en faveur de l'intégration de l'hospitalisation de jour dans le budget hospitalier. En effet, il est paradoxal de plaider en faveur d'une plus grande cohérence du financement et d'une substitution de l'hospitalisation classique par l'hospitalisation de jour alors que leurs financements respectifs restent scindés. C'est la raison pour laquelle le financement de l'hospitalisation chirurgicale de jour

ziekenhuisbudget, zowel via toewijzing van de middelen in de onderscheiden budgetonderdelen (B1, puntenstelsysteem, operatiekwartier...), als bij de vaststelling van de verantwoorde activiteiten (supra).

9. Er kan worden overwogen de methode van uitbetaling in de toekomst te wijzigen, wegens het niet langer berekenen van een verpleegdagprijs, alsmede om toe te staan dat de uitbetaling van het ziekenhuisbudget eenvoudig en stabiel kan gebeuren. Zo zou het budget B1 + B2 voor een gedeelte (bijvoorbeeld a rato van 80%) kunnen worden uitbetaald onder de vorm van voorlopige twaalfden via de verzekeringsinstellingen (aan de hand van het bestaande marktaandeel van elke verzekeringsinstelling in het ziekenhuis, met een compenserend mechanisme achteraf tussen de verzekeringsinstellingen onderling, op basis van het werkelijke marktaandeel in het betrokken dienstjaar).

Het resterende gedeelte (a rato van 20%) kan worden betaald per activiteitseenheid: het is het variabele gedeelte van de financiering. Zodoende wordt de financiering gedeeltelijk afgestemd op de logica van de variabele kosten. De activiteitseenheid kan de opname zijn. Daardoor kan de financiering op dynamische wijze de evolutie van de patiëntenbewegingen volgen.

In een dergelijk betalingssysteem dienen de overige onderdelen van het budget a rato van 100 % te worden uitbetaald onder de vorm van voorlopige twaalfden daar deze onderdelen niet wijzigen afhankelijk van de activiteiten en gegarandeerd worden, ongeacht het aantal opnames. Het onderdeel C4 verdwijnt: door het wegvallen van het quotum wordt immers niet langer een 'teveel aan ontvangsten' gerealiseerd als gevolg van het verschil tussen het gerealiseerd aantal dagen en het ligdagenquotum.

Als een 20 % -betaling per activiteitseenheid wordt toegepast, wordt een open-end financieringscomponent ingesteld. Om te voorkomen dat zulks zou leiden tot een budgettaire overschrijding, kan een automatische correctie op landelijk vlak doorgevoerd worden. Dit betekent dat het variabel bedrag van 20% landelijk en lineair wordt aangepast aan het verschil tussen algemeen budget B1 + B2 en gerealiseerde uitgaven B1 + B2, zowel in negatieve zin (bij overschrijding) als in positieve zin (bij niet-uitputting van de middelen).

10. Als bovenstaande wijzigingen doorgevoerd zijn, kunnen de herzieningen achteraf tot een minimum worden beperkt. De postfactum herzieningen betreffende het onderdeel A2 en betreffende het verschil tussen gerealiseerde dagen en ligdagenquotum vallen weg. De zie-

sera intégré dans le budget hospitalier, aussi bien par le biais de l'octroi de moyens dans les sous-parties budgétaires (B1, système de points, quartier opératoire etc) que par la fixation des activités justifiées (supra).

9. Etant donné qu'un prix de journée ne serait plus calculé et afin de permettre que le versement du budget hospitalier puisse s'effectuer d'une manière simple et stable, on peut envisager de modifier dans le futur la méthode de versement. Ainsi, une partie du budget B1 + B2 ( par exemple, à concurrence de 80%) pourrait être versée sous la forme de douzièmes provisoires par le biais des organismes assureurs (sur la base de la part de marché de chaque organisme assureur à l'hôpital, avec mécanisme de compensation a posteriori entre les organismes assureurs sur la base de la part de marché réelle au cours de l'exercice concerné).

La partie restante (à concurrence de 20%) pourra être versée par unité d'activité : c'est la partie variable du financement. Ainsi, le financement suivra en partie la logique des coûts variables. Cette unité d'activité pourrait être l'admission. Ainsi, le financement pourra suivre de manière dynamique l'évolution des mouvements de patients.

Dans un tel système de paiement, les autres sous-parties du budget seront versées à concurrence de 100% sous la forme de douzièmes provisoires, étant donné que ces sous-parties ne varient pas en fonction des activités et sont garanties quel que soit le nombre d'admissions. La sous-partie C4 sera supprimée: en effet, avec la disparition du quota, il n'y aura plus d'« excédent de recettes » résultant de l'écart entre le nombre de journées réalisées et le quota de journées d'hospitalisation.

Si un versement de 20% est appliqué par unité d'activité, une composante « open-end » de financement sera introduite. Afin d'éviter que cela n'entraîne un dépassement budgétaire, une correction automatique pourra être introduite au niveau national. Ainsi, le montant variable de 20% sera adapté au niveau national et de manière linéaire en fonction de l'écart entre le budget global B1+B2 et les dépenses réalisées B1+B2 et ce, aussi bien dans un sens négatif (en cas de dépassement) que dans un sens positif (en cas de non-utilisation complète des moyens).

10. Dès que les modifications susmentionnées seront introduites, les révisions *a posteriori* pourront être limitées au minimum. Les révisions *a posteriori* portant sur la sous-partie A2 et sur l'écart entre les journées réalisées et le quota de journées d'hospitalisation se-

kenhuizen kennen sneller hun definitief budget, en de structurele achterstanden in de vaststelling van de budgetten kunnen worden weggewerkt.

11. In dit nieuw systeem wordt de opname een belangrijke parameter. Dit is logisch omdat consumptie en kosten in hoofdzaak gerelateerd zijn aan de opnames. Het opnamebeleid van de ziekenhuizen wordt dus een uiterst belangrijke aangelegenheid. De verschillen inzake medische praktijkvoering zijn terzake groot. De aandacht dient gewezen te worden op het vraagstuk van vroegtijdige ontslagen en opnames, opsplitsing van opnames, niet gerechtvaardigde opnames, voorkoming van langdurige complexe opnames, opnames van sociale categorieën... Dit vraagstuk is niet nieuw en blijft onopgelost maar wordt te weinig op systematische en transparante wijze aangepakt.

Parallel met de instelling van dit nieuw systeem dient er daarom een evaluatie/ screening van aantal en aard van de opnames te worden ondernomen. Terzake zal een vraag worden gericht aan de Multipartite Overlegstructuur Ziekenhuizen, om de indicatoren voor een verantwoord aantal opname op te stellen, rekening houdend met de pathologieprofielen van de ziekenhuizen en met de gegevens omtrent heropnames en gesplitste opnames. Er zal moeten nagegaan worden welke partijen betrokken worden bij de opvolging en de evaluatie. Deze ingreep zal niet onmiddellijk sanctionerend zijn, maar moet wel een discussie mogelijk maken over een verantwoord opname- en ontslagbeleid. Het kan aangewezen zijn dat per ziekenhuis terzake (om de X jaren) een rapport wordt opgesteld (waar mettertijd ook elementen van kwaliteitsevaluatie, adequaat verbruik van middelen, organisatie...worden opgenomen).

De opportuniteit van de opnames wordt in de volgende jaren een kernaspect, eveneens in relatie tot de activiteiten buiten het ziekenhuis (verwijsgedrag van de huisartsen, opvang na opname of na daghospitalisatie, spoedopnames...).

12. Inzake het puntensysteem B2 dient meer nadruk gelegd te worden op parameters die de financiële behoeften aangeven, dan op parameters die gebaseerd zijn op de verrichte prestaties (zoals nomenclatuur). Het gebruik daartoe van de beschikbare geregistreerde gegevens in de financiering maakt deze uiteraard complexer. Er moet over gewaakt worden dat de regelgeving eenvoudig blijft. Een activiteitsgebaseerde financieringsmethodiek moet echter voldoende genuanceerd zijn om rekening te houden met de diversificatie van de opdrachten en de activiteiten.

ront éliminées. Les hôpitaux connaîtront plus rapidement leur budget définitif et les retards structurels dans la fixation du budget disparaîtront.

11. Dans ce nouveau système, l'admission devient un paramètre important. C'est logique, la consommation et les coûts étant essentiellement liés aux admissions. La politique des hôpitaux en matière d'admissions devient donc une question primordiale. Les écarts sont grands en matière de pratique médicale. Il convient d'attirer l'attention sur le problème des sorties et des admissions anticipées, de la scission des admissions, des admissions non justifiées, la nécessité d'éviter des admissions complexes et longues, des admissions de catégories sociales... Ce problème n'est pas nouveau et reste entier mais n'est pas traité de manière systématique et transparente.

Parallèlement à l'introduction de ce nouveau système, il y a lieu de lancer une évaluation/ un screening du nombre et de la nature des admissions. A ce propos, on adressera une demande à la Structure de concertation multipartite, afin d'établir les indicateurs pour un nombre justifié d'admissions, en tenant compte des profils de pathologie des hôpitaux et des données relatives aux réadmissions et aux admissions scindées. Il conviendra d'examiner quelles parties sont impliquées dans le suivi et l'évaluation. Cette opération n'entraînera pas immédiatement une sanction, mais devra permettre une discussion au sujet d'une politique justifiée en matière d'admissions et de sorties. On peut indiquer qu'un rapport sera rédigé en cette matière (tous les X ans) par l'hôpital (reprenant, au fur et à mesure, des éléments relatifs à l'évaluation de la qualité, à l'utilisation adéquate des moyens, à l'organisation, ...).

L'opportunité des admissions deviendra au cours des prochaines années un thème central et ce, également par rapport aux activités externes à l'hôpital (attitude des médecins généralistes en matière d'adressage, prise en charge après admission ou après hospitalisation de jour, hospitalisation d'urgence,...).

12. Pour ce qui est du système de points B2, il convient de mettre davantage l'accent sur des paramètres indiquant les besoins financiers que sur des paramètres basés sur les prestations exécutées (comme la nomenclature). L'utilisation des données enregistrées disponibles dans ce but, dans le cadre du financement, complique les choses. Il faut veiller à ce que la réglementation reste simple. Toutefois, une méthode de financement fondée sur l'activité doit être suffisamment nuancée pour tenir compte de la diversification des missions et des activités.

De regels betreffende de gegarandeerde basisfinanciering blijven van toepassing, maar afhankelijk van het verantwoord aantal bedden.

13. De regels voor de vergoeding van de sociale factoren worden verfijnd (waarbij bijkomende verklarende factoren zoals bijvoorbeeld de gezinssituatie en de inkomenssituatie van de patiënten in rekening kunnen worden gebracht), en het uitgetrokken budget zal worden aangepast.

14. Voor de geneesmiddelen wordt de progressieve instelling van een forfaitair vergoedingssysteem gepland dat de financiële verantwoordelijkheid van het ziekenhuis – voorschrijver beklemtoont. Voor een aantal geneesmiddelencategorieën, met een breed verspreid verbruik en waar een ondoelmatige consumptie wordt vastgesteld, wordt de prijs van het product met een bepaald percentage verminderd. Deze vermindering wordt gecompenseerd door de toekenning van een vast budget. Dit budget kan worden toegevoegd aan het ziekenhuisbudget (en kan dezelfde 80%/20% financiële afwikkeling volgen).

Er moet rekening worden gehouden met deze forfaitaire vergoeding bij de toepassing van nieuwe budgettaire mechanismen in het geheel van de sector der farmaceutische specialiteiten.

15. De universitaire ziekenhuizen worden gekenmerkt door de bijzondere rol die zij te vervullen hebben op het vlak van het klinisch onderricht, het toegepast wetenschappelijk onderzoek, de ontwikkeling van nieuwe technologieën, de kwaliteitsevaluatie en de derdelijns-geneeskunde. Het is duidelijk dat deze opdrachten hun invloed hebben op de activiteiten in het ziekenhuis, terwijl de huidige financiering hiermee onvoldoende rekening houdt. Voor deze specifieke activiteiten dient in een specifieke financiering te worden voorzien, die in een specifiek onderdeel B7 van het ziekenhuisbudget kan worden ondergebracht. Zodoende kan een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen de financiering van deze bijzondere activiteiten en de financiering van de klinische activiteiten die tevens in niet-universitaire instellingen worden verricht. Voor deze laatste kunnen dezelfde regels op alle instellingen worden toegepast.

Vandaag bestaan er in de financieringstechniek een aantal verschillen tussen universitaire en niet-universitaire instellingen (zoals A1, B1, puntentoekening B2, operatiekwartier...). Deze verschillen werden gemaakt om - indirect en gefragmenteerd - rekening te houden met de specifieke opdrachten van de universitaire instellingen. Deze verschillen kunnen worden afgeschaft. Het verschil tussen wat de groep van de universitaire

Les règles en matière de financement de base restent d'application, mais en fonction du nombre justifié de lits.

13. Les règles d'indemnisation des facteurs sociaux seront affinées (on tient compte d'éléments explicatifs supplémentaires, tels que la situation familiale et les revenus des patients), et le budget prévu sera ajusté.

14. Pour les médicaments, on prévoit l'introduction progressive d'un système de financement forfaitaire qui accentue la responsabilité financière de l'hôpital-prescripteur. Le prix de certaines catégories de médicaments, dont la consommation est très répandue et pour lesquelles on constate une consommation non justifiée, est réduit d'un pourcentage déterminé. Cette réduction est compensée par l'octroi d'un budget fixe. Ce budget peut être ajouté au budget hospitalier (et peut suivre la même liquidation financière 80% 20%).

Il convient de tenir compte, lors de la fixation de ce financement forfaitaire, de l'application de nouveaux mécanismes budgétaires pour l'ensemble du secteur des spécialités pharmaceutiques.

15. Les hôpitaux universitaires sont caractérisés par la mission particulière qu'ils doivent remplir dans le domaine de la formation clinique, de la recherche scientifique appliquée, du développement des nouvelles technologies, de l'évaluation de la qualité et de médecine de la troisième ligne. Il est clair que ces missions influencent les activités à l'hôpital, dont le financement actuel ne tient pas suffisamment compte. Il convient de prévoir un financement adéquat pour ces activités spécifiques, qui peut être intégré dans une sous-partie spécifique B7 du budget hospitalier. De cette manière, il est possible d'établir une distinction claire entre le financement de ces activités particulières et le financement des activités cliniques, qui sont aussi exercées dans les établissements non universitaires. Pour ces dernières, les mêmes règles peuvent être appliquées à tous les établissements.

Actuellement, il existe dans les techniques de financement un certain nombre de différences entre les établissements universitaires et non universitaires (telles que A1, B1, attribution de points, quartier opératoire, ...). Ces différences ont été établies afin de tenir compte -de manière indirecte et fragmentée- des missions spécifiques des établissements universitaires. Elles peuvent être supprimées. La différence entre ce que l'ensemble



instellingen voor en na deze ingreep verkrijgen maakt dan deel uit van de financiële middelen die in het onderdeel B7 worden uitgetrokken.

Teneinde een situatie tot stand te brengen waarin de universitaire instellingen hun specifieke opdrachten op een neutrale en objectieve wijze vervullen – zonder dat zijzelf financieel belang hebben bij de hoeveelheid verrichte prestaties – kunnen de medische prestaties voor 75% op forfaitaire wijze worden vergoed en voor 25% per afzonderlijke prestatie. In een eerste fase kan deze forfaitarisering eventueel enkel gebeuren voor het geheel van de diagnostische prestaties. Dit honorariabudget volgt algemeen de groeivoet van de overeenkomende honoraria in het RIZIV. Het budget kan geïntegreerd in het ziekenhuisbudget en dezelfde financiële afwikkeling volgen (80% in twaalfden en 20% per opname).

### B. De ziekenfondsen

Naast het aanbrengen van louter technische aanpassingen aan bepalingen van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, hebben de bepalingen van dit hoofdstuk eveneens tot doel:

- het systeem van interne controle waarover de landsbonden van ziekenfondsen moeten beschikken uit te breiden tot het geheel van hun activiteiten, alsook tot de activiteiten van de aangesloten ziekenfondsen;

- erin te voorzien dat in de schoot van elke landsbond van ziekenfondsen eveneens een systeem van interne doorlichting wordt ingesteld om het voornoemde systeem van interne controle te evalueren;

- de huidige procedures als bepaald in de voornoemde wet van 6 augustus 1990 met betrekking tot fusies, ontbindingen en vereffeningen van mutualistische entiteiten te verfijnen, onder meer met het oog op een betere bescherming van de rechten van de leden;

- erin te voorzien dat de Administratie van het kadaster, registratie en domeinen zal worden belast met de inning van de administratieve geldboetes, die opgelegd worden door de Raad van de Controledienst ten laste van de landsbonden van ziekenfondsen en die niet betaald worden binnen de door de Koning vastgestelde termijnen.

des établissements universitaires reçoit avant et après cette opération fait partie des moyens financiers prévus dans la sous-partie B7.

Afin que les établissements universitaires remplissent de manière neutre et objective leurs missions spécifiques –sans qu'ils aient un intérêt financier dans le volume des prestations exécutées- le financement peut se faire de manière forfaitaire pour 75 % des prestations médicales et à la prestation pour les 25 % restants. Dans une première phase, ce système de forfait pourrait éventuellement n'être mis en place que pour toutes les prestations diagnostiques. Ce budget afférent aux honoraires suit globalement le taux de croissance des honoraires appliqués par l'INAMI. Le budget peut être incorporé dans le budget hospitalier et suivre les mêmes modalités de paiement (80 % en douzièmes et 20 % par admission).

### B. Les mutualités

Outre des adaptations purement techniques à apporter à des dispositions de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, les dispositions du présent chapitre ont également pour objet:

- l'élargissement du système de contrôle interne dont doivent disposer les unions nationales de mutualités à l'ensemble de leurs activités, ainsi qu'aux activités des mutualités affiliées;

- à prévoir qu'est également institué, au sein de chaque union nationale de mutualités, un système d'audit interne afin d'évaluer le système de contrôle interne précité;

- à affiner, entre autres afin de mieux protéger les droits des membres, les procédures actuelles concernant les fusions, dissolutions et liquidations d'entités mutualistes, qui sont prévues par la loi du 6 août 1990 précitée;

- à prévoir que l'Administration du cadastre, de l'enregistrement et des domaines sera chargée du recouvrement des amendes administratives, prononcées par le Conseil de l'Office de contrôle à la charge des unions nationales de mutualités et qui ne sont pas payées dans les délais fixés par le Roi.

### III.— INLEIDENDE UITEENZETTING DOOR DE INDIENERS VAN DE TOEGEVOEGDE WETSVORSTELLEN

*A. Inleidende uiteenzetting door de mede-indiener van wetsvoorstel nr. 407/001*

*De heer Daniel Bacquelaine (PRL FDF MCC) precieseert dat artikel 50bis van de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen de honoraria regelt die de artsen in de ziekenhuizen mogen aanrekenen. De wet van 25 januari 1999 heeft die regeling gewijzigd, met name door voor alle — ook de niet-verbonden — ziekenhuisartsen de verplichting in te stellen een gereduceerd tarief toe te passen voor alle patiënten die op een twee- of meerpersoonskamer verblijven.*

*Dit heeft op het vlak van de verzorgingsinstellingen evenwel conflictsituaties doen rijzen, doordat het de niet-verbonden artsen verplicht honorariabeperkingen te aanvaarden waarmee zij niet hebben ingestemd; in de overgrote meerderheid van de gevallen bleef hun akkoord uit omdat zij over geavanceerder en vaker hernieuwde apparatuur wensen te beschikken, of meer tijd voor hun patiënten wensen uit te trekken, en aldus een volgens hen hoogwaardiger geneeskunde wensen te beoefenen.*

*In de voorgestelde tekst wordt voor de ziekenhuispatiënt het recht gehandhaafd om in een twee- of meerpersoonskamer te worden verzorgd onder de voorwaarden van het akkoord of, indien een akkoord ontbreekt, tegen de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming. Daarnaast wordt evenwel voorgesteld de ziekenhuisartsen bij de vaststelling van hun honoraria een grotere vrijheid te laten.*

*De spreker geeft aan dat het ter bespreking voorliggende wetsontwerp in zeer ruime mate aan de doelstelling van het wetsvoorstel tegemoetkomt, als gevolg trouwens van een voorstel van de Nationale Commissie artsen-ziekenfondsen.*

*De opheffing van het voornoemde artikel 50bis en het volgen van de consensus die in de nationale commissie is bereikt, maakt het voorkomen mogelijk van de risico's en incoherenties van het statuut dat geregeld wordt door dat artikel; met die opheffing kan ook tariefzekerheid voor de patiënten — inzonderheid de minvermogenden — worden gewaarborgd, alsook de voortzetting van een vrije geneeskunde die de medeburgers voldoening schenkt en die is gebaseerd op een in de toekomst veilig te stellen regeling bij overeenkomst.*

### III.— EXPOSE INTRODUCTIF DES AUTEURS DES PROPOSITIONS DE LOI JOINTES

*A. Exposé introductif du coauteur de la proposition de loi n°407/1*

*M. Daniel Bacquelaine (PRL-FDF-MCC) précise que l'article 50 bis de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, réglemente les honoraires que les médecins peuvent pratiquer dans les hôpitaux. La loi du 25 janvier 1999 a modifié ce système, notamment en créant l'obligation pour tous les médecins hospitaliers, même non engagés, de travailler à des tarifs réduits pour tous les patients admis en salle commune ou en chambre à deux lits.*

*Ceci a toutefois créé au niveau des institutions de soins des situations conflictuelles, en contraignant les médecins non engagés à accepter des limitations d'honoraires auxquelles ils n'avaient pas consenti dans la toute grande majorité des cas parce qu'ils souhaitaient pouvoir disposer d'un matériel plus perfectionné et plus souvent renouvelé ou consacrer davantage de temps à leurs patients, et ainsi pratiquer une médecine qu'ils jugeaient de meilleure qualité.*

*Tout en maintenant le droit pour le patient d'être soigné, dans un hôpital, en chambre commune ou en chambre à deux lits aux conditions de l'engagement ou, à défaut d'accord, aux tarifs servant de base à l'intervention de l'assurance, le texte proposé vise à conférer aux médecins hospitaliers plus de liberté quant à la fixation de leurs honoraires.*

*L'intervenant indique que le projet à l'examen rencontre très largement l'objectif de la proposition de loi, suite au demeurant à une proposition de la commission nationale médico-mutualiste.*

*L'abrogation de l'article 50 bis précité et le respect du consensus qui s'est dégagé au sein de la commission nationale permettra d'éviter les risques et les incohérences du statut régi par cet article et permettra de garantir tant la sécurité tarifaire à l'égard des patients, en particulier les plus démunis, que la poursuite de l'exercice d'une médecine libérale, qui donne satisfaction aux concitoyens et qui s'appuie sur un système conventionnel qu'il faudra assurer à l'avenir.*



*B. Inleidende uiteenzetting door een van de mede-indiëners van wetsvoorstel nr. 449/1*

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) geeft aan dat de rechtsverhouding tussen een ziekenhuis en een ziekenhuisarts wordt geregeld door een individuele overeenkomst tussen de beheerder en de betrokken arts, en door een algemene regeling die van toepassing is op alle artsen (die in voorkomend geval is opgenomen in het akkoord tussen de beheerder en de medische raad). Die algemene regeling bepaalt onder meer welk gedeelte van de door het ziekenhuis centraal geïnde honoraria wordt aangewend ter dekking van sommige ziekenhuiskosten die worden veroorzaakt door medische verstrekkingen die niet worden gefinancierd door de verpleegdagprijs of die moeten worden beschouwd als een bijdrage tot het handhaven of promoten van de medische activiteit.

Er is echter geen eensgezindheid over de vraag welke regeling, de individuele of de algemene, voorrang heeft wanneer zij niet met elkaar overeenstemmen. Daarom is het wenselijk artikel 140 van de ziekenhuiswet aan te vullen met een interpretatieve bepaling krachtens welke de algemene regeling van in den beginne primeert. Dit was destijds ook de bedoeling van de wetgever.

Het ter bespreking voorliggende wetsontwerp laat de algemene regeling in de toekomst weliswaar primeren, maar de voorrang ervan in het verleden blijft in het ongewisse. Daarover dient duidelijkheid te komen.

Het wetsvoorstel bepaalt ook dat een akkoord tussen de beheerder en de medische raad over de inhoudingen op de honoraria primeert op de vigerende loonregeling ten aanzien van een arts in vast of contractueel dienstverband. Wat stelt het wetsontwerp ter zake in uitzicht?

Uit de hoorzittingen blijkt trouwens duidelijk dat de regeling inzake de ziekenhuiskosten (die bindend is) deel uitmaakt van een ruimer geheel rechten en plichten (vakkant, verzekering, dekking bij insolventie van de patiënt) waarover algemeen is onderhandeld, maar die niet bindend is. Die juridische context is op zijn minst verbaazend. Hoe staat de minister daartegenover, in het licht van zijn verklaringen over de haalbaarheid van een dergelijke regeling bij het medisch korps?

*B. Exposé introductif d'un des coauteurs de la proposition de loi n°449/1.*

M. Jo Vandeurzen (CD&V) indique que le rapport juridique entre un hôpital et un médecin hospitalier est régi par une convention individuelle conclue entre le gestionnaire et le médecin concerné, ainsi que par une réglementation générale applicable à tous les médecins (contenue en l'occurrence dans l'accord conclu entre le gestionnaire et le conseil médical). Cette réglementation générale détermine notamment la part des honoraires médicaux perçus de façon centrale qui est affectée à la couverture de certains frais de l'hôpital, occasionnés par des prestations médicales, qui ne sont pas financés par le prix de journée d'entretien ou qui doivent être considérés comme une contribution au maintien ou à la promotion de l'activité médicale.

Or, on constate l'absence de consensus sur la question de savoir si ce sont les dispositions prévues dans la réglementation générale ou celles qui figurent dans la convention individuelle qui prévalent en cas de discordance. Il est dès lors souhaitable de compléter l'article 140 de la loi sur les hôpitaux par une disposition interprétative accordant *ab initio* la primauté à la réglementation générale, conformément à l'intention du législateur de l'époque.

Le projet à l'examen, s'il donne la primauté, à l'avenir, à la réglementation générale, est en revanche muet quant à la primauté de cette réglementation édictée dans le passé et il conviendrait d'opérer la clarté en la matière.

D'autre part, la proposition prévoit qu'un accord entre le gestionnaire et le conseil médical quant aux retenues sur les honoraires prime sur le règlement salarial prévu à l'égard d'un médecin en situation statutaire ou contractuelle. Qu'en est-il dans le projet à l'examen ?

Par ailleurs, il ressort clairement des auditions que le règlement relatif aux coûts hospitaliers (qui est contraignant) fait partie d'un ensemble de droits et obligations (congés, assurance, couverture de l'insolvabilité du patient) négocié globalement, qui n'est pas contraignant. Ce contexte juridique est pour le moins étonnant. Quel est le sentiment du ministre à ce sujet, compte tenu de ses déclarations concernant la praticabilité d'un tel système auprès du corps médical ?

*C. Inleidende uiteenzetting door een van de mede-indiëners van wetsvoorstel nr. 951/1*

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) wijst erop dat de voorgestelde tekst ertoe strekt een eenvormig statuut in het leven te roepen voor de ziekenhuizen, en ervoor te zorgen dat zij worden beheerd door publiekrechtelijke of privaatrechtelijke rechtspersonen.

Met dat doel worden een aantal maatregelen voorgesteld om de exploitatievoorwaarden van de ziekenhuizen te harmoniseren, met inachtneming van hun eigenheid, in het bijzonder het privaot- of publiekrechtelijk karakter ervan.

- *Erkenning van ziekenhuizen*

Er wordt voorgesteld dat een ziekenhuis maar kan worden erkend indien het wordt geëxploiteerd door een rechtspersoon die geen andere activiteiten heeft dan de exploitatie van één of meer ziekenhuizen. Op die manier wordt, via de erkenningsnormen, de verplichting ingesteld dat elk ziekenhuis over een aparte rechtspersoonlijkheid moet beschikken (ten opzichte van de plaatselijke administratieve overheid), wat de transparantie met betrekking tot financieringsstromen bevordert, alsmede een autonome dynamiek en deskundigheid. Die verplichting betekent evenwel niet dat plaatselijke besturen geen ziekenhuizen mogen exploiteren.

- *Afschaffing van de deficitregel*

Als de exploitatievoorwaarden gelijkwaardig zijn, dan is het niet langer nodig om de exploitatietekorten van de openbare ziekenhuizen structureel te blijven financieren via de plaatselijke besturen. Zulks zou trouwens funest zijn. De voorgestelde tekst strekt er dan ook toe de gevolgen van de deficitregel vier jaar na de inwerkingtreding ervan te doen ophouden.

Voorts moeten de sociale factoren inherent aan het beroep van arts naar behoren worden gefinancierd. Zulks moet niet op plaatselijk vlak, maar van hogerhand worden geregeld (in dit geval via de verzekering voor geneeskundige verzorging en het beleid inzake volksgezondheid).

De spreker is echter niet gekant tegen de mogelijkheid dat ziekenhuizen overeenkomsten (in voorkomend geval met betrekking tot de verlening van bepaalde faciliteiten aan de bewoners van de betrokken gemeenten) sluiten met de plaatselijke besturen met het oog op de volledige of gedeeltelijke financiering van het exploitatie-deficit.

*C. Exposé introductif d'un des coauteurs de la proposition de loi n°951/1.*

M. Jo Vandeurzen (CD&V) indique que le texte proposé vise à créer un statut unique pour les hôpitaux, que ceux-ci soient gérés par des personnes morales de droit public ou de droit privé.

A cet effet, un certain nombre de mesures, visant à harmoniser les conditions d'exploitation des hôpitaux tout en respectant leur spécificité, et en particulier, leur caractère public ou privé, sont proposées.

- *Agrément des hôpitaux*

Il est proposé que l'agrément ne puisse être accordé qu'aux hôpitaux exploités par une personne morale n'exerçant pas d'autre activité que l'exploitation d'un ou de plusieurs hôpitaux. Les normes d'agrément impliquent ainsi l'obligation pour chaque hôpital de constituer une personne morale distincte (par rapport à l'autorité administrative locale), ce qui favorise la transparence en matière de flux financiers ainsi qu'une dynamique et une expertises propres. Cette obligation ne signifie toutefois pas l'interdiction, dans le chef des autorités locales, d'exploitation des hôpitaux.

- *Suppression de la règle du déficit*

Si les conditions d'exploitation sont identiques, il n'est plus nécessaire de continuer à financer structurellement les déficits d'exploitation des hôpitaux publics par le truchement des administrations locales. Ceci serait en outre néfaste. Le texte proposé vise dès lors à faire cesser les effets de la règle du déficit quatre ans après son entrée en vigueur.

D'autre part, il convient de financer de manière décente les facteurs sociaux liés à l'activité médicale. Ceci incombe non pas au niveau local mais à un niveau supérieur (celui de l'assurance soins de santé et de la politique de santé en l'occurrence).

L'intervenant n'est toutefois pas opposé à la possibilité, dans le chef des hôpitaux, de conclure des accords (liés le cas échéant à l'octroi de facilités pour les habitants des communes concernées) avec les administrations locales en vue de financer en tout ou en partie le déficit d'exploitation.

– *Afschaffing van de arbeidsvoorwaarden in openbare ziekenhuizen die zijn afgestemd op die in de plaatselijke besturen*

De toekomst van de openbare ziekenhuizen wordt ongetwijfeld het sterkst bedreigd door het gegeven dat de arbeidsvoorwaarden er afgestemd zijn op die bij de plaatselijke besturen. Niet alleen is dat statuut onaanangepast, maar legt het bovendien onhaalbare beperkingen op aan de ziekenhuizen, gelet op hun huidige baremastructuur, terwijl zij niet de mogelijkheid hebben bekwaame medewerkers in dienst te nemen, *a fortiori* niet in de knelpuntsectoren. Daarom wordt er in de voorgestelde tekst voor gekozen om de wetgeving met betrekking tot het personeelsstatuut en het syndicaal statuut in autonome overheidsbedrijven ook, *mutatis mutandis*, toepasselijk te maken op de openbare ziekenhuizen.

Die formule heeft bovendien het voordeel dat convergentie tot stand komt tussen de arbeidsomstandigheden in de openbare en die in de privé-ziekenhuizen, in het bijzonder voor werknemers onder arbeidsovereenkomst. Ofschoon het in openbare ziekenhuizen wettelijk toegestaan is personeel onder arbeidsovereenkomst in dienst te nemen, bestaat voor de betrokken personeelsleden, waartoe thans de helft van de formatie behoort, geen collectieve bescherming noch een behoorlijk syndicaal statuut, en de wet van 5 december 1968 betreffende de collectieve arbeidsovereenkomsten en de paritaire comités is niet op hen van toepassing.

De voorgestelde tekst strekt er dan ook toe de wet van 5 december 1968 toe te passen op de openbare ziekenhuizen met een sectoraal comité openbare ziekenhuizen dat krachtens dezelfde tekst wordt opgericht. Door bij de samenstelling van de werkgevers- en werknemersvertegenwoordiging, zowel op het niveau van het openbaar ziekenhuis zelf als op het sectoraal niveau, representativiteit op te leggen, is het verantwoord te voorzien in de mogelijkheid om bindende collectieve arbeidsovereenkomsten te sluiten. Aldus wordt een analogie geschapen met de arbeidsvoorwaarden zoals zij werden goedgekeurd in paritair comité 305 toepasselijk op de privé-ziekenhuizen.

Voorts moeten in de ziekenhuiswet een aantal bepalingen worden ingevoegd in verband met het statuut van het personeel in zijn geheel, ook dat van de privé-ziekenhuizen.

– *Suppression de l'alignement des conditions de travail dans les hôpitaux publics sur celles des administrations locales*

L'alignement des conditions de travail des hôpitaux publics sur celles des administrations locales constitue la principale menace pour l'avenir des hôpitaux publics. Non seulement, ce statut est inadapté mais il impose en outre, compte tenu de leur structure barémique actuelle, des contraintes impossibles aux hôpitaux tout en leur ôtant les moyens d'engager des collaborateurs compétents, *a fortiori* dans des secteurs où la pression sur le marché du travail est forte. C'est la raison pour laquelle le texte proposé opte pour l'application aux hôpitaux publics, *mutatis mutandis*, de la législation relative au statut personnel et au statut syndical dans les entreprises publiques autonomes.

Cette formule présente en outre l'avantage de générer, en particulier pour les travailleurs contractuels, une convergence entre les conditions de travail des hôpitaux publics et celles des hôpitaux privés. En effet, bien que les hôpitaux publics puissent légalement occuper du personnel contractuel, celui-ci, qui représente actuellement la moitié du personnel en leur sein, ne bénéficie d'aucune protection collective, ni d'un statut syndical convenable et ne relève pas du champ d'application de la loi du 5 décembre 1968 sur les conventions collectives de travail et les commissions paritaires.

Le texte proposé prévoit dès lors l'application de la loi du 5 décembre 1968 précitée aux hôpitaux publics, dotés d'un comité sectoriel hôpitaux publics, instauré par le même texte. Il paraît justifié de permettre la conclusion de CCT ayant force obligatoire pour autant qu'il soit prévu que les délégations des employeurs et des travailleurs soient représentatives tant au niveau de l'hôpital public qu'au niveau sectoriel. Un parallèle est ainsi créé avec les conditions de travail, telles qu'elles sont négociées au niveau de la commission paritaire 305 applicable aux hôpitaux privés.

D'autre part, il convient d'insérer un certain nombre de dispositions relatives au statut de l'ensemble du personnel, y compris celui des hôpitaux privés, dans la loi sur les hôpitaux.

– *Uniformisering van de aansprakelijkheidsregels voor werknemers*

De voorgestelde tekst is erop gericht de regelgeving inzake aansprakelijkheid van werknemers, zoals bepaald in de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten, zowel op contractuele als vastbenoemde werknemers toepasselijk te maken.

– *Instelling van een stelsel waarbij, ingeval naast medische activiteiten ook organisatorische taken worden verricht, wordt uitgegaan van het wettelijk vermoeden dat de wijze waarop de medische activiteit die de ziekenhuisarts uitoefent in het kader van de rechtsverhouding tussen de arts en de ziekenhuisbeheerder, voorrang krijgt*

De voorgestelde tekst strekt ertoe de rechts-onzekerheid te voorkomen: hoe meer artsen worden verzocht organisatorische taken op zich te nemen (bijvoorbeeld hoofdgeneesheer of geneesheer-hoofd van dienst), hoe meer het immers nodig is de verhouding tussen de beheerder en de arts juridisch te omschrijven.

– *Toepassing op de openbare ziekenhuizen van de regelgeving inzake overheidsopdrachten welke toepasselijk is op overheidsbedrijven*

Ten slotte wijst de spreker erop dat de federale overheid ten volle bevoegd is voor alle aspecten van het ziekenhuisbeleid bedoeld in de voorgestelde tekst (organieke regels betreffende de organisatie van de ziekenhuizen, arbeidsverhoudingen en sociaal overleg).

*D. Inleidende uiteenzetting door een van de mede-indieners van wetsvoorstel nr. 1202*

*De heer Yvan Mayeur (PS)* licht zijn wetsvoorstel (1202/1) toe, waarin hij de bijzondere kenmerken van de openbare ziekenhuizen wil doen erkennen. Hij stelt vast dat -naast een aantal evoluties die in heel West-Europa plaatsvinden- het Belgische ziekenhuislandschap twee specifieke evoluties kent: de ziekenhuizen worden groter en er is in de ziekenhuisverpleging een verruiming van het aandeel van de privé-ziekenhuizen ten nadele van de openbare ziekenhuizen.

Sinds 1975 is de subsidiëring van de overheid voor de investeringskosten gelijk voor de openbare en de privé-ziekenhuizen, met name op een niveau van 60 %, terwijl bij de privé-ziekenhuizen de infrastructuur privé-eigendom is gebleven. Op het vlak van de financiering van openbare ziekenhuizen treden er echter

– *Uniformisation des règles régissant la responsabilité des travailleurs*

Le texte proposé vise à rendre applicables au personnel occupé sur la base tant d'un contrat de travail que d'une nomination statutaire les règles relatives à la responsabilité des travailleurs, telles qu'elles sont énoncées dans la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail.

– *instauration, dans l'hypothèse où des tâches d'organisation sont accomplies en plus d'une activité médicale, d'une présomption selon laquelle une prépondérance est donnée à la qualification de la relation juridique dans laquelle l'activité médicale est exercée par le médecin hospitalier.*

Le texte proposé vise à éviter un risque d'insécurité juridique qui consiste en ce que, plus les médecins sont invités à assumer des tâches d'organisation (par exemple celle de médecin en chef ou de médecin-chef de service), plus il est nécessaire de qualifier juridiquement cette relation entre le gestionnaire et le médecin.

– *Application aux hôpitaux publics des règles relatives aux marchés publics applicables aux entreprises publiques.*

L'intervenant indique enfin que l'autorité fédérale est pleinement compétente pour tous les aspects de la politique hospitalière visés par le texte proposé (règles organiques relatives à l'organisation des hôpitaux, relations de travail et concertation sociale).

*D. Exposé introductif d'un des co-auteurs de la proposition de loi n°1202.*

*M. Yvan Mayeur (PS)* commente sa proposition de loi (DOC 50 1202/001), visant à faire reconnaître les spécificités des hôpitaux publics. Il constate que – outre certaines évolutions qui s'observent dans toute l'Europe occidentale – le paysage hospitalier belge connaît deux évolutions spécifiques : la taille des hôpitaux augmente et on assiste, dans le cadre des soins hospitaliers, à un accroissement de la part des hôpitaux privés par rapport à celle des hôpitaux publics.

Depuis 1975, les subventions publiques destinées à couvrir le coût de l'investissement, qui s'élèvent en l'occurrence à 60%, sont identiques pour tous les hôpitaux, publics comme privés, alors que, dans le secteur privé, l'infrastructure est restée la propriété des hôpitaux. Divers problèmes se posent toutefois en ce

verschillende problemen op, waar de private ziekenhuizen niet of veel minder mee te maken hebben: tekorten van openbare ziekenhuizen worden niet meer gefinancierd door de hogere overheid en vallen daardoor ten laste van de ene gemeente die voor het ziekenhuis verantwoordelijk is; de behandeling van patiënten in de openbare ziekenhuizen kost meer omdat die patiënten vaker tot de meer kwetsbare groepen in de samenleving behoren (wat wijst op de belangrijke sociale rol van de openbare ziekenhuizen) en omdat hun te behandelen ziektepatroon gemiddeld zwaarder is; de informele opvang van personen door hun onmiddellijke omgeving is in de loop der jaren minder performant geworden, wat onrechtstreeks ook de kosten voor de ziekenhuizen opdrijft.

Het is belangrijk dat de sociale missie van openbare ziekenhuizen gedefinieerd wordt, zodat ze ook kan gewaardeerd worden. Die missie kan afgeleid worden uit de drie wetten van de openbare dienst: gelijkheid, continuïteit en vermogen tot aanpassing aan veranderingen.

Gelijkheid inzake de toegang tot een behandeling impliceert dat alle personen in de samenleving aan bod moeten kunnen komen in de openbare ziekenhuizen, waar de meerderheid van de private ziekenhuizen een zekere selectiviteit aan de dag legt op het vlak van de aanvaarding van patiënten en de aangeboden behandelingen. Het publieke statuut van de openbare ziekenhuizen impliceert vaak ook gebondenheid aan statutaire bepalingen inzake bezoldigingen, waardoor de kosten sneller oplopen dan bij de private ziekenhuizen. De wet van de continuïteit brengt mee dat openbare ziekenhuizen niet zomaar kunnen beslissen bepaalde behandelingen stop te zetten indien een ander openbaar ziekenhuis in dezelfde regio die behandeling niet uitvoert.

De noodzaak van aanpassingsvermogen betekent dat de openbare ziekenhuizen moeten garanderen dat de zorgen die ze verstrekken van hoge kwaliteit zijn.

De specifieke missie van het openbare ziekenhuis maakt een adequate financiering noodzakelijk. Naast de reeds vermelde financieringsproblemen zijn er bovendien ongelijkheden tussen de verschillende types van ziekenhuizen die minder duidelijk aantoonbaar zijn, maar die in de dagelijkse praktijk toch belangrijke consequenties kunnen hebben. Zo leidt de beheersautonomie van privé-ziekenhuizen vaak tot de mogelijkheid om een meer aangepast bestuur tot stand te brengen.

qui concerne le financement des hôpitaux publics, problèmes que les hôpitaux privés connaissent beaucoup moins ou ne connaissent pas du tout : les déficits des hôpitaux publics ne sont plus assumés par l'autorité supérieure et doivent dès lors être pris en charge par la seule commune qui est responsable de l'hôpital concerné. Le traitement des patients dans les hôpitaux publics est plus coûteux parce que ces patients appartiennent le plus souvent aux populations les plus vulnérables de la société (ce qui souligne le rôle social important des hôpitaux publics) et parce que leur profit pathologique nécessite en moyenne un traitement plus lourd. La prise en charge occasionnelle des patients par leur entourage direct est devenu, au fil des ans, moins performante, ce qui, indirectement, induit également une hausse du coût pour les hôpitaux.

Il est primordial de définir la mission sociale des hôpitaux publics, de manière à ce qu'elle puisse être valorisée. Cette mission découle des trois lois applicables à tout service public, à savoir les lois d'égalité, de continuité et d'adaptation au changement.

L'égalité d'accès et de traitement implique que tous les citoyens doivent pouvoir être accueillis dans les hôpitaux publics, alors que la majorité des hôpitaux privés pratiquent une certaine sélectivité en ce qui concerne l'admission des patients et les traitements offerts. Le statut d'hôpital public implique souvent aussi un certain assujettissement à des dispositions statutaires en matière de rémunérations, de sorte que les coûts y augmentent plus rapidement que dans les hôpitaux privés. La loi de la continuité implique que les hôpitaux publics ne peuvent décider de cesser certains traitements si un autre hôpital public situé dans la même région n'offre pas ce traitement.

La nécessité de s'adapter signifie que les hôpitaux publics doivent garantir la qualité des soins qu'ils dispensent.

La mission spécifique de l'hôpital public nécessite un financement adéquat. Outre les problèmes de financement déjà mentionnés, il existe également, entre les différents types d'hôpitaux, des inégalités qui sont moins facilement identifiables, mais qui peuvent tout de même avoir des conséquences importantes dans la pratique journalière. C'est ainsi que l'autonomie de gestion des hôpitaux privés leur permet bien souvent de mettre en place une structure mieux adaptée.



Ten slotte geeft de spreker toe dat sommige private ziekenhuizen ook in moeilijke omstandigheden dienen te functioneren en dat voor die categorie ook een bijzondere financiering aangewezen is. Het lid stelt vast dat zijn wetsvoorstel momenteel geen steun geniet bij een meerderheid van kamerleden. Vanuit dat gegeven koppelt hij zijn voorstel los van het wetsontwerp om te voorkomen dat het bij de goedkeuring van het wetsontwerp volledig uit het parlementaire besluitvormingsproces zou verdwijnen. Hij vraagt dat zijn wetsvoorstel zou worden opgenomen op de agenda van een volgende commissievergadering.

*De heer Jef Valkeniers (VLD)* wil reageren op het voorstel van de heer Mayeur. Hij herinnert eraan dat gemeenten met openbare ziekenhuizen vroeger de mogelijkheid hadden om sommige kosten af te wentelen op gemeenten zonder openbaar ziekenhuis.

Die bepaling was niet goed omdat hij sommige gemeenten te veel kostte en ze werd dus afgeschaft; de keerzijde van de medaille is dan weer dat de lasten voor de gemeenten met openbare ziekenhuizen soms zwaar zijn. In het verleden stelde de spreker vast dat er in openbare ziekenhuizen niet altijd zuinig met openbare middelen werd omgesprongen; hij durft zich niet uitspreken over de vraag of dat nu nog altijd het geval is. Hij vindt het niet nodig om een differentiële financiering in te voeren naargelang het statuut van een ziekenhuis omdat dit kan leiden tot een nieuwe financiële catastrofe. Bovendien is het zo dat de verschillen in noden tussen de ziekenhuizen niet zo groot zijn op voorwaarde dat het bestuur goed is. Tenslotte benadrukt de spreker dat mensen ook hun eigen verantwoordelijkheid moeten opnemen en niet alle kosten op de samenleving mogen afwentelen.

*E. Inleidende uiteenzetting van een mede-indiener van het wetsvoorstel nr 1294*

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* kan zich gedeeltelijk terugvinden in het wetsvoorstel van de heer Mayeur, maar hij vreest dat een sereen gesprek over openbare versus privé-ziekenhuizen niet mogelijk is omwille van geldgebrek en door ideologische vooropstellingen. Hij vindt dat de uitbating van een ziekenhuis niet tot de kerntaken van een gemeente behoort. Het aandeel van de openbare ziekenhuizen in de ziekenhuisverpleging gaat volgens hem in de eerste plaats achteruit door de manifest slechte regelgeving.

De heer Vandeurzen licht vervolgens wetsvoorstel 1294/1 over de inning van door gehospitaliseerde patiënten verschuldigde betalingen toe. Hij stelt vast dat

Enfin, l'intervenant admet que certains hôpitaux privés doivent également fonctionner dans des conditions difficiles et qu'il est également souhaitable d'accorder une aide spécifique à cette catégorie d'établissements. Le membre constate que sa proposition de loi ne recueille pas actuellement le soutien d'une majorité des membres de la chambre. En conséquence, il disjoint sa proposition du projet de loi afin d'éviter qu'elle ne disparaisse complètement du processus décisionnel parlementaire lors de l'adoption du projet de loi et demande qu'elle soit remise à l'ordre du jour d'une prochaine commission.

*M. Jef Valkeniers (VLD)* tient à réagir à la proposition de M. Mayeur. Il rappelle que les communes possédant des hôpitaux publics avaient autrefois la possibilité de faire endosser certains coûts par les communes n'en possédant pas.

Cette disposition n'était pas bonne, étant donné qu'elle coûtait trop cher à certaines communes. Elle a par conséquent été supprimée. Le revers de la médaille est que les charges des communes qui possèdent des hôpitaux publics sont parfois lourdes. Par le passé, l'intervenant a constaté que, dans les hôpitaux publics, les fonds publics n'ont pas toujours été utilisés avec parcimonie ; il n'ose pas se prononcer sur la question de savoir s'il en va toujours ainsi. Il estime qu'il n'est pas nécessaire d'instaurer un mode de financement qui varie en fonction du statut de l'hôpital, étant donné que cela pourrait déboucher sur une nouvelle catastrophe financière. En outre, il est vrai que les différences de besoins entre les hôpitaux ne sont pas tellement importantes si la gestion est bonne. Enfin, l'intervenant souligne qu'il faut prendre ses responsabilités et ne pas répercuter tous les frais sur la collectivité.

*E. Exposé introductif d'un des coauteurs de la proposition de loi n° 1294*

Si *M. Jo Vandeurzen (CD&V)* peut marquer son accord sur certains points de la proposition de loi de M. Mayeur, il craint toutefois qu'il ne soit pas possible d'ouvrir un débat serein sur le statut respectif des hôpitaux publics et des hôpitaux privés, et ce, en raison du manque d'argent et pour des raisons idéologiques. Il estime que l'exploitation d'un hôpital ne fait pas partie des missions essentielles d'une commune. L'intervenant estime que c'est surtout parce que la réglementation est manifestement mauvaise que la part des hôpitaux publics dans l'offre de soins hospitaliers diminue.

*M. Vandeurzen* commente ensuite la proposition de loi 1294/1 relative à la perception des montants dus par des patients hospitalisés. Il constate que le paiement



de betaling van ziekenhuisfacturen voor veel mensen problematisch is, in het bijzonder voor minder gegoeden. Daarom bevat het voorstel verschillende maatregelen die de last van die mensen kan verlichten; het gaat onder meer om een verruiming van de afbetalingsmogelijkheden, doorverwijzing naar OCMW's, beperking van verwijlresten en een restrictievere omschrijving van de taak van in-cassobureaus. Hij trekt het wetsvoorstel in de huidige stand van de bespreking in, maar rekent erop dat het buiten de context van de bespreking van het ontwerp snel op de agenda van de commissie komt en dat de medeondertekenaars van het voorstel hem daarin zullen steunen.

#### IV. — ALGEMENE BESPREKING

##### A. Betoef van de leden

De heer *Luc Goutry* (CD&V) stelt vast dat in het wetsontwerp het luik dat betrekking heeft op de ziekenhuisfinanciering twee delen bevat: een eerder technisch deel, dat uitdrukking moet geven aan de gewijzigde bevoegdheidsverdeling, en een historisch luik, dat een totaal nieuw en baanbrekend concept van financiering van ziekenhuizen invoert. De zorg die tijdens de hoorzittingen het meest naar voren kwam, had te maken met de wijze van operationalisering van het nieuwe model, die uit het ontwerp van kaderwet niet af te leiden valt. Daarvoor moet men de uitvoerings-KB's afwachten; over de inhoud van die KB's is echter nog niets geweten. De ziekenhuizen gaven aan dat ze de vervanging van bedden door pathologieën als grondslag van financiering steunen, maar dat ze een concreet stappenplan missen. Een dergelijk stappenplan zou gelijktijdig met de wet moeten voorhanden zijn, zodat het totaalplaatje zichtbaar wordt. De minister gaat er blijkbaar van uit dat een financiering in twaalfden al in juli 2002 kan ingevoerd worden; aanwijzingen over de haalbaarheid van die timing zijn er echter niet. De spreker stelt vast dat facturatie in golvende bewegingen verloopt en wijst erop dat het bestaande ritme misschien niet kan worden aangehouden in het nieuwe systeem.

Hij betreurt vervolgens het ontbreken van een concept voor de psychiatrie, dat een andere benadering vergt dan de rest van het ziekenhuiswezen. In dat domein zouden drie elementen moeten toegevoegd worden: de invoering van een zorgvernieuwingsfonds (dat de financiering in het nieuwe systeem waarborgt), de financiering van experimenten en de aanneming van een geheel van bijzondere bepalingen voor de financiering van psychiatrische verzorging (bijvoorbeeld de vastlegging van de lonen van de zorgverleners).

des factures d'hôpital pose un problème pour de nombreuses personnes, en particulier pour les moins favorisées. C'est la raison pour laquelle la proposition prévoit plusieurs mesures destinées à alléger la charge de ces personnes. Il s'agit notamment d'une extension des facilités de paiement, d'un renvoi aux CPAS, de la limitation des intérêts de retard et d'une définition plus restrictive de la mission des bureaux de recouvrement. Au stade actuel de la discussion, l'auteur retire la proposition de loi, mais espère qu'elle sera rapidement réinscrite à l'ordre du jour de la commission en dehors du contexte de la discussion du projet, et que ses cosignataires lui accorderont son soutien afin qu'il en soit ainsi.

#### IV.— DISCUSSION GENERALE

##### A. Interventions des membres

M. *Luc Goutry* (CD&V) constate que, dans le projet de loi, la partie relative au financement des hôpitaux comprend deux volets : un volet plutôt technique, qui doit traduire la nouvelle répartition des compétences, et un volet historique, qui instaure un concept de financement des hôpitaux totalement nouveau et novateur. La préoccupation la plus souvent exprimée lors des auditions concernait les modalités de mise en œuvre du nouveau modèle, modalités dont il est impossible de se faire une idée sur la base du projet de loi-cadre. Pour ce faire, il faut attendre les arrêtés royaux d'exécution ; le contenu de ces arrêtés royaux n'est cependant pas encore connu. Les hôpitaux ont indiqué qu'ils soutiendraient un financement fondé sur les pathologies et non plus sur le nombre de lits mais qu'ils ne disposaient pas d'un plan échelonné concret à cet effet. Un tel plan échelonné devrait être disponible au moment de la promulgation de la loi, de sorte que le coût total puisse être déterminé. Le ministre part visiblement du principe qu'un financement en douzièmes pourrait être instauré dès juillet 2002 ; rien n'indique cependant que ce calendrier pourra être respecté. L'intervenant constate que la facturation s'effectue par vagues et souligne que le rythme actuel ne pourra peut-être pas être maintenu dans le nouveau système.

Il déplore ensuite l'absence de concept pour la psychiatrie, qui doit faire l'objet d'une approche différente de celle des autres secteurs hospitaliers. Il conviendrait de prévoir trois éléments supplémentaires dans ce domaine : l'instauration d'un fonds de rénovation des soins (garantissant le financement du nouveau système), le financement d'expériences et l'adoption d'un ensemble de dispositions spécifiques relatives au financement des soins psychiatriques (par exemple, la fixation des honoraires des dispensateurs de soins).

Voorts, zou men moeten overwegen om het ziekenhuiswezen naar de deelstaten over te hevelen. Het gaat hier immers om een persoonsgebonden aangelegenheid, die in het streven naar meer homogene bevoegdheden tot de verantwoordelijkheid van de gemeenschappen zou moeten behoren. De CD&V-fractie dient daarom amendementen in om het nieuwe concept van ziekenhuisfinanciering te koppelen aan een dergelijke overheveling; die amendementen worden overigens bijna tot op operationeel niveau verantwoord.

Tenslotte is er het vraagstuk van de programmatiecriteria. De spreker stelt vast dat niet-doelmatige investeringen in medische machines voornamelijk in stand worden gehouden. In het kader van een evolutie naar budgetfinanciering op het vlak van de diagnostiek kan men de methode van erkenning van machines verlaten en kan er een spontane stroomlijning optreden; als dat niet gebeurt in het kader van dit ontwerp gewaagt de spreker van een verloren kans.

*De heer Jean-Jacques Viseur (PSC)* wijst erop dat het ter bespreking voorliggende wetsontwerp, dat de organisatie en de financiering van de ziekenhuizen diepgaand zal wijzigen, vooral politiek bepaald is.

Voorts mag de wetgever zich terzake niet aan zijn verantwoordelijkheden onttrekken, onder het voorwendsel dat het dossier zeer ingewikkeld en technisch is. In dat verband vindt de spreker het positief dat hij de nodige tijd heeft gekregen om de ontwerptekst te analyseren, om de mensen uit het veld te horen en om inlichtingen in te winnen bij diegenen die in de sector verantwoordelijkheden dragen. Op die manier heeft hij de inzet en de in uitzicht gestelde wijzigingen goed kunnen inschatten.

Doorgaans is iedereen het erover eens dat de huidige regeling voor de financiering van de ziekenhuizen niet langer voldoet en steeds meer ontspoord – zelfs de praktijkmensen hebben er geen vat meer op. Het is daarom noodzakelijk werk te maken van rationele aanpassingen en dit vraagstuk op een eigentijdse manier aan te pakken, zoals alle Europese landen dat overigens doen.

Om ervoor te zorgen dat het ter bespreking voorliggende wetsontwerp de beoogde doelstellingen verwezenlijkt, moet er hoe dan ook eerst algemeen vertrouwen komen in het hele systeem.

In de nieuwe financieringsregeling zullen de activiteiten van elk ziekenhuis en het daaraan gekoppelde patiëntenbestand als uitgangspunt dienen. De spreker is het daarmee eens, aangezien een dergelijke regeling in principe de dynamische ziekenhuizen bevoordeelt en de kwaliteit – veeleer dan de kwantiteit – van de zorgverstrekking beloont.

Par ailleurs, il faudrait envisager de transférer les hôpitaux aux entités fédérées. Il s'agit en effet d'une matière personnalisable, dont la responsabilité devrait, dans le cadre d'une homogénéisation des compétences, être confiée aux communautés. Le groupe CD&V présente dès lors des amendements tendant à lier le nouveau concept du financement des hôpitaux à un tel transfert ; ces amendements se justifient d'ailleurs quasiment jusqu'au niveau opérationnel.

Enfin, il y a le problème des critères de programmation. L'intervenant constate que certains investissements non fonctionnels en appareils médicaux sont maintenus. Dans le cadre d'une évolution vers le financement budgétaire en matière de diagnostic, la méthode de l'agrément des appareils peut être abandonnée au profit d'une rationalisation spontanée ; l'intervenant estime que, si l'on ne réalise pas cet objectif dans le cadre du projet de loi à l'examen, ce sera une occasion ratée.

*M. Jean Jacques Viseur (PSC)* relève le caractère avant tout politique du projet à l'examen, qui modifiera fondamentalement l'organisation et le financement des hôpitaux.

D'autre part, on ne peut, sous le prétexte de complexité des éléments techniques du dossier, échapper à sa responsabilité en tant que législateur. L'orateur se réjouit dès lors d'avoir pu bénéficier du temps nécessaire à l'examen du texte proposé, à l'audition des acteurs de terrain et à la consultation des responsables du secteur, de sorte qu'il aura pu mesurer les enjeux des modifications proposées.

Un large consensus existe pour reconnaître l'essoufflement du système actuel de financement hospitalier ainsi que l'absence croissante de maîtrise de celui-ci, même par les praticiens de terrain. Il est donc nécessaire d'y apporter des modifications rationnelles, en abordant de façon moderne, à l'instar de l'ensemble des pays européens, cette problématique.

Une première condition pour que le projet à l'examen remplisse sa vocation est de créer une confiance de tous envers le système.

Le nouveau modèle de financement sera défini par l'activité de l'hôpital, liée aux patients. Il recueille l'approbation de l'intervenant étant donné qu'il devrait en principe favoriser les hôpitaux dynamiques et récompenser la qualité plutôt que la quantité des soins.

In het licht van een op gesloten enveloppes gebaseerde begroting blijft het echter van wezenlijk belang dat de financieringsregeling zo transparant en zo objectief mogelijk is. Het zou niet door de beugel kunnen dat gebrekkig in de praktijk omgezette criteria de nieuwe regeling ten goede doen komen aan de slechtst beheerde ziekenhuizen, waardoor een definitieve breuk ontstaat in het vertrouwen dat nu nét onontbeerlijk is om de medewerking van alle betrokkenen te verkrijgen.

In verband met de geldigheid van de gegevens inzake de medische activiteit, stipt de spreker aan dat een begroting met gesloten enveloppes vereist dat niemand fraudeert en dat de verdeling van de middelen volgens objectieve criteria geschiedt. De nieuwe regeling kan pas succesvol zijn als zij bestand is tegen onvolkomenheden en als willekeur bij de controle op de ziekenhuisactiviteiten wordt voorkomen.

In dat verband is het fundamenteel te voorzien in échte verantwoordelijkheden en in een effectieve controle op de geldigheid van de gegevens inzake de ziekenhuisactiviteiten. Momenteel worden die activiteiten geregistreerd via de MKG- en de AP-DRG-meetcriteria. Die activiteiten moeten objectief gemeten worden. De mensen die terzake tijdens hoorzittingen of in het veld werden gehoord, hebben evenwel de vrees geuit dat de in die meetmodellen verkregen gegevens gemanipuleerd kunnen worden. De Staat moet die manipulaties dus voorkomen.

Twee voorbeelden om te illustreren dat die vrees terecht is:

- een arts die de mensen opleidde die de voormelde gegevens moesten codificeren, gaf aan dat sommige ziekenhuisbeheerders de betrokkenen vroegen de gegevens «bij te schaven», teneinde het ziekenhuis in kwestie een betere *ranking* te bezorgen;
- een consultancy-bureau biedt programma's aan om de ziekenhuisgegevens te optimaliseren en laat zich betalen op grond van een percentage dat overeenstemt met de hogere financiering die door de bijsturing van de MKG-gegevens werd verkregen. Dergelijke praktijken komen ten laste van de samenleving en zijn dan ook onaanvaardbaar – zeker als men bedenkt dat dit percentage in sommige contracten oploopt tot 60% van de verkregen winsten.

Bovendien heeft de minister van Sociale Zaken erkend dat de controles niet doeltreffend genoeg zijn: uit de door hem opgegeven cijfers (twee artsen van het ministerie controleren 36 dossiers per ziekenhuis en 14.796 opnames werden daadwerkelijk gecontroleerd) blijkt dat de controles ontoereikend zijn en dat zij te sporadisch zijn om fraude en vergissingen te voorkomen.

Il n'en demeure pas moins capital que, dans le cadre d'un mécanisme budgétaire en enveloppes fermées, le système de financement soit d'une transparence et d'une objectivité les plus grandes possibles. Il serait inacceptable que des critères mal gérés transforment le nouveau système en un soutien aux hôpitaux administrés de la plus mauvaise manière et ruinent en définitive la confiance indispensable à la participation de tous les acteurs audit système.

Abordant la validité des données de l'activité médicale, l'orateur indique que dans le cadre d'un budget à enveloppes fermées, tous ont intérêt à ne pas frauder et à faire en sorte que la répartition des moyens se fasse en fonction de critères objectifs. Pour que le nouveau système soit une réussite, il est indispensable de se prémunir à l'égard de toute insuffisance et d'éviter l'arbitraire dans le contrôle de l'activité des hôpitaux.

A cet égard, la responsabilité et le caractère effectif du contrôle de la validité des données de l'activité de l'hôpital sont fondamentales. Cette activité, actuellement enregistrée par le biais des instruments RCM et AP-DRG, doit être mesurée de façon objective. Or, les personnes entendues lors des auditions ou sur le terrain expriment leurs craintes quant à une manipulation des données rassemblées dans ces modèles. L'État doit dès lors empêcher ces manipulations.

Deux exemples illustrent la pertinence de ces craintes :

- un médecin formateur des codificateurs des données précitées témoignait de ce que ces personnes étaient invitées par certains gestionnaires hospitaliers à « améliorer » ces données en question de manière à embellir la position de l'hôpital considéré ;
- une société de consultance propose des programmes d'optimisation des données des hôpitaux et se rémunère sur la base d'un pourcentage du différentiel de financement obtenu par l'« amélioration » des données RCM. Lorsqu'on sait que ce pourcentage se chiffre dans certains contrats à 60 % des gains obtenus, c'est inacceptable car ce pourcentage est à charge de la collectivité.

Le ministre des Affaires sociales a en outre reconnu le manque d'efficacité du contrôle : les précisions chiffrées fournies par lui (deux médecins du ministère contrôlent 36 dossiers par hôpitaux et 14.796 admissions ont été effectivement contrôlées) démontrent l'insuffisance du contrôle ainsi que son caractère trop aléatoire pour éviter les fraudes et les erreurs.

De spreker onderstreept bijgevolg de noodzaak van een procedure die de validiteit van de bezorgde gegevens garandeert. De administratie beschikt echter over weinig middelen en heeft het moeilijk om controleartsen in dienst te nemen of te houden. Om dat probleem te omzeilen, zou deze procedure kunnen worden ingesteld op basis van de reeds bestaande en functionerende structuren binnen de verzekeringsinstellingen.

De spreker kondigt aan dat hij een amendement in die zin gaat indienen, dat ertoe strekt de MKG-gegevens via de verzekeringsinstellingen te laten gaan, zodat ze door de controleartsen van die instellingen kunnen worden gecontroleerd en worden opgenomen in medische-activiteitsverslagen, die door een paritair samengestelde structuur onder de loep worden genomen.

Die betrouwbaar gemaakte gegevens kunnen de grondslag vormen voor de opmaak van de begroting met betrekking tot de financiële middelen voor de ziekenhuizen en de forfaits per specialisme. Tevens maken zij het mogelijk de kwaliteitscontrole in de ziekenhuizen zelf te bespoedigen.

Vervolgens staat de spreker stil bij de verantwoordelijkheid van de ziekenhuisbeheerders en -artsen. In dat verband stipt hij aan dat alle betrokkenen meer verantwoordelijkheid moeten dragen om aldus de betrouwbaarheid van en het vertrouwen in het systeem op peil te brengen. De ontworpen tekst heeft tot gevolg dat de verantwoordelijkheid voor de begrotingstekorten in de ziekenhuizen wordt doorgeschoven naar de ziekenhuisbeheerders. Die moeten inderdaad een effectieve verantwoordelijkheid dragen, maar zij zouden die moeten delen met al wie bij de ziekenhuiswerking betrokken is. Bovendien is controle terzake onontbeerlijk.

Een medische prestatie is, net als een attest van zorgverlening, een handeling die onder de « nomenclatuur » valt. Het gaat hier dus om een veelbetekenende financiële verbintenis. Het ware wenselijk mochten alle artsen die verbintenis formeel maken door al hun diagnoses te ondertekenen.

Weliswaar lijkt het niet raadzaam om *a priori*, dat wil zeggen op het ogenblik van de ziekenhuisopname, een controle uit te voeren, maar we moeten ons wel de middelen verschaffen om *a posteriori* individuele controles uit te voeren op grond van het medisch dossier. Daarenboven moeten de artsen meer betrokkenheid aan de dag leggen bij de financiële implicaties van een ziekenhuisopname.

In de betrouwbare overbrenging van de gegevens inzake de ziekenhuisactiviteiten zijn voorts ook de verant-

L'intervenant souligne dès lors la nécessité d'instaurer une procédure qui garantisse la validité des données transmises. Compte tenu de la modicité de moyens disponibles au niveau de l'administration et de la difficulté de recruter ou de maintenir en services les médecins contrôleurs, cette procédure pourrait être instituée sur la base de ce qui existe et fonctionne au sein des organismes assureurs.

L'orateur annonce le dépôt d'un amendement en ce sens, qui prévoit le transit des données RCM au sein des organismes assureurs, leur contrôle par les médecins contrôleurs de ces derniers et leur traduction sous la forme de rapports d'activités médicales examinés paritairement.

Ces données fiabilisées pourraient servir de base à l'établissement du budget des moyens financiers de l'hôpital et des forfaits des spécialités et permettraient d'accélérer le contrôle de qualité au sein de l'hôpital.

Evoquant ensuite la responsabilité des gestionnaires et des médecins hospitaliers, le membre signale que pour obtenir la fiabilité ainsi que la confiance dans le système, il convient d'augmenter la responsabilité de tous les intervenants. Le texte proposé entraîne le transfert de la responsabilité des déficits budgétaires des hôpitaux vers les gestionnaires hospitaliers. Cette responsabilité doit être effective mais elle doit être partagée par tous les acteurs de l'institution hospitalière et elle ne se conçoit pas sans contrôle.

Si l'on considère l'acte médical, celui-ci, constitue, au même titre que l'attestation de soins, un acte « nomenclaturé » qui est un engagement financier déterminant. Il serait souhaitable que chaque médecin formalise cet engagement en signant l'ensemble des diagnostics posés.

Si un contrôle *a priori* au moment de l'hospitalisation n'est pas souhaitable, il convient toutefois de se donner les moyens d'un contrôle individuel *a posteriori* sur la base du dossier médical et d'impliquer les médecins dans les actes financiers qu'ils posent en matière d'hospitalisation.

D'autre part, la responsabilité du gestionnaire ainsi que son rôle dans la transmission fiable de données



woordelijkheid en de rol van de ziekenhuisbeheerder behoorlijk groot. Ware het niet aangewezen hem strafrechtelijk verantwoordelijk te maken in geval van «bijschaving» van de MKG-gegevens (zie het hierboven gegeven voorbeeld), net zoals dat in het Amerikaanse rechtsbestel het geval is?

Bovendien zou het passend zijn indien, bij bewezen fraude in de overbrenging van de gegevens, de terugvordering voor de helft geschiedt ten laste van de ziekenhuisbegroting, en voor de andere helft ten laste van de artsenhonoraria.

De spreker gaat ook akkoord met de suggestie die de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen tijdens de hoorzittingen hebben gedaan, met name dat de adviserend artsen van die instellingen, na een gepaste opleiding, de controle op zich zouden kunnen nemen die onontbeerlijk is voor een goede werking van het systeem.

Dan zijn er ook nog het prospectieve financiële beheer en de controle op de ziekenhuisbegroting. In dat verband vindt de spreker dat het financiële beheer van de ziekenhuizen onder strikte voorwaarden zou moeten gebeuren, via een veralgemening van de prospectieve, *a priori* op te maken begroting en via een begrotingscontrole in de loop van het jaar.

Ook ware het nuttig een «prudentiële» controle door een regeringsafgevaardigde in te voeren. Die zou de begroting *a priori* moeten controleren, zoals dat bijvoorbeeld bij de universiteiten gebeurt.

Teneinde een grotere transparantie en openbaarheid te waarborgen op het vlak van de werking en de boekhouding van de ziekenhuizen, moet evenzo de verplichting tot openbaarheid gelden voor de boekhoudkundige gegevens van de ziekenhuisinstellingen.

Die – voor de meeste vennootschappen geldende – verplichting zou een vorm van onderlinge toetsing onder gelijken («*peer review*») mogelijk maken, alsmede de instelling van een zogenaamde *benchmarking*, waarbij op een aantal instellingen vergelijkend onderzoek naar de beste praktijkvoering wordt verricht. Gelet op de functie van openbare en sociale dienstverlening die de ziekenhuizen vervullen en op het feit dat de Staat jaarlijks 150 miljard frank aan die sector besteedt, is voormelde verplichting hoegenaamd niet onredelijk.

Wat de toepassing van de nieuwe regeling betreft, vindt de spreker het interessant om een financiering in te stellen op grond van een aantal verantwoorde bedden. Die regeling kan dan wel tot een incoherentie leiden voor de ziekenhuizen die, voor hun financiering, een verantwoorde activiteit moeten omschrijven maar tevens de erkenningsnormen moeten blijven nakomen.

d'activités sont importants. Ne conviendrait-il pas d'envisager la responsabilité pénale de ce dernier, en cas d'« adaptation » des données RCM (cfr l'exemple cité ci-dessus), à l'instar de ce qui est prévu en droit américain ?

En outre, il serait indiqué de prévoir qu'en cas de fraude avérée dans la transmission des données, la récupération se fasse pour moitié, respectivement à charge du budget de l'hôpital et des honoraires médicaux.

L'intervenant retient également la suggestion formulée par les représentants des organismes assureurs auditionnés, visant à ce que les médecins conseils de ces organismes, puissent, après une formation appropriée, assurer la fonction de contrôle indispensable au bon fonctionnement du système.

S'attachant par ailleurs à la gestion financière prospective et au contrôle budgétaire de l'hôpital, l'orateur estime qu'il convient d'imposer aux hôpitaux les conditions d'une gestion financière rigoureuse par la généralisation du budget prospectif *a priori* et par l'instauration d'un contrôle budgétaire en cours d'année.

Il serait également utile d'instaurer un contrôle « prudentiel » par un délégué du gouvernement, chargé de contrôler le budget *a priori*, à l'instar de ce qui s'effectue par exemple au sein des universités.

De même, il conviendrait d'imposer la publicité des données des comptes des institutions hospitalières, pour garantir plus de transparence et de publicité quant au fonctionnement et à la comptabilité des hôpitaux.

Cette obligation, qui existe pour la plupart des sociétés, permettrait une forme de contrôle par les pairs ainsi que l'instauration d'un *benchmarking* entre institutions, par la comparaison des meilleures pratiques. Elle n'est pas déraisonnable eu égard à la fonction publique et sociale que remplissent les hôpitaux et au fait que l'État leur consacre plus de 150 milliards de francs par an.

En ce qui concerne la mise en application du nouveau système, l'intervenant considère comme intéressante l'instauration du financement basé sur des lits justifiés. Toutefois une incohérence existera au sein des hôpitaux qui, pour le financement, devront définir une activité justifiée mais également continuer à respecter les normes d'agrément.



Het ware interessanter geweest om - rekening houdend met de duurtijd van de overgangperiode tussen beide regelingen – enige reflectie over die erkenning-normen op gang te brengen: gedurende 10 jaar zullen in ieder ziekenhuis immers de respectieve berekeningen van de ligdagprijs en van de verantwoorde activiteit naast elkaar blijven bestaan. Alsof het allemaal nog niet complex genoeg zou zijn, komt daar nog bij dat de berekening van de verantwoorde activiteit slechts op 80% daarvan betrekking heeft, want 20% van de ziekenhuis-financiering hangt samen met het aantal opnames.

Dat is de Achilleshiel van de ontworpen tekst. Het ware beter geweest de nieuwe financieringsregeling geleidelijk, met 10% op jaarbasis, toe te passen voor de eerste drie jaar en daarna (vanaf 2005) naar een bijkomende verhoging met 20% te gaan, zodat de definitieve regeling vanaf 2007 in werking zou kunnen treden.

Volgens de spreker vormt het beheer van en de controle op de opnames en de heropnames een ander moeilijk punt op het vlak van de toepassing van de regeling. Het zou immers best kunnen dat het aantal opnames zo spectaculair toeneemt dat het thans geldende controle-systeem de zaken niet aankan.

Daartegenover staat wel dat diverse groepen specialisten momenteel het opnamebeleid bestuderen en dat de minister heeft aangekondigd te voorzien in een buffer door het aantal verantwoorde bedden tot 107 % van het totaal aantal erkende bedden te beperken.

In het verlengde van voormelde suggestie die werd aangereikt omtrent de controle op de gegevens van de diverse aandoeningen, ware het evenwel wenselijk om terzake tot een gegevensuitwisseling met de verzekering-sinstellingen te komen, teneinde een sluitende controle te waarborgen.

Ook hier wordt ernaar gestreefd de validiteit van de in het systeem opgenomen basisgegevens te waarborgen, om aldus het vertrouwen van alle actoren te winnen.

Wat voorts de dagverpleging betreft, wijst de spreker erop dat die formule voor een deel van de bevolking een aantal voordelen biedt ten opzichte van de klassieke ziekenhuisopname: zowel voor de patiënt als op het vlak van de te verwachten besparingen, is dat dus een goede zaak.

Die besparingen bleken echter onder de verwachtingen te liggen aangezien de dagverpleging jaarlijks een gemiddelde stijging van 15% vertoonde, terwijl de algemene groeinorm voor de gezondheidssector 1,5% bedroeg.

Bovendien bestaan zeer uiteenlopende verschillen tussen de forfaitaire bedragen per ziekenhuisopname in dagverpleging die aan de diverse instellingen worden toegekend.

Il aurait été plus intéressant de lancer d'emblée une réflexion relative aux normes d'agrément et ce, compte tenu de la longueur de la période de transition entre les deux systèmes : durant 10 ans coexisteront en effet au sein de chaque hôpital les calculs respectifs du prix de journée et de l'activité justifiée. S'ajoute en outre la complication découlant du fait que le calcul de l'activité justifiée ne porte que sur 80 % de celle-ci, étant donné que 20 % du financement hospitalier est lié aux admissions.

Le texte proposé pêche-là par sa faiblesse. Il aurait été plus indiqué d'appliquer le nouveau système de financement progressivement à concurrence de 10 % par an pour les trois premières années, pour passer à une progression de 20 % supplémentaire dès 2005 et aboutir au système définitif dès 2007.

Une autre difficulté d'application réside, selon l'orateur, dans la gestion et le contrôle des admissions et des réadmissions. On pourrait en effet assister à une explosion du nombre d'admissions, pour lesquelles le système de contrôle n'est actuellement pas satisfaisant.

Certes, divers groupes de spécialistes travaillent sur la politique en matière d'admission et le ministre a annoncé l'instauration d'un garde-fou par la limitation du nombre de lits justifiés à concurrence de 107 % du nombre total de lits agréés.

Il serait toutefois souhaitable, dans le prolongement de la suggestion formulée ci-dessus en ce qui concerne le contrôle des données de pathologies, de permettre le transit des données par les organismes assureurs, afin d'assurer le contrôle des admissions.

Ici encore, le souci est de garantir la validité des données qui sont à la base du système et d'instaurer la confiance de tous les acteurs.

Abordant ensuite l'hospitalisation de jour, l'intervenant indique que celle-ci présente, pour une partie de la population, des avantages par rapport à une hospitalisation classique, tant pour le bénéfice du patient, que pour les économies escomptées.

Or, les économies n'ont pas été celles que l'on espérait étant donné que l'hospitalisation de jour a connu une croissance annuelle moyenne de 15 % alors que la norme de croissance générale du secteur des soins de santé était de 1,5 %.

De plus, de grandes disparités existent entre les forfaits par hospitalisation de jour accordés aux différentes institutions.

De integratie van de dagverpleging in het ziekenhuisbudget leidde in positieve zin tot een in alle ziekenhuizen gestroomlijnde prijs van de activiteit in dagverpleging.

Die integratie van deze vorm van ziekenhuisopname vergt evenwel enige voorbereiding. Onder meer gelet op het specifieke profiel van hun patiënten (grote afstand tussen ziekenhuis en woonst, gezinstoestand, sociaal-economische kenmerken van de patiënten) hebben sommige ziekenhuizen tot dusver een soortgelijke ziekenhuisopname niet uitgebouwd. Althans voor de 32 aandoeningen die daarvoor wellicht in aanmerking komen, zullen zij dat moeten doen. Voor die ziekenhuizen levert het feit dat dagverpleging voor 1,32 van een verantwoorde dag wordt gerekend, geen enkel voordeel op.

Men had die overgang dus moeten voorbereiden. Met name had men vooraf de voorwaarden inzake de opvangstructuur voor dagverpleging moeten vastleggen of bepalen hoe de overschakeling van de klassieke ziekenhuisopname naar de dagverpleging economisch kan worden gerechtvaardigd.

De spreker vraagt zich tevens af wat te gebeuren staat mocht een arts, voor een van de 32 aandoeningen waarvoor wordt gesteld dat een klassieke ziekenhuisopname als oneigenlijk gebruik moet worden aangemerkt, van oordeel zijn dat de patiënt op het einde van de dag niet naar huis mag worden teruggestuurd.

Als men het voorts heeft over een oneigenlijke aanwending van de klassieke ziekenhuisopname, hanteert men daarbij een vrij ongelukkige woordkeuze. In deze, noch in enige andere *praxis* is het niet aangewezen om met de vinger te wijzen naar slechte praktijkvoeringen die zorgverleners, bij het aanbevelen van de ene dan wel de andere vorm van ziekenhuisopname, zouden toepassen. De doelstelling moet zijn om de mogelijkheid te scheppen om binnen de ziekenhuispraxis tot een optimaler evenwicht te komen. Dat is alleen mogelijk als eenieder via zogenaamd «peer review»-onderzoek voor zijn verantwoordelijkheden wordt geplaatst.

Wat de universitaire ziekenhuizen betreft, verheugt de spreker zich erover dat de specifieke taken van die ziekenhuizen worden erkend en dat daaraan een bijzondere financiering gekoppeld wordt.

Hij maakt zich evenwel zorgen over de gevolgen die de toepassing van artikel 50 van de ontworpen tekst voor de Franse Gemeenschap zal hebben. Voormeld artikel voorziet in één universitair ziekenhuis per universiteit met een faculteit geneeskunde met volledig leerplan. Een en

L'effet positif de l'intégration de l'hospitalisation de jour dans le budget hospitalier réside dans le lissage pour tous les hôpitaux du prix de l'activité en hospitalisation de jour.

L'intégration de cette forme d'hospitalisation nécessite toutefois une certaine préparation. Certains hôpitaux, en raison notamment des caractéristiques de leur bassin de population (éloignement, situation familiale, caractéristiques socio-économiques des patients) n'ont pas développé jusqu'à présent ce type d'hospitalisation et devront le faire, en tous cas pour les 32 pathologies pressenties. Pour ces hôpitaux, la valorisation du séjour en hospitalisation de jour à 1,32 d'une journée justifiée ne présente pas d'avantages.

Il aurait dès lors fallu préparer cette transition et notamment définir à priori les conditions de la structure d'accueil en hospitalisation de jour ou les justifications économiques du transfert hospitalisation classique/hospitalisation de jour.

L'intervenant s'interroge également sur la situation qui se présenterait si pour une des 32 pathologies définies comme « hospitalisation classique abusive », le médecin estimait que le patient ne peut être renvoyé à domicile à la fin de la journée.

Au demeurant les termes « hospitalisation classique abusive » sont maladroits. Il n'est pas indiqué, dans cette pratique comme dans d'autres, de pointer de mauvaises pratiques de la part de dispensateurs de soins qui recommandent l'un ou l'autre mode d'hospitalisation. L'objectif doit être de permettre d'atteindre un meilleur équilibre au sein de la pratique hospitalière. Cela passe par une responsabilisation de chacun et des examens en « peer review ».

En ce qui concerne les hôpitaux universitaires, l'orateur se réjouit que ses missions spécifiques soient reconnues et qu'un financement particulier y soit attaché.

Il s'inquiète toutefois des conséquences qu'aura en Communauté française l'application de l'article 50 alinéa du texte proposé (qui prévoit un seul hôpital universitaire par université disposant d'une faculté de médecine avec cursus complet), en particulier pour les

ander zou inzonderheid gevolgen hebben voor de universitaire ziekenhuizen van Mont Godinne, die niet langer als universitair zouden worden aangemerkt. Een van de eerste gevolgen zal zijn dat het personeel gedemotiveerd geraakt. De ziekenhuisartsen die in universitaire instellingen werken, zijn haast uitsluitend loontrekkend en verbonden aan een enkel ziekenhuis. Practici opteerden doorgaans voor die, ten opzichte van hun collega's financieel minder gunstige situatie omdat zij op die manier verder een doorgedreven academische vorming konden blijven krijgen. Zo het ziekenhuis niet langer universitair is, verliezen de artsen die mogelijkheid om hun kennis in een academisch milieu verder te ontwikkelen. Het risico is dan verre van denkbeeldig dat dit ziekenhuis, het enige binnen de Franse Gemeenschap in dat geval, zal moeten toezien hoe zijn practici naar privé-artsenpraktijken dan wel naar de overige universitaire ziekenhuizen zullen uitwijken.

De patiënten, en in het bijzonder die van de rurale gebieden in de provincies Namen en Luxemburg, zullen bijgevolg te lijden hebben onder die situatie omdat ze niet langer op een aanvaardbare afstand van hun woonplaats toegang zullen hebben tot een meer doeltreffende verzorging, die voortvloeit uit het feit dat de ziekenhuizen van Mont-Godinne universitaire instellingen zijn.

Volgens de spreker behoort de regel die het artikel 50 van het wetsontwerp bevat, te worden weggelaten of op zijn minst afgezwakt door voor de verdeling van universitaire ziekenhuizen een regel vast te stellen die berust op de behoeften inzake opleiding van de artsen, rekening houdend met het aantal studenten die aan elke universiteit zijn ingeschreven; hij kondigt amendementen in die zin aan. Is het immers normaal dat een universiteit zoals de UCL, die 60 % van de artsen van het land opleidt, slechts één universitair ziekenhuis heeft, net als een universiteit zoals de VUB, die slechts 2 à 3 % van de artsen vormt?

De spreker vraagt vervolgens wat er zal gebeuren met een reeks van bepalingen waardoor sommige algemene ziekenhuizen bepaalde universitaire functies konden vervullen : wat zal er gebeuren met de universitaire bedden die worden gedecentraliseerd in de algemene ziekenhuizen en met de dienstenovereenkomsten die sommige algemene ziekenhuizen de mogelijkheid boden functies te vervullen die volgens de ontworpen tekst tot de taak van de universiteiten behoren ?

Zouden geen overeenkomsten moeten worden gesloten met diensten in algemene ziekenhuizen, die dan dezelfde verplichtingen zouden hebben als de als universitair beschreven functie en die dan een specifieke financiering zouden genieten ?

cliniques universitaires de Mont Godinne, qui perdraient leur vocation universitaire. Une des premières conséquences sera la perte de motivation du personnel. En effet, les médecins hospitaliers au sein des institutions universitaires sont pratiquement exclusivement salariés et mono-hospitaliers. Cette situation financière moins favorable que celle de leurs confrères a généralement été choisie par les praticiens soucieux de poursuivre un cursus académique poussé. Dès lors que l'hôpital n'est plus universitaire, les médecins perdent cette possibilité de développer leur compétence dans un cadre académique. On risque dès lors de voir cet hôpital, le seul concerné en Communauté française, perdre ses praticiens qui se tourneront soit vers une médecine privée, soit vers les hôpitaux universitaires restants.

Les patients, et en particulier ceux des zones rurales des provinces de Namur et de Luxembourg, pâtiront en conséquence de cette situation car ils ne pourront plus bénéficier des soins plus performants, à une distance raisonnable de leur domicile, liés au caractère universitaire des cliniques de Mont-Godinne.

L'intervenant estime dès lors qu'il serait indiqué (et il annonce le dépôt d'amendements en ce sens) de supprimer la règle contenue à l'article 50 proposé ou à tout le moins de la tempérer en définissant une règle de répartition des hôpitaux universitaires basée sur les besoins de formation des médecins eu égard aux étudiants inscrits dans chaque université. Est-il en effet normal qu'une université, comme l'UCL qui forme 60 % des médecins du pays, dispose d'un seul hôpital universitaire au même titre qu'une université comme la VUB qui n'en forme que 2 ou 3 % ?

L'orateur s'enquiert ensuite du sort d'une série de dispositions qui permettraient à certains hôpitaux généraux d'exercer certaines fonctions universitaires : que deviendront les lits universitaires décentralisés dans les hôpitaux généraux et qu'en sera-t-il des conventions de services qui permettraient à certains hôpitaux généraux d'assurer les fonctions telles que décrites dans le texte proposé comme relevant de la fonction universitaire ?

Ne conviendrait-il pas de conclure des accords avec des services dans des hôpitaux généraux, services qui seraient tenus de mêmes obligations que ceux assumant la fonction décrite comme universitaire et qui bénéficieraient d'un financement spécifique ?

De spreker geeft voorts aan dat alle ziekenhuizen, ongeacht de plaats waar ze zich bevinden of hun statuut (openbaar of privé), een sociale functie moeten vervullen.

Sommige ziekenhuizen hebben te kampen met specifieke sociale situaties. Die moeten worden geobjectiveerd en de voor de sociale functies noodzakelijke tegemoetkomingen van de Staat moeten afhangen van de zieke en niet van de instelling. Zo niet dreigt men te maken te krijgen met armenziekenhuizen die kansarme segmenten van de bevolking opvangen, maar voor wie ook minder doeltreffende medische technieken worden gebruikt.

Om de objectieve gegevens van de sociale functie te bepalen, is het onontbeerlijk een onderzoek uit te voeren waarin de gemiddelde verblijfsduur per pathologie wordt bestudeerd tussen patiënten die al dan niet de sociale franchise genieten. Die criteria inzake gemiddelde verblijfsduur zouden de mogelijkheid moeten bieden een verdeelsleutel van het budget vast te stellen.

De financieringswijze van die sociale functie moet de vrije ziekenhuiskeuze door de patiënt waarborgen. De ziekte moet gelden als criterium voor de keuze van het ziekenhuis of van de dienst, niet de armoede van de patiënt.

De spreker brengt vervolgens de stabiliteit van de begroting te berde en wijst op het belang, meer bepaald voor de ziekenhuisbeheerders die te kampen hebben met thesaurieproblemen, van het nieuwe systeem van aanbataling in twaalfden. Die wijze van budgettaire vereffening zal echter alleen mogelijk zijn als de algemene begroting van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering toereikend zal zijn om de behoeften te dekken. Het bedrag van de onbetaalde ziekenhuisfacturen is thans echter astronomisch hoog en de situatie blijft dramatisch voor de ziekenhuizen, ondanks de geregelde thesaurievoorschotten vanwege RSZ-Globaal Beheer.

Voorts constateert men dat de schuld van het RIZIV bij de ziekenhuizen naar verhouding van het tekort van het RIZIV toeneemt.

Zolang er geen zekerheid bestaat over een regelmatige financiering van het RIZIV en van de ziekenhuizen zullen vertragingen optreden in de betalingen, ongeacht of er al dan niet provisionele betalingen zijn in twaalfden.

De spreker heeft voorts vragen over de daadwerkelijke afschaffing van de lasten van de kaskredieten indien de betaling aan de ziekenhuizen niet tijdig wordt uitgevoerd. Hou zou het ook staan met de achterstallige

Abordant ensuite la fonction sociale de l'hôpital, l'intervenant indique que tous les hôpitaux, quelque soit leur localisation ou leur statut (public ou privé) ont une telle fonction à assurer.

Certains hôpitaux sont confrontés à des situations sociales spécifiques. Il convient de les objectiver et il faut que les interventions de l'État nécessaires à la fonction sociale le soient en fonction du malade et non de l'institution. A défaut, on risque d'aboutir à la création d'hôpitaux de pauvres qui recueillent des populations défavorisées mais qui pourraient également, en conséquence, bénéficier de techniques médicales moins performantes.

Pour déterminer les données objectives de la fonction sociale, il est indispensable de procéder à une étude comparant les durées moyennes de séjour par pathologie entre patients bénéficiant ou non de la franchise sociale. Ces critères de durée moyenne de séjour devraient permettre de définir une clé de répartition du budget.

Le système de financement de cette fonction sociale doit donc être tel qu'il garantit le libre choix de l'hôpital au patient. La maladie doit être le critère de choix de l'hôpital ou du service et non la situation de pauvreté du patient.

Evoquant ensuite la stabilité du budget, le membre souligne l'intérêt, en particulier pour les gestionnaires d'hôpitaux confrontés à des problèmes de trésorerie, du nouveau système de paiement par des versements provisionnels par douzièmes. Toutefois, cette modalité de liquidation budgétaire ne sera possible que si le budget général de l'INAMI est suffisant pour couvrir les besoins. Or, le montant des factures hospitalières en souffrance atteint actuellement des montants insensés et la situation demeure dramatique pour les hôpitaux, en dépit des avances de trésorerie régulièrement faites par l'ONSS, gestion globale.

On constate en outre que la dette de l'INAMI envers les hôpitaux croît proportionnellement au déficit de l'INAMI.

Tant qu'il n'y aura pas de certitude quant à une alimentation financière régulière de l'INAMI et des hôpitaux, des retards de paiement subsisteront, qu'il y ait ou non paiements provisionnels par douzièmes.

L'intervenant s'interroge d'autre part sur la suppression effective des charges de crédit de caisse si le paiement aux hôpitaux n'est pas exécuté à temps. Qu'en serait-il également des arriérés de paiement qui affecte-



betalingen die betrekking zouden hebben op de 20 % ziekenhuisfinanciering die verband houdt met de opnames ?

Als gevolg van wat werd gezegd tijdens de hoorzittingen betreurt de spreker ook dat te vaak wijzigingen worden aangebracht aan de spelregels, onder het mom van het algemeen welzijn, van de instandhouding van het systeem of van de kwaliteit van de verzorging. Er zou moeten worden gezorgd voor de voorwaarden die het vertrouwen waarborgen en er zou moeten worden op toegezien dat slechts jaarlijks wijzigingen worden doorgevoerd.

Er moet ernstig worden nagedacht over de structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen. Verschillende federaties van ziekenhuizen en rusthuizen hebben aldus gewezen op een reeks van door het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid opgelegde activiteiten waarvoor de financiering onbestaande of ontoereikend is.

De ziekenhuizen moeten normen in acht nemen, zowel op het stuk van de voorzieningen in de verblijfskamer als op dat van het aantal verpleegsters dat in dienst moet worden genomen.

Er bestaat evenwel nog altijd een jaarlijks verschil van circa 200.000 BEF tussen de reële kosten en de financiering van een voltijdse werknemer.

Zo ook trachtte men in het Waalse Gewest en in het Brusselse Gewest met banenplannen werklozen opnieuw aan de slag te krijgen in de sector van de gezondheidszorg, maar de aanpassing van de subsidies die daartoe worden uitgetrokken, hield geen gelijke tred met de ontwikkeling van de kostprijs van die banen.

Tot slot moeten de zorginstellingen normen in acht nemen, maar de financiering dekt slechts de helft van de opgelegde kosten. Indien de openbare financiering niet toereikend is om de ziekenhuizen in staat te stellen al die kosten te dragen, zullen ze ongetwijfeld gehinderd worden in hun streven naar een goed beheer van de gezondheidszorg en dreigen de vereisten inzake kwalitatieve zorgverlening en volksgezondheid op de achtergrond te raken.

Wat ten slotte het vraagstuk van het verschillend consumptiegedrag betreft, betreurt de spreker de simplistische benadering van sommigen als zouden de Waalse ziekenhuizen in vergelijking met de andere het geld over de balk gooien.

De recente studie van het christelijk ziekenfonds toont intengendeel de objectiviteit aan van de verschillen in medische consumptie, aan de hand van parameters als maatschappelijke status, leeftijd en gezondheids-toestand van de betrokken bevolkingsgroepen.

raient les 20 % de financement hospitalier liés aux admissions ?

L'orateur déplore également, à la suite d'intervenants lors des auditions, que trop de modifications soient trop souvent apportées aux règles du jeu, sous le prétexte du bien de tous, de la sauvegarde du système ou de la qualité des soins. Il conviendrait d'instaurer les conditions qui garantissent la confiance et de veiller à ce que les modifications ne soient qu'annuelles.

En ce qui concerne le sous-financement structurel des hôpitaux, il convient d'y réfléchir sérieusement. Plusieurs fédérations d'hôpitaux et de maisons de repos ont ainsi relevé une série d'activités imposées par le ministère des Affaires sociales et de la Santé publique pour lesquelles le financement n'existe pas ou est insuffisant.

Les hôpitaux doivent respecter des normes tant en matière d'équipement de la chambre de séjour qu'en ce qui concerne le nombre d'infirmières à engager.

Or, il persiste un écart de  $\pm$  200.000 francs par an, entre le coût réel et le financement d'un travailleur à temps plein.

De même, en régions wallonne et bruxelloise, des plans de résorption de chômage ont visé à remettre au travail des chômeurs dans le secteur des soins de santé mais l'adaptation des subventions prévues pour financer ces emplois n'a pas suivi l'évolution des coûts de ces postes de travail.

Enfin, des normes sont imposées aux établissements de soins mais le financement ne couvre que la moitié des coûts imposés.

Il est un fait que si le financement public n'est pas suffisant pour permettre aux hôpitaux d'assurer tous ces coûts, ces derniers seront entravés dans leur souci de bonne gestion des soins de santé et risquent dès lors de reléguer au second plan les impératifs de qualité des soins et de santé publique.

Abordant enfin la problématique des différences de consommation, l'intervenant regrette l'approche simpliste véhiculée par d'aucuns visant à considérer les hôpitaux wallons comme étant dépensiers par rapport aux autres.

La récente étude des mutualités chrétiennes démontre au contraire que les différences de consommation médicales sont objectivables au regard du statut social, de l'âge et de l'état de santé des populations concernées.



Kortom, de ontworpen tekst moet mede het vertrouwen in de sector herstellen en de kwalitatieve superioriteit van ons systeem vrijwaren, vooral ten aanzien van andere systemen.

*Mevrouw Maggie De Block (VLD)* verheugt zich dat de ontworpen tekst, die inzonderheid de vroegere wet van 1987 op de ziekenhuisfinanciering wil hervormen, die financieringswijze op een geheel nieuwe leest wil schoeien, met als grondslag de activiteitengegevens omtrent de patiënt. De financiering zou dus niet langer op rigide structuren als het aantal ziekenhuisbedden en de opnameduur steunen.

Die financieringswijze is echter vrij ingewikkeld en men kan zich afvragen of de overgangperiode waarin beide financieringsmechanismen (het vroegere en het nieuwe) naast elkaar bestaan niet tot enige verwarring en moeilijk controleerbare begrotingen zullen leiden. De spreekster vraagt zich ook af in hoeverre de ontworpen hervorming aanleiding kan geven tot een daling van de overconsumptie (waar dan ook) en tot een min of meer doorgedreven echelonnering van sommige ziekenhuizen.

Wat de zorgcircuits betreft, dringt de spreekster erop aan dat de verzorgingsvrijheid van de patiënt wordt gewaarborgd.

De programmering van de zware medische apparatuur is een te gesloten systeem.

In verband met het knelpunt van de (weder)opnamen onderstreept de spreekster het belang van de afbakening ervan.

Voorts moet het (aanzienlijk) aantal onbetaalde ziekenhuisrekeningen vereffend worden; de vraag rijst in hoeverre het voorgestelde nieuwe financieringsmechanisme die vereffening sneller zal doen verlopen.

De spreekster vraagt ook dat tijdens de artikelsgewijze bespreking de amendementen van de diverse fracties aandachtig zouden worden behandeld, om inzake ziekenhuisfinanciering tot een wetgeving te komen die alle betrokkenen bevredigt.

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* is er niet zo zeker van dat de ontworpen tekst een grote hervorming van het ziekenhuislandschap betekent. De grote hervorming berust per slot van rekening niet in de wet, maar in de manier waarop de minister er uitvoering aan zal geven. Een aantal belangrijke en gevoelig liggende punten in verband met het ziekenhuisconcept wordt immers niet behandeld in het ter tafel voorliggende wetsontwerp.

En conclusion, le texte proposé doit être l'occasion de restaurer la confiance envers le secteur et de préserver la supériorité qualitative de notre système de soins de santé, par rapport à d'autres en particulier.

*Mme Maggie De Block (VLD)* se réjouit que le texte proposé, qui réforme en particulier l'ancienne législation de 1987 relative au financement hospitalier, procède à un mode entièrement neuf de financement fondé sur des données d'activité liées au patient et non plus sur des structures rigides comme les lits hospitaliers et les durées de séjour.

Ce mode de financement présente toutefois un degré suffisant de complexité et on peut se demander si la période transitoire de coexistence de deux mécanismes de financement (respectivement ancien et nouveau) ne va pas susciter quelque confusion ainsi que des budgets difficilement contrôlables.

L'intervenante se demande également dans quelle mesure la réforme proposée pourra entraîner une réduction de la surconsommation, ou que ce soit, ainsi qu'un échelonnement plus ou moins poussé de certains hôpitaux.

En ce qui concerne les circuits de soins, l'oratrice insiste pour que la liberté de soins du patient soit préservée.

Quant à la programmation de l'appareillage médical lourd, elle constitue un système trop fermé.

Abordant la problématique des (ré)admissions hospitalières, l'intervenante relève l'importance d'une délimitation de celle-ci.

Les arriérés (importants) de facturations des hôpitaux devront également être liquidés et on peut se demander dans quelle mesure le nouveau mécanisme de financement proposé y pourvoira plus rapidement.

L'intervenante demande également de pouvoir examiner avec attention, lors de la discussion des articles, les amendements déposés par les différents groupes et ce, dans le but d'aboutir à une législation de financement hospitalier qui soit satisfaisante pour tous les acteurs en présence.

*M. Jo Vandeurzen (CD&V)* n'est pas convaincu que le texte proposé constitue une grande réforme du paysage hospitalier. La grande réforme gît en définitive, non pas dans la loi, mais dans la manière dont le ministre y donnera exécution. Certains points importants et sensibles, en rapport avec le concept hospitalier, ne sont en effet pas traités dans le projet à l'examen.

De spreker heeft vragen bij het nieuwe ziekenhuisconcept dat bij de ontworpen tekst zou worden ingesteld. Het advies van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen is in feite enigszins achterhaald en er duiken nieuwe knelpunten op.

Hij vraagt tevens naar de specifieke kenmerken van de taken van de ziekenhuizen en de universitaire diensten die volgens de ontworpen tekst een bijzondere behandeling zouden vereisen. De spreker zou daaromtrent een verwijzing hebben verwacht naar een samenwerkingsakkoord tussen een faculteit geneeskunde en de betrokken universitaire dienst of functie, waarbij in specifieke verplichtingen alsmede in kwaliteitseisen qua opleiding wordt voorzien.

Wat gebeurt er overigens met de «universitaire» ziekenhuisbedden in de algemene ziekenhuizen? De ontworpen tekst is daarover niet duidelijk.

De spreker wil ook weten welke precieze medische activiteiten zullen worden gefinancierd via de specifiek voor de universitaire ziekenhuizen geldende onderafdeling B7 van de ziekenhuisfinanciering. Ter zake moet een duidelijke afbakening komen.

In welk opzicht zijn de referentiecentra relevant en volgens welke (eventueel aparte) regels worden zij gefinancierd? Gaat het ook hier om een nieuw concept?

De spreker is overigens erg teleurgesteld over de gekozen benadering van de band tussen ziekenhuiszorg en eerstelijnszorg. Als de ziekenhuizen een schakel in een geheel van zorgstructuren vormen, ware het aangewezen geweest te voorzien in de mogelijkheid van zorgcircuits op het niveau van de eerstelijnszorg.

De spreker vindt de tendens om de zorgcircuits te beperken tot de verzorging *intra muros* niet goed, al heeft hij oog voor de juridische verplichtingen welke die keuze kunnen ingeven.

Daarnaast zullen de erkenning (waarvoor de gemeenschappen en de gewesten bevoegd zijn) en de ziekenhuisfinanciering (die onder de federale overheid ressorteert) na de goedkeuring van de ontworpen tekst nog meer gescheiden zijn, hetgeen vooral bij fusies van zorginstellingen heel wat incoherentie zal veroorzaken.

Hij vindt het ook jammer dat de behandeling van de ontworpen tekst, die niet ingaat op de realiteit in het veld, niet te baat wordt genomen om een debat te voeren over het type zorginstellingen dat men in de toekomst wil uitbouwen.

L'intervenant s'interroge sur le nouveau concept hospitalier qui serait instauré par le texte proposé. L'avis du Conseil national des établissements hospitaliers est en fait quelque peu dépassé et de nouvelles questions se posent.

L'orateur s'enquiert également de la spécificité des missions, des hôpitaux et des services universitaires, qui appelleraient, selon le texte proposé, un traitement particulier. Il aurait espéré qu'il aurait été renvoyé en la matière à un accord de coopération entre une faculté de médecine et le service ou la fonction universitaire concernés, prévoyant des obligations spécifiques ainsi que des exigences qualitatives en matière de formation.

Quel sera par ailleurs le sort réservé aux lits universitaires situés dans les hôpitaux généraux, le texte proposé n'étant pas clair ce point ?

L'orateur s'interroge également sur les activités médicales précises qui seront financées par le biais de la sous-partie B7 du financement hospitalier, spécifique aux hôpitaux universitaires. Il importe de retenir une délimitation claire en la matière.

Quant aux centres de référence, quels sont leur pertinence ainsi que leurs règles (éventuellement distinctes) de financement ? S'agit-il encore d'un nouveau concept ?

Le membre déplore par ailleurs fortement l'approche retenue en ce qui concerne le lien entre les soins hospitaliers et ceux de première ligne. Si les hôpitaux constituent un maillon dans un ensemble d'infrastructures de soins, il aurait été indiqué de prévoir la possibilité de circuits de soins au niveau de la première ligne de soins.

L'intervenant estime que le cantonnement des circuits de soins au niveau des soins *intra muros* ne procède pas d'une bonne tendance, même s'il peut comprendre les contraintes juridiques qui peuvent motiver ce choix.

Il constate ensuite que l'agrément (du ressort des Communautés et des Régions) et le financement hospitalier (du ressort de l'autorité fédérale) seront encore davantage séparés après l'adoption du texte proposé, ce qui générera pas mal d'incohérences, particulièrement en cas de fusions d'institutions de soins.

L'orateur déplore également que le texte proposé, en porte à faux avec la réalité de terrain, ne soit pas l'occasion de mener un débat sur le type d'institutions de soins qu'on souhaite développer à l'avenir.

Vorst acht de spreker 1 juli 2002 als datum van inwerkingtreding van de nieuwe regeling voor de ziekenhuisfinanciering moeilijk haalbaar wegens de moeilijkheden waarvan in het veld gewag wordt gemaakt, met name wat de geldigverklaring van de gegevens en de informatisering betreft.

Ook hoopt hij dat de openstelling van de binnengrenzen van de EU een budgettair neutrale invloed zal hebben op het mechanisme van de ziekenhuisfinanciering. De rechtspraak van het Europese Hof van Justitie betreffende het vrije verkeer inzake gezondheidszorg zal immers aanzienlijke gevolgen hebben, met name op het vlak van de criteria voor de erkenning en de financiering van de zorgcentra in de grensgebieden. De spreker hoopt dat die gevolgen aandachtig werden bestudeerd.

Wat de programmatie van de zware medische apparatuur betreft, meent de spreker dat het amendement van de VLD-fractie op artikel 61, dat de Koning wil machtigen afwijkingen toe te staan op het verbod om dergelijke toestellen zonder de toestemming van de bevoegde autoriteiten te installeren, die programmatie opnieuw zal politiseren en de beheersing van het systeem op de heling zal zetten.

*De heer Yvan Mayeur (PS)* onderstreept dat de hervorming van de ziekenhuisfinanciering die de minister voorstelt, ertoe strekt meer belang aan de activiteiten te hechten en minder aan de structuur van het aanbod. Die hervorming bevestigt aldus de algemene koers die de jongste jaren werd gevolgd inzake ziekenhuisfinanciering.

Het is positief dat bij de financiering meer belang wordt gehecht aan de activiteiten. Zulks zorgt voor een flexibeler beheer en een soepelere organisatie van de zorgverstrekking. Het ziekenhuis kan zich gemakkelijker aanpassen aan de medische ontwikkelingen (kortere ziekenhuisverblijven, ontwikkeling van dag- en weekverpleging, ...) en maatschappelijke tendensen (werktijdverkorting, ...). Men mag zich dus verwachten aan een aanbod dat beter is afgestemd op de behoeften, met een financieringsstelsel waarbij «het geld de patiënt volgt».

Met de voorgestelde hervorming wordt evenwel een belangrijke stap gezet doordat bij de financiering elke verwijzing naar het begrip «erkend bed» achterwege wordt gelaten. Er bestaat dus geen verband meer tussen de norm inzake programmatie en erkenning (erkende bedden) en de nieuwe financiële norm (verantwoorde bedden). De hervorming bekrachtigt aldus dat de activiteiten voorrang genieten op de structuren, en financiering op de programmatie.

Evoquant ensuite la date d'entrée en vigueur du nouveau système de financement hospitalier, l'intervenant estime que la date du 1<sup>er</sup> juillet 2002 sera difficilement praticable eu égard aux problèmes signalés sur le terrain, en ce qui concerne notamment la validation des données et l'informatisation.

Abordant enfin l'influence de l'ouverture des frontières intra européennes sur le mécanisme de financement hospitalier, l'intervenant espère qu'elle sera neutre sur le plan budgétaire. La jurisprudence de la Cour européenne de Justice en matière de libre circulation en soins de santé aura en effet des conséquences importantes, particulièrement au niveau des critères d'agrément et de financement des centres de soins implantés dans les régions frontalières. L'orateur espère que celle-ci ont été étudiées de manière approfondie.

En ce qui concerne la programmation de l'appareillage médical lourd, l'orateur estime que l'amendement déposé par le groupe VLD à l'article 61, et visant à autoriser le Roi à consentir des dérogations à l'interdiction de l'installation de tels appareillage sans autorisation des autorités compétentes, générera à nouveau une politisation de cette programmation et hypothéquera la maîtrise du système.

*M. Yvan Mayeur (PS)* souligne que la réforme du financement hospitalier proposée par le ministre vise à accorder davantage de poids aux activités et à réduire celui de la structure de l'offre. Elle confirme ainsi l'orientation générale de ces dernières années en matière de financement de l'hôpital.

Le renforcement du poids de l'activité dans le financement est positif. Il donne plus de souplesse à la gestion et à l'organisation des soins. L'hôpital peut plus facilement s'adapter aux évolutions médicales (réduction des durées de séjour, développement de l'hôpital de semaine et de l'hôpital de jour, ...) et sociales (réduction du temps de travail, ...). On peut donc espérer un meilleur ajustement de l'offre aux besoins dans un système de financement où « l'argent suit le patient ».

Cependant, la réforme proposée franchit un pas important en supprimant toute référence à la notion de lit agréé dans le financement. Il n'y a donc plus de lien entre la norme de programmation et d'agrément (lits agréés) et la nouvelle norme financière (lits justifiés). La réforme consacre ainsi la primauté de l'activité sur les structures, la primauté du financement sur la programmation.

In het verlengde daarvan wordt ook het normatief quotum per ziekenhuis afgeschaft en wordt budgettair gerekend per opname. Het macro-budgettair evenwicht wordt gegarandeerd dank zij een stelsel met gesloten enveloppes dat een correctiemechanisme onderstelt, en dat twee jaar na het betrokken boekjaar wordt doorgevoerd op grond van het op nationaal vlak bestaande verschil tussen het totale budget B1-B2 en de uitgaven B1-B2. Op die manier worden de ziekenhuisbeheerders financieel verantwoordelijk voor het macro-economisch evenwicht.

Deze twee essentiële aspecten van de hervorming wekt de vrees dat geleidelijk een «marktgerichte» logica ontstaat waar de concurrentie tussen instellingen op de spits wordt gedreven. De kans is groot dat een en ander ontspoot tot een extreme specialisatie en tot een «commercialisering» van de ziekenhuisgeneeskunde - aangezien financiering alleen geschiedt op grond van het aantal prestaties en niet volgens de dienstverlening die moet worden verstrekt in een op volksgezondheid gerichte instelling - zulks zonder enige garantie wat de toegankelijkheid, kwaliteit en doeltreffendheid van de verstrekte verzorging betreft, aangezien de huidige instrumenten inzake programmering op grond van het aantal erkende bedden en erkenning door de voorgestelde hervorming in onbruik raken en dat geen enkele andere concrete oplossing wordt voorgesteld.

Daarbij rijzen dus twee fundamentele vragen :

- Is de overheid nog bereid de ziekenhuissector te reguleren teneinde de doelstellingen van de volksgezondheid te verwezenlijken (toegankelijkheid, kwaliteit, doeltreffendheid) ? Kan de overheid het beleid inzake volksgezondheid nog beheersen, aangezien het aan de betrokkenen uit de sector zelf wordt overgelaten om de organisatie voor hun rekening te nemen, en de politiek er zich toe beperkt een per definitie steeds ontoereikende enveloppe vast te stellen ?

- In hoeverre is de gehanteerde norm betreffende de activiteiten (prestatienorm) om het budget over de instellingen te verdelen relevant? Is het een betrouwbare, objectieve en volledige maatregel met het oog op de aanwending van de middelen van de ziekenhuizen?

Het is niet de bedoeling om, het tot op heden gevoerde beleid op basis van programmering en opgelegde, gedetailleerde erkenningsnormen, te allen prijze te verdedigen (in het rapport-Peers wordt gewezen op de tekortkomingen van het huidige stelsel), maar te eisen dat de hervorming van de financiering en de hervorming inzake programmering en erkenning op analoge wijze geschieden. Hoe kan bij een financiering die enkel gegrond is

Dans le même ordre d'idées, on supprime le quota normatif par hôpital et on liquide le budget par admission. L'équilibre macro-budgétaire est assuré par un système d'enveloppes fermées qui implique un mécanisme de correction, deux ans après l'exercice, sur base de la différence au niveau national entre le budget global B1-B2 et les dépenses B1-B2. Ce faisant, on reporte la responsabilité financière de l'équilibre macro-économique sur les gestionnaires hospitaliers.

Ces deux points essentiels de la réforme font craindre que l'on s'inscrive progressivement dans une logique de « marché » où la concurrence entre institutions ira en s'exacerbant. Le risque est grand de dériver vers une spécialisation à outrance et vers une « commercialisation » de la médecine hospitalière – puisque l'on est uniquement financé pour ce que l'on fait et non pour le service que l'on doit assurer en tant qu'institution de santé publique – et ce sans aucune garantie d'accessibilité, de qualité et d'efficacité des soins donnés puisque dans la réforme proposée, les instruments actuels de programmation et d'agrément basés sur les lits agréés deviennent obsolètes et qu'aucune autre solution concrète n'est proposée.

Deux questions fondamentales sont donc posées :

- qu'en est-il de la volonté de l'autorité publique d'encore réguler le secteur hospitalier de manière à rencontrer les objectifs de santé publique (accessibilité, qualité, efficacité). L'autorité publique pourra-t-elle encore maîtriser la politique de santé publique dès lors qu'on laisse les acteurs s'organiser entre eux, l'intervention politique se limitant à fixer une enveloppe qui, par définition, sera toujours insuffisante ?

- Qu'en est-il de la pertinence de la norme d'activité (norme de performance) retenue pour répartir le budget des moyens financiers entre les institutions ? Est-elle une mesure fiable, objective et complète de l'utilisation des ressources hospitalières ?

Il ne s'agit pas de défendre à tout prix la politique de programmation et d'imposition de normes d'agrément détaillées menées jusqu'ici (le rapport Peers a souligné les insuffisances du système actuel) mais d'exiger un parallélisme entre la réforme du financement et la réforme de la programmation et de l'agrément. Dans un financement basé uniquement sur l'activité, comment garantir que les normes de fonctionnement (personnel,



op de activiteit worden gegarandeerd dat daadwerkelijk tegemoet wordt gekomen aan de normen inzake de werking (personeel, uitrusting, ...) met het oog op een normale uitoefening van die activiteit? Hoe kan worden gegarandeerd dat de verplichte minimale zorgverstreking (bijvoorbeeld voor spoedgevallen) op korte afstand voorhanden is in de verschillende landsgedeelten zoals de volksgezondheid vereist? Hoe kan het behoud worden gewaarborgd van de nodige infrastructuur en minimale personeelssterkte, teneinde de werking van de diensten bij toerbeurt en de continuïteit in de verzorging in stand te houden? Hoe kan een zekere concentratie van activiteiten worden gegarandeerd om ten minste een zekere beroepsbekwaamheid te kunnen bereiken, alsmede om de hoge vaste kosten van bepaalde sterk gespecialiseerde behandelingen te dekken? Iedereen weet dat de doelstellingen inzake volksgezondheid niet kunnen worden bereikt met de marktmechanismen. Het is dus van belang dat de mechanismen ter regulering aangepast zijn aan de verdere ontwikkelingen van het financieringsstelsel.

In de toekomst is de financiering gegrond op de «verantwoorde» activiteit, die wordt gemeten aan het aantal opnames, gewogen aan de hand van de gemiddelde verblijfsduur, per ziektebeeld. Zonder de relevantie te willen in twijfel trekken van het ziektebeeld als kostenverklarende factor voor de kosten van de klinische dienstverlening, hebben talrijke studies en analyses aangetoond dat de ziekenhuisactiviteit daarmee onvolledig wordt gemeten. Overigens moet erop worden gewezen dat die indicatoren inzake activiteit thans in de berekening van het budget worden opgenomen zonder enige voorafgaande valideringsprocedure van de door de verzorgingsinstellingen aangegeven gegevens per ziektebeeld. Er bestaat dus een groot risico op manipulatie. Het is derhalve onmogelijk de billijkheid te garanderen van een financieringsstelsel gegrond op de activiteit zonder dat tegelijk wordt voorzien in concrete valideringsprocedures met betrekking tot de toegezonden gegevens over de ziektebeelden.

Ten slotte valt het te betreuren dat het vraagstuk rond de ziekenhuisfinanciering slechts gedeeltelijk wordt aangepakt. Er kan immers alleen maar worden vastgesteld dat de voorgestelde hervorming de fundamentele problemen van de sector niet oplost: de financiering per prestatie van de ziekenhuisactiviteit, het statuut van de ziekenhuisarts, het statuut van de openbare ziekenhuizen, het overaanbod en de soms inconsequente verdeling van zware medische apparatuur enzovoort.

Het is evident dat de rol van de ziekenhuisartsen bij de werking van het ziekenhuis nog doorslaggevend wordt in het kader van een financiering gegrond op de

équipements, ...) pour un exercice normal de l'activité soient effectivement rencontrées? Comment garantir, dans les différentes régions du pays, une disponibilité minimale des services pour lesquels la proximité avec le prestataire est une exigence en termes de santé publique (par exemple les services d'urgence)? Comment assurer le maintien de l'infrastructure et des moyens minimums en personnel requis pour le fonctionnement des permanences et la continuité des soins? Comment garantir une certaine concentration de l'activité nécessaire pour atteindre un niveau de compétence minimal mais aussi la couverture des coûts fixes élevés associés aux traitements hautement spécialisés? Nous savons tous que les mécanismes de marché ne permettent pas d'atteindre les objectifs de santé publique. Il importe donc que les mécanismes de régulation soient adaptés aux évolutions du système de financement.

A l'avenir, le financement sera basé sur l'activité «justifiée» mesurée par le nombre d'admissions pondérées par les durées moyennes de séjour par pathologie. Sans remettre en cause la pertinence de la pathologie comme facteur explicatif des coûts des services cliniques, de nombreuses études et analyses ont démontré qu'il s'agit d'une mesure incomplète de l'activité hospitalière. Par ailleurs, il faut savoir qu'aujourd'hui ces indicateurs d'activité sont intégrés dans le calcul des budgets sans aucune procédure de validation a priori des données de pathologie déclarées par les institutions de soins. Les risques de manipulation sont donc grands. On ne pourra dès lors garantir l'équité d'un mécanisme de financement basé sur l'activité sans mettre en place parallèlement des procédures concrètes de validation des données de pathologie transmises.

Enfin, il est regrettable que la problématique du financement hospitalier soit appréhendée de manière partielle. Force est de constater, en effet, que la réforme proposée ne résout pas les problèmes de fond du secteur: financement à l'acte de l'activité hospitalière, statut du médecin hospitalier, statut de l'hôpital public, surabondance de l'offre et répartition parfois incohérente de l'appareillage médical lourd, ...

Il est évident que le rôle des médecins hospitaliers dans le fonctionnement de l'hôpital deviendra encore plus déterminant dans le cadre d'un financement basé sur



activiteiten. Binnen het ziekenhuis moeten overleg en dialoogmogelijkheden een belangrijker plaats krijgen, en moet dank zij een hervorming van het statuut van de ziekenhuisartsen een betere integratie van de betrokkenen worden bereikt.

Die integratie onderstelt tevens een meer alomvattende hervorming van de financiering. Het is thans volkomen onlogisch de ligdagprijs te berekenen op grond van een gemiddelde activiteitsnorm op nationaal vlak, terwijl de medische activiteit nog steeds hoofdzakelijk per prestatie wordt gefinancierd ! Een echte rationalisering van de financiering is maar mogelijk door een volledige (ligdagprijs, honoraria, geneesmiddelen) en samenhangende integratie door te voeren van een financiering naar gelang van de gemeten behoefte.

Hoewel het volgens de heer Mayeur een illusie is te denken dat de regering op korte termijn alle voorstellen vervat in zijn betoog kan implementeren, is hij van oordeel dat hij aan de regering kan vragen om meer concrete vooruitgang te boeken wat bepaalde punten van overeenkomst betreft, zoals het vaststellen van een forfaitair bedrag voor geneesmiddelen en honoraria. Voorts wil hij de regering verzoeken een debat te beginnen omtrent bepaalde niet opgenomen aangelegenheden, zoals het statuut van de ziekenhuisartsen en van de openbare ziekenhuizen.

Aangezien de Koning krachtens het wetsontwerp veel bevoegdheden krijgt, wenst de heer Mayeur nadere toelichtingen te krijgen over verschillende aspecten :

– Betrouwbaarheid van MKG-registraties

Bij de wijze waarop de gegevens in de ziekenhuisinstellingen worden geregistreerd zijn de verantwoordelijkheden gespreid. Het huidige financieringsstelsel is onbillijk. Negen ziekenhuizen tellen immers 40 % van de NAL, en er bestaan kennelijk aanzienlijke verschillen (+ 30 %) tussen de MKG-dagen en de geboekte dagen, alsmede sterke schommelingen in de tijd wat de PAL/NAL betreft.

– Geldigheid van de evaluatiecriteria van de prestaties

Aan de hand van de gemiddelde verblijfsduur per ziektebeeld worden de aard en de omvang van de zorgverstrekking gemeten, maar niet de kwaliteit ervan. De behoeften worden dus onvolledig gemeten, inzonderheid wat de zorgverstrekking door verplegend personeel betreft. Er moeten inzake de financieringsnorm niet alleen de prestatiegebonden normen worden ingesteld, maar ook kwalitatieve normen. Voor courante ziektebeelden (appendectomie, bevalling, ...) zou *a priori* een verblijfsduur worden vastgesteld overeenkomstig die welke normaal gezien door medici en paramedici wordt gehanteerd.

les activités. Il faudra renforcer les espaces de concertation et de dialogue au sein de l'hôpital et parvenir à une meilleure intégration des médecins hospitaliers par une réforme de leur statut.

Cette intégration suppose aussi une réforme plus globale du financement. Il est aujourd'hui tout à fait incohérent de calculer le prix de journée sur base d'une norme moyenne d'activité nationale alors que l'activité médicale reste essentiellement financée à l'acte ! La véritable rationalisation du financement passe par une intégration complète (prix de journée, honoraires, médicaments) et cohérente d'un financement en fonction d'une mesure du besoin.

Bien qu'il estime illusoire de penser que le gouvernement puisse mettre en œuvre, à court terme, l'ensemble des propositions reprises dans son intervention, M. Mayeur est toutefois d'avis qu'il peut demander au gouvernement des avancées plus concrètes sur certains axes communs comme la forfaitarisation des médicaments et des honoraires et lui demander d'ouvrir la discussion sur certains points non repris comme le statut du médecin hospitalier et celui de l'hôpital public.

Etant donné que le projet de loi comporte de nombreuses délégations au Roi, M. Mayeur souhaite obtenir des précisions sur différents points :

– La fiabilité des enregistrements RCM.

Il existe des responsabilités multiples dans la manière d'enregistrer les données dans les institutions hospitalières. Le système actuel de financement est inéquitable. En effet, 9 hôpitaux bénéficient de 40% des DJN et on constate des écarts importants (+ 30%) entre les journées RCM et les journées comptabilisées ainsi que de fortes variations DJP/DJN dans le temps.

– La validité des critères d'évaluation de la performance.

La durée moyenne de séjour de pathologie mesure la nature et le volume de la production de soins mais pas sa qualité. Il s'agit donc d'une mesure incomplète des besoins notamment en matière de soins infirmiers. Il convient d'introduire des balises qualitatives dans la norme de financement et pas exclusivement des normes de performance. Pour les pathologies courantes (appendectomie, accouchement, ...) on pourrait fixer une durée de séjour *a priori* correspondant à la pratique médicale et paramédicale généralement admise.

– *De algemene begroting is ontoereikend*

Alle betrokkenen wijzen op de ontoereikendheid van de algemene begroting. De begroting heeft nagenoeg gelijke tred gehouden met de stijging van een aantal kosten (artsen, geneesmiddelen, ...). Aangezien de verpleegdagprijs in een tiental jaar met ongeveer 4 % is gestegen, hoe kan het huidige financieringstekort van 17 miljard Belgische frank worden verklaard ?

De aanzienlijke stijging van de kosten is ook te wijten aan problemen inzake personeel en loon van dat personeel. Bovendien mag men het effect van de sociale akkoorden op de personeelskosten niet over het hoofd zien.

Voor de ziekenhuizen gelden niet alleen de erkenningssnormen, zij hebben ook te kampen met een stijging van de gemiddelde medisch-technische kosten (ontwikkeling van nieuwe technieken en geneeskundige procedures, kostprijs van de geneeskundige producten, ...).

Naast de algemene norm die grotendeels de norm van de behoeften heeft gevolgd, is het duidelijk dat met belangrijke parameters geen rekening is gehouden voor de financiering en dat ze een stijging van de reële kosten met zich brengen.

– *De financiering heeft de overhand op de norm (verantwoorde activiteit)*

Op het stuk van de thesauriebegroting verandert de techniek van de verantwoorde bedden niets aan de huidige situatie. Nu reeds krijgt een ziekenhuis dat zijn quota niet bereikt of dat een PAL, heeft niet de financiering van de normen inzake personeelsformatie die overeenstemmen met zijn erkende bedden. In dat opzicht heeft de techniek van de berekening van de begroting op grond van de «verantwoorde bedden» – die met de activiteit rekening houdt in de berekening zelf van de onderdelen B1 en B2 – de verdienste dat ze duidelijker is dan de methode van de correcties «*a posteriori*» van de PAL/NAL.

Door het «symbolisch» verband tussen de financiering en de erkenning te doen verdwijnen, zet men een belangrijke stap die de toenemende discrepantie tussen de financiering en de erkenning duidelijk maakt. De financiële norm is dan volledig losgekoppeld van de programmienorm. In die context waarin «het geld de patiënt volgt», is het thans legitiem zich vragen te stellen over de deugdelijkheid van de huidige instrumenten inzake programmering en erkenning – en ruimer gezien, inzake regulering – die nog steeds berusten op de erkende bedden. Wat zijn, in een systeem waarin het verband tussen de financiering en de erkende bedden verdwijnt, de garanties dat de minimale werkingsnormen daadwerkelijk in acht zullen worden genomen ? Raken de bevoegdheden van de gemeenschappen en de gewesten terzake niet uitgehold ?

– *Le budget global est insuffisant.*

Tous les acteurs soulignent l'insuffisance du budget global. Le budget a évolué de manière sensiblement similaire à l'augmentation d'un certain nombre de coûts (médecins, médicaments, ...). Etant donné que le prix de journée a globalement augmenté de 4% en une dizaine d'années, comment expliquer dès lors le sous-financement actuel de 17 milliards de francs ?

L'augmentation sensible des coûts est également liée à des problèmes en matière de personnel, de salaire du personnel. En outre, il ne faut pas négliger l'impact des accords sociaux sur le coût du personnel.

Outre les normes d'agrément, les hôpitaux sont confrontés à une augmentation des coûts moyens au niveau du médico-technique (développement de nouvelles techniques et procédures médicales (coût des produits médicaux, ...).

Au-delà de la norme générale qui a suivi globalement la norme des besoins, il est clair que des paramètres importants ne sont pas intégrés dans le financement et entraînent une augmentation des coûts réels.

– *Le financement prime la norme (activité justifiée).*

En terme de budget de trésorerie, la technique des lits justifiés ne modifie pas la situation actuelle. Aujourd'hui déjà, un hôpital qui n'atteint pas son quota ou qui se trouve en DJP, n'a pas le financement des normes d'encadrement correspondant à ses lits agréés. A ce niveau, la technique de calcul du budget sur base des « lits justifiés » - qui intègre l'activité dans le calcul même des sous-partie B1/B2 – a le mérite d'être plus claire que la méthode de corrections « *a posteriori* » des DJP/DJN.

En supprimant le lien « symbolique » entre le financement et l'agrément, on franchit une étape importante qui met en lumière le décalage croissant entre le financement et l'agrément. La norme financière devient complètement indépendante de la norme de programmation. Dans ce contexte, où « l'argent suit le patient », il est légitime aujourd'hui de s'interroger sur la pertinence des instruments actuels de programmation et d'agrément – et plus largement de régulation – qui s'appuient toujours sur les lits agréés. Dans un système où le lien entre le financement et les lits agréés disparaît, quelles garanties a-t-on que les normes minimales de fonctionnement seront effectivement respectées ? Les compétences des régions et communautés en la matière ne sont-elles pas vidées de leur substance ?

*– Het incalculeren van de sociale dimensie in de berekening van de verantwoorde bedden en van de financiering van het dagverzorgingscentrum*

De regering opteert voor een bundeling van de kosten van de sociale factoren in het deel B8, een enige verdeelsleutel en een tot de sociale ziekenhuizen beperkte financiering. De sociale factoren hebben echter een weerslag op verschillende niveaus : beheer van het contentieux, sociale diensten, duur van de opname, ... Het ware aangewezen voor elk van die kosten bijzondere verdelingsregels vast te stellen en ze structureel op te nemen in de financiering in plaats van in een bijzondere enveloppe. Het verband tussen de sociale situatie en het ziektebeeld van de patiënten is duidelijk naar voren gekomen uit de hoorzittingen.

*– De universitaire ziekenhuizen*

Het verheugt de heer Mayeur dat de regering alle bijzondere financieringen die specifiek zijn voor de universitaire functies van het ziekenhuis in een afzonderlijk onderdeel B7 van de begroting wil opnemen. Die bijzondere financiering moet echter worden toegekend aan alle ziekenhuizen met onderzoeks- en onderwijsactiviteiten (bijvoorbeeld het Instituut Bordet, dat gespecialiseerd is inzake oncologie), op grond van objectieve evaluatiecriteria. Dankzij dat systeem zou eventueel een oplossing kunnen worden gevonden voor het specifieke geval van het universitair ziekenhuis van Mont-Godinne. De heer Mayeur wenst er in dat opzicht op te wijzen dat de UCL een keuze heeft gemaakt door haar universitair ziekenhuis in Brussel te vestigen om voor de hand liggende marktredenen; nu moet ze de gevolgen van die keuze dragen.

*- De financiering van de ziekenhuizen met verschillende vestigingsplaatsen*

De meeste Belgische ziekenhuizen hebben verschillende vestigingsplaatsen (125 ziekenhuizen op meer dan 200 sites). De kosten kunnen worden verlaagd door samensmelting. Door op verschillende plaatsen een activiteit in stand te houden – wat soms nodig is omwille van de nabijheid van de patiëntèle – zijn echter niet alle problemen opgelost. Op termijn zou het nodig zijn in de wet een omschrijving op te nemen van de ziekenhuisvestigingsplaats en van de normen welke die in acht moet nemen. Feit is echter dat sommige fusies nep zijn en dat ze alleen dienen om de nodige erkenningen te verkrijgen, bijvoorbeeld voor zware medische apparatuur.

*– La prise en compte de la dimension sociale dans le calcul des lits justifiés et du financement de l'hôpital de jour.*

Le gouvernement opte pour une globalisation des coûts des facteurs sociaux dans la partie B8, pour une clé de répartition unique et un financement limité aux hôpitaux sociaux. Or, les facteurs sociaux se répercutent à différents niveaux : gestion du contentieux, services sociaux, durée de séjour, ... Il serait préférable d'envisager des modalités de répartition spécifiques pour chacun de ces coûts et de les inclure structurellement dans le financement plutôt que de les inscrire dans une enveloppe particulière. Les auditions ont clairement mis en évidence le lien qui existe entre la situation sociale et la pathologie des patients.

*– Les hôpitaux académiques.*

M. Mayeur se réjouit de la volonté du gouvernement d'isoler dans une sous-partie B7 du budget tous les financements particuliers spécifiques aux fonctions universitaires liées à l'hôpital. Il convient toutefois de prévoir ce financement spécifique pour tous les hôpitaux développant des activités de recherche et d'enseignement (par exemple l'Institut Bordet spécialisé dans l'oncologie), sur base de critères objectifs d'évaluation. Ce système pourrait éventuellement permettre de trouver une solution pour le cas spécifique des cliniques universitaires de Mont-Godinne. A cet égard, M. Mayeur tient à rappeler que l'UCL a fait un choix en établissant son hôpital académique à Bruxelles, pour des raisons évidentes de marché ; il lui appartient maintenant d'assumer ce choix.

*- Le financement des hôpitaux multi-sites.*

Les hôpitaux multi-sites représentent aujourd'hui la majorité des hôpitaux belges (125 hôpitaux sur plus de 200 sites). La fusion est une opération permettant de rationaliser les coûts. Toutefois, en maintenant une activité multi-sites – parfois nécessaire afin de garder une proximité avec la patientèle – tous les problèmes n'ont pas été résolus. A terme, il serait nécessaire d'introduire dans la loi une définition légale du site hospitalier et des normes qu'il doit respecter. Force est de constater que certaines fusions sont factices et ne servent qu'à obtenir les agréments nécessaires par exemple pour l'appareillage médical lourd.

– *De spoedgevallendiensten*

De regering overweegt terzake besparingsmaatregelen. Uit onderzoek is gebleken dat sommige patiënten misbruik maken van de spoedgevallendiensten om snel te worden verzorgd. Dat soort van gedragingen moet worden aangepakt en de patiënten moeten worden teruggestuurd naar de eerstelijnsverzorging.

Ook patiënten die als gevolg van hun sociaal of economisch precaire situatie niet preventief een arts hebben geraadpleegd, doen een beroep op de spoedgevallendiensten. Dat soort van toevlucht tot de spoedgevallendiensten is weliswaar onvermijdelijk, maar toch moet het mogelijk zijn om de patiënten te selecteren en sommige van hen opnieuw te verwijzen naar de huisartsen.

– *De numerus clausus*

Gelet op het toenemend tekort aan medisch personeel in sommige sectoren moet dringend worden nagedacht over de noodzaak de *numerus clausus* te handhaven. Het betreft een probleem dat van zeer groot belang is voor de toekomst van de volksgezondheid.

Ter afronding verklaart de heer Mayeur dat zijn fractie over het geheel genomen positief staat tegenover dit wetsontwerp, maar dat de regering beter kan doen. Er moet immers over verschillende aspecten verduidelijking komen en over verschillende onderwerpen debatten worden gehouden, zoals het statuut van de ziekenhuisarts, het openbaar ziekenhuis, het vraagstuk van de algemene regulering van het hele volksgezondheidsbeleid.

*De heer Daniel Bacquelaine (PRL FDF MCC)* geeft aan dat zijn fractie instemt met de algemene doelstelling – zowel theoretisch als praktisch – van het voorliggende wetsontwerp en meer bepaald met de nieuwe opvatting van de ziekenhuisfinanciering, die een en ander verduidelijkt. Het begrip gesloten nationaal «globaal budget» is interessant. Er moet echter worden aan herinnerd dat de politici de begrotingen moeten vaststellen. Terzake is transparantie vereist. Men mag de verantwoordelijkheid voor de beperking van de begrotingen niet naar de veldwerkers doorschuiven.

De heer Bacquelaine is verheugd over de evolutie van het begrip erkende bedden naar het begrip verantwoorde activiteit, een objectiever financieringscriterium dat niet langer alleen met de structuren maar meer met de behoeften van de patiënt rekening houdt.

De spreker is echter bezorgd op het stuk van de beschikbare middelen om die verantwoorde activiteit op

– *Les urgences*

Des mesures d'économie sont envisagées par le gouvernement dans ce domaine. Des études ont démontré que certains patients utilisent abusivement les urgences comme un moyen rapide d'accès aux soins. Il convient de sanctionner ce type de comportement et renvoyer les patients vers les consultations de première ligne.

Les urgences sont également fréquentées par des patients qui étant donné leur situation de précarité sociale et économique, n'ont pas consulté un médecin de manière préventive. Bien que ce type de recours aux urgences soit inévitable, il doit être possible de sélectionner les patients et d'en renvoyer certains vers les médecins traitants.

– *Le numerus clausus.*

Face à la pénurie croissante de personnel médical dans certains secteurs, il est urgent de réfléchir à la nécessité de maintenir le *numerus clausus*. Il s'agit d'un problème essentiel pour l'avenir de la santé publique.

En conclusion, M. Mayeur déclare que son groupe a un avis globalement positif sur le projet de loi à l'examen mais que le gouvernement peut mieux faire. En effet, des précisions doivent être apportées sur différents points et des débats sont nécessaires sur divers thèmes tels que le statut du médecin hospitalier, l'hôpital public, le problème de la régulation générale de l'ensemble de la politique de santé publique.

*M. Daniel Bacquelaine (PRL FDF MCC)* déclare que son groupe souscrit à l'objectif général – tant théorique que pratique - du présent projet de loi et en particulier au nouveau concept de financement hospitalier qui apporte certains éclaircissements. La notion de budget global national fermé est intéressante. Il convient toutefois de rappeler qu'il appartient au monde politique de déterminer les budgets. A cet égard, il est nécessaire de faire preuve de transparence. On ne peut pas faire porter par les acteurs de terrain la responsabilité de la limitation des budgets.

M. Bacquelaine se réjouit de l'évolution de la notion de lits agréés vers la notion d'activité justifiée qui est un critère de financement plus objectif qui ne tient plus seulement compte des structures mais davantage des besoins du patient.

Toutefois, l'intervenant a quelques inquiétudes quant aux outils disponibles afin de pouvoir évaluer cette acti-



een onaanvechtbare wijze te evalueren. De methodes inzake evaluatie en inzameling van de gegevens zullen moeten worden verfijnd.

Zo zal moeten gepreciseerd wat men verstaat onder «opname» of «heropname». Wie zal de gepastheid van de opname beoordelen ?

De spreker betreurt dat het begrip «ziekenhuispatiënt» vaag en dubbelzinnig is. Het komt alleen in de memorie van toelichting voor. Dat begrip moet in het wetsontwerp worden aangescherpt. Heeft dat begrip werkelijk betrekking op de demarche van een patiënt naar een poliklinisch consult ? Zal voor de berekening van de verantwoorde activiteiten van het ziekenhuis rekening worden gehouden met het aantal poliklinische patiënten ? Moeten die patiënten niet veeleer bij hun huisarts gerekend worden ?

De heer Bacquelaine is verheugd dat de ziekenhuisopname in dagverpleging opgenomen wordt in de ziekenhuisbegrotingen. Die techniek zal de ontwikkeling van de ziekenhuisopname in dagverpleging mogelijk maken.

De soorten van ingrepen die in aanmerking komen voor een dagopname zullen duidelijk moeten worden vastgesteld op grond van wetenschappelijke criteria (*technology assessment*).

De heer Bacquelaine is voorstander van de bijzondere financiering van de universitaire ziekenhuizen, want die biedt de mogelijkheid de huidige situatie te verduidelijken. Er zal echter moeten worden voor gezorgd dat in de andere ziekenhuizen nog een speerpuntgeneeskunde kan worden beoefend. In dat opzicht is het begrip «referentiecentra» interessant voor zover de erkenning van die centra niet wordt verhinderd door programmatiecriteria. Sommige, zowel privé- als openbare, ziekenhuizen die referentiecentra willen worden, vrezen dat hun dat door de programmatie wordt belet, ondanks de vaardigheden waarover ze beschikken.

Aangezien het wetsontwerp de minister terzake een grote vrijheid verleent, wenst de spreker zijn aandacht te vestigen op eventuele conflictuele situaties en op het risico dat sommige actoren het vertrouwen in het nieuwe ziekenhuisconcept verliezen. Het welslagen van het nieuwe concept hangt echter precies af van het vertrouwen van alle actoren die het moeten toepassen.

De heer Bacquelaine betuigt tevens zijn bijval met ook de idee bij van een bijzondere financiering die sociale criteria behelst. Het is van belang rekening te houden met het bestaan van bijzondere patiëntenprofielen in sommige ziekenhuizen en in sommige regio's van het land.

vitité justifiée de manière non contestable. Il conviendra d'affiner les méthodes d'évaluation et de récolte des données.

Ainsi, il conviendra de préciser ce que l'on entend par « admission » ou par « réadmission ». Qui va juger de l'opportunité de l'admission ?

L'intervenant déplore le caractère flou et ambigu de la notion de « patient hospitalier » qui n'apparaît plus que dans l'exposé des motifs. Il convient de préciser cette notion dans la loi. Cette notion couvre-t-elle réellement la démarche du patient vers une consultation de polyclinique ? Le nombre de patients en polyclinique va-t-il être pris en compte pour le calcul des activités justifiées de l'hôpital ? Ces patients ne doivent-ils pas plutôt être comptabilisés auprès de leur médecin traitant ?

M. Bacquelaine se réjouit de l'intégration de l'hospitalisation de jour dans les budgets hospitaliers. Cette technique permettra de favoriser le développement de l'hospitalisation de jour.

Les types d'interventions pouvant faire l'objet d'une hospitalisation de jour devront être clairement établis sur base de critères scientifiques (*technology assessment*).

M. Bacquelaine se déclare favorable au financement spécifique des hôpitaux universitaires qui permet de clarifier la situation actuelle. Il faudra cependant veiller à ce que l'on puisse encore pratiquer une médecine de pointe dans les autres hôpitaux. A cet égard, la notion de « centres de référence » est intéressante pour autant que la reconnaissance de ces centres ne soit pas entravée par des critères de programmation.

En effet, certains hôpitaux, tant privés que publics, qui sont prêts à assumer la responsabilité d'un centre de référence, craignent que par le biais de la programmation, on les empêche de réaliser ce centre et ce malgré leurs compétences.

Etant donné que le projet laisse une grande liberté au ministre en ce domaine, l'intervenant souhaite attirer son attention sur d'éventuelles situations conflictuelles et sur le risque de voir les acteurs perdre la confiance dans le nouveau concept hospitalier. Or, le succès du nouveau concept dépend précisément de la confiance de tous les acteurs chargés de son application.

M. Bacquelaine se rallie également à l'idée d'un financement spécifique incluant des critères sociaux. Il est important de tenir compte de l'existence de profils particuliers de patients dans certains hôpitaux et dans certaines régions du pays.



Volgens de spreker zal de nieuwe financieringsregeling slechts doeltreffend kunnen zijn als ze berust op transparantie en overleg. In dat opzicht is hij verontwaardigd over de verdwijning van de verwijzing naar de bestaande overleg- en adviesprocedures in het wetsontwerp (onder meer de adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen en van het Verzekeringscomité, ...).

De heer Bacquelaine wijst op het stuk van de programmatie van de zware medische apparatuur inzake diagnose op de discrepantie tussen de bepalingen van het wetsontwerp en de overeenkomsten die in de tussentijd binnen overleggroepen zijn gesloten over een aantal dossiers zoals de individuele verantwoordelijkheidstoedeling van de artsen, de referentiebedragen voor de klinische biologie, medische beeldvorming en dialyse, alsmede de betrekkingen tussen de artsen en de beheerders. De spreker betreurt dat de commissies die met de bespreking van het wetsontwerp belast zijn niet in kennis zijn gesteld van die overeenkomsten.

Uit de discussies die onlangs hebben plaatsgehad tussen alle betrokkenen is gebleken dat er eensgezindheid bestond over het principe dat de politici de gesloten begrotingen moeten vaststellen, maar dat binnen het kader van die begrotingen de begrippen verantwoordelijkheid en vrijheid moeten worden gevrijwaard, wat betekent dat men inzake programmatie soepel moet zijn door de therapeutische vrijheid maar tevens de politieke verantwoordelijkheid te vrijwaren.

De heer Bacquelaine wijst erop dat sommige bepalingen van het wetsontwerp haaks staan op de standpunten die zijn ingenomen in de werkgroep-Perl.

Dit wetsontwerp reikt geen bevredigende algemene oplossing aan voor het probleem van de betrekkingen tussen artsen en beheerders. Artikel 99 zorgt daarentegen voor nieuwe bronnen van conflicten in die betrekkingen en houdt geenszins rekening met de rechtszekerheid van de arts binnen het ziekenhuis.

De medische raad is geen vakbondsorgaan; de artsen die er zitting in hebben zijn niet gemachtigd om in naam van hun collega's te onderhandelen met de beheerders.

Het is dan ook zeer aanvechtbaar de beheerders toe te staan een overeenkomst te sluiten met de medische raad als dat akkoord in strijd is met een verbintenis die een juridische draagwijdte heeft en die is aangegaan met individuele artsen binnen het ziekenhuis. Artikel 109 van het wetsontwerp brengt de rechtszekerheid van de individuele artsen in het gedrang en is vatbaar voor beroepen voor de Raad van State.

L'intervenant est d'avis que le nouveau système de financement ne pourra être efficace qu'à la condition qu'il soit basé sur la transparence et la concertation. A cet égard, il s'inquiète de voir disparaître dans le projet de loi la référence aux procédures de concertation et d'avis existantes (entre autres les avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers et du Comité de l'Assurance, ...)

En ce qui concerne la programmation des équipements médicaux lourds en matière de diagnostic, M. Bacquelaine souligne le décalage entre les dispositions du projet et les accords conclus dans l'intervalle au sein de groupes de concertation sur un certain nombre de dossiers tels que la responsabilisation individuelle des médecins, les montants de référence en matière de biologie clinique, d'imagerie médicale et de dialyse et les relations entre les médecins et les gestionnaires. L'intervenant déplore que les commissions chargées de l'examen du projet ne soient pas informées de ces accords.

Les discussions qui ont eu lieu récemment entre tous les acteurs concernés ont montré qu'un consensus existait sur le principe selon lequel il appartient au monde politique de déterminer des budgets fermés mais que dans le cadre de ces budgets il faut préserver la notion de responsabilité et de liberté. Cela signifie qu'en matière de programmation, il convient de faire preuve de souplesse en préservant la liberté thérapeutique mais aussi la responsabilité politique.

M. Bacquelaine relève que certaines dispositions du projet à l'examen vont à l'encontre des positions prises au sein du groupe de travail dirigé par M. Perl.

Le présent projet de loi n'apporte pas de solution globale satisfaisante au problème des relations entre médecins et gestionnaires. Au contraire, dans son article 109, le projet introduit de nouveaux germes de conflits dans ces relations et fait fi de toute sécurité juridique du médecin au sein de l'hôpital.

Le conseil médical n'est pas un organe syndical ; les médecins qui y siègent ne sont pas mandatés pour négocier avec les gestionnaires au nom de leurs collègues.

Il est dès lors assez discutable de permettre aux gestionnaires de passer un accord avec le conseil médical lorsque cet accord va à l'encontre d'un engagement à portée juridique conclu avec des médecins individuels au sein de l'hôpital. L'article 109 du projet met en cause la sécurité juridique des médecins individuels et est susceptible de recours devant le Conseil d'État.

Buiten het kader van dit wetsontwerp zal moeten worden nagedacht hoe de betrekkingen tussen de ziekenhuisartsen en de beheerders kunnen worden verduidelijkt.

Aangezien blijkt dat de pressie van sommige beheerders op de artsen een «onverantwoorde consumptie» met zich brengt (het woord «overconsumptie» is dubbelzinnig) is de heer Bacquelaine van oordeel dat in de wet op de ziekteverzekering een bepaling zou moeten worden opgenomen naar luid waarvan de beheerder zich niet mag inlaten met het soort van voorschriften. Op de niet-naleving van die bepaling moeten sancties worden gesteld.

*Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD)* wenst het woord te nemen over de bepalingen in verband met de dringende geneeskundige hulpverlening en meer bepaald over die welke betrekking hebben op de vaststelling van erkenningsnormen en de programmatiecriteria. Ze vestigt de aandacht van de regering op de kosten die een dienst voor spoedeisende medische hulp met zich brengt voor een ziekenhuis en vraagt dat ze daarmee rekening zou houden bij de vaststelling van de kwaliteitscriteria. Zij geeft het voorbeeld van verschillende ziekenhuizen in de buurt van Antwerpen die als gevolg van de hoge kostprijs van zo'n dienst liever met onderaanbesteding werken.

Mevrouw Avontroodt is het eens met de heer Bacquelaine om een ruimer debat te vragen over het statuut van de ziekenhuisarts.

Ze is verheugd dat het wetsontwerp de mogelijkheid van technische innovaties waarborgt via de referentiecentra. Ze wijst erop dat het van groot belang is voor de toekomst een kwaliteitsvolle geneeskunde te garanderen.

Ze wijst op de noodzaak te beschikken over betrouwbare en gevalideerde gegevens. Die gegevens moeten toegankelijk zijn voor alle gezondheidswerkers. Om belangenconflicten te voorkomen, moet een «*Health Technology Assessment*» worden ontwikkeld op een doorzichtige en objectieve basis. Het zal een instrument zijn dat de mogelijkheid zal bieden een doelgericht en verantwoord gezondheidsbeleid te voeren.

Mevrouw Avontroodt stipt aan dat het belangrijk is een verband te leggen tussen de activiteiten en de kwaliteit.

In antwoord op een anekdote van de heer Mayeur, volgens welke de gezondheid van de bevolking op tandheelkundig vlak een goede indicator was van haar algemene gezondheidstoestand, beklemtoont de spreekster de verantwoordelijkheid van de gemeenschappen, die bevoegd zijn inzake preventie.

En dehors du cadre du présent projet, il conviendra de réfléchir à la manière de clarifier les relations entre les médecins hospitaliers et les gestionnaires.

Etant donné qu'il apparaît que la pression de certains gestionnaires sur les médecins engendre une « consommation non justifiée » (le terme « surconsommation » est ambigu), M. Bacquelaine estime qu'il conviendrait d'insérer dans la loi relative à l'assurance maladie une disposition précisant que le gestionnaire ne peut pas interférer dans le type de prescription. Cette disposition doit être assortie de sanctions en cas de non respect.

*Mme Yolande Avontroodt (VLD)* souhaite intervenir sur les dispositions relatives à l'aide médicale urgente et en particulier celles concernant notamment la fixation de normes d'agrément et de critères de programmation. Elle attire l'attention du gouvernement sur le coût que représente un service d'aide médicale urgente pour un hôpital et demande qu'il en tienne compte lors de la fixation des critères de qualité requis. Elle cite l'exemple de plusieurs hôpitaux dans la région d'Anvers qui, compte tenu des coûts élevés d'un tel service, préfèrent procéder par sous-traitance.

Mme Avontroodt se rallie à M. Bacquelaine pour réclamer un débat plus large sur le statut du médecin hospitalier.

Elle se réjouit que le projet garantisse la possibilité d'innovations techniques par le biais des centres de référence. Elle souligne qu'il est essentiel de garantir pour l'avenir une médecine de qualité.

Elle insiste sur la nécessité de disposer de données fiables et validées. Ces données doivent être accessibles à tous les acteurs de la santé. Il importe de développer une « *Health Technology Assessment* » sur une base transparente et objective afin d'éviter des conflits d'intérêts. Il s'agira d'un instrument permettant de mener une politique de santé ciblée et justifiée.

Mme Avontroodt souligne l'importance de lier les activités à la qualité.

Répondant à une anecdote de M. Mayeur selon laquelle la situation dentaire de la population était un bon indicateur de son état de santé général, l'intervenante met en évidence la responsabilité des Communautés qui sont compétentes pour la prévention.

Ten slotte vindt mevrouw Avontroodt dat bij de omschrijving van de gerechtvaardigde activiteiten, de vraag zal moeten worden gesteld of die activiteiten instellingsgebonden dienen te zijn.

*Mevrouw Michèle Gilkinet (ECOLO-AGALEV)* herinnert eraan dat de punten van overeenkomst en de twistpunten tussen de sectoren duidelijk uit de hoorzittingen naar voren zijn gekomen, net zoals de punten die toelichting behoeven.

Zo is gebleken dat een ruime consensus bestond over de noodzaak om de financiering van de ziekenhuizen te moderniseren en een dynamisch financieringsstelsel te ontwikkelen, gegrond op de patiëntgerelateerde activiteit. Met de MKG kan de ziekenhuisdynamiek duidelijk worden getoond. Toch moeten die aangewende gegevens van diverse herkomst op elkaar worden afgestemd.

#### *Controle van de minimale klinische gegevens (MKG)*

Een van de voorwaarden is dat de MKG worden gecontroleerd, hetgeen correct en volledig moet gebeuren. De minister zelf heeft kritiek geuit op het huidige stelsel, en heeft verschillende leemten aangeklaagd:

- de controle laat veel te wensen over. Van 1997 tot heden konden nog maar 14.796 opnames worden gecontroleerd;
- de controles vinden te sporadisch en te laat plaats;
- er bestaat een personeelsgebrek en er is een sterk verloop.

Voor de ECOLO-AGALEV-fractie is het evident dat de controle moet worden versterkt. Een degelijke beheersing van de medische gegevens is een fundamenteel gegeven met het oog op een goed openbaar beheer van de gezondheidszorg. Indien de plicht om correcte, volledige en gerechtvaardigde medische gegevens toe te zenden in het geheel niet of slechts gedeeltelijk in acht wordt genomen moet zulks worden gestraft.

#### *Validering van de MKG*

Tegelijk met de gegevenscontrole staat mevrouw Gilkinet de instelling voor van een valideringsstelsel op grond van een vergelijkende analyse van de verschillende voorgestelde stelsels. Het in aanmerking genomen stelsel moet in elk geval transparant en evenwichtig zijn, zodat de Staat zijn taak ten volle kan uitvoeren, en dat de autoriteiten van het ministerie van Volksgezondheid in voorkomend geval er de nodige conclusies uit kunnen trekken.

Enfin, Mme Avontroodt est d'avis que lors de la définition des activités justifiées, il faudra se poser la question de savoir si ces activités doivent être reliées à l'institution.

*Mme Michèle Gilkinet (Ecolo-Agalev)* rappelle que les auditions ont bien fait apparaître les points de convergence et de divergence entre les différents secteurs ainsi que les points qui nécessitent des précisions.

Il est ainsi apparu qu'un large consensus existait sur la nécessité de moderniser le financement des hôpitaux en développant un système de financement dynamique basé sur l'activité liée au patient. Le RCM permet de bien visualiser la dynamique hospitalière. Toutefois, il convient d'assortir le recours à ces données de différentes conditions.

#### *Le contrôle du résumé clinique minimum (RCM)*

Une de ces conditions réside dans le contrôle du RCM qui doit se faire de manière correcte et exhaustive. Le ministre a lui-même émis des critiques sur le système actuel en dénonçant plusieurs lacunes :

- le contrôle est largement insuffisant. Seulement 14.796 admissions ont pu être contrôlées de 1997 à ce jour ;
- le contrôle est trop sporadique et trop tardif ;
- il y a un manque de personnel et la rotation est importante.

Pour le groupe Ecolo-Agalev, il est évident que le contrôle devra être renforcé. La maîtrise des données médicales est un élément incontournable d'une bonne gestion publique des soins de santé. Le non-respect en tout ou en partie de la transmission de données médicales exactes, exhaustives et justifiées doit être sanctionné.

#### *La validation du RCM*

Parallèlement au contrôle des données, Mme Gilkinet prône l'installation d'un système de validation sur base d'une analyse comparative des différents systèmes proposés. Le système retenu devra en tout cas être transparent et équilibré afin de permettre à l'État d'assurer totalement sa mission et aux responsables de la Santé publique de tirer les conclusions qui s'imposeraient.

*Risico dat louter aan de MKG te veel belang wordt gehecht.*

Tijdens de hoorzittingen is gewaarschuwd voor het gevaar dat er ziekenhuizen ontstaan voor «lucratieve» ziekten (die het ziekenhuis veel geld opbrengen) en ziekenhuizen voor «niet-lucratieve» ziekten. Er moeten dus voorzieningen met het oog op regulering en toezicht worden ingesteld. Hoe denkt de minister ervoor te zorgen dat de doelstelling van het wetsontwerp niet wordt omzeild ?

Er moet worden vastgesteld dat de MKG thans de bestaande verschillen tussen ziekenhuizen op diverse niveaus niet verklaren. Zo wordt in de MKG geen rekening gehouden met het feit dat de ziekenhuizen met de meeste minvermogende patiënten thans financieel worden benadeeld. Hoewel onderdeel B8 van de begroting een interessante oplossing bevat, is ze nog te beperkt.

Bovendien zou die techniek maar haalbaar zijn voor een beperkt aantal ziekenhuizen. Op termijn zou een stelsel moeten worden ontwikkeld waarbij elk ziekenhuis wordt aangemoedigd alle patiënten op te vangen ongeacht hun maatschappelijke status.

#### *Gerechtigde activiteit*

Er moet rekening worden gehouden met plaatselijke specifieke omstandigheden. Voor de Duitstalige Gemeenschap moet bijvoorbeeld haar bijzonder taalstatuut in aanmerking worden genomen, alsmede haar specifieke geografische en culturele situatie.

Hoever staan de onderhandelingen met de gemeenschappen in verband met de erkenningen ?

Ten slotte dringt mevrouw Gilkinet er met betrekking tot de ziekenhuizen waar een groot deel van bedden onder het universitaire stelsel vallen (onderdeel B7), op aan dat beide «centres of excellence» in het Waals Gewest behouden blijven.

*Le risque de donner trop de poids aux seules données RCM.*

Les auditions ont mis en garde contre le risque de voir se développer des hôpitaux à pathologies riches (qui rapportent beaucoup d'argent à l'hôpital) et des hôpitaux à pathologies pauvres. Il convient dès lors de mettre en place des dispositifs de régulation et de surveillance. De quelle manière le ministre envisage-t-il de veiller à ce que l'objectif du projet de loi ne soit pas détourné ?

Force est de constater qu'actuellement, les données RCM n'expliquent pas les écarts existants entre hôpitaux à différents niveaux. Ainsi par exemple, les données RCM ne tiennent pas compte du fait que les hôpitaux qui ont le plus de patients défavorisés sont actuellement pénalisés financièrement. Bien que la solution de la sous-partie budgétaire B8 soit une solution intéressante, elle est encore trop limitée.

En outre, il semblerait que cette technique ne serait accessible qu'à un nombre restreint d'hôpitaux. A terme, il conviendrait de développer un système qui encourage chaque hôpital à prendre en charge les patients quel que soit leur statut social.

#### *L'activité justifiée*

Il importe de tenir compte des spécificités locales. Par exemple, pour la Communauté germanophone, il faut tenir compte de ses spécificités linguistique, géographique et culturelle.

Où en sont les négociations avec les communautés en ce qui concerne les agréments ?

Enfin, en ce qui concerne les hôpitaux ayant une grande proportion de lits universitaires (sous-partie B7), Mme Gilkinet insiste afin que deux pôles d'excellence soient maintenus en Région wallonne.

## B. Antwoorden van de minister van Sociale Zaken en Pensioenen

- Na overleg in de Ministerraad vastgestelde besluiten

De minister bevestigt dat het debat niet afgerond is met de bespreking van dit wetsontwerp.

Tal van nadere regels aangaande de financiering van de ziekenhuizen en van de experimenten inzake geestelijke gezondheidszorg zullen door de uitvoerende macht worden vastgesteld aan de hand van koninklijke besluiten. De werkzaamheden binnen de werkgroep-Perl worden voortgezet.

De minister verwijst naar de talrijke amendementen die ertoe strekken aan te geven dat de koninklijke besluiten zullen moeten worden vastgesteld na overleg in de Ministerraad. Hij begrijpt dat de indieners van die amendementen een democratische controle wensen te garanderen. Hij denkt echter niet dat die procedure een goede oplossing is, gelet op de traagheid en de complicaties waarmee ze gepaard gaat. Na overleg in de Ministerraad vastgestelde koninklijke besluiten brengen vertragingen met zich in de uitvoering van de maatregelen en dreigen het misnoegen van de ziekenhuissector op te wekken.

De minister vraagt aan de commissie die amendementen niet aan te nemen, maar met het oog op de democratische controle stelt hij haar voor spoedig en regelmatig aan de commissies verslag te komen uitbrengen over de nadere toepassingsregels van diverse specifieke punten. Wat bijvoorbeeld de financiering inzake de experimenten in de sector van de geestelijke gezondheidszorg betreft, verklaart de minister dat hij bereid is alle projecten die ontvangen zijn en die welke voor de experimenten zullen worden gekozen te komen toelichten aan de verenigde commissies.

Het zou volgens de minister niet logisch zijn de heer Perl nu reeds te verzoeken rekening te houden met de wijzigingen die de Kamers zullen goedkeuren. Men mag evenmin improviseren door in het voorliggende wetsontwerp rekening te willen houden met de conclusies van de werkgroep-Perl. De minister kondigt aan dat hij de reactie van de regering op de nota van de heer Perl aan de verenigde commissies wil komen toelichten zodra de regering de nota zal hebben besproken.

De minister geeft nog aan dat, met het oog op de transparantie, het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen vereist is voor alle uitvoeringsbesluiten.

## B. Réponses du ministre des Affaires sociales et des Pensions

- Arrêtés délibérés en Conseil des ministres

Le ministre confirme que l'examen du présent projet de loi ne clôt pas le débat.

De nombreuses modalités concernant le financement des hôpitaux et le financement des expériences en soins de santé mentale seront réglées par le pouvoir exécutif par le biais d'arrêté royaux. Les travaux se poursuivent au sein du groupe de travail de M. Perl.

Le ministre se réfère aux nombreux amendements tendant à préciser que les arrêtés royaux devront être délibérés en Conseil des ministres. Il comprend le souci des auteurs de ces amendements de vouloir garantir un contrôle démocratique. Cependant, il ne pense pas que cette procédure soit une bonne solution en raison des lenteurs et des complications qu'elle entraîne. Des arrêtés royaux délibérés en Conseil des ministres entraînent des retards dans l'exécution des mesures et risquent de mécontenter le secteur hospitalier.

Le ministre demande à la commission de ne pas adopter ces amendements mais il lui propose, dans un souci de contrôle démocratique, de venir rapidement et régulièrement faire rapport aux commissions sur les modalités d'exécution de différents points spécifiques. Par exemple, en ce qui concerne le financement des expériences dans le secteur des soins de santé mentale, le ministre se déclare disposé à venir exposer aux commissions réunies l'ensemble des projets reçus et ceux qui seront choisis pour les expériences.

Le ministre estime qu'il ne serait pas cohérent d'inviter M. Perl à déjà tenir compte des modifications qui seront adoptées par les Chambres. Il ne faut pas non plus faire preuve d'improvisation en voulant tenir compte des conclusions du groupe de travail de M. Perl dans le présent projet. Le ministre annonce qu'il est disposé à exposer aux commissions réunies la réaction du gouvernement à la note de M. Perl dès que cette note y aura été discutée.

Le ministre précise encore que, dans un souci de transparence, l'avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers est requis pour tous les arrêtés d'exécution.



– *Het operationeel plan van de regering*

Als antwoord op de betogen van de leden in verband met het operationeel plan van de regering stipt de minister aan dat de regering voorlopig het plan kan naleven zoals het werd uiteengezet in zijn antwoorden op de hoorzittingen (uitvoering in juli 2002).

De uitvoering kan echter door twee oorzaken worden vertraagd, namelijk te lang aanslepende parlementaire werkzaamheden en de onbeschikbaarheid van een gegevensbank.

– *De geestelijke gezondheidszorg*

De minister antwoordt meer in het bijzonder op de vragen in verband met de sector van de geestelijke gezondheidszorg en herinnert eraan dat in die sector een tweede omschakeling heeft plaatsgehad. Er is in dat opzicht in een financiële marge voorzien om de vernieuwing van de verzorging te financieren. De instellingen hebben massaal geantwoord op de vraag om in die sector experimenten uit te voeren. Er is al een keuze gemaakt tussen de verschillende voorgestelde projecten, die vooral betrekking hebben op de thuiszorg.

De minister stelt vast dat zowel de meerderheid als de oppositie amendement hebben ingediend teneinde experimenten te financieren met betrekking tot de zorgcircuits en de netwerken. Hij is het eens met die amendementen. Ook wat dat betreft, vraagt de minister aan de commissie hem niet te verplichten zijn koninklijke besluiten voor te leggen aan de Ministerraad om geen tijd te verliezen inzake die gerichte experimenten. Hij verklaart dat hij bereid is aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu te vragen hem in commissie te vergezellen teneinde de experimenten die aan de gang zijn toe te lichten.

– *De communautarisering*

In zijn antwoord op het pleidooi van *de heer Luc Goutry (CD&V)* voor een communautarisering van het ziekenhuisbeleid herinnert *de minister* eraan dat de regering niet van plan is om op het vlak van de gezondheidszorg een nieuwe staatshervorming tot stand te brengen. Hij geeft de voorkeur aan een breed overleg met de gemeenschappen, waarin met name de ziekenhuissector aan bod zou komen. Momenteel buigen niet minder dan 21 werkgroepen zich over de meest uiteenlopende onderwerpen. Een en ander kreeg reeds gestalte in protocolakkoorden.

De minister herinnert eraan dat het ter bespreking voorliggende wetsontwerp tot doel heeft de financiële middelen zo doeltreffend mogelijk te verdelen. Die ver-

– *Le plan opérationnel du gouvernement*

Répondant aux interventions des membres relatives au plan opérationnel du gouvernement, le ministre souligne que provisoirement, le gouvernement est en mesure de respecter le plan tel qu'il l'a exposé dans ses réponses aux auditions (mise en oeuvre en juillet 2002).

Toutefois, deux éléments sont susceptibles d'en ralentir l'exécution, à savoir, des travaux parlementaires trop longs et la non disponibilité d'une banque de données.

– *Les soins de santé mentale*

Répondant plus spécifiquement aux questions posées sur le secteur des soins de santé mentale, le ministre rappelle qu'une deuxième reconversion a eu lieu dans ce secteur. Dans ce cadre, une marge financière a été prévue afin de financer la rénovation des soins. Les institutions ont répondu massivement à la demande qui a été lancée dans le but de réaliser des expériences dans ce secteur. Un choix a déjà été opéré dans les différents projets proposés qui ont principalement trait aux soins à domicile.

Le ministre constate que des amendements ont été déposés tant par la majorité que par l'opposition afin de financer des expériences relatives aux circuits de soins et aux réseaux. Il soutient ces amendements. A cet égard également, le ministre demande à la commission de ne pas l'obliger à soumettre ses arrêtés royaux au Conseil des ministres afin de ne pas perdre de temps dans le cas de ces expériences ponctuelles. Il se déclare disposé à demander à la ministre de la Santé publique de l'accompagner en commission afin d'expliquer les expériences en cours.

– *La communautarisation*

*M. Goutry (CD&V)* a plaidé pour la communautarisation de la politique hospitalière. Le ministre rappelle qu'il n'entre pas dans les intentions du gouvernement de procéder à une nouvelle réforme de l'État dans le domaine des soins de santé. Il privilégie une large concertation avec les communautés notamment sur les hôpitaux. Actuellement, pas moins de 21 groupes de travail se penchent sur les sujets les plus divers. Des protocoles d'accord ont déjà été conclus.

Le ministre tient à rappeler que l'objectif du projet à l'examen est de veiller à ce que les moyens financiers soient répartis de la manière la plus adéquate, non plus

deling moet gebeuren op grond van aantoonbare activiteiten en niet langer, zoals in het verleden, op grond van kenmerken die slechts weinig manoeuvreerruimte overlaten. Die nieuwe regeling moet garant staan voor een degelijke verdeling van de middelen tussen de gemeenschappen.

Het spreekt voor zich dat de nieuwe regeling niet mag leiden tot een verdieping van de kloof tussen de – afhankelijk van de sociale context – almaar rijker wordende en de almaar armer wordende ziekenhuizen. In dat verband deelt de minister de zienswijze die mevrouw Closon tijdens de hoorzittingen heeft toegelicht, met name inzake het beginsel dat iedere patiënt enig en ondeelbaar is in zijn zowel pathologische als sociale kenmerken. Daarom is het van belang voldoende middelen uit te trekken om aldus te kunnen voorzien in de financiering van zowel de directe correcties in het B8-mechanisme als het specifieke aanbod inzake de sociale dienstverlening. Die middelen moeten op een zeer transparante wijze worden verdeeld.

#### – De programmatie

In verband met de programmatie verwijst de minister naar de activiteiten van de werkgroep die geleid wordt door de heer Perl. Kennelijk tekent zich binnen die werkgroep een consensus af omtrent de noodzaak van een «*Health Technology Assessment*» gekoppeld aan een strikte regelgeving en een programmatieregeling.

Nadat een technologie werd geëvalueerd, kan op het vlak van de programmatie meer soepelheid aan de dag worden gelegd en is het mogelijk de erkenning en de programmatie tot stand te brengen volgens kwaliteitscriteria, in plaats van volgens rigide kenmerken (het aantal toestellen en bedden,...).

De werkgroep heeft voorts onderstreept dat meer behoefte aan gesloten enveloppes zal bestaan zodra de programmatie wordt geliberaliseerd. Indien bijvoorbeeld de programmatie inzake medische beeldvorming wordt versoepeld zonder dat in een gesloten enveloppe wordt voorzien, dreigen de uitgaven al gauw explosief te stijgen. Indien echter geen geld meer wordt toegekend uit de enveloppes bestaat het risico dat reacties worden uitgelokt zoals die van de radiologen naar aanleiding van de maatregelen van de minister. De minister weet nog niet hoe hij een liberalisering van de programmatie zal kunnen combineren met een systeem met gesloten enveloppes. In afwachting stelt hij voor het huidige stelsel van erkenningen en van programmatie te behouden totdat de «*Health Technology Assessment*» meer duidelijkheid brengt.

sur base de caractéristiques rigides comme par le passé mais sur base d'une activité justifiée. Ce nouveau système doit garantir une bonne répartition des moyens entre les communautés.

Il va de soi que le nouveau système ne doit pas conduire à une dualité croissante entre hôpitaux de plus en plus riches et hôpitaux de plus en plus pauvres en fonction de leur contexte social. A cet égard, le ministre partage les propos développés par Mme Closon lors des auditions et notamment le principe selon lequel un patient est un patient, unique et indivisible avec des caractéristiques tant pathologiques que sociales. Dès lors, il importe de prévoir des moyens pour financer non seulement les corrections directes dans le mécanisme B8 mais aussi des moyens spécifiques pour les services sociaux. La manière selon laquelle ces moyens seront répartis doit être très transparente.

#### – La programmation

En ce qui concerne la programmation, le ministre se réfère aux activités du groupe de travail de M. Perl. Il semble qu'un consensus se dégage au sein de ce groupe de travail pour souligner le besoin d'une «*Health Technology Assessment*» assortie d'une réglementation stricte et d'une programmation.

Dans la mesure où on a évalué une technologie, on peut être plus souple en matière de programmation et il est possible de déterminer l'agrément et la programmation en fonction de critères de qualité plutôt que sur base de caractéristiques rigides (nombre d'appareils et de lits, ...).

Le groupe de travail a également souligné le besoin croissant d'enveloppes fermées dès lors qu'on libéralise la programmation. Par exemple, si on assouplit la programmation en matière d'imagerie médicale sans prévoir d'enveloppe fermée, le risque est grand de voir exploser les dépenses. Toutefois, en cas de fermeture des enveloppes, des réactions sont à craindre comme celles qu'ont eues les radiologues à la suite des mesures prises par le ministre. Le ministre ne sait pas encore comment il va pouvoir combiner une libéralisation de la programmation à un système d'enveloppes fermées. En attendant, il propose de maintenir le système actuel d'agrément et de programmation en attendant d'y voir plus clair dans la «*Health Technology Assessment*».

*- MKG verzamelen*

Met betrekking tot de opmerkingen over de nauwkeurigheid waarmee de MKG worden verzameld, verwijst de minister naar een bepaling uit het ontwerp dat ter bespreking voorligt, waarin is bepaald dat de Koning de wijze kan vaststellen waarop de controles moeten worden verricht. Hij legt uit dat de overlegstructuren (waarin de artsen, de ziekenfondsen en de ziekenhuisbeheerders zitting hebben) vooraf om advies zullen worden verzocht. Het ontwerp voorziet tevens in straffen indien de geregistreerde gegevens worden gemanipuleerd.

Een amendement is er zelfs op gericht de adviserend geneesheren van de ziekenfondsen te belasten met de gegevenscontrole. De minister is tegen dat amendement gekant omdat het volgens hem voorbarig is. Hij stelt dat de regering nog overleg moet plegen over de wijze waarop die controle moet worden georganiseerd. Het parlement zal van het resultaat van de besprekingen in kennis worden gesteld.

*- Beleid inzake opnames*

In verband met het beleid inzake opnames wijst de minister erop dat binnen de overlegstructuren een studie is verricht en dat het rapport beschikbaar is. Bij de administratie bestaat bovendien een verslag over de problematiek betreffende de sociale factoren inherent aan het beleid inzake opnames.

Momenteel hebben de overlegstructuren een nieuw onderzoek over de evaluatie van de opnames laten aanvatten. Een tussentijds rapport wordt binnenkort verwacht.

Zeer binnenkort zal de minister ook een onderzoek laten starten met het oog op de ontwikkeling van wetenschappelijk gefundeerde evaluatiecriteria voor de opnames.

*- Gerechtigdige /erkende bedden*

Aangaande de overeenstemming tussen de gerechtigdige bedden en de erkende bedden preciseert de minister dat het begrip gerechtigdige bedden in het wetsontwerp centraal staat. Voorlopig is de erkenning echter nog gebaseerd op het begrip structurele bedden. Er zijn besprekingen met de gemeenschappen aan de gang om te onderzoeken of het mogelijk is het erkenningsbeleid aan te passen op grond van de reële en gerechtigdige activiteiten. Het doel bestaat erin het financierings- en erkenningsbeleid op elkaar af te stemmen.

*- La récolte des données du RCM*

En ce qui concerne les remarques relatives à la justesse de la récolte des données du RCM et du contrôle de celles-ci, le ministre se réfère à une disposition du projet à l'examen qui stipule que le Roi peut déterminer la manière dont les contrôles doivent être effectués. Il précise que préalablement, l'avis des structures de concertation (au sein desquelles siègent les médecins, les mutuelles, les gestionnaires d'hôpitaux) sera demandé. Le projet prévoit également des sanctions en cas de manipulations des données enregistrées.

Un amendement prévoit même de confier le contrôle des données aux médecins conseils des mutuelles. Le ministre s'oppose à cet amendement qui est, selon lui, prématuré. Il déclare que le gouvernement doit encore se concerter sur la manière d'organiser ce contrôle. Le parlement sera informé du résultat des discussions.

*- La politique des admissions*

En ce qui concerne la politique des admissions et des réadmissions, le ministre signale qu'une étude a été réalisée au sein des structures de concertation et que le rapport est disponible. Un rapport existe également à l'administration sur la problématique des facteurs sociaux liés à la politique d'admission.

Actuellement, les structures de concertation ont débuté une nouvelle étude sur l'évaluation des admissions. Un rapport intérimaire est attendu sous peu.

Très prochainement, le ministre lancera également une étude en vue de développer, sur base scientifique, des critères d'évaluation pour les admissions.

*- Lits justifiés/Lits agréés*

En ce qui concerne la cohérence entre les lits justifiés et les lits agréés, le ministre précise que le concept des lits justifiés est le concept central du projet de loi. Toutefois, l'agrément est provisoirement encore basé sur le concept des lits structurels. Des discussions sont en cours avec les communautés afin d'étudier la possibilité d'adapter la politique d'agrément sur base de l'activité justifiée et réelle. L'objectif est d'harmoniser la politique de financement et la politique d'agrément.

– *Erkenning en financiering*

De minister bevestigt dat de band tussen erkenning en financiering gehandhaafd blijft. Er zal in een basisfinanciering worden voorzien, maar die zal worden aangevuld volgens het activiteitspeil. Die maatregel strekt ertoe de ziekenhuizen te responsabiliseren wanneer ze ervoor kiezen nieuwe diensten of nieuwe functies op te richten.

– *De sociale factoren*

In de administratie is een onderzoek aan de gang dat de klemtoon in het bijzonder zal leggen op de sociale diensten, het ontslagmanagement, de verzameling van de gegevens in een sociaal waarnemingscentrum, enzovoort. Er zal geen rekening worden gehouden met de status van het ziekenhuis, maar met zijn sociaal profiel.

– *Stabiliteit in de financiering*

De regering wenst meer stabiliteit in de financiering. In de praktijk moeten de vereffening in twaalfden en de voorfinanciering leiden tot meer stabiliteit en het mogelijk maken de achterstand in te halen.

In samenwerking met de universiteiten is een (over 3 jaar gespreide) studie over het verband tussen de kosten en de ziektebeelden aan de gang.

– *De universitaire ziekenhuizen en de universitaire instellingen van Mont-Godinne*

De organieke wet diende te worden aangepast aan de realiteit op het terrein. Die wet hanteert in artikel 4 immers nog de woorden «universitaire ziekenhuizen», terwijl men het in de praktijk over «functies», «diensten» en «programma's» heeft. Naast de universitaire ziekenhuizen is er nog ruimte voor die universitaire diensten of functies die een bijzondere financiering kunnen genieten, op voorwaarde dat zij die universitaire opdrachten wel degelijk vervullen. Een van de ingediende amendementen stelt samenwerkingsakkoorden met de faculteiten geneeskunde in. De minister is het daarmee eens, hoewel zulks volgens hem veeleer in de uitvoeringsbesluiten dan in dit wetsontwerp thuishoort.

Hij begrijpt de onrust van de artsen en de patiënten van de universitaire instellingen van Mont-Godinne. Het begrip «universitair ziekenhuis» moet een duidelijke invulling krijgen. Het is evident dat er niet meer dan één universitair ziekenhuis per faculteit geneeskunde mag zijn, wat niet wil zeggen dat het de bedoeling is de ziekenhuisactiviteiten van Mont-Godinne te ondergraven

– *Agrément et financement*

Le ministre confirme que le lien entre agrément et financement est maintenu. Une base de financement sera prévue mais complétée en fonction du niveau de l'activité. Cette mesure vise à responsabiliser les hôpitaux dans le choix de créer de nouveaux services ou de nouvelles fonctions.

– *Les facteurs sociaux*

Une étude est en cours au sein de l'administration qui mettra plus particulièrement l'accent sur les services sociaux, la politique des départements, le rassemblement des données dans un observatoire social,... Il ne sera pas tenu compte du statut de l'hôpital mais de son profil social.

– *La stabilité dans le financement*

Le gouvernement souhaite plus de stabilité dans le financement. Dans la pratique, la liquidation en douzièmes et le financement prévisionnel doivent augmenter la stabilité et permettre de résoudre l'arriéré.

Une étude a été lancée sur trois ans en collaboration avec les universités sur la relation entre les coûts et la pathologie.

– *Les hôpitaux universitaires et les cliniques universitaires de Mont-Godinne*

Il était nécessaire d'adapter la loi organique aux réalités de terrain. En effet, la loi utilise encore les termes «hôpitaux universitaires» alors que sur le terrain il est question de «fonctions», de «services» et de «programmes». Parallèlement aux hôpitaux universitaires, il reste des possibilités pour ces services ou fonctions universitaires qui peuvent bénéficier d'un financement particulier à condition qu'ils remplissent effectivement ces missions universitaires. Un des amendements déposés instaure des accords de coopération avec les facultés de médecine. Le ministre approuve cette idée mais estime qu'elle n'a pas sa place dans le présent projet mais plutôt dans les arrêtés d'exécution.

Le ministre comprend les inquiétudes des médecins et des patients des cliniques universitaires de Mont-Godinne. Il convient de clarifier la notion d'hôpital universitaire. Il va de soi qu'il ne peut y avoir plus d'un hôpital universitaire par faculté de médecine. Cela ne signifie pas que l'on va saper les activités hospitalières de Mont-Godinne ou les mettre en difficultés financières. Une

of in moeilijkheden te brengen. Er moet een oplossing komen voor de concrete financiering van dit ziekenhuis, dat een hoog percentage universitaire bedden telt; de minister moet nog nadenken over de ter zake aan te wenden techniek.

Sommigen zijn van mening dat indien een ziekenhuis alle vereisten vervult (enkel universitaire bedden, bezoldigde artsen,...), in de financiering ervan kan worden voorzien in het budgettair subgedeelte B7; anderen dan weer vinden dat het knelpunt van de financiering moet worden geregeld in een subgedeelte van de ligdagprijs.

Om alle onrust weg te nemen dient men er in elk geval op toe te zien dat de ziekenhuisactiviteiten van Mont-Godinne leefbaar blijven.

#### *– De referentiecentra*

De minister verheugt er zich over dat België kan beschikken over een aantal referentiecentra die zijn gespecialiseerd in een ziektebeeld of in een bijzondere techniek, zonder dat daar een juridische erkenning voor nodig is. Dergelijke ziekenhuizen vervullen een supraregionale functie aangezien algemene ziekenhuizen er tijdelijk hun patiënten naar kunnen doorverwijzen, hoewel zij niet als universitaire ziekenhuizen functioneren. Het wetsontwerp beoogt de erkenning mogelijk te maken van die centra, die op sommige gebieden uitstekend werk leveren. Het is tevens de bedoeling ze juridisch te steunen.

#### *– De betrekkingen tussen de eerstelijnszorg en de ziekenhuizen*

Een van de kenmerken van het nieuwe ziekenhuisconcept en van het zorgcircuit is de samenwerking met de eerstelijnszorg; die samenwerking is prioritair. De minister is het eens met de verklaringen van de heer Vandeurzen dat de samenwerking met de eerstelijnszorg noodzakelijk is.

De minister geeft er evenwel de voorkeur aan dat die samenwerking niet in het wetsontwerp zelf, maar veel eerder in de uitvoeringsbesluiten wordt geregeld.

#### *– De Europese Unie*

Krachtens recente arresten van het Europese Hof van Justitie zijn de lidstaten met wachtlijsten verplicht hun patiënten door te verwijzen naar landen waar dergelijke lijsten niet bestaan, zoals België. Die arresten zijn heel verstrekkend. Zo organiseert de administrateur-generaal van het RIZIV, de heer Jo De Cock, op 7 en 8 december 2001 een conferentie over dat thema.

solution devra être trouvée pour le financement concret de cet hôpital qui compte un grand pourcentage de lits universitaires. Le ministre doit encore réfléchir sur la technique.

D'aucuns estiment que si un hôpital répond à toutes les exigences (uniquement des lits universitaires, médecins salariés, ...) son financement peut être prévu dans la sous-partie budgétaire B7. D'autres sont d'avis qu'il faut régler le problème du financement de ces hôpitaux dans une sous-partie du prix de journée. Quoi qu'il en soit, il faut veiller à ce que les activités hospitalières des cliniques de Mont-Godinne restent viables afin d'éviter toutes les inquiétudes.

#### *– Les centres de référence*

Le ministre se réjouit que la Belgique puisse compter un certain nombre de centres de référence qui se soient spécialisés dans une pathologie ou dans une technique particulière sans faire l'objet d'un agrément juridique à cet effet. De tels hôpitaux remplissent une fonction supra-régionale étant donné que des hôpitaux généraux peuvent y envoyer temporairement leurs patients mais ils ne fonctionnent pas comme des hôpitaux universitaires. Le but du projet de loi est de pouvoir reconnaître de tels centres qui font preuve d'excellence dans certains domaines et les soutenir juridiquement.

#### *– Les relations entre les soins de la première ligne et les hôpitaux.*

Une des caractéristiques du nouveau concept hospitalier et du circuit de soins est d'avoir un lien avec la première ligne. Cette collaboration avec les soins de première ligne est prioritaire. Le ministre se rallie aux déclarations de M. Vandeurzen selon lesquelles, la collaboration avec la première ligne est nécessaire.

Cependant, le ministre souhaiterait prévoir cette collaboration dans les arrêtés d'exécution plutôt que dans le présent projet.

#### *– L'Union européenne*

En vertu de récents arrêts de la Cour européenne de justice, les États membres où il existe des listes d'attente sont obligés d'envoyer leurs patients dans les pays où de telles listes n'existent pas, comme en Belgique. La portée de ces arrêts est très large. C'est ainsi que M. Jo De Cock, administrateur général de l'INAMI organise une conférence sur ce thème les 7 et 8 décembre 2001.



– *De spoedgevallendiensten*

De minister geeft toe dat sommige patiënten zich te pas en te onpas tot de spoedgevallendiensten wenden. Wie van die diensten misbruik maakt, moet opdraaien voor de kosten.

De minister heeft onlangs de afdeling financiën van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen om advies gevraagd over de pijnpunten aangaande de spoedgevallendiensten.

– *Dringende geneeskundige hulpverlening*

Het ambulancediensten kunnen thans georganiseerd worden door de Staat, of door diensten die een contract hebben met de Staat. Er zijn momenteel geen regels om vast te stellen onder welke voorwaarden een concessie kan worden verleend. Ter zake behoren algemene en transparante regels te worden uitgevaardigd. Daarom bepaalt het wetsontwerp dat de Koning de datum zal vaststellen waarop de ambulancediensten zullen moeten worden erkend. De betrokken diensten krijgen dus ruim de tijd om zich aan te passen.

– *De adviesprocedures*

De minister betwist dat hij bestaande adviesprocedures wil afschaffen. Zijns inziens hebben de ministers er belang bij kennis te nemen van zoveel mogelijk adviezen. De verplichte adviesprocedures betekenen evenwel een enorme rem. De organisatie van de bestaande adviesprocedures is voor verbetering vatbaar.

– *De ziekenhuispatiënt*

De regering had er aanvankelijk voor gekozen om de juridische definitie van het begrip « ziekenhuispatiënt » in de wet op te nemen. De Raad van State heeft evenwel het bezwaar geopperd dat dit begrip niet voorkomt in de vigerende of de ontworpen bepalingen van de ziekenhuiswet, en dat het dan ook geen zin heeft om dat begrip te definiëren. De definitie werd derhalve weggelaten, maar het begrip werd behouden, ter vervanging van de term « persoon ».

In de toelichting bij artikel 49 van het wetsontwerp wordt evenwel gepreciseerd dat de invoeging van het begrip « patiënt » geen gevolgen heeft voor de rechtsverhoudingen tussen de artsen en de ziekenhuisbeheerders.

– *Les services d'urgence*

Le ministre reconnaît que certains patients s'adressent trop facilement aux urgences. Ces patients doivent supporter le coût de leurs abus.

Le ministre a récemment demandé l'avis de la section financement du Conseil national des Etablissements hospitaliers sur le problème des services d'urgence.

– *L'aide médicale urgente*

Actuellement, les services ambulanciers peuvent être exploités soit par des services organisés par l'État soit par des services travaillant sous contrat avec l'État. Aucune règle ne permet actuellement de déterminer dans quelles conditions une concession peut être accordée. Il convient d'édicter des règles générales et transparentes dans ce secteur. C'est pourquoi le présent projet prévoit que le Roi déterminera la date à laquelle les services ambulanciers devront être agréés. Les services concernés auront dès lors largement le temps de s'adapter.

– *Les procédures d'avis*

Le ministre conteste vouloir supprimer des procédures d'avis existantes. Il estime que les ministres ont intérêt à prendre connaissance du plus grand nombre possible d'avis. Cependant, il déplore l'énorme frein que constituent des procédures d'avis obligatoires.

Il conviendrait d'améliorer l'organisation des structures d'avis existantes.

– *Le patient hospitalier*

Au départ, le gouvernement avait opté pour l'insertion dans la loi de la définition juridique du patient hospitalier. Le Conseil d'État a toutefois objecté que l'avant-projet de loi n'utilisait à aucune fin la définition et qu'elle était dès lors superflue. La définition a dès lors été supprimée mais le terme a été maintenu en remplacement du terme « personne ».

L'article 49 du projet précise cependant que l'introduction du terme « patient hospitalier » n'a aucune conséquence juridique sur les relations entre les médecins et les gestionnaires de l'hôpital.

– Artikel 109 van het wetsontwerp – voorrang van de individuele overeenkomsten

De minister meent te kunnen stellen dat de werkgroep-Decoster (de voorzitter is directeur-generaal bij het Bestuur van Gezondheidszorgen van het ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu) het eenparig eens is over de regeling van de kosten tussen de beheerders en de artsen.

Voorts is men kennelijk ver genoeg gevorderd om een dialoog aan te vatten over de positie van de arts in het ziekenhuis. De minister wenst daartoe een commissie op te richten.

Hij constateert dat artikel 109 van het wetsontwerp niet langer door de artsen wordt betwist. Dit artikel bepaalt dat, in geval van overeenkomst tussen de beheerders en de medische raad, die overeenkomst voorrang heeft op de individuele overeenkomsten. Die bepaling strekt ertoe klaarheid te scheppen in de huidige toestand, die rechtsonzekerheid kan veroorzaken. Mochten de individuele overeenkomsten de voorrang krijgen, dan dreigt desintegratie.

De minister geeft aan dat de leden van de medische raad verkozen worden en een zekere representativiteit hebben. Bovendien heeft de Raad van State geen opmerkingen gemaakt over dit artikel. Sommige amendementen willen nog verder gaan, maar de minister vraagt de commissie ze niet aan te nemen.

– Vrije toegang van de patiënten tot de verzorging

De patiënten moeten uiteraard vrij hun zorgcircuits en –netwerken kunnen kiezen. Zij moeten ook op ieder ogenblik vrij kunnen veranderen van netwerk of circuit. De sector moet de patiënt evenwel een zekere continuïteit in de circuits garanderen.

– Band met het ziekenhuisconcept

De minister vindt dat die band bestaat en hij zal zich ter zake steunen op het nieuwe concept van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen. Hij verwijst naar zijn inleidende uiteenzetting.

De minister preciseert dat hij niet de bedoeling heeft het fusieverloop af te remmen; wel wil hij een einde maken aan de wildgroei van gigantisch grote ziekenhuizen. Hij pleit voor de ontwikkeling van ziekenhuis-

– L'article 109 du projet – primauté des accords individuels

Le ministre pense pouvoir dire qu'il y a unanimité au sein du groupe de travail de M. Decoster (directeur général à l'Administration des soins de santé du ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement) en ce qui concerne le règlement des coûts entre les gestionnaires et les médecins.

En outre, les esprits semblent mûrs pour entamer un dialogue sur la position du médecin dans l'hôpital. Le ministre souhaite mettre en place une commission à ce sujet.

Il constate qu'actuellement, l'article 109 du projet ne fait plus l'objet de contestations dans les rangs des médecins. Cet article stipule qu'en cas d'accord entre le conseil médical et les gestionnaires, cet accord a priorité sur les accords individuels. Le but de cette disposition est de clarifier la situation actuelle qui est juridiquement incertaine.

Si la primauté était donnée aux accords individuels, on risquerait la désintégration.

Le ministre fait remarquer que les membres du conseil médical sont élus et bénéficient d'une certaine représentativité. En outre, le Conseil d'État n'a pas fait de remarques à cet article. Certains amendements veulent encore aller plus loin ; le ministre demande à la commission de ne pas les adopter.

– Le libre accès des patients

Il va de soi que les patients doivent avoir le libre choix des réseaux et des circuits de soins. Ils sont également libres de changer de réseau ou de circuit à tout moment. Il appartient cependant au secteur de garantir aux patients une certaine continuité dans les circuits.

– Le lien avec le concept hospitalier

Le ministre est d'avis que ce lien existe. Il se basera sur le nouveau concept hospitalier du Conseil national des Etablissements hospitaliers. Il se réfère à son exposé introductif.

Le ministre précise qu'il n'a pas l'intention de freiner le processus des fusions mais qu'il souhaite mettre un terme à la multiplication des hôpitaux mastodontes. Il plaide pour le développement de réseaux d'hôpitaux qui

netwerken met complementaire activiteiten en voor een beleid inzake vestigingsplaats waaraan de organieke wet een wettelijke basis dient te geven.

De administratie werkt thans aan een studie over de bestaande vestigingsplaatsen, teneinde een beleid uit te stippelen waarvan complementariteit, plaatselijke functies en sites de basisprincipes zullen zijn.

### C. Replieken

*De heer Luc Goutry (CD&V)* is voorzichtig tevreden over de toezegging van de minister om sommige KB's tot uitvoering van het wetsontwerp vooraf in de commissie ter bespreking voor te leggen. Hij verwacht dat het de KB's met de cruciale thema's zijn die in de commissie zullen besproken worden.

De minister heeft in zijn uiteenzetting duidelijk gemaakt dat er voor het departement Volksgezondheid een operationeel logboek bestaat, op basis waarvan de nieuwe financieringswijze kan worden geïmplementeerd. *De spreker* vraagt zich af wat de inhoud van dat logboek is en wil vernemen of er een gelijkaardig logboek bestaat voor het RIZIV. Hij herhaalt dat zijn fractie vragende partij is voor een grondig debat over de communautarisering van delen van het gezondheidsbeleid. Tot zijn spijt stelt hij vast dat de minister dat debat uit de weg gaat door te stellen dat een dergelijke overheveling niet in het regeerakkoord voorkomt. Nochtans bepleit ook regeringspartij VLD uitdrukkelijk die overheveling. Hij vermoedt dat de minister recentelijk een protocol over het bejaardenbeleid met betrekking tot de toekenning van RVT-bedden, dat afgesloten werd door overheden op de twee beleidsniveaus, heeft geschonden en hij besluit daaruit dat de samenwerking tussen de federale overheid en de gemeenschappen in het gezondheidsbeleid niet goed functioneert.

De spreker vraagt vervolgens naar een plan om een halt toe te roepen aan het oneigenlijke gebruik van urgentiediensten. Hij vraagt ook een duidelijk standpunt van de minister over de *numerus fixus* voor zorgverstrekkers in de gezondheidssector; hij heeft namelijk vastgesteld dat de heer Mayeur van de PS-fractie dat systeem niet meer noodzakelijk acht. De spreker oordeelt positief over de intentie van de minister om in sociale diensten (onder meer ontslagmanagement) te investeren, maar is van oordeel dat die investeringen niet vanuit de ziekteverzekering dienen betaald te worden; hiertoe dient -naast de ziekenhuisopvang- een ander netwerk opgestart te worden, bij voorkeur in de schoot van de gemeenschappen.

travaillent de manière complémentaire. Il souhaite également mettre en place une politique en matière de lieu d'implantation dont la base légale doit être prévue dans la loi organique.

L'administration réalise actuellement une étude sur les lieux d'implantation actuels afin de développer une politique dont les principes de base seront la complémentarité, les fonctions locales et les sites.

### C. Répliques

*M. Luc Goutry (CD&V)* se réjouit, avec modération, que le ministre se soit engagé à soumettre préalablement certains arrêtés d'exécution du projet de loi à l'examen de la commission. Il suppose que ce seront les arrêtés royaux concernant les thèmes les plus délicats qui seront discutés en commission.

Dans son intervention, le ministre a précisé qu'il existe, pour le département de la Santé publique, un plan d'action sur la base duquel le nouveau mode de financement peut être mis en œuvre. L'intervenant demande en quoi consiste ce scénario et s'il existe un scénario analogue pour l'INAMI. Il répète que son groupe politique est favorable à l'organisation d'un débat de fond sur la communautarisation de certains aspects de la politique de santé publique. Il déplore que le ministre élude un tel débat en précisant qu'un tel transfert n'est pas prévu dans l'accord de gouvernement. Pourtant, le VLD, un parti de la coalition, plaide lui aussi en faveur d'un tel transfert. Il suppose que le ministre a récemment enfreint un protocole relatif à la politique en matière de personnes âgées en ce qui concerne l'attribution de lits MRS, protocole qui avait été conclu par des instances relevant des deux niveaux de pouvoir, et il en déduit que la collaboration entre le pouvoir fédéral et les communautés ne fonctionne pas bien dans le domaine de la santé publique.

L'intervenant demande ensuite que des mesures soient prises pour mettre fin au recours abusif aux services d'urgence. Il demande par ailleurs que le ministre précise son point de vue à propos du *numerus fixus* pour les prestataires de soins dans le secteur des soins de santé ; il a en fait constaté que M. Mayeur, du groupe PS, estime que ce système n'est plus nécessaire. L'intervenant se réjouit de l'intention du ministre d'investir dans les services sociaux (notamment pour les personnes qui peuvent quitter l'hôpital), mais estime que ces investissements ne doivent pas être à charge de l'assurance maladie et qu'un autre réseau - parallèle à la prise en charge par l'hôpital - doit être créé à cet effet, de préférence au sein des communautés.

*De minister* gaat in op de vragen en opmerkingen van de heer Goutry. Er bestaat binnen het RIZIV een logboek voor de operationalisering van de nieuwe financiering. Dat logboek wordt constant geüpdated, maar voorlopig zijn er geen aanwijzingen dat de vooropgestelde timing (invoering van een financiering in twaalfden in juli 2002) dient aangepast te worden. Hij vermeldt dat zeer recentelijk een advies aan de sectie financiering van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen is aangevraagd over het oneigenlijke gebruik van urgentiediensten en dat daarover in de toekomst duidelijkheid zal ontstaan. Hij is van oordeel dat de huidige regelgeving met betrekking tot de numerus fixus niet moet herzien worden: ook in de toekomst is een beheersing van de toegang tot sommige medische beroepen noodzakelijk. De aangekondigde investeringen in sociale diensten zullen niet betaald worden door het RIZIV, maar vanuit het budget van het departement Volksgezondheid. De financiering blijft dus wel federaal.

*Le ministre* réagit aux questions et aux observations de M. Goutry. Il existe au sein de l'INAMI un *logbook* pour l'opérationnalisation du nouveau financement. Ce *logbook* sera tenu à jour de façon permanente, mais pour l'instant rien n'indique que le calendrier prévu (instauration d'un financement en douzièmes en juillet 2002) devra être adapté. Il signale que la section financement du conseil national des établissements hospitaliers a été très récemment invitée à donner son avis sur le recours impropre aux services d'urgence et que les choses se ront clarifiées à l'avenir en cette matière. Il estime qu'il ne s'impose pas de revoir la réglementation actuelle relative au *numerus fixus* : l'accès à certaines professions médicales devra également être maîtrisé à l'avenir. Les investissements annoncés dans les services sociaux ne seront pas pris en charge par l'INAMI, mais seront imputés au budget du département de la Santé publique. Le financement demeure donc fédéral.

## V. — HOORZITTINGEN

Op 25 en 26 september 2001 hebben hoorzittingen plaatsgevonden.

De volgende deskundigen werden gehoord:

*Dinsdag 25 september 2001*

### 1. Vertegenwoordigers van de geneesheren

- Dr Moens, BVAS (Belgische Vereniging van Artsensyndicaten).
- Dr Rutsaert, SGB (Algemene Syndicaat van de Geneesheren van België)

### 2. Vertegenwoordigers van de mutualiteiten

- de heren Jean Hermesse en Jean-Marc Laasman, Inter mutualistisch Collège

### 3. Vertegenwoordigers van de ziekenhuizen

- de heer Yves Smeets, directeur van de AFIS (Association francophone des Institutions de Soins)
- Mevr. Dominique Haumont, hoofd van de dienst neonatologie van de CHU Saint-Pierre
- de heer Michel Van Leer, directeur van de « intercommunale des hôpitaux du Pays de Charleroi »
- de heer Luk Vanroye, directeur van de Nederlandstalige kamer van de VOV (Vereniging van de Openbare Verzorgingsinstellingen)
- de heer Michel Mahaux, directeur van de Franstalige kamer van de AEPS (Association des Etablissements publics de soins)
- De heer Van Kerschaever, expert ziekenhuisfinanciering bij de VOV
- Dr Carine. Boonen en de heer M. Tuerlinckx, VVI (Verbond der Verzorgingsinstellingen)
- Dr M. Van Campenhoudt, afgevaardigd beheerder, medisch directeur van de VZW « Cliniques de l'Europe »
- de heer Jean-Noël Godin, Confédération belge des établissements privés de soins
- Dr Fierens, voorzitter van O.L. Vrouwziekenhuis in Aalst

*Woensdag 26 september 2001*

### 1. Universitaire ziekenhuizen

- de heer J. Van der Straeten, financieel directeur van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen
- Dr B. Van Daele, Universitair Ziekenhuis Leuven
- Mevr. Marie-Christine Closon, professor bij de UCL
- de heer Jean-Pierre Closon, directeur generaal van de «CHR de la Citadelle-Liège»

## V. — AUDITIONS

Des auditions ont eu lieu les 25 et 26 septembre 2001.

Les experts suivants ont été entendus:

*Mardi 25 septembre 2001*

### 1. Représentants des médecins

- Dr Moens, ABSYM (Association belge des Syndicats médicaux)
- Dr Rutsaert, SGB (Algemene Syndicaat van de Geneesheren van België)

### 2. Représentants des mutualités

- MM. Jean Hermesse et Jean-Marc Laasman, Collège inter mutualiste

### 3. Représentants des hôpitaux

- M. Yves Smeets, directeur de l'AFIS (Association francophone des Institutions de Soins)
- Mme. Dominique Haumont, chef de service néonatalogie CHU Saint-Pierre
- M. Michel Van Leer, directeur de l'intercommunale des hôpitaux du Pays de Charleroi
- M. Luk Vanroye, directeur de la chambre néerlandophone du VOV (Vereniging van de Openbare Verzorgingsinstellingen)
- M. Michel Mahaux, directeur de la Chambre francophone de l'AEPS (Association des Etablissements publics de soins)
- M. P. Van P. Van Kerschaever, expert en financement hospitalier au VOV
- Dr Carine. Boonen et M. Tuerlinckx, VVI (Verbond der Verzorgingsinstellingen)
- Dr M. Van Campenhoudt, administrateur-délégué, directeur médical de l'ASBL Cliniques de l'Europe
- M. Jean-Noël Godin, Confédération belge des établissements privés de soins
- Dr Fierens, directeur de l'hôpital O.L.-Vrouw à Alost

*Mercredi 26 septembre 2001*

### 1. Hôpitaux universitaires

- M. J. Van der Straeten, directeur financier de l'hôpital universitaire d'Anvers
- Dr B. Van Daele, hôpital universitaire de Louvain
- Mme Marie-Christine Closon, professeur à l'UCL
- M. Jean-Pierre Closon, directeur général du CHR de la Citadelle-Liège.



## 2. Financiering-deskundigen

- de heer Jean-Paul Philippot, voorzitter van de afdeling Financiering van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV)
- de heer Guy Durant, expert ziekenhuisfinanciering van de Raad van Universitaire Ziekenhuizen

### A. Hoorzittingen van 25 september 2001

#### I. Bespreking op grond van de uiteenzettingen van de artsenvertegenwoordigers

*De heer Luc Goutry (CD&V)* wenst van dokter Rutsaert meer te vernemen over de opname van de poliklinische activiteiten in de financiering.

*Dokter Rutsaert (ASGB)* antwoordt dat sinds een tweetal jaar blijkt dat de artsen voorrang geven aan hun privé-praktijk boven hun werk in het ziekenhuis. Die ontwikkeling belemmert de doeltreffendheid van de ziekenhuizen en de continuïteit van de zorg die zij hun patiënten verstrekken. Er zijn tal van oorzaken voor die tendens: enerzijds worden de algemene, onbeheersbare kosten van de ziekenhuizen automatisch op de artsen afgewenteld, waardoor zij in een onhoudbare situatie verzeild geraken; anderzijds is de positie van de artsen wegens de rechtspraak inzake ontslag bijzonder kwetsbaar geworden. Die evolutie is betreurenswaardig.

De ziekenhuisarts moet in de eerste plaats in het ziekenhuis aanwezig zijn. Wel is het mogelijk dat hij in aanvulling daarop een privé-praktijk behoudt.

De oplossing voor deze knelpunten zou erin bestaan de ziekenhuiswet aan te passen, met name op het vlak van de ontslagregeling; voorts moeten de aan de artsen doorgerekende kosten worden beperkt.

*Dokter Moens (BVAS)* is het slechts gedeeltelijk eens met die analyse. De ontslagregeling ervaart hij ook als een majeur probleem..

De opname van de poliklinische activiteiten in het financieringsstelsel is alleen maar denkbaar voor de daghospitalisatie – niet voor de andere vormen van ambulante verstrekkingen. Zoniet ontstaat het risico van een dubbel nomenclatuurcircuit, behalve indien men de artsen-specialisten zouden verbieden zich extramuraal nog langer bezig te houden met ambulante activiteiten. Daar is de spreker evenwel resoluut tegenstander van.

## 2. Experts du financement / Financiering-deskundigen

- M. Jean-Paul Philippot, président de la section financement du CNEH (Conseil national des Etablissements hospitaliers).
- M. Guy Durant, expert en financement hospitalier au Conseil des Hôpitaux universitaires.

### A. Auditions du 25 septembre 2001

#### I. Discussion à la suite des exposés des représentants des médecins

*M. Luc Goutry (CD&V)* demande des précisions au Dr Rutsaert sur l'incorporation des activités polycliniques dans le financement.

*Le Dr Rutsaert (ASGB)* répond que l'on constate depuis environ deux ans que les médecins donnent la priorité à leur pratique privée plutôt qu'à leur travail au sein de l'hôpital. Cette évolution porte préjudice à la performance de l'hôpital et à la continuité des soins prodigués aux patients admis dans cet hôpital. Les causes de cette tendance sont multiples : d'une part les coûts généraux non maîtrisables des hôpitaux qui sont automatiquement répercutés sur les médecins, ce qui les place dans une situation intenable ; d'autre part, la jurisprudence relative au licenciement des médecins rend ces derniers particulièrement vulnérables. Il s'agit là d'une évolution malheureuse.

Le médecin hospitalier se doit d'être en priorité présent dans l'hôpital. Il peut cependant conserver une pratique privée en ordre subsidiaire.

Afin de remédier à cette situation, il convient d'adapter la loi sur les hôpitaux en ce qui concerne les licenciements et de limiter les coûts facturés aux médecins.

*Le Dr Moens (ABSYM)* ne partage pas cette analyse sauf en ce qui concerne les licenciements.

L'incorporation des activités polycliniques est envisageable en ce qui concerne les hôpitaux de jour mais pas pour les autres, au risque de créer un double circuit de nomenclature sauf si l'on interdit aux spécialistes les activités ambulatoires en dehors de l'hôpital, ce que l'orateur ne souhaite pas.

Hij gelooft niet dat de door de ziekenhuizen aan de artsen aangerekende kosten van de ene op de ander dag kunnen verdwijnen. Gelet op het structureel tekort van 17 miljard BEF en op de economische toestand, acht dokter Moens het gevaar niet gering dat de zware kosten die de in een ziekenhuis werkende artsen-specialisten moeten dragen, gehandhaafd blijven.

*Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU&ID)* vraagt dokter Moens en dokter Rutsaert of zij zich in elkaars uiteenzettingen kunnen vinden.

*Dokter Moens* is het met dokter Rutsaert eens als die onderstreept dat de ziekenhuizen te weinig middelen krijgen.

Hij vindt dat de ziekenhuisarts niet onder druk mag worden gezet. Kennelijk hebben de artsen in het Franstalig landsgedeelte minder ruimte om zich tegen die druk te verzetten dan hun Vlaamse collega's. Om aan die druk te ontsnappen, is het van belang dat de artsen permanent overleg plegen met hun directie en hun beheerders. Hij meent dat dit gemiddeld in Vlaanderen vlotter verloopt dan in het Franstalig landsdeel.

*Dokter Rutsaert* preciseert dat de integratie er pas kan komen als wettelijk wordt gewaarborgd dat de artsen autonoom kunnen werken en dat zij aan het beheer van het ziekenhuis kunnen deelnemen.

*Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo)* vraagt om nadere preciseringen in verband met het voorafgaande advies van de artsen over de zware medische apparatuur.

*Dokter Rutsaert* plaatst vraagtekens bij de wijze waarop de programmatie momenteel gebeurt. In het verleden is gebleken dat, zodra apparaten of diensten worden geprogrammeerd, de hele financiering van het ziekenhuis daarvan afhankelijk wordt en dat brengt de andere ziekenhuizen die niet over deze diensten beschikken in moeilijkheden.

De spreker is van oordeel dat de programmatie alleen maar een oplossing kan bieden voor zeer zeldzame ziekten.

Met de programmatieregeling wil de overheid besparen, maar in werkelijkheid doet zich vaak het tegenovergestelde voor. Zo blijkt dat er sinds enkele jaren een activiteitentransfer plaatsgrijpt van ziekenhuizen die geen zware technologische apparatuur hebben, naar ziekenhuizen die dergelijke diensten wel kunnen aanbieden en

Il ne croit pas que les coûts imputés aux médecins par les hôpitaux puissent disparaître du jour au lendemain. En effet, compte tenu du déficit structurel actuel de 17 milliards et compte tenu de la situation économique, le Dr Moens craint fort que les énormes coûts imputés aux médecins spécialistes qui consultent dans les hôpitaux ne soient maintenus.

*Mme Annemie Van de Casteele (VU&ID)* demande aux Dr Moens et Rutsaert s'ils peuvent se rallier à leurs exposés respectifs.

*Le Dr Moens* rejoint le Dr Rutsaert lorsqu'il souligne que le financement des hôpitaux est insuffisant.

Il estime qu'il faut éviter de placer le médecin hospitalier sous pression. Il apparaît que l'autonomie dont disposent les médecins pour faire face à cette pression est plus grande en Wallonie qu'en Flandre. Afin d'échapper à cette pression, il est important que les médecins soient en concertation permanente avec leur direction et leurs gestionnaires.

*Le Dr Rutsaert* précise que l'intégration ne pourra se faire qu'à la condition que les garanties légales existent, que les médecins puissent fonctionner de manière autonome et qu'ils puissent participer à la gestion de l'hôpital.

*Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo)* demande des précisions en ce qui concerne l'avis préalable des médecins sur l'appareillage médical lourd.

*Le Dr Rutsaert* dénonce la manière dont la programmation est actuellement réalisée. Il est apparu par le passé qu'à partir du moment où des appareils ou des services sont programmés, tout le financement de l'hôpital y est ensuite lié et cette situation met les hôpitaux en difficulté.

L'orateur estime que la programmation n'est envisageable que pour des pathologies très rares.

Si l'objectif des autorités par la programmation est de réduire les budgets, force est de constater qu'elle entraîne bien souvent l'effet contraire. On constate ainsi depuis quelques années un transfert d'activités des hôpitaux qui ne disposent pas de ces technologies lourdes vers les hôpitaux qui disposent de ces services et qui

die bijgevolg een hogere ligdagprijs en hogere honorariumforfaits kunnen aanrekenen voor klinische biologie en radiologie.

*Dokter Moens* deelt die analyse en bevestigt dat de programmering altijd het tegengestelde effect heeft gehad van wat werd beoogd.

Hij herinnert eraan dat een ziekenhuis dat twintig jaar geleden een CT-scanner wilde hebben, moest beschikken over een spoedgevallendienst, een neurochirurgische dienst enzovoort. Daardoor werden her en der dergelijke diensten in het leven geroepen. De regeling heeft dus contraproductief gewerkt.

De spreker is ervan overtuigd dat overgedreven normering de volksgezondheid niet ten goede komt, omdat zij tot bijkomende kosten leidt. Het ware aangewezen van die regeling af te stappen, maar het ter bespreking voorliggende wetsontwerp gaat precies de tegenovergestelde richting uit.

*De heer Luc Goutry (CD&V)* vindt dat, indien de programmatieregeling plaats zou ruimen voor de wet van vraag en aanbod, meer met forfaiten moet worden gewerkt om aldus de begroting binnen de perken te houden.

Hij wenst te vernemen hoe dokter Moens reageert op de stelling van dokter Rutsaert dat het aantal ziekenhuizen moet worden beperkt, maar dat tegelijkertijd nood is aan grotere ziekenhuizen.

*Dokter Moens* deelt die mening niet. Hij verwijst ter zake naar Nederland en Spanje. Beide landen hebben die tactiek al uitgeprobeerd en komen daar nu op terug. In Nederland zijn er momenteel te weinig ziekenhuizen.

Een dergelijke regeling functioneert niet omdat er gigantische bijkomende, indirecte kosten mee gepaard gaan. Bovendien werken de grote ziekenhuizen met wachtlijsten, zijn ze minder performant en is die grote omvang niet bevorderlijk voor het menselijke contact met de patiënt.

Op internationaal vlak blijkt dat een ziekenhuis niet boven 450 à 500 bedden zou mogen uitstijgen, wil het een ziekenhuis op mensenmaat blijven.

*Dokter Rutsaert* vindt dat aantal van 450 à 500 bedden eveneens redelijk. Hij erkent dat de kosten in mastodontziekenhuizen (1000 bedden en meer) al gauw onbeheersbaar worden.

perçoivent dès lors un prix de journée plus élevé et des honoraires forfaitaires plus élevés en biologie clinique et en radiologie.

*Le Dr Rutsaert* partage également cette analyse. Il confirme que la programmation a toujours eu les effets inverses.

Il rappelle qu'il y a vingt ans, un hôpital qui voulait disposer d'un CT scan, devait avoir un service d'urgences, un service de neurochirurgie, ... de sorte que l'on a assisté à une recrudescence de ces services un peu partout.

Le système a été contre-productif.

L'orateur est convaincu que l'hyper normalisation n'est pas profitable à la santé publique car elle induit des coûts supplémentaires. Il convient d'abandonner ce système mais le projet de loi en discussion va précisément dans la mauvaise direction.

*M. Luc Goutry (CD&V)* estime que si l'on abandonne le système de la programmation et qu'on laisse jouer les lois de l'offre et de la demande, il faut développer un système de forfaitarisation afin de maîtriser les budgets.

Il demande la réaction du Dr Moens aux propos du Dr Rutsaert selon lesquels il faut réduire le nombre d'hôpitaux mais développer des hôpitaux plus grands.

Le Dr Moens répond qu'il ne partage pas cette opinion. Il cite l'exemple des Pays-Bas et de l'Espagne qui ont tenté cette expérience et qui font maintenant marche arrière. Actuellement, les Pays-Bas disposent de trop peu d'hôpitaux.

Un tel système ne fonctionne pas en raison des énormes coûts indirects supplémentaires qu'il génère. En outre, les grands hôpitaux se caractérisent par des listes d'attente, ils sont moins performants et leur taille porte préjudice aux contacts humains avec les patients.

Au niveau international, il apparaît qu'un hôpital ne devrait pas compter plus de 450 à 500 lits s'il veut rester un hôpital à échelle humaine.

*Le Dr Rutsaert* estime également qu'un nombre de 450 à 500 lits est un nombre raisonnable. Il reconnaît que les coûts dans les hôpitaux mastodontes de plus de 1000 lits deviennent ingérables.

*Dokter Moens* geeft toe dat de programmatieregeling niet werkt. Een forfaitaire regeling is echter evenmin een wondermiddel. Forfaits zijn immers ondoeltreffend in de sectoren van de klinische biologie en de radiologie.

De spreker is ervan overtuigd dat akkoorden op het terrein mogelijk zijn, door middel van permanent en vrijwillig overleg tussen de medische raad, de beheerraad en de omliggende ziekenhuizen, maar zonder dat de overheid mee aan tafel zit.

Vergeten we immers niet dat de ziekenhuisfinanciering via een gesloten enveloppe geschiedt. Wie weet geeft de overheid de ziekenhuizen na deze hoorzittingen alsnog de toestemming om gebruik te maken van andere financieringsvormen, zoals privé-verzekeringen. De tijd is rijp om een fundamenteel debat over alternatieve financiering aan te gaan.

Op een vraag van *de heer Joos Wauters (Agalev-Ecolo)* in verband met de privé-verzekeringen antwoordt *dokter Moens* dat de buurlanden België benijden om het evenwicht dat hier werd bereikt tussen privé-initiatief en overheidsoptreden.

De huidige situatie is gekenmerkt door een toename van de behoeften, tal van technische mogelijkheden en patiënten die steeds hogere eisen stellen. Aangezien een verhoging van de inkomsten onmogelijk is, zou men kunnen denken aan een beperking van het aantal terugbetaalbare prestaties (zoals de commissie-Dunning heeft gedaan in Nederland). Rest dan nog de vraag of de artsen dan wel de Staat moeten bepalen welke de betrokken prestaties zijn.

Een andere oplossing bestaat erin een beroep te doen op privé-verzekeringen.

*De heer Luc Goutry (CD&V)* vraagt hoe het staat met de deconventionering.

Hij vraagt wat het standpunt is van de deskundigen over de verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië op het stuk van de zware medische apparatuur.

*Dokter Moens* bevestigt dat de BVAS haar leden heeft opgeroepen zich tegen 2002 te deconventioneren. Het is een politiek signaal, dat steeds kan worden ingetrokken.

Hij rekent voor dat de honoraria van de artsen de jongste vijf jaar met slechts 2,5 % zijn gestegen.

Wat de Noord/Zuidverschillen betreft, herinnert de spreker eraan dat hij in 1988 beslist heeft zich te enga-

*Le Dr Moens* reconnaît que la programmation ne fonctionne pas. Toutefois, le système des forfaits ne constitue pas non plus une panacée. En effet, la forfaitarisation ne fonctionne pas en biologie ni en radiologie.

L'orateur est convaincu que grâce à une concertation permanente entre le conseil médical, le conseil de gestion et les hôpitaux environnants, il doit être possible, sur base volontaire et sans intervention de l'État, de conclure des accords sur le terrain.

Il ne faut pas oublier que le financement des hôpitaux fonctionne sur base d'une enveloppe fermée. Peut-être, à moins qu'après les auditions, les autorités autoriseront les hôpitaux à recourir à d'autres formes de financement, comme par exemple, les assurances privées. Les temps sont mûrs pour aborder ce débat fondamental du financement alternatif.

Répondant à une question de *M. Joos Wauters (Agalev-Ecolo)* sur les assurances privées, *le Dr Moens* précise que les pays voisins envient la Belgique pour le bon équilibre qu'elle a atteint entre les initiatives privées et l'intervention de l'État.

La situation actuelle est caractérisée par une croissance des besoins, de nombreuses possibilités techniques et des patients de plus en plus exigeants. Etant donné qu'une augmentation des revenus est impossible, on pourrait envisager de réduire le nombre de prestations remboursables (comme l'a fait la commission Duning aux Pays-Bas). La question reste de savoir s'il appartient aux médecins ou à l'État de déterminer quelles seront les prestations concernées.

Le recours à des assurances privées constitue une autre solution.

*M. Luc Goutry (CD&V)* demande où en est la question du déconventionnement.

Il demande l'avis des experts sur les différences entre la Flandre et la Wallonie en ce qui concerne l'appareillage médical lourd.

*Le Dr Moens* confirme que l'ABSYM a lancé un appel à ses affiliés pour qu'ils se déconventionnent pour 2002. Il s'agit d'un signal politique mais qui peut toujours être retiré.

Il rappelle que les honoraires des médecins n'ont augmenté que de 2,5% les cinq dernières années.

En ce qui concerne les divergences Nord/Sud, l'orateur rappelle qu'en 1988, il a décidé de défendre sa pro-

geren in de beroepsverdediging van de klinische biologie wegens de misbruiken die hij destijds had vastgesteld in de extramurale laboratoria en wegens een flagrante discriminatie tussen Vlaanderen en Wallonië, zowel op het stuk van de verpleegdagprijs als op dat van de forfaitaire honoraria klinische biologie van de ziekenhuizen.

Die verschillen bestaan vandaag nog altijd. Hij vindt daarvan het bewijs in het probleem van de PET-scans.

Uit die problemen blijkt eens te meer dat het systeem van de programmatie en van de normering niet werken.

Dokter Rutsaert verklaart dat zijn vereniging van plan is de huidige conventioneeringsregeling te redden.

Hij hoopt dat vóór het einde van het jaar structurele maatregelen zullen worden genomen in verband met de forfaitaire honoraria van die artsen. Anders zal het voor deze artsen jammer genoeg niet langer mogelijk zijn om de conventietarieven te blijven volgen.

## 2. Bespreking als gevolg van de uiteenzettingen van de vertegenwoordigers van het Intermutualistisch College

*De heer Luc Goutry (CD&V)* wijst erop dat uit de uiteenzettingen blijkt dat de financiering van de ziekenhuizen almaar meer gebonden zal zijn aan de ziekenhuisactiviteiten die worden gemeten aan de hand van de MKG. Verscheidene sprekers hebben echter de nadruk gelegd op de noodzaak van een strengere controle op de manier waarop die gegevens worden verkregen.

De spreker is bang dat men wil afstappen van het systeem van de financiering op grond van het aantal bedden, dat nochtans objectief is.

*De heer Hermesse (Intermutualistisch College)* stipt aan dat sommige adviesbureaus aan de ziekenhuisbestuurders voorstellen hun MKG-gegevens te onderzoeken om ze te optimaliseren alvorens ze over te zenden aan de diensten van Volksgezondheid. Als honoraria vragen die bureaus 60 % van de gewonnen dagen.

Rekening houdend met de concurrentie onder de ziekenhuizen is de wijze waarop de gegevens worden geregistreerd uiterst belangrijk.

*De heer Yvan Mayeur (PS)* constateert dat veel vragen worden gesteld aan de ministers die het wetsontwerp hebben opgesteld en hij hoopt dat ze die zullen beantwoorden.

fession de biologiste clinique en raison des abus qu'il avait constatés dans les laboratoires extra-muraux et en raison d'une discrimination flagrante entre la Flandre et la Wallonie tant en ce qui concerne le prix de journée qu'en ce qui concerne les honoraires forfaitaires des hôpitaux.

Actuellement, ces divergences sont toujours présentes. Il en veut pour preuve le problème des Pet-scans.

Ces problèmes illustrent une fois de plus que le système de la programmation et de la normalisation ne fonctionne pas.

*Le Dr Rutsaert* déclare que son association a l'intention de sauver le système actuel de convention. C'est contre son gré que l'association a appelé les biologistes et les radiologues à se déconventionner.

Il espère que des mesures structurelles seront prises d'ici la fin de l'année en ce qui concerne les honoraires forfaitaires de ces médecins.

## 2. Discussion à la suite des exposés des représentants du Collège intermutualiste

*M. Luc Goutry (CD&V)* souligne que les exposés ont fait apparaître que de plus en plus, le financement des hôpitaux sera lié aux activités hospitalières mesurées par le biais du RCM. Plusieurs orateurs ont toutefois insisté sur la nécessité de renforcer le contrôle sur la manière dont ces données sont récoltées.

L'intervenant s'inquiète que l'on veuille abandonner le système de financement sur base du nombre de lits qui présente l'avantage d'être objectif.

*M. Hermesse (Collège intermutualiste)* signale qu'actuellement certains bureaux de consultants proposent aux gestionnaires d'hôpitaux d'examiner leurs données RCM afin de les optimaliser avant de les transmettre à l'administration de la santé publique. Comme honoraires, ces bureaux demandent 60% des journées gagnées.

Compte tenu de la concurrence entre les hôpitaux, la manière dont les données sont enregistrées est primordiale.

*M. Yvan Mayeur (PS)* constate que de nombreuses questions sont posées aux ministres responsables du projet de loi et espère qu'ils y apporteront des réponses.



De controle zal het voornaamste probleem zijn dat zal rijzen bij de verandering van financieringsregeling (niet meer op grond van het aanbod maar naargelang de activiteiten).

Het wetsontwerp is in dat opzicht onduidelijk aangezien het vaak verwijst naar koninklijk besluiten tot uitvoering.

Hoewel het in het wetsontwerp voorgestelde systeem aantrekkelijk lijkt in vergelijking met het huidige, zouden de ministers toch een aantal verduidelijkingen moeten geven.

De spreker vraagt aan de vertegenwoordigers van het Intermutualistisch College hoe zij de erkenning en de herverdeling van de zware medische apparatuur zien.

Hoe moet die apparatuur worden gereguleerd, naar gelang van de noden van de patiënten of naar gelang van wat het de artsen opbrengt ?

Boekt het ter bespreking voorliggende wetsontwerp vooruitgang op het stuk van die regulering ?

Volgens *mevrouw Annemie Van de Casteele (VU & ID)* komt het niet aan de verzekeringsinstellingen toe de misbruiken te controleren, maar wel aan het departement Volksgezondheid en aan het RIZIV, op grond van de transparante gegevens en van een systeem van *peer review*.

Gelet op hun financiële verantwoordelijkheid zouden de verzekeringsinstellingen hun controles moeten beperken tot het begrotingsaspect.

De overheid moet niet alleen toezicht houden op het begrotingsaspect maar tevens op de kwaliteit van de verzorging en op de belangen van de patiënten.

De spreekster vraagt of de verschillende verzekeringsinstellingen van plan zijn de gegevens gezamenlijk te verzamelen teneinde controles uit te voeren op de MKG.

*De heer Jef Valkeniers (VLD)* wijst erop dat de praktijken in België niet veel verschillen van die in het buitenland.

In alle landen stelt men onomkeerbare ontwikkelingen vast zoals bijvoorbeeld de veroudering, doeltreffender geneesmiddelen, betere chirurgische technieken, ...

Le problème majeur qui se posera lors du changement de système de financement (non plus sur base de l'offre mais sur base des activités) sera le problème du contrôle.

A cet égard, le projet de loi est très nébuleux étant donné qu'il renvoie souvent à des arrêtés royaux d'application.

Bien que le système proposé dans le projet de loi paraisse séduisant par rapport à celui appliqué aujourd'hui, il conviendrait que les ministres apportent un certain nombre de précisions.

L'orateur demande aux représentants du collège intermutualiste comment ils envisagent l'agrément et la redistribution de l'appareillage médical lourd.

De quelle manière cet appareillage doit-il être régulé, en fonction des besoins de patients ou en fonction de ce qu'il rapporte aux médecins ?

Le projet de loi à l'examen offre-t-il des avancées pour résoudre cette régulation ?

*Mme Annemie Van de Casteele* est d'avis qu'il n'appartient pas aux organismes assureurs de contrôler les abus mais bien au département de la santé publique et à l'Inami et ce sur base de données transparentes et d'un système de Peer Review.

En tant que responsables financiers, les organismes assureurs devraient limiter leurs contrôles à l'aspect budgétaire.

L'État quant à lui ne doit pas seulement contrôler l'aspect budgétaire mais aussi la qualité des soins et l'intérêt des patients.

L'oratrice demande si les différents organismes assureurs ont l'intention de procéder à la récolte des données de manière conjointe afin d'effectuer les contrôles sur le RCM.

*M. Jef Valkeniers (VLD)* fait remarquer que les pratiques en Belgique ne diffèrent pas tellement des pratiques à l'étranger.

On constate dans tous les pays des évolutions irréversibles telles que par ex. le vieillissement, des médicaments plus performants, de meilleures techniques chirurgicales, ...

De heer Valkeniers betwist dat er een tendens bestaat om het systeem maximaal te exploiteren. Als men immers het % van het BNP in België vergelijkt met dat in de andere Europese landen, blijkt dat ons land geen slechte plaats bekleedt.

Ook de ziekenfondsen hebben er alle belang bij de misbruiken in de ziekenhuizen te beperken. De artsen wordt al te makkelijk beschuldigd van overconsumptie en men vergeet te zeggen dat de ziekenhuisbeheerders ze onder druk zetten om meer te consumeren.

Er moet dus worden voor gezorgd dat de wetgeving dergelijke situaties onmogelijk maakt. Het voorliggende wetsontwerp gaat jammer genoeg niet in die richting. Zo bevestigt artikel 108 alleen maar artikel 139*bis* van de huidige wet, dat de ziekenhuizen de mogelijkheid biedt hun tekorten te verhalen op de artsen. Die worden daarvan zelfs niet op de hoogte gebracht. Het ligt echter voor de hand dat hoe meer men de artsen uitsluit van het beheer, hoe meer men ze aanzet tot overconsumptie.

Bovendien bepaalt artikel 109 van het wetsontwerp dat de geneeskundige raad inspraak zal hebben in verband met de honoraria van de artsen.

De spreker vraagt zich af waarop de ziekenfondsen wachten om de ziekenhuizen tot de orde te roepen.

De heer Valkeniers meent uit zijn lange ervaring als arts en als parlementariër geleerd te hebben dat de regering nooit de moed heeft gehad maatregelen te nemen in moeilijke domeinen.

Men heeft het over de verantwoordelijkheid die de ziekenhuizen, de ziekenfondsen en de artsen moeten opnemen, maar niemand durft het nog te hebben over de verantwoordelijkheid van de patiënt. Almaar meer patiënten zetten de artsen immers onder druk en sporen hen aan tot medische consumptie.

Vroeger moest de patiënt een kwart van de kosten van de prestatie zelf betalen, wat de consumptie afremde. Momenteel is zo'n onderwerp taboe geworden en heeft men het over forfaitaire bedragen.

De heer Valkeniers is de overtuiging toegedaan dat een verder doorgedreven forfaitaire regeling alleen maar tot een geneeskunde van een minderwaardige kwaliteit zal leiden. Hij onderstreept dat wanneer een maatregel wordt genomen, zulks in het belang van de patiënten en van de begroting behoort te gebeuren. Jammer genoeg omvat dit wetsontwerp een aantal artikelen die niet in die richting gaan. De heer Valkeniers kondigt dan ook aan dat zijn fractie het ontwerp niet zal kunnen steunen, tenzij het wordt geamendeerd.

M. Valkeniers conteste que la tendance soit à l'exploitation maximale du système. En effet, si l'on compare le % du PNB en Belgique par rapport aux autres pays européens, notre pays n'est pas mal placé.

Les mutuelles ont également tout intérêt à limiter les abus dans les hôpitaux. On accuse trop facilement les médecins de surconsommer et on oublie de dire que bien souvent les gestionnaires d'hôpitaux font pression sur les médecins pour qu'ils surconsommant.

Il convient dès lors de veiller à ce que la législation rende de telles situations impossibles. Malheureusement, le projet de loi à l'examen ne va pas dans ce sens. Ainsi, l'article 108 ne fait que confirmer l'article 139*bis* de la législation actuelle qui permet aux hôpitaux de reporter leur déficit sur les médecins. Ces derniers ne sont même pas avertis de l'opération. Or, il est clair que plus on exclut les médecins de la gestion, plus on les incite à la surconsommation.

En outre, l'article 109 du projet prévoit que le conseil médical aura son mot à dire en ce qui concerne les honoraires des médecins.

L'orateur se demande ce qu'attendent les mutuelles pour rappeler les hôpitaux à l'ordre.

M. Valkeniers pense pouvoir déduire de sa longue expérience médicale et parlementaire que le gouvernement n'a jamais eu le courage de prendre des mesures là où le bât blesse.

Parallèlement à la responsabilité des hôpitaux, des mutuelles et des médecins, plus personne n'ose évoquer la responsabilité des patients. En effet, de plus en plus les patients mettent les médecins sous pression et les poussent à consommer.

Dans le passé, le patient devait supporter un quart du coût de la prestation, ce qui freinait la consommation. Actuellement, un tel sujet est devenu tabou et on parle de forfaits.

M. Valkeniers se déclare convaincu qu'un renforcement du système des forfaits ne fera que détériorer la qualité de la médecine. Il souligne que lorsqu'une mesure est prise, elle doit être prise dans l'intérêt des patients et dans l'intérêt du budget. Malheureusement, le présent projet de loi contient certains articles qui ne vont pas dans ce sens. M. Valkeniers annonce dès lors que son groupe ne pourra pas soutenir le projet s'il n'est pas amendé.

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* vraagt zich af of het opportuun is een nieuw systeem in te voeren om gegevens in te zamelen, wanneer men op voorhand weet dat twijfels rijzen rond de registratie, de geldigheid en de toetsing van die gegevens.

Hij vraagt hoeveel personen op het ministerie van Volksgezondheid die gegevens behandelen.

Hij verwondert zich erover dat men een nieuw financieringssysteem wil invoeren, terwijl momenteel nog achterstallige bedragen ten belope van zowat 70 miljard frank openstaan. Hij vraagt de minister van Sociale Zaken of hij terzake een vereffeningsplan kan voorleggen, met een nauwkeurig tijdpad om de inhaalbeweging uit te voeren. Voor 2000 noch voor 2001 werden de ligdagprijzen immers al vastgesteld. Die toestand moet verholpen worden vooraleer met een nieuw systeem kan worden gestart.

Wat de erkenningscriteria betreft, leidt de heer Vandeurzen uit de betogen af dat men terzake naar een defederalisering evolueert.

Almaar meer blijkt dat de hefboomen waarover de gemeenschappen in het nieuwe financieringssysteem beschikken om hun ziekenhuisbeleid te voeren, afgezwakt zijn. Zo dat het geval is, vraagt de spreker of de gemeenschappen bij het opstellen van het wetsontwerp werden geraadpleegd.

*De heer Jean-Jacques Viseur (PSC)* kreeg graag enige nadere toelichting omtrent de overgang tussen het oude en het nieuwe systeem. Ook de financiering van de erkende bedden en het verschil in financiering tussen de gewestelijke berekening en de resterende 40% die via de ligdagprijzen van toepassing zijn, baart hem zorgen. Hoe denkt men de continuïteit van de financiering van de bedden over een periode van een dertigtal jaar te kunnen waarborgen als men van het begrip «erkende bedden» afstapt?

De heer Viseur vraagt de vertegenwoordigers van de ziekenfondsen of ze niet het gevoel hebben dat de vigerende regeling even efficiënt op de behoeften van de patiënten inspeelt als de nieuwe voorgestelde regeling van een financiering per ziektebeeld die – hoewel aantrekkelijker vanuit een intellectueel oogpunt – wellicht moeilijker toe te passen zal zijn.

De spreker vraagt ook of de verzekeringsinstellingen hebben nagedacht over het risico van een toename – via de financiering per ziektebeeld – van ziekenhuisinstellingen die sterk gespecialiseerd zijn in de behandeling van aandoeningen waarvoor veel geld wordt uitgetrokken en waarvoor het aantal opnames groot is. In een gesloten budget zou zo'n situatie onvermijdelijk tot een aantal evenwichtsverstoringen leiden.

*M. Jo Vandeurzen (CD&V)* se demande s'il est opportun d'introduire un nouveau système de récolte de données lorsque l'on sait d'avance qu'il existe des doutes quant à l'enregistrement, la validation et le contrôle de ces données.

Il demande combien de personnes s'occupent de ces données au sein du ministère de la Santé publique.

Il s'étonne que l'on veuille introduire un nouveau système de financement alors qu'il existe encore actuellement des arriérés de l'ordre de 70 milliards de francs. Il demande au ministre des Affaires sociales s'il dispose d'un plan de liquidation avec un calendrier précis afin de réaliser les opérations de rattrapage. En effet, les prix de journée pour 2000 et 2001 n'ont pas encore été fixés. Une telle situation doit être assainie avant de démarrer un nouveau système.

En ce qui concerne les critères d'agrément, M. Vandeurzen déduit des exposés que l'on va vers la fédéralisation.

De plus en plus, il apparaît que dans le nouveau système de financement, les leviers dont disposent les communautés pour mener leur politique hospitalière sont affaiblis. Si tel est le cas, l'orateur demande si les communautés ont été consultées lors de la rédaction du projet de loi.

*M. Jean-Jacques Viseur (PSC)* demande des précisions quant à la transition entre l'ancien et le nouveau système. Il s'inquiète également du financement des lits agréés et de la différence de financement entre le calcul régional et les 40% restants qui s'appliquent à travers le prix de journée. De quelle manière peut-on assurer la continuité du financement des lits sur une trentaine d'années si l'on abandonne la notion de lits agréés?

M. Viseur demande aux représentants des mutuelles s'ils n'ont pas le sentiment que le système actuel permet de rencontrer les besoins des patients de manière aussi efficace que le nouveau système proposé de financement par pathologie qui, bien qu'il soit intellectuellement plus séduisant, sera probablement plus difficile à appliquer.

L'orateur demande si les organismes assureurs ont réfléchi au risque de voir se développer, à travers le financement par pathologie, des institutions hospitalières très spécialisées en pathologies fortement indemnisées et caractérisées par des admissions multiples. Dans un budget fermé, une telle situation entraînerait inévitablement des déséquilibres.

*De heer Laasman (Intermutualistisch College)* antwoordt dat België over een zeer performant informatie-systeem voor sociaal-sanitaire gegevens beschikt. Momenteel stelt men evenwel vast dat een aantal problemen rijzen inzake de validering van die gegevens, alsook dat zowel de publieke opinie, de politici als de beheerders van de ziekteverzekering zich almaar veeleisender tonen om over een alomvattende en kritische toetsing van de efficiëntie van het medisch handelen te beschikken. Het wordt tijd dat alle betrokken actoren het eens raken over een performant en efficiënt systeem om informatie in te zamelen en te verwerken.

In dat verband is de heer Laasman van mening dat de ziekenfondsen goed geplaatst zijn om dat systeem uit te werken. Zo beheren de socialistische ziekenfondsen maandelijks 15 miljoen registraties. De informatica-systemen zijn performant.

Conclusie: voor het opzetten van een performant systeem kan men niet om de ziekenfondsen heen.

Zodra de informatie gevalideerd is, moeten de artsen en de ziekenhuisbeheerders worden betrokken bij het debat over de procedure die moet worden gevolgd om die gegevens te exploiteren.

Momenteel worden zowel bij ambulante zorgverlening als voor verzorging in het ziekenhuis zogenaamde «peer reviews» georganiseerd. Om die beoordelingen te onderbouwen, moet men kunnen steunen op een gegevensbank die het mogelijk maakt om - over de individuele gevallen heen - vergelijkende modellen op te stellen.

Wanneer de gegevensbank wordt aangewend voor de financiering, moet de discussie met de ziekenhuisbeheerders worden gevoerd.

Thans is men dringend toe aan het operationeel maken van de gegevensbank en aan het uitwerken van de procedures om de gegevens te exploiteren.

Op de opmerkingen over het feit dat de ziekenfondsen maar gedeeltelijke gegevens inzamelen, antwoordt de heer Laasman dat de verzekeringsinstellingen zich akkoord hebben verklaard om een intermutualistisch agentschap voor de inzameling en de analyse van de gegevens op te richten.

Wat de programmatie van zware medische apparatuur betreft, antwoordt de heer Laasman op persoonlijke titel dat die programmatie een belangrijke rol moet blijven spelen. Het is duidelijk dat terzake enige concentratie van de activiteiten noodzakelijk is teneinde de kwaliteit te waarborgen en om de aan het gebruik van die apparatuur verbonden vaste kosten te dekken.

*M. Laasman (Collège intermutualiste)* répond que la Belgique dispose d'un système d'information socio-sanitaire très riche. On constate actuellement qu'il existe toutefois des problèmes de validation des données. On constate également une exigence croissante tant de l'opinion publique, que du monde politique et des gestionnaires de l'assurance-maladie à disposer d'une évaluation globale et critique de l'efficacité de l'action médicale. Il est temps que tous les acteurs concernés s'accordent sur un système performant et efficace de récolte et de traitement des informations.

A cet égard, M. Laasman est d'avis que les mutualités sont bien placées pour mettre au point ce système. Ainsi, les mutualités socialistes gèrent 15 millions d'enregistrements par mois. Les systèmes informatiques sont performants.

En conclusion, on peut dire que pour la mise en place d'un système performant, les mutualités sont un acteur incontournable.

Dès que les informations ont été validées, il convient que les médecins et les gestionnaires d'hôpitaux soient associés à la discussion sur la procédure d'exploitation de ces données.

Actuellement, des Peer Review sont organisés tant au niveau ambulatoire qu'hospitalier. Pour soutenir ces évaluations, il est nécessaire de s'appuyer sur une banque de données qui permette de s'écarter des cas individuels et de faire des comparaisons.

Lorsque la banque de données est utilisée pour le financement, c'est avec les gestionnaires des hôpitaux qu'il faut discuter.

Il est urgent actuellement de rendre la banque de données opérationnelle et de mettre au point les procédures d'exploitation.

En ce qui concerne les remarques relatives aux données partielles récoltées par les mutuelles, M. Laasman répond que les organismes assureurs se sont mis d'accord pour mettre au point une agence intermutualiste de collecte et d'analyse des données.

En ce qui concerne la programmation de l'appareillage médical lourd, M. Laasman répond, en son nom personnel, que la programmation doit conserver un rôle important. Il est clair qu'une certaine concentration des activités s'impose afin de garantir la qualité et pour couvrir les coûts fixes liés à l'exploitation de ces appareils.

*De heer Hermesse* wijst erop dat de rol van de gemeenschappen en van de gewesten een nieuwe invulling zal moeten krijgen zo mocht blijken dat het aantal erkende bedden niet met het aantal verantwoorde bedden overeenstemt.

Ook de criteria die voor de financiering van de investeringen worden gehanteerd, moeten opnieuw worden omschreven. Welke investeringsreferentie zullen de gemeenschappen immers hanteren zo een ziekenhuis over 350 verantwoorde bedden beschikt, maar er slechts 300 erkende mag hebben ? Daarentrent werd nog in geen enkele coördinatie voorzien.

Het risico dat de ziekenhuizen zich in zogenaamd «rijke» en andere die zich in zogenaamd «arme» aandoeeningen zullen gaan specialiseren, hangt af van de accuraatheid waarmee men het bedrag berekent dat aan elk ziektebeeld wordt toegekend. Zo die bedragen een correcte weergave van de reële kosten geven, dan is er geen enkele reden waarom voor het ziektebeeld in kwestie nog van enig financieel overschot dan wel van enig tekort sprake hoeft te zijn. De zogenaamde «wederopnamecarrousels» moeten daarentegen worden gecontroleerd.

Die controle kan op grond van de individuele verklaring door de adviserend geneesheren worden uitgeoefend. Gelet op het hoge aantal (1 800) = ?????? opnames moet die controle bij steekproef en niet exhaustief geschieden.

*De heer Laasman* oppert de idee om een intermutualistisch rapport op te stellen dat dan achteraf in een paritair samengestelde commissie kan worden besproken teneinde na te gaan of het rapport overeenstemt met de in het ziekenhuis geldende realiteit.

*De spreker* wijst erop dat de programmatie van de zware medische apparatuur de uitgavengroei niet heeft tegengehouden; bovendien houdt programmatie geen kwaliteitswaarborg in.

De forfaitaire financiering per ziektebeeld lijkt een van de mogelijkheden om die verdere technologische wedloop te voorkomen.

In verband met de inhaalbeweging verduidelijkt *de heer Hermesse* dat de 70 miljard frank aan achterstallen uit 2000 komen; in 2001 komt daar naar verwachting nog eens 10 miljard bij vanwege het tekort van de ziekteverzekering, hetgeen de kasmoeilijkheden van de ziekenhuizen nog verergert.

*M. Hermesse* rappelle que le rôle des communautés et des régions devra être redéfini si les lits agréés ne correspondent pas aux lits justifiés.

Il conviendra également de redéfinir les critères de financement des investissements. En effet, quelle sera la référence des communautés pour l'investissement si un hôpital dispose de 350 lits justifiés mais n'est agréé que pour 300 lits ? Aucune coordination n'a encore été envisagée à cet égard.

Le risque de voir les hôpitaux se spécialiser en pathologies « riches » et « pauvres » dépend de la justesse avec laquelle on calcule le montant octroyé pour chaque pathologie. Si ces montants sont corrects par rapport aux frais réels, il n'y a pas de raison d'avoir un bonus ou un déficit pour la pathologie concernée. En revanche, il faut contrôler le « carrousel » des réadmissions.

Ce contrôle peut se faire par les médecins-conseils sur base de la déclaration individuelle ; il doit se faire par échantillonnage et non de manière exhaustive compte tenu du nombre d'admissions (1.800 admissions).

*M. Laasman* lance l'idée d'un rapport intermutualiste qui serait discuté ultérieurement au sein d'une commission paritaire afin de vérifier si le rapport correspond à la réalité de l'hôpital.

L'orateur fait valoir que la programmation de l'appareil médical lourd n'a pas empêché la croissance des dépenses ; en outre, la programmation n'est pas une garantie de qualité.

Le financement forfaitaire par pathologie semble une des voies possibles pour éviter cette course à l'évolution technique.

En ce qui concerne le rattrapage, *M. Hermesse* précise que les 70 milliards d'arriérés proviennent de l'année 2000. Il faut s'attendre à 10 milliards supplémentaires en 2001 en raison du déficit de l'assurance-maladie qui alourdit encore les problèmes de trésorerie des hôpitaux.



Volgens de spreker zijn de overheden en de sociale partners verantwoordelijk voor de uitgavenstijging van het voorbije decennium. Hij geeft de hoofdoorzaken aan van die stijging: de sociale akkoorden, de maatschappelijke vooruitgang, de kostprijs van de medische apparatuur, de stijgende gezondheidsbehoeften en de door de opeenvolgende ministers opgelegde kwaliteitsnormen (psychiatrische reconversie, palliatieve verzorging, centra voor drugsverslaafden enzovoort), de eenheidsprijs van de geneesmiddelen, de demografische ontwikkelingen, de stijging van het verbruik (5 à 10 % in de jongste tien jaar).

### 3. Bespreking na de uiteenzettingen door de vertegenwoordigers van de ziekenhuizen

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* vraagt of het juist is dat de zorgverlening aan de niet-verzekerde patiënten niet in de MKG (minimale klinische gegevens) wordt geregistreerd.

Hij wil ook weten vanaf welk jaar de lokale overheden de tekorten van de openbare ziekenhuizen, onder meer die van Brussel, aanzuiveren en wat het bedrag is van de openstaande vorderingen van de ziekenhuizen op de OCMW's.

*De heer Michel Mahaux (AEPS-Iris)* antwoordt dat alle patiënten in de MKG worden geregistreerd; ter zake slaagt men er evenwel niet in alle factoren van de patiëntkostprijs voldoende betrouwbaar te registreren.

Voorts gaat de spreker in op een ander pijnpunt, te weten de tekorten ten gevolge van factureringsachterstanden. Hij vindt het spijtig dat bij de bepaling van het sociale aspect van een ziekenhuis ook rekening wordt gehouden met het feit dat sommige facturen na drie jaar nog niet zijn vereffend. Het Brusselse OCMW bijvoorbeeld is een slechte betaler. Na één jaar blijven 90 % van de ten laste van het OCMW vallende facturen onbetaald. De kasproblemen mogen dan ook niet worden gerelateerd aan een slecht beheer van de geschillen.

*Mevrouw Anne-Marie Descheemaeker (Agalev-Ecolo)* vraagt hoe de ziekenhuizen de opname van de patiënten registreren. *Quid* bijvoorbeeld met de opname van een patiënt die op vrijdag aankomt op de dienst spoedgevallen, tijdens het weekeinde naar huis mag en pas op maandag wordt geopereerd?

*De heer Tuerlinckx (VVI)* antwoordt dat diverse procedures mogelijk zijn: afhankelijk van de in het ziekenhuis gebruikelijke methode wordt ofwel een nieuwe opname, ofwel een opnameonderbreking geregistreerd.

Pour l'orateur, les responsables de l'augmentation des dépenses de ces dix dernières années sont les autorités et les partenaires sociaux. Les causes principales de cette augmentation des dépenses sont les suivantes : les accords sociaux, les avancées sociales, le coût du matériel médical, une augmentation des besoins en matière de santé et des exigences de qualité imposées par les ministres successifs (reconversion psychiatrie, soins palliatifs, centres pour toxicomanes, ...), le prix unitaire des médicaments, l'évolution démographique, la croissance de la consommation (5 à 10% ces dix dernières années).

### 3. Discussion à la suite des exposés des représentants des hôpitaux

*M. Jo Vandeurzen (CD&V)* demande s'il est exact que les soins aux patients non-assurés ne sont pas enregistrés dans le CRM (résumé clinique minimum).

Il demande également depuis quelle année les déficits des hôpitaux publics, entre autres celui de Bruxelles, sont pris en charge par les autorités locales.

Quel est le montant des créances exigibles (openstaande vorderingen) que détiennent les hôpitaux sur les CPAS ?

*M. Michel Mahaux (AEPS - Iris)* répond que tous les patients sont enregistrés dans le RCM. Cependant, le RCM ne parvient pas à enregistrer de manière suffisamment fiable tous les éléments de coût des patients.

En ce qui concerne les problèmes de déficit liés à des retards de facturation, l'orateur est d'avis qu'il est dommage que pour évaluer le caractère social d'un hôpital, on prenne en compte le fait que certaines factures ne soient pas payées après trois années. Il faut savoir le CPAS de Bruxelles honore mal ses factures. Après un an, 90% des factures à charge du CPAS ne sont toujours pas réglées. Dès lors, il ne faut pas lier les problèmes de trésorerie avec une mauvaise gestion du contentieux.

*Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo)* demande de quelle manière les hôpitaux comptabilisent les admissions. Ainsi, comment est enregistrée l'admission d'un patient arrivé en urgence le vendredi et qui peut rentrer chez lui pendant le week-end pour n'être opéré que le lundi ?

*M. Tuerlinckx (VVI)* répond que différentes procédures sont possibles, soit l'hôpital enregistre une double admission, soit il enregistre une interruption d'admission. Cela dépend des habitudes de l'hôpital.

*Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD)* verwijst naar wat dokter Boonen heeft gezegd over de kwaliteitscontrole bij de opname en over de opportuniteit van een medische handeling. Zij vraagt of in haar instelling reeds een dergelijke registratie plaatsvindt. Wie verricht die controle en is het wenselijk dat die bij wet wordt voorgeschreven?

Is het de taak van de adviserend geneesheren van de ziekenfondsen om toe te zien op de opportuniteit van de medische handelingen? En zo ja, hebben zij hiervoor de competentie?

*Dokter Boonen (VVI)* antwoordt dat haar vereniging niet over een dergelijk registratiesysteem beschikt.

Inzake de opportuniteit van de medische handeling meent de spreker dat de regering een eerste stap heeft gezet, te weten de poging om via de colleges van geneesheren *guidelines* uit te stippelen. Aan de hand daarvan kan de opportuniteit van een medische handeling worden beoordeeld. Voor specifieke gevallen zijn uiteraard altijd afwijkingen mogelijk; daarom ook heeft men het over *guidelines*, niet over vaste regels. Het komt de regering toe de colleges de nodige middelen te bezorgen om grondiger werk te maken van die *guidelines* en zorgprogramma's, en na te gaan of die met de huidige stand van de wetenschap stroken.

Mevrouw Boonen meent dat het de geneesheren toekomt die *guidelines* te omschrijven.

Over de vraag van Mevr. Avontroodt of de adviserend geneesheren van de mutualiteiten over de nodige medische competentie beschikken om deze controle uit te voeren stelt zij dat haar niet toekomt hierover een uitspraak te doen.

*De heer Yves Smeets (AFIS)* merkt op dat de adviserend geneesheren die taak nu al vervullen. Bij iedere opname stuurt het ziekenhuis immers een opnameformulier naar de adviserend geneesheer van het ziekenfonds van de patiënt.

De redenen van de opname worden geregeld gecontroleerd bij verlenging van de toestemming tot betaling en wanneer de patiënt uit het ziekenhuis wordt ontslagen. Het zou evenwel kunnen dat die artsen niet over de nodige middelen beschikken om hun taak correct te vervullen.

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* vraagt de vertegenwoordigers van de VVI of zij menen dat de voorwaarden vervuld zijn om volgend jaar van start te kunnen gaan met het nieuwe financieringssysteem.

*Mme Yolande Avontroodt (VLD)* se réfère aux propos du Dr Boonen relatifs au contrôle de qualité lors de l'admission et à l'opportunité d'un acte médical. Elle demande si un tel enregistrement a déjà lieu dans son institution. Qui opère ce contrôle et est-il opportun que ce contrôle soit prévu dans la loi ?

Appartient-il aux médecins-conseils des mutualités de contrôler l'opportunité des actes médicaux. Et, dans l'affirmative, disposent-ils de la compétence nécessaire ?

*Le Dr Boonen (VVI)* répond que le VVI ne dispose pas d'un tel système d'enregistrement.

En ce qui concerne l'opportunité d'un acte médical, le Dr Boonen est d'avis que le gouvernement a fait un premier pas en essayant de définir des « guidelines » par le biais des collèges de médecins. Sur base de ces « guidelines » il est possible de vérifier si un acte médical est opportun. Il y aura bien sûr toujours des possibilités de dérogations en fonction de cas spécifiques. C'est pourquoi on parle de « guidelines » et non pas de règles fixes. Il appartient au gouvernement de mettre les moyens nécessaires à la disposition des collèges afin de leur permettre de réfléchir aux guidelines et aux programmes de soins (pour voir s'ils correspondent aux réalités techniques).

Mme Boonen est d'avis qu'il appartient aux collèges des médecins de définir ces guidelines en raison de leur proximité avec le monde scientifique.

Elle n'est pas opposée à l'idée de confier aux médecins-conseils des mutualités le contrôle de l'opportunité d'un acte médical.

*M. Yves Smeets (AFIS)* signale que les médecins-conseils jouent déjà ce rôle aujourd'hui. En effet, lors de chaque admission, l'hôpital envoie un formulaire d'admission au médecin-conseil de la mutuelle du patient.

Les raisons de l'admission sont régulièrement contrôlées lors de la prolongation de l'autorisation de paiement et lorsque l'hospitalisation prend fin. Cependant, ces médecins ne disposent peut-être pas des moyens nécessaires pour exercer correctement leur mission.

*M. Jo Vandeurzen* demande aux représentants du VVI s'ils estiment que les conditions sont réunies pour permettre de lancer l'année prochaine le nouveau système de financement.

Volgens *mevrouw Boonen* kan het nieuwe systeem pas aanvangen na een grondige evaluatie van het systeem en validatie van de gegevens die in dit kader worden aangewend.

*De heer Luk Vanroye (VOV)* memoreert dat zijn vereniging het nieuwe financieringssysteem onderschrijft, zoals dat in het wetsontwerp wordt voorgesteld. Er zijn echter nog onduidelijkheden met betrekking tot de concrete toepassing van het systeem en wat de inhaalbewegingen betreft. Het systeem is immers moeilijk op te starten indien niet kan worden uitgegaan van een evenwichtige toestand.

## B. Hoorzittingen van 26 september 2001

### 1. Bespreking naar aanleiding van de uiteenzettingen van de vertegenwoordigers van de universitaire ziekenhuizen en de financieringsexperts

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* meent dat de volgende vragen als een rode draad door de diverse betogingen lopen: welke essentiële taken moeten door de ziekten- en invaliditeitsverzekering worden gefinancierd en wat zijn de andere aspecten die op andere bestuursniveaus en met behulp van andere middelen moeten worden gefinancierd?

Behoren de universitaire taken te worden gefinancierd door de verzekering voor geneeskundige verzorging?

Aan professor Van Daele in het bijzonder vraagt hij of er in de overige Westerse landen met een federale structuur universitaire onderzoeken bestaan die in detail de verdeling tussen de verschillende bestuursniveaus opgeven van de bevoegdheden inzake onderwijs, onderzoek en verzekering voor geneeskundige verzorging, alsook de verdeling van de erbij behorende financiering.

Men moet zich ook afvragen of er geen grenzen zijn aan de financiering van de sociale factoren door de verzekering voor geneeskundige verzorging. Het verschijnsel van de vervanging van de dagopname (ten opzichte van met name de thuisverzorging) anders aanpakken naargelang de patiënt in een stedelijke omgeving of op het platteland woont, komt er, zo blijkt, op neer de ziekteverzekering met een aanzienlijk streefdoel op te zadelen.

De spreker verwijst vervolgens naar het deel van het ontwerp tot hervorming van de financiering van de universitaire ziekenhuizen dat erop gericht is de financiering gedeeltelijk te splitsen volgens het activiteitsniveau, met behoud evenwel van die financiering in de verzekering voor de geneeskundige verzorging, en vraagt naar de mening van de sprekers ter zake. Bestaat er trou-

*Mme Boonen* est d'avis qu'il faudrait d'abord une grande opération de rattrapage avant la fin de l'année 2001 avant de faire démarrer le nouveau système.

*M. Luk Vanroye (VOV)* rappelle que son association se rallie au nouveau système de financement tel qu'il est présenté dans le projet de loi. Toutefois, des interrogations persistent en ce qui concerne l'application concrète du système et les rattrapages. Il sera, en effet, difficile de lancer le nouveau système si l'on ne part pas d'une situation en équilibre.

## B. Auditions du 26 septembre 2001

### 1. Discussion à la suite des exposés des représentants des hôpitaux universitaires et des experts du financement.

*M. Jo Vandeurzen (CD&V)* estime que la question qui se retrouve en filigrane des différentes interventions est de savoir quelles sont les tâches essentielles qui doivent être financées par l'assurance maladie et quelles sont les autres aspects qui doivent être financés à d'autres niveaux de pouvoir et à l'aide d'autres moyens.

Ainsi, les missions universitaires doivent-elles être financées par l'assurance soins de santé ?

S'adressant en particulier au professeur Van Daele, il s'interroge sur l'existence d'études universitaires qui détaillent dans les autres États occidentaux à structure fédérale la répartition des compétences en matière d'enseignement, de recherche et d'assurance soins de santé ainsi que la distribution du financement y afférent, entre les différents niveaux de pouvoir.

Par ailleurs, il y a lieu de s'interroger sur les limites du financement par l'assurance soins de santé des facteurs sociaux. Ainsi, c'est semble-t-il conférer une ambition importante à l'assurance maladie que d'aborder différemment le phénomène de substitution de l'hospitalisation de jour (par rapport aux soins à domicile notamment) selon que le patient réside dans une agglomération ou dans une région rurale.

Se référant ensuite au volet du projet de réforme du financement des hôpitaux universitaires visant à scinder pour partie le financement par rapport au niveau d'activité, tout en maintenant ledit financement au sein de l'assurance soins de santé, l'intervenant s'enquiert de l'opinion des intervenants en la matière. Existe-t-il par ailleurs une étude comparative qualitative et quanti-

wens een vergelijkende kwalitatieve en kwantitatieve studie die de activiteitsniveaus, het belang daarvan en de intensiteit per universitaire instelling opgeeft?

De spreker stelt zich ten slotte vragen over de financiering van het universitaire onderdeel in de hele budgettaire enveloppe die aan de ziekenhuisactiviteiten wordt besteed. Er zijn talrijke discussies gevoerd om te weten of de financiering al dan niet in die enveloppe is begrepen en of daarin al dan niet in de eerste plaats is voorzien.

*Mevrouw Annemie Van de Casteele (VU & ID)* vindt dat ze maar weinig argumenten heeft gehoord die ervoor pleiten onderdeel B7 alleen voor de universitaire ziekenhuizen te bestemmen, d.w.z. het nieuwe en specifieke onderdeel dat de minister in het kader van de ziekenhuisbegroting van plan is in te voeren en dat gekoppeld zou zijn aan de financiering van de universitaire opdracht. De spreker stelt ook vragen bij de voorziene financiering van de sociale eenheden waaraan sommige ziekenhuizen het hoofd moeten bieden. De algemene ziekenhuizen verrichten zelf immers ook klinische analyses, dragen ook bij tot de ontwikkeling van nieuwe technologieën en staan eveneens artsen in opleiding bij.

Zij vreest ook dat de invoering van de sociale factoren in de ziekenhuisfinanciering uiteindelijk de ziekenhuiskosten voor de sociaal minderbedeelde groepen de hoogte zal injagen. Die laatste zijn immers terecht al beschermd door middel van de preferentiële terugbetalingstarieven, de sociale franchise en de maximumfactuur inzake geneeskundige verzorging.

De spreker vraagt welke objectief meetbare elementen voor bepaalde categorieën een verhoging van de kosten voor sommige verstrekkingen, van de ligdageprijs en van de forfaitaire financiering zouden rechtvaardigen. Het probleem van ziekenhuizen met sociaal zwakkere patiënten bestaat er volgens spreker in dat ze minder supplementen kunnen vereffenen of dat er problemen zijn met de effectieve inning. De vraag is of aan die problemen moet worden tegemoetgekomen door het specifieke correctiemechanisme van de ziekenhuisfinanciering.

De spreker vindt dat er weinig, zoals hierboven ter sprake gebrachte, objectieve parameters zijn, tenzij meer uitgaven en voor de sociale dienstverlening en de verlenging van de duur van het ziekenhuisverblijf op grond van het geringer aantal mogelijkheden voor de patiënt om na het genoemde verblijf door andere structuren te worden opgevangen.

Die opvang hoort echter thuis in het takenpakket van andere bestuursniveaus. Men geeft zich derhalve reken-

tative detaillant par institution universitaire les niveaux d'activité et leur importance et intensité ?

L'orateur s'interroge enfin sur le financement du volet universitaire au sein de l'enveloppe budgétaire globale affectée à l'activité hospitalière. De nombreuses discussions ont lieu au sujet de la question de savoir si ce financement est ou non compris dans cette enveloppe et est ou non prévu en premier lieu.

*Mme Annemie Van de Casteele (VU & ID)* estime n'avoir entendu que très peu d'arguments susceptibles de motiver la réservation aux seuls hôpitaux universitaires de la sous-partie dite B7, c'est-à-dire la sous-partie nouvelle et spécifique que le ministre compte instaurer dans le cadre du budget hospitalier et qui serait liée au financement des spécificités universitaires et sociales auxquelles certains hôpitaux doivent faire face. Les hôpitaux généraux procèdent en effet eux aussi à des analyses cliniques, contribuent également au développement de nouvelles technologies et assistent tout autant les médecins en formation.

L'intervenante craint d'autre part que l'insertion des facteurs sociaux dans le financement hospitalier n'augmente en définitive le coût de l'hospitalisation dans le chef des groupes socialement défavorisés. Ces derniers sont en effet pour partie assurés par le biais des tarifs de remboursement préférentiel, de la franchise sociale et de la facture maximale en soins de santé.

L'oratrice s'enquiert des éléments objectifs mesurables qui justifieraient, dans le chef de certaines catégories, une majoration du coût de certaines prestations, du prix de journée d'entretien et du financement des pathologies. Ces catégories sont déjà confrontées à certains problèmes, comme le fait de ne pouvoir s'acquitter de moins de suppléments ou comme la perception effective des factures ou l'assurabilité. La question est de savoir si ces problèmes doivent être rencontrés par ce mécanisme spécifique de correction du financement hospitalier.

L'intervenante estime qu'il y a peu de paramètres objectifs tels qu'évoqués ci-dessus, si ce n'est l'allongement de la durée de séjour hospitalier motivée par les possibilités moindres de prise en charge du patient par des structures d'accueil à l'issue dudit séjour.

Or cette prise en charge ressortit aux attributions d'autres niveaux de pouvoir. On se rend dès lors compte



schap van het mogelijke verkeerde effect, in die zin dat bepaalde opvangstructuren zoals de OCMW's of de gemeenschappen, zodanig zouden handelen dat ze op het vlak van de ziekenhuisfinanciering de scheeftrekking zouden in stand houden.

Naar het voorbeeld van mevrouw Closon en met het oog op het voeren van een adequaat en doeltreffend beleid ter zake onderstreept *mevrouw Pierrette Cahay-André (PRL FDF MCC)* de belangrijkheid van de gegevensbank inzake geneeskundige verzorging. Zij vraagt naar de grondslag van die bank en naar de precieze datum van oprichting.

Zij informeert vervolgens naar de problemen met de codering van de gegevens in de ziekenhuisinstellingen.

*De heer Van Daele (Universitair Ziekenhuis Leuven)* geeft aan dat het onderwijs (met name de wedden van de docenten en de leeropdrachten zelf) in geen enkele EU-lidstaat onder de ziekteverzekering vallen. Het fundamenteel onderzoek behoort daar in de meeste van die landen evenmin toe.

Het toegepast klinisch onderzoek, met name de evaluatie van bepaalde therapieën, van nieuwe technieken of vormen van zorgverstrekking, alsook de opleiding van de assistenten, worden daarentegen in de meeste landen gedragen door de ziekteverzekering.

De Britse nationale gezondheidsdienst bijvoorbeeld bestemt 1,5 % van de begroting inzake ziekteverzekering voor wetenschappelijk onderzoek en ontwikkeling.

De universiteitsziekenhuizen willen ook niet dat de financiering geschiedt los van controle en activiteitsniveau. Het zou niet aanvaardbaar zijn — en het zou voorts de uitvoering van het geheel op de helling kunnen zetten — de echte begrotingen niet te moeten verantwoorden.

De spreker suggereert evenwel dat een overgangsregeling wordt ingevoerd, waarmee gedurende twee à drie maanden in een vaste begroting zou worden voorzien voor de medische beeldvorming en de medisch-diagnostische verstrekkingen, gekoppeld aan een gemiddeld groeicijfer voor de sector. Terzelfder tijd zou het aangewezen zijn een regeling te ontwikkelen die is gebaseerd op medische bewijzen, is voorzien van *guidelines*, meer ziektegericht is en eventueel toepasbaar is op de hele sector.

Er is ook een methodologie uitgewerkt die tegen eind september 2001 op verzoek van het ministerie van Economische Zaken bij deze instelling zal worden ingediend. Die methodologie toont, per opgenomen patiënt, een relatie aan tussen de medische consumptie, de kosten en de financiering van de klinische biologie en de medi-

de l'effet pervers qui peut se produire dans la mesure où certaines structures d'accueil susceptibles d'être caractérisées par des dysfonctionnements, comme les CPAS par exemple, feraient en sorte de veiller à une distorsion sur le plan du financement hospitalier.

*Mme Pierrette Cahay-André (PRL-FDF-MCC)* souligne, à l'instar de Mme Closon, et dans la perspective de la conduite d'une politique adéquate et efficace en la matière, l'importance de la banque de données en matière de soins de santé. Elle s'interroge sur le fondement de cette banque et sur la date exacte de sa constitution.

Elle s'enquiert ensuite des problèmes d'encodage des données au sein des établissements hospitaliers.

*M. Van Daele (Universitair ziekenhuis Leuven)* indique que l'enseignement (traitements des enseignants et tâches enseignantes à proprement parler) n'est, dans aucun État membre de l'U.E., du ressort de l'assurance maladie. La recherche fondamentale ne l'est, dans la plupart de ces mêmes États, pas davantage.

La recherche clinique appliquée, à savoir l'évaluation de certaines thérapies, de nouvelles techniques ou formes de soins, de même que la formation des assistants sont en revanche, dans la plupart des États en question, prises en charge par l'assurance maladie.

Le service national de santé britannique, par exemple, affecte 1,5 % du budget de l'assurance maladie à la recherche scientifique et au développement.

D'autre part, les hôpitaux universitaires ne souhaitent pas bénéficier d'un financement détaché de tout contrôle et niveau d'activité. Il ne serait pas acceptable — et cela risquerait au demeurant d'hypothéquer la performance de l'ensemble — de ne plus devoir justifier les budgets historiques.

L'orateur suggère toutefois d'instaurer un règlement transitoire par lequel un budget forfaitaire serait prévu durant deux à trois pour l'imagerie médicale et les prestations médico-diagnostiques, couplé à un taux de croissance moyen du secteur. Dans le même temps, il serait indiqué de développer un système fondé sur l'évidence médicale, doté de *guidelines* et davantage orienté vers la pathologie, qui serait éventuellement applicable à tout le secteur.

Par ailleurs une méthodologie a été élaborée et sera déposée auprès du ministre des Affaires sociales pour la fin septembre 2001, à la demande de ce dernier. Cette méthodologie démontre, par patient admis, une relation entre la consommation médicale, le coût et le financement de la biologie clinique et l'imagerie médicale d'une



sche beeldvorming enerzijds en de ziekten anderzijds. De spreker is van mening dat men zoveel mogelijk moet evolueren van een op de activiteit gebaseerde financiering naar een op de ziekte gebaseerde financiering, op grond van *guidelines*.

Met betrekking tot de vaststelling in de begroting van een eventueel onderdeel B7 preciseert de spreker dat er geen ontwikkelingsbegroting is, maar wel een begroting die in verschillende elementen van de ligdagprijs is ingevoegd, zoals het forfait voor de nierdialyses. Die begroting vertegenwoordigt reële bijkomende uitgaven gekoppeld aan de financiering van de universitaire taak en kan worden geëvalueerd op 4 à 7 %.

De spreker vraagt dat de universitaire instellingen niet langer verplicht zouden zijn zich voor elk deel van de ligdagprijs of de honoraria voor een ontwikkelingsbegroting (toegewezen voor wetenschappelijk onderzoek, ontwikkelingsgeneeskunde en de opleiding van assistenten) te moeten verantwoorden, wat feitelijk neerkomt op een budgettair neutrale operatie.

Hij meent dat België in dat opzicht moet streven naar een gemiddelde van 20 %, maar gaat, gelet op de budgettaire beperkingen, ook akkoord met een tijdelijke spreiding van die inspanning.

Trouwens, de door de algemene ziekenhuizen gevraagde 17 miljard frank zullen al evenmin in één jaar worden verworven.

Met betrekking tot de financiering van de ziekten vraagt de spreker een correcte financiering. In dat opzicht verschilt het dossier van de nierdialyse van dat van de klinische biologie.

De consumptie en de behoeften inzake klinische biologie verschillen naargelang het soort van pathologie.

De spreker velt geen oordeel over het feit dat het onderdeel B7 zou worden voorbehouden voor de academische ziekenhuizen, maar hij wenst toch een toereikende financiering, naar het voorbeeld van die van de algemene ziekenhuizen, waarvan sommige academische bedden hebben.

De spreker is geen voorstander van de afschaffing van die als universitair bestempelde bedden van de algemene ziekenhuizen, maar van een herverdeling ervan door ze te koppelen aan een welbepaalde opdracht en functie.

Het is immers beter bepaalde taken samen te brengen die met elkaar synergetisch in verband staan, zoals het fundamenteel onderzoek, het toegepast onderzoek, het onderwijs, de vorming en de hooggespecialiseerde verzorging van de patiënten.

part et la pathologie d'autre part. L'orateur estime qu'il convient d'évoluer tant que possible d'un financement fondé sur l'activité vers un financement fondé sur la pathologie, sur la base de *guidelines*.

En ce qui concerne la fixation d'une éventuelle sous-partie B7 dans le budget, l'intervenant précise qu'il n'y a pas de budget de développement mais bien un budget inséré dans différents éléments du prix de journée d'entretien, comme le forfait des dialyses rénales. Ce budget représente des dépenses supplémentaires historiques liées au financement de la fonction universitaire et peut être évalué de 4 à 7 %.

L'orateur demande à ce que les institutions universitaires ne soient plus tenues, pour chaque partie du prix de journée ou des honoraires, de se légitimer pour un budget de développement (affecté à la recherche scientifique, à la médecine de développement et à la formation des assistants), lequel qui représente en fait une opération neutre sur le plan budgétaire.

Il estime que la Belgique doit tendre à cet égard vers une moyenne de 20 % mais souscrit également, compte tenu des contraintes budgétaires, un étalement temporel de cet effort.

Au demeurant les 17 milliards de francs réclamés par les hôpitaux généraux ne seront pas davantage acquis en un an.

Quant au financement des pathologies, l'intervenant demande un financement correct à cet égard. Dans ce sens, le dossier de la dialyse rénale diffère de celui de la biologie clinique.

La consommation et les besoins en matière de biologie cliniques sont en effet différents suivant le type de pathologie.

En ce qui concerne la réservation de la sous-partie B7 aux seuls hôpitaux universitaires, l'intervenant ne porte pas de jugement en la matière mais souhaite toutefois qu'il y ait un financement suffisant, à l'instar de celui qui est prévu pour les hôpitaux généraux dont certains d'entre eux possèdent des lits universitaires.

L'orateur ne prône en outre pas la suppression en soi de ces lits qualifiés d'universitaires des hôpitaux généraux mais la redistribution de ceux-ci en les liant à une mission et à une fonction déterminées.

Il est en effet indiqué de pouvoir concentrer certaines tâches qui sont liées sur le plan de la synergie, comme la recherche fondamentale, la recherche appliquée, l'enseignement, la formation et les soins hautement spécialisés aux patients.

Aangezien het gaat om de essentie van de universitaire opdrachten moet op die taken de nadruk kunnen worden gelegd binnen de universitaire ziekenhuizen, wat echter niet inhoudt dat ze terzake een alleenrecht krijgen.

*Mevrouw Closon (UCL)* stipt aan dat de sociale factoren nauw verweven zijn met de medische factoren en dat het dus een fout zou zijn ze te scheiden. De algemene toestand van de sociaal achtergestelde patiënt is doorgaans ook op medisch vlak minder goed.

Het zou onhaalbaar en bovendien gevaarlijk zijn het sociaal aspect van de begroting van de ziekenhuizen door een andere structuur te financieren.

De recente hervormingen inzake gezondheidszorg, zoals de sociale franchise en de verruiming van de toegankelijkheid, werken in feite op het niveau van de patiënt door.

De spreekster vraagt te voorkomen dat maatregelen worden ingevoerd die de ziekenhuizen ertoe zouden aanzetten bepaalde patiënten te weigeren. Die maatregelen zouden leiden tot een duale geneeskunde waarbij sommige patiënten geen toegang meer zouden hebben tot de verzorging. Met andere woorden, met dergelijke maatregelen zou het ziekenhuis budgettair worden bestraft mocht het minvermogende patiënten aanvaarden.

Een sociaal minder begunstigde patiënt die is opgenomen in dagverpleging naar huis sturen, houdt een medisch risico in, dat een gewetensvolle arts niet kan nemen.

Daarom moeten alle stimulansen voor de financiering van de ziekenhuizen rekening houden met de sociale dimensie van hun patiënten.

Daarenboven blijkt dat zelfs in de ziekenhuizen die de beste resultaten behalen, dat wil zeggen die welke gekenmerkt zijn door externe opvangstructuren en door een gemiddeld kortere opnameduur, het verblijf van de sociaal minder begunstigde patiënten langer is.

Gelet op de financiële verplichtingen die zowel aan de openbare als aan de privé-ziekenhuizen worden opgelegd, bestaat het gevaar dat ze geneigd zouden kunnen zijn sociaal minder begunstigde patiënten te weren. Als een ziekenhuis ondoeltreffend is, moet het worden gestraft, maar het mag niet worden gestraft op grond van objectieve factoren, zoals de sociale factoren, die het voor zijn rekening moet nemen.

Comme il s'agit de l'essence des missions universitaires, un accent doit pouvoir être porté sur ces tâches au sein des hôpitaux universitaires, ce qui ne signifie toutefois pas une exclusivité dans le chef de ces hôpitaux en la matière.

*Mme Closon (UCL)* indique que les facteurs sociaux sont intrinsèquement mêlés aux facteurs médicaux et qu'il serait dès lors erroné de les séparer. L'état général du patient socialement défavorisé est également médicalement généralement moins bon.

Il ne serait pas praticable et en outre dangereux de financer le volet social du budget des hôpitaux par une autre structure.

Les réformes récemment instaurées en soins de santé, comme la franchise sociale, l'élargissement de l'accessibilité jouent en fait au niveau du patient.

L'intervenante demande pour sa part d'éviter l'instauration de mesures de financement strictes qui auraient pour effet d'inciter les hôpitaux à rejeter certains patients ; celles-ci seraient à l'origine d'une médecine duale, où certains patients n'auraient plus accès aux soins. En d'autres termes, avec de telles mesures, ce serait l'hôpital qui serait budgétairement sanctionné s'il acceptait des patients défavorisés.

Or, le renvoi à domicile d'un patient socialement défavorisé admis en hôpital de jour par exemple est un risque médical, qu'un médecin conscient ne peut pas prendre.

C'est pourquoi, tous les incitants au financement hospitalier doivent tenir compte de la composante sociale de leur patientèle.

Il apparaît en outre que même dans les plus hôpitaux les plus performants, c'est-à-dire caractérisés par des structures d'accueil extérieures et par une durée moyenne d'hospitalisation plus courte, les patients socialement défavorisés ont une durée de séjour plus longue.

Le danger à l'avenir est que compte tenu des contraintes financières imposées aux hôpitaux tant publics que privés, il y ait une tendance dans leur chef à rejeter les patients socialement défavorisés. Si un hôpital est inefficace, il doit être sanctionné, mais on ne peut le pénaliser en fonction de facteurs objectifs, comme les facteurs sociaux, qu'il à prendre en charge.

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* vraagt of men, als men die redenering doortrekt, in de landelijke gebieden niet meer zou moeten investeren in de diensten voor thuiszorg (verpleegkundige zorg, buurtdiensten enzovoort).

*Mevrouw Closon* geeft aan dat de sociaal minder bevestigden in de rurale gebieden nog worden opgevangen door een familiale structuur. Het isolement van die mensen is daarentegen groter in de stedelijke gebieden en heeft, als objectieve factor, een grote invloed op de opnameduur. De sociale problemen zijn voor die personen derhalve veel moeilijker op te lossen in de stedelijke gebieden dan in de landelijke. Voor het overige moet de thuisverpleging in de beide gebieden worden uitgebouwd.

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* heeft vragen over de financiële toestand (compensaties, tekorten) van de openbare ziekenhuizen, in het bijzonder in Brussel. Hoeveel bedraagt hun exploitatietekort? Welke jaren hebben de plaatselijke besturen geïnspecteerd en opgenomen in de boeken? Klopt het dat tal van OCMW's hun facturen niet betalen?

*De heeft Philippot (NRZV)* geeft aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen niet over recente officiële en tussen instellingen vergelijkbare preciseringen beschikt als gevolg van de vertraging die de administratie heeft opgelopen bij de vaststelling van verifieerbare resultaten. De meest volledige onderzoeken zijn die van universitaire instellingen of van privé-bankinstellingen.

Uit een onderzoek is anderzijds gebleken dat de specifieke lasten van het IRIS-net, die verband houden met zijn opdrachten van openbare dienst, ongeveer 420 miljoen Belgische frank per jaar bedragen.

De onbetaalde en als oninvorderbaar geboekte facturen vertegenwoordigen ongeveer 2 % van de omzet van de ziekenhuizen van dat net, terwijl het gemiddelde onder de 1 % ligt.

Voor het boekjaar 2000 blijkt dat een ziekenhuis van hetzelfde net 290 miljoen Belgische frank zal verliezen, als gevolg van problemen die verband houden met de financiering van de fusies enerzijds en met het beheer anderzijds.

Voor het overige bevinden de ziekenhuizen zich ruim onder het voormelde resultaat van 420 miljoen Belgische frank. De resultaten (tekorten) van het Brusselse Sint-Pieters-ziekenhuis en van het universitair kind-ziekenhuis bedragen bijvoorbeeld respectievelijk 40 miljoen en 17 à 18 miljoen Belgische frank.

*M Jo Vandeurzen (CD&V)* se demande si à suivre ce raisonnement, il ne conviendrait pas, dans les régions rurales, d'investir davantage de moyens dans les services de soins à domicile (soins infirmiers, services de proximité, etc.).

*Mme Closon* indique que dans les zones rurales, les personnes socialement défavorisées bénéficient encore d'une structure familiale susceptible de les accueillir. L'isolement de ces personnes est par contre plus important dans les zones urbaines et a, en tant que facteur objectif, un impact majeur sur la durée de séjour. Les problèmes sociaux sont dès lors beaucoup plus difficiles à résoudre pour ces personnes dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Cela étant les soins à domicile doivent être développés dans ces deux zones.

*M. Jo Vandeurzen (CD&V)* s'interroge sur la situation financière (rattrapages, déficits) des hôpitaux publics, en particulier bruxellois. Quel est leur déficit d'exploitation ? Quelles sont les années qui sont inspectées et comptabilisées par les administrations locales ? Est-il vrai que de nombreux CPAS n'honorent pas leurs factures ?

*M. Philippot (CNEH)* signale que compte tenu du retard dans l'établissement, par l'administration, de résultats vérifiables, le conseil national des établissements hospitaliers ne dispose pas de précisions officielles récentes comparables entre institutions. Les études les plus complètes sont le fait, soit d'institutions universitaires, soit d'institutions bancaires privées.

D'autre part, une étude a établi que les charges spécifiques du réseau IRIS, liées à ses missions de service public, s'élèvent à quelque 420 millions de francs par an.

Les factures impayées et classées dans les irrécouvrables représentent environ 2 % du chiffre d'affaires des hôpitaux dudit réseau, alors que la moyenne se situe en dessous d'1 %.

Pour l'exercice 2000, il apparaît qu'un hôpital du même réseau perdra quant à lui 290 millions de francs, en raison de problèmes liés au financement des fusions d'une part et à la gestion d'autre part.

Pour le solde, les hôpitaux sont largement en dessous du résultat précité de 420 millions de francs. L'hôpital Saint-Pierre et l'hôpital universitaire des enfants, par exemple, ont respectivement quelque 40 millions et 17 à 18 millions de francs de résultats (déficits).

De OCMW's en de Belgische Staat hebben bij de Brusselse ziekenhuizen een schuld van meer dan 500 miljoen Belgische frank, waarvoor geen enkele moratoire interest kan worden aangerekend.

*De heer Yvan Mayeur (PS)* rekent voor dat het Sint-Pieters-ziekenhuis voor het boekjaar 2000 een tekort heeft van nagenoeg 40 miljoen Belgische frank. Dat tekort is louter te wijten aan de sociale factoren wanneer niet verder kan worden gerationaliseerd, behalve indien allianties zouden worden aangegaan met andere ziekenhuizen. Voorts is voor 1996 en 1997 ten aanzien van (Brusselse en andere) OCMW's afgezien van facturen ten belope van 70 miljoen Belgische frank, die niet zullen worden betaald.

In de huidige financieringsregeling (het vroegere systeem van participatie van de gemeenten naar gelang van het aantal keren dat hun bevolking op de ziekenhuizen een beroep had gedaan, is immers afgeschaft in 1998) neemt de gemeente die het ziekenhuis beheert het betrokken tekort alleen voor haar rekening, wat objectief onaanvaardbaar is als ongeveer 20 % van de onbetaalde facturen in feite te wijten is aan het OCMW van een naburige gemeente.

*Minister van Sociale Zaken en Pensioenen Vandenbroucke* geeft aan dat een dergelijke situatie voor de wetgever niet aanvaardbaar is.

*De heer Durant (Conseil des Hôpitaux Universitaires)* rekent voor dat het universitair ziekenhuis St-Luc na 25 jaar werking een overgehevelde winst maakt van 60 miljoen Belgische frank. De reserves bedragen 1 miljard Belgische frank, wat weinig is in vergelijking met het jaarlijks bedrag van 11 miljard Belgische frank. Dat betekent dat de solventieratio minder dan 15 % bedraagt, wat zwak is.

Door de besparingsmaatregelen en de invloed van de het PAL-NAL (een systeem dat in feite niet genoeg verfijnd is) daalt de thesaurie van het ziekenhuis in 2001 tot minder dan 300 miljoen Belgische frank. Dat betekent dat 1/3 van de reserves wordt opgebruikt.

Anderzijds kan een algemene of forfaitaire ziekenhuisbegroting niet worden bevroren zoals in Frankrijk, maar moet ze rekening houden met de activiteit door mechanismen van herziening achteraf, naargelang het aantal opnames en de hoedanigheid van de patiënten die in de loop van een referentieperiode werden behandeld.

In antwoord op de vraag van mevrouw Van de Castele over het feit dat het onderdeel B7 uitsluitend voor de universitaire ziekenhuizen is gereserveerd, pre-

D'autre part, les hôpitaux bruxellois ont des créances de plus de 500 millions de francs sur les CPAS et sur l'État belge, pour lesquelles aucun intérêt de retard n'est facturable.

*M. Yvan Mayeur (PS)* indique que l'hôpital Saint Pierre a un déficit de quelque 40 millions de francs pour l'exercice 2000. Ce déficit est dû exclusivement aux facteurs sociaux lorsqu'on a atteint l'incompressible en termes de rationalisation, sauf à imaginer des alliances avec d'autres hôpitaux. Il inclut par ailleurs un abandon de factures de 1996 et 1997 à l'égard de CPAS (bruxellois et autres), de 70 millions de francs, qui ne seront pas payées.

Dans le système actuel de financement (l'ancien système de participation des communes en fonction de la fréquentation des hôpitaux par leur population étant en effet abrogé en 1988), la commune qui gère l'hôpital assume seule le déficit en question, ce qui n'est objectivement pas acceptable lorsque quelque 20 % des factures impayées ressortissent en fait au CPAS d'une commune voisine.

*M. Frank Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et des Pensions* indique qu'au niveau du législateur, une telle situation n'est pas acceptable.

*M. Durant (Conseil des Hôpitaux universitaires)* indique que l'hôpital universitaire Saint Luc comporte après 25 ans de fonctionnement 60 millions de francs de bénéfices reportés. Les réserves sont de 1 milliard de francs, ce qui est peu par rapport à un chiffre annuel de 11 milliards de francs, ce qui signifie que le ratio de solvabilité est en-dessous de 15 %, ce qui est faible.

Avec les mesures d'économie et l'impact du DJP-DJN (système qui n'est en fait pas assez affiné, la trésorerie de l'hôpital bascule en 2001 à moins de 300 millions de francs.

Ceci signifie l'épuisement d'1/3 des réserves.

D'autre part un budget hospitalier global ou forfaitaire ne peut pas être gelé comme en France mais doit tenir compte de l'activité par des mécanismes de révision a posteriori en fonction du nombre d'admissions et de la qualité des patients traités au cours d'une période de référence donnée.

En réponse à la question de Mme Van de Castele sur la réservation aux seuls hôpitaux universitaires de la sous-partie B7, M. Durant précise que pour pouvoir en

ciseert de heer Durant dat de ziekenhuizen (buiten de volledig universitaire ziekenhuizen) waarin een, soms gering, aantal universitaire bedden zijn erkend, willen ze daarvoor in aanmerking komen, volgens hem een minimumaantal opleidings- en onderzoeksprogramma's moeten kunnen aanbieden, die voorzien zijn van een minimale inhoud en dito begeleiding.

*De heer Closon* (directeur-generaal van het *CHR de la Citadelle* - Luik) stipt aan dat de codering van de gegevens moeilijkheden met zich kan brengen. De ziekenhuizen hebben zich niettemin sinds enige tijd aangepast en men constateert dat de registratiesystemen verschillen van het ene ziekenhuis tot het andere (door de artsen of door daartoe bezoldigd personeel).

bénéficiaire, les hôpitaux (en dehors des hôpitaux totalement universitaires) auxquels sont reconnus un certain nombre, parfois marginal de lits universitaires, doivent selon lui offrir un minimum de programmes de formation et de recherche, dotés d'un contenu et d'un encadrement minimaux également.

*M. Closon* (directeur général du *CHR de la Citadelle-Liège*) indique que l'encodage des données peut comporter des difficultés. Les hôpitaux s'y sont néanmoins adaptés depuis quelque temps et on constate que les systèmes d'enregistrement diffèrent d'un hôpital à l'autre (par les médecins ou par du personnel rémunéré à cet effet).



### C. Antwoorden van de minister van Sociale Zaken en Pensioenen

– Er bestaat een ruime eensgezindheid aangaande de visie achter en de uitgangspunten van de modernisering van de ziekenhuisfinanciering

– Er worden vragen gesteld en opmerkingen geformuleerd aangaande de praktische uitvoering van de ziekenhuiswet

– Voor een aantal van de gestelde vraagstukken zijn de analyses en de gesuggereerde oplossingen uiteenlopend, voor andere vraagstukken lopen de opinies eerder gelijk

#### Probleemstellingen

- PRAKTISCHE HAALBAARHEID/TIMING
- COMPLEXITEIT / TRANSPARANTIE
- CONTROLE DER GEREgistREERDE GE-  
VENS
- VERANTWOORD OPNAMEBELEID
- BAND ERKENNING – FINANCIERING
- BEVOEGDHEDEN VAN GEMEENSCHAPPEN EN  
GEWESTEN
- ROL VERZEKERINGSINSTELLINGEN
- ACHTERSTALLEN EN VERTRAGINGEN
- VERSCHILLEN MEDISCHE PRAKTIJK (HONORA-  
RIA/GENEESMIDDELEN)
- RELATIE ARTS - BEHEERDER: AUTONOMIE VER-  
SUS INTEGRATIE ARTSEN
- SOCIALE FUNCTIE
- UNIVERSITAIRE FUNCTIE
- PROGRAMMATIE ZWARE DIENSTEN
- FUSIES EN VESTIGINGEN (ZIEKENHUIS-  
LANDSCHAP)

### C. Réponses du ministre des Affaires sociales et des Pensions

– Il existe un large consensus en ce qui concerne la vision sur la modernisation du financement des hôpitaux et les point de départ y afférents.

– Des questions et des remarques sont formulées en ce qui concerne l'exécution pratique de la loi sur les hôpitaux.

– Pour certains des problèmes posés, les analyses et les solutions suggérées divergent; pour d'autres, les opinions sont plutôt convergentes.

#### Problèmes

- FAISABILITE PRATIQUE/CALENDRIER
- COMPLEXITE/TRANSPARENCE
- CONTROLE DES DONNEES ENREGISTREES
- POLITIQUE D'ADMISSIONS JUSTIFIEES
- LIEN AGREMENT- FINANCEMENT
- COMPETENCES DES COMMUNAUTES/RE-  
GIONS
- ROLE ORGANISMES ASSUREURS
- ARRIERES ET RETARDS
- DIFFERENCES PRATIQUE MEDICALE (HONO-  
RAIRES/MEDICAMENTS)
- RAPPORT MEDECIN - GESTIONNAIRE: AUTONO-  
MIE VERSUS INEGRATION DES MEDECINS
- FONCTION SOCIALE
- FONCTION UNIVERSITAIRE
- PROGRAMMATION SERVICES LOURDS
- FUSIONS ET LIEUX D'IMPLANTATION (PAYSAGE  
HOSPITALIER)

## Verschillende financieringsbronnen

- Verpleegdagbudget (verpleegeenheden / operatiekwartier / urgentiedienst / apotheek / MNR-Pet- Radiotherapie)
- Daghospitalisatieforfaits
- Honoraria (medische diensten: consultaties, labo, radiologie...)
- Geneesmiddelen
- Supplementen

## Wetsontwerp:

- Modernisering van systeem verpleegdagbudget
- Inbrengen daghospitalisatie
- Financiering honoraria kan geheel of gedeeltelijk op basis van budget i.p.v. per prestatie
- Forfaitaire vergoeding geneesmiddelen
- Regeling supplementen

## Opmerking:

Financiële mechanismen ter bevordering doelmatige medische praktijk in ziekenhuizen worden besproken in Task-Force-Perl

## Praktische uitwerking van de nieuwe ziekenhuisfinanciering

- **NRZV** :voor haar adviesverlening ontvangt zij:
  - gedetailleerde technische fiches
  - resultaten van de simulaties (geanomiseerd, ziekenhuisgroepen)
  - mondelinge en schriftelijke uitleg bij gestelde vragen

## Différentes sources de financement

- Budget prix de journée (unités de soins/ quartier opératoire/service des urgences/officine/RMN- PET-Radiothérapie)
- Forfaits hospitalisation de jour
- Honoraires (services médicaux: consultations laboratoire, radiologie, ...)
- Médicaments
- Suppléments

## Projet de loi:

- Modernisation système budget prix de journée
- Intégration hospitalisation de jour
- Financement par les honoraires peut se faire, en tout ou en partie sur base d'un budget, plutôt que par prestation
- Indemnisation forfaitaire médicaments
- Règlement suppléments

## Remarque:

Les mécanismes financiers visant à promouvoir une pratique médicale efficace dans les hôpitaux sont examinés au sein de la Task-Force-Perl

## Elaboration pratique du nouveau financement des hôpitaux

- **Cneh** : en vue de formuler ses avis, il reçoit:
  - des fiches techniques détaillées
  - les résultats des simulations effectuées (anonymes, groupes d 'hôpitaux)
  - explications orales et écrites concernant les questions posées

° **Ziekenhuizen** zullen ontvangen :

- educatieve feed-back eigen gegevens in AP-R-DRG
  - voorafgaandelijk kennis van hun budget vóór het dienstjaar
  - alle benodigde informatie voor goed begrip van hun budgetten
1. Verklarende (gebruiksvriendelijke) notificatie over berekeningswijze
  2. Organisatie van een studiedag in maart 2002

Timing der werkzaamheden

- Oktober - november: parlementaire bespreking
- tot 15 november: bespreking technische uitwerking in de afdeling financiering van de Nationale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV)
- 15 november – 31 december: opstelling koninklijk besluit
- januari – februari: advies Raad van State
- januari – maart: berekening individuele ziekenhuisbudgetten door de dienst boekhouding van het Ministerie van Volksgezondheid
- voor 15 april: publicatie Koninklijk Besluit en mededeling budgetten van ziekenhuizen
- voor 15 mei: opmerkingen van de ziekenhuizen
- 15 mei – 15 juni: bespreking opmerkingen in afdeling financiering (NRZV) en eventuele correcties
- 15 juni – 30 juni: definitieve vaststelling ziekenhuisbudgetten
- 1 juli: start nieuw financieringssysteem

° **Les hôpitaux** recevront les éléments suivants:

- feed-back pédagogique concernant leurs propres données en AP-R-DRG
  - communication préalable de leur budget pour l'exercice en question
  - toutes les informations nécessaires à une bonne compréhension de leurs budgets
1. Notification explicative (conviviale) sur les modalités de calcul
  2. Organisation d'une journée d'étude en mars 2002

Calendrier des travaux

- Octobre - novembre : discussion au parlement
- jusqu'au 15 novembre : discussion sur l'élaboration technique au sein de la section Financement du Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH)
- 15 novembre - 31 décembre : rédaction arrêté royal
- janvier - février : avis Conseil d'État
- janvier - mars : calcul des budgets hospitaliers individuels par le service de la comptabilité du Ministère de la Santé publique
- avant le 15 avril : publication de l'arrêté royal et communication des budgets des hôpitaux
- avant le 15 mai : remarques des hôpitaux
- 15 mai - 15 juin : examen des remarques en section Financement (Cneh) et corrections éventuelles
- 15 juin - 30 juin : fixation définitive des budgets hospitaliers
- 1<sup>er</sup> juillet : lancement nouveau système de financement

### Klemtoonverschuiving in de modernisering van de ziekenhuisfinanciering

- Dynamische financiering op basis van patiënten-activiteit komt in plaats van statische financiering op basis van beddenstructuur
- Vaststelling van een budget i.p.v. verpleegdagprijs
- Er wordt een verantwoorde activiteit vastgesteld in functie van aantal en type opname (pathologie). Quotum ligdagen valt weg.
- Inclusief daghospitalisatie
- AP-DRG vervangen door AP-R-DRG (pathologie-groepen)
- Budget op basis van pathologie, geen vergoeding per DRG
- Vergoeding van verantwoorde activiteit op basis van puntensysteem:
  - Basispunten per verantwoord bed
  - Bijkomende punten (decielensysteem) op basis van parameters van zwaartegraad en severity
  - Gegarandeerde basisfinanciering
- Vereenvoudigd uitbetalingssysteem via twaalfden
- Bestaand systeem van herzieningen en inhaalbedragen valt weg

### Vraagstukken bij de modernisering van de ziekenhuisfinanciering

1. Validiteit van de minimale klinische gegevens
2. Vaststelling van de verantwoorde activiteit
3. Integratie van de heelkundige daghospitalisatie
4. Specifieke financiering van de universitaire opdracht
5. Specifieke financiering van de sociale opdracht
6. Stabiliteit van het ziekenhuisbudget

### Nouveaux accents dans la modernisation du financement des hôpitaux

- Financement dynamique sur la base de l'activité liée aux patients au lieu d'un financement statique sur la base de la structure relative aux lits
- Fixation d'un budget au lieu d'un prix de journée
- On détermine une activité justifiée en fonction du nombre et du type d'admissions (pathologie). Le quota de journées est supprimé.
- Intégration de l'hospitalisation de jour
- AP-DRG remplacés par AP-R-DRG (groupes de pathologies)
- Budget calculé sur base de la pathologie, aucune indemnisation par DRG
- Indemnisation de l'activité justifiée sur la base d'un système de points:
  - Points de base par lit justifié
  - Points supplémentaires (système des déciles) sur la base de paramètres concernant le degré de lourdeur et la sévérité
  - Financement de base garanti
- Système de paiement simplifié : par douzièmes
- Suppression du système existant de révisions et de montants de rattrapage

### Problèmes concernant la modernisation du financement des hôpitaux

1. Validité du résumé clinique minimum
2. Détermination de l'activité justifiée
3. Intégration de l'hospitalisation de jour chirurgicale
4. Financement spécifique de la mission universitaire
5. Financement spécifique de la mission sociale
6. Stabilité du budget hospitalier

7. Neutralisatie van onder- en overschrijdingen

8. Opnamebeleid

9. Vereenvoudiging van het uitbetalingssysteem van het ziekenhuisbudget

10. Individuele financiële verantwoordelijkheid van ziekenhuizen en ziekenhuisartsen

11. Partiële forfaitarisering voor het intramuraal geneesmiddelenverbruik

### 1.1. Validiteit van de minimale klinische gegevens (MKG)

- Bij ieder ontslag (RIZIV en niet-RIZIV-patiënten) worden de MKG geregistreerd: hoofddiagnose, bijkomende diagnoses, verwickelingen, leeftijd, interventies...
- De MKG-gegevens worden geclusterd in DRG's of pathologiegroepen.
- Elke DRG bevat vier graden van severity.
- Deze DRG's geven dus per ziekenhuis de case-mix weer: aantal opnames en type opnames.
  - Op basis van deze case-mix wordt de verantwoorde activiteit vastgesteld.
  - Op basis van de verantwoorde activiteit wordt het budget berekend.

**Conclusie:** het is zeer belangrijk dat de MKG correct en volledig worden geregistreerd.

### 1.2. Validiteit van de MKG

Huidige controleprocedures

- Werkgroep «Externe en Interne Audit» definieert de modaliteiten van de audit, onderzoekt de geanonimiseerde auditrapporten en geeft verslag hierover aan de MKG-Commissie.
- De controle bevat:
  - Een geïnformatiseerde controle binnen het ziekenhuis
  - Een controle door het Ministerie aan de hand van een controle-programma
  - Controle door (2!) geneesheren-auditeurs in de ziekenhuizen
  - Vanaf 1997 tot vandaag werden 14.796 opnames gecontroleerd: 11.736 in klassieke en 3.060 in dag-hospitalisatie.

7. Neutralisation des dépassements vers le haut et vers le bas

8. Politique d'admission

9. Simplification du système de paiement du budget hospitalier

10. Responsabilité financière individuelle des hôpitaux et des médecins hospitaliers

11. Forfaitarisation partielle de la consommation de médicaments dans les hôpitaux

### 1.1. Validité du résumé clinique minimum (RCM)

- Lors de chaque sortie (patients INAMI et autres), le RCM est enregistré: diagnostic principal, diagnostics secondaires, complications, âge, interventions ...
- Les données RCM sont regroupées, sous forme de clusters, en DRG ou groupes de pathologies
- Chaque DRG comprend quatre degrés de sévérité
  - Ces DRG donnent dès lors, par hôpital, le case-mix: nombre d'admissions et type d'admissions
  - Ce case-mix sert de base à la détermination de l'activité justifiée
  - L'activité justifiée sert de base au calcul du budget

**Conclusion:** Il est très important que le RCM soit enregistré de manière correcte et exhaustive

### 1.2. Validité du RCM

Procédures de contrôle actuelles

- Le groupe de travail «Audits interne et externe» définit les modalités de l'audit, examine les rapports d'audit anonymes et en fait rapport à la Commission RCM
- Le contrôle comprend :
  - Un contrôle informatisé au sein de l'hôpital
  - Un contrôle par le ministère à l'aide d'un programme de contrôle
  - Un contrôle par (2!) médecins auditeurs dans les hôpitaux
  - De 1997 à ce jour, 14.796 admissions ont été contrôlées : 11.736 en hospitalisation classique et 3.060 en hospitalisation de jour.



- Elk ziekenhuis werd minstens één maal gecontroleerd.
- In 24 ziekenhuizen werd een tweede audit uitgevoerd op basis van verkeerde of onvolledige codificatie/systematische vergissingen...
- Slechts 1 ziekenhuis werd gesanctioneerd

### 1.3. Validiteit van de MKG

#### • Conclusies uit de tot heden gevoerde audit:

- Eerder ondercodering i.p.v. overcodering
- Verbetering van codering in de tijd
- Systematische fouten worden vastgesteld

#### • Problemen:

- Controles gebeuren te sporadisch
- Controles gebeuren te laat
- Onvoldoende bemanning en groot verloop
- Bureaucratische organisatie
- Gebrek aan besluitvorming en sanctionering

### 1.4. Validiteit van de MKG

#### • Nieuwe modaliteiten

- Vanaf 2002 zal gewerkt worden met AP-R-DRG (Refined) in plaats van AP-DRG. Nieuw systeem is minder vatbaar voor manipulaties.
- De controle zal niet alleen controlerend maar ook sanctionerend zijn (10 % vermindering verpleegdag-budget).
- Selectieve controle op basis van knipperlichten
- Snellere beschikbaarheid van de MKG-gegevens: maximaal één jaar na de opname: de gegevens 1999 en 2000 zijn beschikbaar einde 2001

#### 2.1. Toepassing verantwoorde activiteit

##### A) bepaling verantwoord aantal dagen op basis van

– Definiëring van de verblijven via gebruik van AP-R-DRG: 4 niveaus van severity en 3 leeftijdsgroepen

##### – Toepassing van :

- Een genormaliseerde verblijfsduur bepaald per pathologie
- Een daghospitalisatie-activiteit voor 32 courante heilkundige ingrepen

- Chaque hôpital a été contrôlé au moins une fois.
- 24 hôpitaux ont fait l'objet d'un deuxième audit en raison d'une codification erronée ou incomplète/d'erreurs systématiques...
- Seul 1 hôpital a été sanctionné

### 1.3. Validité du RCM

#### • Conclusions tirées de l'audit effectué à ce jour :

- Sous-encodage plutôt que surencodage
- L'encodage s'améliore au fil du temps
- Erreurs systématiques constatées

#### • Problèmes:

- Les contrôles sont trop sporadiques
- Les contrôles sont trop tardifs
- Manque de personnel et rotation importante
- Organisation bureaucratique
- Système défaillant en ce qui concerne la prise de décisions et de sanctions

### 1.4. Validité du RCM

#### • Nouvelles modalités

- A partir de 2002, on travaillera sur la base d' AP-R-DRG (Refined) au lieu d' AP-DRG. Le nouveau système se prête moins aux manipulations.
- Le contrôle aura également un caractère sanctionnant (budget du prix de journée réduit de 10%)
- Contrôle sélectif sur la base de clignotants
- Données RCM seront disponibles plus tôt: au plus tard un an après l'admission : les données 1999 et 2000 seront disponibles fin 2001.

#### - 2.1. Application activité justifiée

A) détermination du nombre de journées justifié sur la base d'une:

– Définition des séjours basée sur les AP-R-DRG: 4 niveaux de sévérité et 3 groupes d'âge

##### – Application :

- D'une durée de séjour normalisée déterminée par pathologie
- D'une activité en hospitalisation de jour pour 32 interventions chirurgicales courantes

- Rekening houdend met geografische toegankelijkheid (afgelegen gebieden / Duitstalige Gemeenschap) en specifieke erkenningsregels (bij voorbeeld pediatrie)

## 2.2. Toepassing verantwoorde activiteit

### B) Vaststelling van het budget B1-B2

- Omzetten van het verantwoord aantal dagen in een technische aantal verantwoorde bedden aan de hand van de normatieve bezettingsgraden

- Eventueel in een eerste fase beperken van het verschil tussen verantwoorde bedden en erkende bedden tot 107 %.

- Toepassing van het vergelijkingsstelsel B1 en van het puntensysteem B2 op de verantwoorde bedden.

B1 = gemeenschappelijke diensten (onderhoud, administratie, voeding, wasserij..) : 30% van het budget

B2 = klinische diensten (verpleegkundig personeel, medische producten..) : 65 % van het budget

## 2.3. Toepassing verantwoorde activiteit

De nadruk wordt gelegd op de doelmatigheid

- voor elk ziekenhuis worden dezelfde verblijfsduur en dezelfde graad van daghospitalisatie toegepast per pathologiegroep, ongeacht de reële verblijfsduur en daghospitalisatie –activiteit van het ziekenhuis.

- voor de gemeenschappelijke diensten B1 krijgt elk ziekenhuis het gemiddeld bedrag van de groep tot welke het behoort (5 groepen), ongeacht de kosten van het ziekenhuis.

- voor de klinische diensten B2 wordt op basis van een puntensysteem een budget toegekend, ongeacht de kosten van het ziekenhuis.

BONUS voor de performant werkende instellingen

MALUS voor de niet-performant werkende instellingen

- Compte tenu de l'accessibilité géographique (régions éloignées/Communauté germanophone) et règles d'agrément spécifiques (par ex., pédiatrie)

## 2.2. Application activité justifiée

### B) Détermination du budget B1-B2

- Conversion du nombre de journées justifié en un nombre technique de lits justifiés sur la base des taux d'occupation normatifs

- Eventuellement, dans une première phase, limitation de la différence entre les lits justifiés et les lits agréés à 107%.

- Application du système comparatif B1 et du système de points B2 aux lits justifiés.

B1 = services communs (entretien, administration, alimentation, buanderie..) : 30% du budget

B2 = services cliniques (personnel infirmier, produit médicaux..) : 65 % du budget

## 2.3. Application activité justifiée

L'accent est mis sur l'efficacité

- pour chaque hôpital, on applique la même durée de séjour et le même taux d'hospitalisation de jour par groupe de pathologies, et ce indépendamment de la durée de séjour et de l'activité en hospitalisation de jour réelles de l'hôpital

- en ce qui concerne les services communs B1, chaque hôpital reçoit le montant moyen du groupe auquel il appartient (5 groupes), indépendamment des coûts de l'hôpital.

- en ce qui concerne les services cliniques B2, un budget est octroyé sur la base d'un système de points, indépendamment des coûts de l'hôpital

BONUS pour les établissements performants

MALUS pour les établissements non performants

## 2.4. Toepassing verantwoorde activiteit

**PUNTENSYSTEEM**

- a) BASISPUNTEN : gelijk aantal punten per type verantwoord bed
- b) BIJKOMENDE PUNTEN
- ziekenhuizen hebben een verschillend patiënten-profiel
  - dus een verschillende werklast en een verschillend verbruik van medische producten
  - dus een verschillende financiële behoefte inzake personeel en materiaal
  - daarom worden zij in decielen ingedeeld aan de hand van parameters: meerkost-index, MVG-index, index intensieve zorgen, nomenclatuur-index, standaard-tijden (operatiekwartier)
  - hoe hoger het deciel, hoe meer punten, dus hoe meer middelen
  - 2002: - actualisering van bijkomende punten per deciel
  - verdere afbouw van nomenclatuur-index (inflatoire effecten)
  - herberekening standaardtijden operatiekwartier
- c) a) + b) minimaal gelijk aan gegarandeerde basis-financiering

## 2.5. Toepassing verantwoorde activiteit

**GELEIDELIJKE INVOERING VAN VERANTWOORDE ACTIVITEIT**

- Eerste jaren geleidelijk opstarten: 10 % per jaar
- Snellere toepassing afhankelijk van
  - validering MKG-registratie (punt 1)
  - evaluatie verantwoord opnamebeleid (punt 8)

## 2.4. Application activité justifiée

**SYSTEME DE POINTS**

- a) POINTS DE BASE : même nombre de points par type de lit justifié
- b) POINTS SUPPLEMENTAIRES
- les hôpitaux ont un profil de patients différent:
    - dès lors, différences au niveau de la charge de travail et de la consommation de produits médicaux
    - dès lors, différences au niveau des besoins en matière de personnel et de matériel
    - dès lors classement des hôpitaux en déciles selon des paramètres : indice de coût supplémentaire, indice RIM, indice de soins intensifs, indice de nomenclature, temps standard (quartier opératoire)
  - 2002: - actualisation des points supplémentaires par décile
  - suppression progressive de l'indice de nomenclature (effets inflatoires)
  - nouveau calcul temps standard quartier opératoire
- c) a) + b) au moins égal au financement de base garanti

## 2.5. Application activité justifiée

**INSTAURATION PROGRESSIVE DE L'ACTIVITE JUSTIFIEE**

- Dans les premières années, lancement progressif : 10% par an
- Application accélérée dépend de :
  - la validation de l'enregistrement RCM (point 1)
  - l'évaluation de la politique d'admissions justifiées (point 8)

## TRANSITIE IN PERIODE VAN «COHABITATIE»

• Tijdens de overgangperiode van «historisch» naar «doel» – budget:

- Blijvende actualisering van PAL-NAL-performantiegraad, vandaag van toepassing, maar in de toekomst progressief vervangen door «verantwoorde activiteit».

- Snellere toepassing van nieuwe regels B1 (gemeenschappelijke diensten) en B2 (klinische diensten – puntensysteem)

## 2.6. Toepassing verantwoorde activiteit

**Band met programmatie:**

- Planningsregels (maximum aantal bedden) zijn federaal en blijven behouden

- Toepassing van de planning door de Gemeenschappen kan rekening houden met de evolutie der activiteiten

- Programmatie van bedden wordt minder belangrijk in vergelijking met planning van zware diensten en van zorgprogramma's

## 2.7. Toepassing verantwoorde activiteit

**Band met erkenning**

- Notie «erkende» bedden blijft behouden.

- Erkenning = resultaatverbintenis van naleving van normen (architectonisch, functioneel, personeel...) op het vlak van de kwaliteit.

- Verantwoordelijkheid beheerder staat centraal: als beheerder meer erkende dan verantwoorde bedden heeft, moeten de normen op alle erkende bedden worden toegepast ondanks verminderde financiering (behoudens uitzonderingen op het vlak van toegankelijkheid).

- **ALGEMEEN:** de toepassing van de erkenning-normen wordt slechts gefinancierd ingeval van voldoende verantwoorde activiteit.

- Toekomst : verschuiving van erkenning van bedden naar «certificatie» of «accreditering» van ziekenhuizen : kwaliteit en performantie van basisfuncties en van specifieke zorgprogramma's.

## TRANSITION EN PERIODE DE «COHABITATION»

• Lors du passage d'un budget historique à un budget ciblé:

- Actualisation permanente du taux de performance DJP DJN, appliqué aujourd'hui, mais devant être remplacé progressivement par l' «activité justifiée»

- Application plus rapide des nouvelles règles B1 (services communs) et B2 (services cliniques - système de points)

## 2.6. Application activité justifiée

**Lien avec la programmation:**

- Les règles de programmation (nombre maximum de lits) sont fédérales et sont maintenues

- L'application de la programmation par les Communautés peut tenir compte de l'évolution des activités

- La programmation de lits perd en importance par rapport à la programmation de services lourds et de programmes de soins

## 2.7. Application activité justifiée

**Lien avec l'agrément**

- La notion de lits «agrées» est maintenue.

- Agrément = obligation de résultats en matière de respect des normes (architecturales, fonctionnelles, de personnel, ...) sur le plan de la qualité

- La responsabilité du gestionnaire au coeur du système: si le gestionnaire a plus de lits agréés que de lits justifiés, les normes doivent être appliquées pour tous les lits agréés, en dépit d'un financement réduit (sauf exceptions sur le plan de l'accessibilité).

**EN GENERAL:** l'application des normes d'agrément n'est financée qu'en cas d'activité justifiée suffisante.

Avenir : glissement de l'agrément de lits vers un système de «certification» ou d' «accréditation» des hôpitaux : qualité et performance des fonctions de base et des programmes de soins spécifiques.

- Gesprekken met de Gemeenschappen en Gewesten zijn gaande.

### 3.1. Integratie daghospitalisatie

- 1ste fase integratie **heelkundige** daghospitalisatie

- budget afkomstig van het RIZIV (forfaits daghospitalisatie): 2.050 millions BEF (98)

- budget afkomstig van substitueerbare verblijven : nog te bepalen, maximaal 990 miljoen BEF (98)

- 2de fase integratie **prestaties met anesthesie-code** (gepland voor implementatie in 2003)

- 3de fase integratie **interne geneeskunde en oncologische** daghospitalisatie

=> permanente werkgroep

### 3.2. Integratie daghospitalisatie

- Verantwoorde activiteit daghospitalisatie bestaat uit

- de vandaag werkelijk gerealiseerde activiteit in daghospitalisatie

- de vandaag oneigenlijke klassieke verblijven, die normaal in daghospitalisatie moeten worden uitgevoerd.

- Voor 32 AP-R-DRG's worden de oneigenlijke klassieke hospitalisaties gedefinieerd als:

- de graad van severity of illness (APR-DRG) het laagst is (niveau 1)

- de patiënten niet overleden zijn
- de patiënt jonger dan 75 jaar is
- het een geplande opname betreft

- Er wordt dus rekening gehouden met de patiëntenkarakteristieken binnen de pathologie (cfr. ouderdom...)

### 3.3. Integratie daghospitalisatie

- Elk verblijf daghospitalisatie krijgt een waarde gelijk aan 1.32 verantwoorde dagen.

- Omdat enkel niet gecompliceerde pathologie in aanmerking komt voor daghospitalisatie, worden enkel basispunten toegekend (geen bijkomende punten) in onderdeel B2

- Des discussions avec les Communautés/Régions sont en cours

### 3.1. Intégration hospitalisation de jour

- 1ère phase intégration de l'hospitalisation **chirurgicale** de jour

- budget provenant de l'INAMI (forfaits hospitalisation de jour): 2.050 millions BEF (98)

- Budget provenant de séjours substituables : reste à déterminer, au maximum 990 millions BEF (98)

- 2ième phase intégration des **prestations avec code anesthésie** (implémentation prévue en 2003)

- 3ième phase intégration **médecine interne et hospitalisation oncologique** de jour

=> groupe de travail permanent

### 3.2. Intégration hospitalisation de jour

- L'activité justifiée en hospitalisation de jour comprend:

- l'activité réellement réalisée aujourd'hui en matière d'hospitalisation de jour

- les séjours classiques actuels abusifs, devant normalement être effectués en hospitalisation de jour

- Pour 32 AP-R-DRG, les hospitalisations classiques abusives sont définies lorsque :

- le degré de sévérité ou d'« illness » (APR-DRG) est le plus faible (niveau 1)

- les patients ne sont pas décédés
- le patient a moins de 75 ans
- il s'agit d'une admission programmée

- On tient dès lors compte, pour une pathologie donnée, de caractéristiques des patients (cf. âge, ...)

### 3.3. Intégration hospitalisation de jour

- Chaque séjour en hospitalisation de jour reçoit une valeur égale à 1.32 journées justifiées.

- Comme seules les pathologies non compliquées entrent en ligne de compte pour l'hospitalisation de jour, seuls des points de base sont attribués (pas de points supplémentaires) dans la sous partie B2



- De ingrepen daghospitalisatie worden in rekening gebracht bij de vaststelling van het budget operatiekwartier (op basis van standaardtijden per ingreep)

- De daghospitalisatie wordt ook weerhouden in de onderdelen A1 (investeringen), A2 (korte-termijn-kredieten) en B1 (gemeenschappelijke diensten).

#### **4.1. Specifieke financiering van universitaire functies**

• Bijzondere opdracht op het vlak van

- klinisch onderricht,
- toegepast wetenschappelijk onderzoek,
- ontwikkeling van nieuwe medische technologieën,
- kwaliteitsevaluatie
- opleidingsfunctie
- derdelijngeneeskunde

(exclusief onderwijs en fundamenteel wetenschappelijk onderzoek)

#### **4.2. Specifieke financiering van universitaire functies**

• Transparante financiering via de inrichting van een afzonderlijk onderdeel B7 ter financiering van de ziekenhuis - gebonden universitaire opdrachten.

• In onderdeel B7 worden alle middelen samengebracht die de universitaire ziekenhuizen vandaag in diverse financieringssystemen verkrijgen bovenop de normale patiëntenzorg (bijkomende punten B2 voor universitaire bedden, operatiekwartier, MNR, B6, nieuwe technologieën/opleidingsfunctie B4, biologie, dialyse...)

• Onderdeel B7 is 100 % ten laste van Staat.

• Voor de normale patiëntenzorg worden universitaire en niet universitaire ziekenhuizen perfect vergelijkbaar.

• Betaling van de medische (diagnostische) prestaties per budget i.p.v. per acte met het oog op een financieel onafhankelijke uitvoering van de universitaire opdrachten, en omwille van het gesalarieerd artsenstatuut.

- Les interventions en hospitalisation de jour sont prises en compte lors de fixation du budget du quartier opératoire (sur la base des temps standard par intervention)

- L'hospitalisation de jour est également prise en compte dans les sous-parties A1 (investissements), A2 (crédits à court terme) et B1 (services communs).

#### **4.1. Financement spécifique de fonctions universitaires**

• Missions spécifiques concernant:

- l'enseignement clinique,
- la recherche scientifique appliquée,
- le développement de nouvelles technologies médicales,
- l'évaluation de la qualité
- la fonction de formation
- la médecine du troisième échelon

(à l'exclusion de l'enseignement et de la recherche scientifique fondamentale)

#### **4.2. Financement spécifique des fonctions universitaires**

• Transparence du financement par l'instauration d'une sous partie B7 distincte en vue du financement des missions universitaires liées à l'hôpital.

• La sous-partie B7 regroupe l'ensemble des moyens dont bénéficient aujourd'hui les hôpitaux universitaires dans différents systèmes de financement et ce, en plus de ceux octroyés pour la dispensation normale des soins aux patients (points B2 supplémentaires pour lits universitaires, quartier opératoire, RMN, B6, nouvelles technologies/fonctions de formation, B4, biologie, dialyse, ...).

• La sous-partie B7 est à 100 % à charge de l'État.

• Pour la dispensation normale des soins aux patients, les hôpitaux universitaires et non universitaires sont parfaitement comparables.

• Le paiement des prestations médicales (diagnostiques) par budget plutôt qu'à l'acte, en vue d'une exécution financièrement indépendante des missions universitaires, et en raison du statut de médecin salarié.

### 5.1. Specifieke financiering van de sociale functie

- Extrabelasting sociale diensten
  - Onthaal, taalgebruik, sociale en andere reglementering
- Extra werklust op het vlak van verpleging en verzorging
  - Langere verblijfsduur
  - Complexere pathologie
  - Lagere opportuniteit van daghospitalisatie (sociaal isolement)
- Bijkomende financiering wordt voorzien in zoverre het gaat om de bijkomende lasten van medisch verantwoorde opnames en in zoverre deze bijkomende lasten niet worden opgevangen door andere financieringsregels (bijvoorbeeld door de financiering volgens pathologie)

### 5.2. Specifieke financiering van de sociale functie

- De bijkomende middelen worden voorzien voor die ziekenhuizen met uitgesproken groot aantal patiënten met zwak sociaal-economisch profiel.
- Een gewone sociale opdracht zit verweven in de gewone financiering van elk ziekenhuis.
- Financiering via onderdeel B8, voor 100 % ten laste van de Staat.
- Parameters voor identificatie betrokken ziekenhuizen:
  - aandeel patiënten «sociale franchise» in totaal aantal patiënten
  - niet-verzekerden
  - illegalen
- Door koppeling van «sociale patiënten» aan «MKG» kan per pathologie de extra verblijfsduur berekend worden, wat aanleiding zal geven tot de berekening van een bijkomend theoretisch aantal «verantwoorde bedden».

### 5.1. Financement spécifique de la fonction sociale

- Charge supplémentaire services sociaux:
  - Accueil, emploi des langues, réglementation sociale et autre
- Charge de travail supplémentaire concernant les soins:
  - durée de séjour plus longue
  - pathologie plus complexe
  - moindre opportunité d'hospitalisation de jour (isolement social)
- Un financement supplémentaire est prévu pour autant qu'il s'agisse de charges supplémentaires liées à des admissions médicalement justifiées et que ces charges supplémentaires ne relèvent pas d'autres règles de financement (par exemple, le financement suivant la pathologie).

### 5.2. Financement spécifique de la fonction sociale

- Des moyens supplémentaires sont prévus pour les hôpitaux dont le nombre de patients au profil socio-économique faible est très élevé.
- Le financement ordinaire de chaque hôpital couvre l'exécution d'une mission sociale normale.
- Financement par le biais de la sous-partie B8, 100 % à charge de l'État.
- Paramètres pour l'identification des hôpitaux concernés:
  - proportion de patients «franchise sociale» par rapport à la population totale de patients
  - non-assurés
  - illégaux
- Le couplage des «patients sociaux» et des données RCM permet de calculer la durée supplémentaire de séjour par pathologie, ce qui donnera lieu au calcul d'un nombre théorique supplémentaire de «lits justifiés».

### 6.1. Stabiliteit van het ziekenhuisbudget

- Geleidelijke overgang van oud budget op basis van bedden naar nieuw budget op basis van verantwoorde activiteiten.
- Periode voor de vaststelling van het budget 1 juli – 30 juni
- Niet tegenstrijdig met het principe van de annualiteit van de staatsbegroting
- Laat toe dat budgetten op tijd medegedeeld worden aan de ziekenhuizen (niet mogelijk indien periode is kalenderjaar)
- Brengt mee dat budgetten in de loop van het jaar wijzigen (1 juli) maar deze wijzigingen zijn voorspelbaar omdat het traject van oud naar nieuw budget grotendeels bekend is
- Beperking van het aantal wijzigingen budget tot 2 x per jaar (1 januari en 1 juli) in plaats van talrijke aanpassingen vandaag (herzieningen, inhaalbedragen, indexeringen, nieuwe initiatieven beslissingen Regering...)

### 6.2. Stabiliteit van het ziekenhuisbudget

- 80 % van het budget is vast
- Budget is definitief bekend: het aantal herzienbare elementen wordt drastisch verminderd (A2 – kaskredietlasten, vergelijking gerealiseerde dagen – quotum, PAL-NAL...vallen weg).  
Dus: minder inhaalbedragen en vertragingen

### 7.1. Neutralisatie van onder- en overschrijdingen

- 20 % van het budget wordt variabel toegekend en uitbetaald:
  - 10 % per opname
  - 10 % per ligdag
- Algemene tendens: de toenemende hospitalisatiegraad wordt meer dan gecompenseerd door een dalende verblijfsduur.

### 6.1. Stabilité du budget hospitalier

- passage progressif d'un budget fondé sur les lits à un budget fondé sur les activités justifiées.
- Période pour la fixation du budget 1<sup>er</sup> juillet – 30 juin
- non contraire au principe de l'annualité du budget de l'État
- permet de communiquer les budgets aux hôpitaux en temps opportun (impossible si la période est l'année calendaire)
- a pour conséquence que les budgets changent en cours d'année (1<sup>er</sup> juillet), mais les changements sont prévisibles car la transition vers un nouveau budget est en grande partie connue
- Nombre d'adaptations du budget limité à deux fois par an (1 janvier et 1 juillet) et non plus adaptations multiples comme c'est le cas aujourd'hui (révision, montants de rattrapage, indexations, nouvelles initiatives, décisions du gouvernement...)

### 6.2. Stabilité du budget hospitalier

- 80 % du budget est fixe
- Le budget est définitif : le nombre d'éléments révisables est réduit de manière drastique (A2-charges crédits de caisse, comparaison journées réalisées-quota, DJP-DJN, etc. sont supprimés).  
Donc: moins de montants de rattrapage et de retards

### 7.1. Neutralisation des dépassements vers le haut et vers le bas

- 20 % du budget est octroyé et versé en fonction :
  - de l'admission, à concurrence de 10 %
  - de la journée d'hospitalisation, à concurrence de 10 %
- Tendence générale: le taux d'hospitalisation croissant est plus que compensé par une durée de séjour décroissante.

- Een stijging van het aantal verantwoorde opnames zit verrekend in het globaal budget. Aandacht voor «kunstmatige» stijging aantal opnames (punt 8).

- Als het globaal budget wordt overschreden, wordt het verschil achteraf geheel of gedeeltelijk geïmputeerd op de individuele budgetten. Omgekeerd, in geval van onderschrijdingen is er een bonus.

## 7.2. Neutralisatie van onder- en overschrijdingen

- In de conceptnota werd geopteerd voor een lineaire correctie. Er kan overwogen worden deze gedeeltelijk selectief te maken op basis van een analyse van de overschrijding. De overschrijding wordt dan selectief ten laste gelegd van ziekenhuizen met onverantwoord meer dagen (langere verblijfsduur per pathologie) of onverantwoord meer opnames (bijvoorbeeld graad van heropnames per pathologie).

- Plafonnering van de correctie – zeker wat het lineaire gedeelte betreft - zowel op macro- als op microniveau.

### 8.1. Opnamebeleid

Opnames worden de motor van de ziekenhuisfinanciering. Logisch, want kosten en consumptie zijn gerelateerd aan de opname.

Verschillen in medische praktijk: splitsing van opnames, heropnames, niet gerechtvaardigde opnames, vroegtijdige ontslagen, selectie van opnames.

De opportuniteit der opnames wordt een centraal thema, dit in relatie tot de periode voor en na hospitalisatie (cfr. koppeling van MKG-MFG-databank aan informatie pre- en post-hospitalisatie).

### 8.2. Opnamebeleid

#### Acties

1) Intensiveren van de werkgroep “Opnamebeleid in Multipartite Overlegstructuur

- Une augmentation du nombre d'admissions justifiées est répercutée dans le budget global. Attention particulière pour l'augmentation «artificielle» du nombre d'admissions (point 8).

- En cas de dépassement du budget global, la différence est imputée ultérieurement, en tout ou partie, aux budgets individuels. Inversement, en cas de sous-utilisation, on octroie un bonus.

## 7.2. Neutralisation des dépassements vers le haut et vers le bas

- Le concept initial prévoit une correction linéaire. Celle-ci pourrait être appliquée en partie de manière sélective après analyse du dépassement. Le dépassement est alors porté sélectivement à charge des hôpitaux présentant un nombre anormalement élevé de journées (durée de séjour plus longue par pathologie) ou d'admissions (par exemple, taux de réadmission par pathologie).

- Plafonnement de la correction-en particulier pour la partie linéaire-tant au macroniveau qu'au microniveau.

### 8.1. Politique en matière d'admission

- Les admissions seront désormais le moteur du financement hospitalier, ce qui est logique puisque les coûts et la consommation sont liés à la mission .

- Différences en termes de pratiques médicales: scission des admissions, réadmissions, admissions non justifiées, sorties anticipées, sélections d'admissions, ...

- L'opportunité des admissions est un thème central et ce, en rapport avec les périodes antérieures et postérieures à l'hospitalisation (cf. couplage des données RCM-RFM et des informations disponibles avant et après l'hospitalisation).

### 8.2. Politique en matière d'admission

#### Actions

1) Intensifier les activités du groupe de travail «politique en matière d'admission» de la structure de concertation multipartite

## 2) Wetenschappelijke studie over het opnamebeleid

- naar de trends (wat is de verantwoorde groei, ~ epidemiologie, vergrijzing, nieuwe technieken, verwijsgedrag...) naar de effecten van de financieringsregels op het opnamebeleid van ziekenhuizen

- naar parameters aangaande de evaluatie van het opnamebeleid

## 3) Engagements

- geleidelijke invoering nieuw systeem ~ uitwerking van evaluatiemethodologie opportuniteit van verblijven

- bovengrens verantwoorde bedden in eerste fase max. 107 % van totaal erkende bedden

## 9.1. Vereenvoudiging van het uitbetalingssysteem van het ziekenhuisbudget

Voor opgenomen patiënten RIZIV (= ± 98 %)

## • Betaling 80 % in twaalfden:

- elke landsbond betaalt elk ziekenhuis in één keer op éénzelfde vaste tijdstip, nml. 25 van de derde maand volgend op de prestatie maand.

- melding op de individuele ziekenhuisfactuur
- garanties ten aanzien van beschikbare middelen bij verzekeringsinstellingen: wetsontwerp snelle vereffening deficits door globaal beheer

– Voor opgenomen patiënten niet-RIZIV (= ± 2 %)

• 100 % betaling per parameter dag (per ziekenhuis is dit aandeel bekend).

## 9.2. Veréenvoudiging van het uitbetalingssysteem van het ziekenhuisbudget

Voor opgenomen patiënten (RIZIV)

- Betaling 20% per parameter van activiteit
- 10% per opname
- 10% per verpleegdag

## 2) Etude scientifique concernant la politique en matière d'admission, en particulier:

- les tendances (croissance justifiée, épidémiologie, vieillissement, nouvelles techniques, comportement en matière d'adressage, ...)

- l'impact des règles de financement sur la politique des hôpitaux en matière d'admission les paramètres relatifs à l'évaluation de la politique en matière d'admission

## 3) Engagements

- instauration progressive du nouveau système - élaboration d'une méthodologie d'évaluation de l'opportunité des séjours.

- Pourcentage maximum de lits justifiés limité, dans une première phase, à 107 % du nombre total de lits agréés

## 9.1. Simplification du système de paiement du budget hospitalier

Pour les patients admis INAMI (= ± 98 %)

## • paiement 80 % en douzièmes:

- chaque mutualité paie chaque hôpital en une fois à une date fixe, à savoir, le 25<sup>ième</sup> jour du troisième mois suivant le mois durant lequel la prestation a été exécutée.

- indication sur la facture hospitalière individuelle.
- garanties concernant les moyens disponibles auprès des organismes assureurs: projet de loi sur la liquidation rapide de deficits par gestion globale.
- Pour les patients admis non-INAMI (= +/- 2 %)

• paiement 100 % par jour paramètre (par hôpital, cette proportion est connue)

## 9.2. Simplification du système de paiement du budget hospitalier

Pour les patients admis (INAMI)

- paiement 20 % par paramètre d'activité
- 10% par admission
- 10% par journée d'hospitalisation



Dit variabel (open) budgetgedeelte volgt de ziekenhuisactiviteit (patiëntenfactuur)

- reële verblijven en dagen

9.3. Vereenvoudiging van het uitbetalingssysteem van het ziekenhuisbudget

Voordelen uitbetaling in twaalfden

- regelmatige betaling van de ziekenhuizen
- regelmatige boeking van de uitgaven door de verzekeringsinstellingen, dus betere begrotingscontrole RIZIV
- wegvallen van herzieningen achteraf
- alle informatie blijft beschikbaar voor de verzekeringsinstellingen
- hervorming vergt slechts beperkte technische aanpassingen

10.1. Individuele financiële verantwoordelijkheid ziekenhuizen en artsen

- Bewaken consumptie van honoraria en geneesmiddelen bij opgenomen patiënten, in een eerste fase beperkt tot een aantal courante en homogene pathologieën (AP-R-DRG)

- Selectieve recuperatie van overconsumptie = het positief verschil tussen de vastgestelde consumptie en de pathologiegewogen genormaliseerde consumptie \* 120 %

- Deze en andere mechanismen van financiële incentives liggen ter discussie in een tripartite overleg o.l.v. de heer Perl.

10.2. Individuele financiële verantwoordelijkheid

Voorbeelden van courante pathologieën

- appendectomie
- hemorroïdectomie
- galblaasoperaties
- cataractoperaties
- totale heupprothese
- totale knieprothese
- menisectomie
- uni-en bilaterale varicesoperatie
- prostaatablatie TUR

Cette partie du budget variable (ouverte) suit l'activité hospitalière (facture des patients)

- séjours et journées réels

9.3. Simplification du système de paiement du budget hospitalier

Avantages versement en douzièmes

- paiement régulier des hôpitaux
- comptabilisation régulière des dépenses par les organismes assureurs, donc contrôle budgétaire INAMI plus efficace
- suppression des révisions a posteriori
- disponibilité permanente de toutes les informations pour les organismes assureurs
- la réforme ne requiert que des adaptations techniques limitées

10.1. Responsabilité financière individuelle hôpitaux et médecins

- surveillance de la consommation des honoraires et des médicaments chez les patients admis, limitée, dans un premier temps, à un certain nombre de pathologies homogènes et courantes (AP-R-DRG).

- Récupération sélective de la surconsommation, = l'écart positif entre la consommation observée et la consommation normalisée pondérée par pathologie \* 120 %.

- Ces mécanismes financiers ainsi que d'autres liés à l'octroi d'incitants font l'objet de discussions au sein de la concertation tripartite placée sous la direction de Monsieur Perl.

10.2. Responsabilité financière individuelle

Exemples de pathologies courantes

- appendicectomie
- hémorroïdectomie
- interventions sur la vésicule biliaire
- opération de la cataracte
- prothèse totale de la hanche
- prothèse totale du genou
- ménisectomie
- interventions sur varices unilatérales et bilatérales
- prostatactomie

### 10.3. Individuele financiële verantwoordelijkheid

Gaat gepaard met aanpassing relatie artsen beheerders

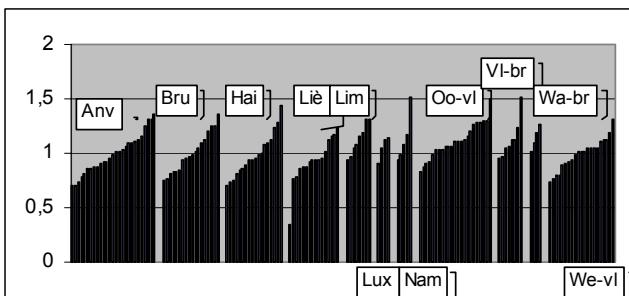
- Lange termijn
  - P aanpassing wettelijke regeling voorbereiden o.l.v. externe bemiddelaar
- Korte termijn
  - P aanpassing systeem van de kostenregeling

### 11.1. Intramuraal geneesmiddelenverbruik

Vaststelling verschillen in consumptie per heelkundige DRG tussen ziekenhuizen voor vijf klassen van geneesmiddelen met hoge frequentie en verbruik

- antiaciden ( klasse ATC2 A02 )
- antithrombotica ( klasse ATC2 B01 )
- bloedvervangende middelen ( klasse ATC2 B05 )
- antibiotica voor systemisch gebruik (klasse ATC2 J01 )
- anesthetica (klasse ATC2 N01 )

### 11.2. Intramuraal geneesmiddelenverbruik : pathologie- gewogen verschillen



### 11.3. Intramuraal geneesmiddelenverbruik

- Forfaitarisering
  - 20% voor
    - antiaciden ( klasse ATC2 A02 )*
    - antithrombotica ( klasse ATC2 B01 )*
    - bloedvervangende middelen (klasse ATC2 b05)*
    - anesthetica (klasse ATC2 N01)*
  - 80% voor
    - antibiotica voor systemisch gebruik (klasse ATC2 J01)*

### 10.3. Responsabilité financière individuelle

Va de pair avec l'adaptation de la relation médecins-gestionnaires

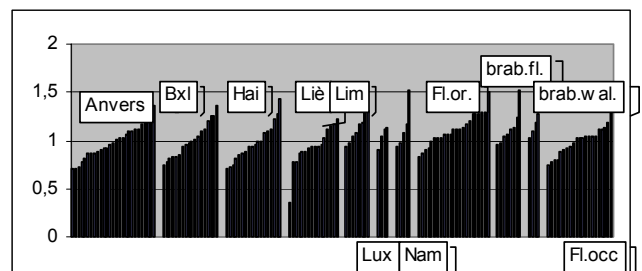
- Long terme
  - P préparer adaptation de la réglementation légale sous la direction d'un médiateur externe
- Court terme
  - P adaptation du système de règlement des coûts

### 11.1. Consommation des médicaments intramuros

• *Observation d'écarts de consommation par DRG chirurgical entre hôpitaux, pour cinq classes de médicaments caractérisées par une fréquence et une consommation élevées.*

- *Anti-acides ( classe ATC2 A02 )*
- *antithrombotiques ( classe ATC2 B01 )*
- *produits sanguins de substitution ( classe ATC2 B05 )*
- *antibiotiques à usage systémique ( classe ATC2 J01 )*
- *anesthésiques ( classe ATC2 N01 )*

### 11.2. Consommation de médicaments intramuros : écarts pondérés par pathologie



### 11.3. Consommation de médicaments intramuros

- Forfaitarisering
  - 20% pour
    - anti-acides ( classe ATC2 A02 )*
    - antithrombotiques ( classe ATC2 B01 )*
    - produits sanguins de substitution ( classe ATC2 b05)*
    - anesthésiques ( classe ATC2 N01)*
  - 80% pour
    - antibiotiques usage systémique ( classe ATC2 J01)*

#### D. Antwoorden van de minister van Consumenten- zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Het ontwerp voorziet in de schrapping van de medisch-pedagogische instellingen, aangezien die niet langer tot de bevoegdheid van de federale overheid behoren.

Het ontwerp schrapt tevens de gesloten psychiatrische instellingen aangezien, in het raam van de bescherming van de persoon van de geesteszieke, in de ziekenhuiswet immers geen sprake meer is van die instellingen.

De minister betwist de uitlatingen van sommige sprekers als zouden de in het ontwerp vervatte maatregelen met betrekking tot de netwerken en zorgcircuits indruisen tegen de vrijheid van de patiënt om zijn arts te kiezen. Die maatregelen hebben tot doel de federale zorginstellingen ertoe te verplichten met een algemeen zorgaanbod, waarvan de normering tot de federale bevoegdheid behoort, te komen voor een welbepaalde patiëntendoelgroep ten einde de zorgcontinuïteit te garanderen. Het spreekt vanzelf dat de patiënt zowel de instelling waar hij zich wenst te laten verzorgen als zijn arts volkomen vrij kan blijven kiezen.

Nergens wordt bepaald dat de individuele artsen zich bij een bepaald zorgnetwerk of -circuit zullen moeten aansluiten. Niets belet hen evenwel met die circuits samen te werken. De netwerken en circuits komen in de eerste plaats het comfort van de patiënt ten goede, maar ook de huisarts doet daarmee zijn voordeel aangezien hij kan rekenen op een zorgaanbod dat in een samenhangend geheel wordt aangeboden.

Er is rekening gehouden met het arrest van het Arbitragehof luidens hetwelk de federale Staat zich moet beperken tot de instellingen die qua organieke wetgeving federale bevoegdheid zijn. De centra voor geestelijke gezondheidszorg, waarvoor de gemeenschappen bevoegd zijn, kunnen niet federaal worden verplicht zich in een zorgcircuit in te passen. Zulks betekent dat overleg met de gemeenschappen noodzakelijk is indien men die sector in het zorgcontinuïteit wil insluiten.

Artikel 55 van het ontwerp bepaalt dat een afzonderlijke rechtspersoon uitsluitend verantwoordelijk moet zijn voor de exploitatie van een of meer ziekenhuizen.

#### D. Réponses de la ministre de la protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

Le projet prévoit la suppression des institutions médico-pédagogiques étant donné qu'elles ne concernent plus les compétences fédérales.

Le projet supprime également les institutions psychiatriques fermées étant donné que dans la loi sur les hôpitaux, il n'est plus question de ces institutions dans le cadre de la protection des malades mentaux.

La ministre conteste les propos de certains intervenants selon lesquels les mesures du projet relatives aux réseaux et aux circuits de soins vont à l'encontre de la liberté du patient de choisir son médecin. Le but des mesures est d'obliger les institutions à faire une offre globale de soins, dont la fixation des normes relève de la compétence de l'autorité fédérale, pour un certain groupe-cible de patients, afin d'assurer la continuité des soins. Il va de soi que le patient conserve son entière liberté de choix tant pour l'institution où il souhaite se faire soigner que pour le médecin.

Il n'est pas prévu que des médecins individuels seront obligés de se rattacher à un certain réseau ou circuit de soins. Cependant, rien ne les empêche de collaborer avec ces circuits. Les réseaux et les circuits profitent d'abord au confort du patient mais également au médecin généraliste qui peut compter sur une offre de soins s'inscrivant dans un ensemble cohérent.

Il a été tenu compte de l'arrêt de la Cour d'arbitrage selon lequel l'État fédéral doit se limiter aux institutions qui relèvent, quant à la législation organique de l'autorité fédérale. Ainsi, les centres de santé mentale, relevant des communautés, ne peuvent pas être obligés au niveau fédéral d'entrer dans un circuit de soins. Cela signifie que si l'on veut garantir une continuité des soins dans ce secteur, une concertation est nécessaire avec les Communautés.

L'article 55 du projet prévoit qu'une personne morale distincte doit être exclusivement responsable de l'exploitation d'un ou de plusieurs hôpitaux ou institutions hospitalières.

De minister kondigt aan dat op dat artikel een amendement zal worden ingediend om die rechtspersoon in staat te stellen ook een medisch-sociale instelling te exploiteren.

Wat het verschil tussen een publiek- of privaatrechtelijke rechtspersoon betreft, bevestigt *de minister* dat geen van beide een voorkeursbehandeling zal krijgen.

Artikel 61 van het wetsontwerp betreft het verbod van exploitatie (en niet alleen meer van installatie) van zware medische apparatuur teneinde misbruiken te voorkomen.

De bevoegde gemeenschapsministers blijven verantwoordelijk voor de erkenning en de plaatsing van die apparatuur.

Tijdens de hoorzittingen hebben sommige deskundigen gevraagd of het niet interessant zou zijn een onderscheid te maken tussen de apparaten die dienen om een diagnose te stellen en de andere. Niets rechtvaardigt thans een onderscheiden reglementering voor dat soort van apparaten.

In het wetsvoorstel wordt ook voorgestaan dat de algemene regeling de bovenhand heeft op de individuele regeling in de betrekkingen tussen de medische raad en de ziekenhuisbeheerders.

Uit de hoorzittingen is gebleken dat de artsen voorstander zijn van een versterking van de rol van de medische raad ten aanzien van de beheerders van het ziekenhuis. Het is paradoxaal dat zij, wanneer een arts een contract heeft dat strijdig is met een beslissing van de medische raad, de vrijheid van die individuele arts bepleiten. Die tweevoudige redenering is volgens de minister niet logisch.

Het wetsontwerp bepaalt dat ingeval de medische raad en de beheerders het eens zijn, de overeenstemming de bovenhand heeft op de individuele regeling.

De beheerders zouden een voorrang van de algemene regering op de individuele regeling hebben gewenst. De regering is niet zo ver willen gaan en heeft gekozen voor een tussenoplossing.

Er wordt een werkgroep opgericht om het delicate probleem van de betrekkingen tussen de ziekenhuisartsen en de beheersstructuur van het ziekenhuis te onderzoeken.

La ministre annonce qu'un amendement sera déposé à cet article afin de permettre à cette personne morale d'exploiter également une institution médico-sociale.

En ce qui concerne la différence entre une personne morale publique ou privée, la ministre confirme qu'il n'y aura pas de traitement de faveur (voorkeurbehandeling) pour l'une ou l'autre.

L'article 61 du projet de loi traite de l'interdiction d'exploitation (et non plus seulement de l'installation) de l'appareillage médical lourd afin d'éviter des abus.

Les ministres communautaires compétents restent responsables pour l'agrément et l'installation de cet appareillage.

Au cours des auditions, certains experts ont demandé s'il ne serait pas intéressant de distinguer les appareils destinés à faire un diagnostic et les autres. A l'heure actuelle, rien ne justifie l'établissement d'une réglementation distincte pour ce type d'appareils.

Le projet de loi préconise également la primauté du règlement général sur le règlement individuel dans les relations entre le Conseil médical et les administrateurs de l'hôpital.

Les auditions ont montré que les médecins sont partisans d'un renforcement du rôle du Conseil médical vis-à-vis des administrateurs de l'hôpital. Paradoxalement, lorsqu'un médecin dispose d'un contrat qui va à l'encontre d'une décision du conseil médical, alors ils plaident pour la liberté de ce médecin individuel. La ministre est d'avis que ce double raisonnement n'est pas logique.

Le projet de loi à l'examen dispose qu'en cas d'accord entre le conseil médical et les gestionnaires, l'accord prime sur le règlement individuel.

Les gestionnaires auraient souhaité que le règlement général prime sur le règlement individuel. Le gouvernement n'a pas voulu aller aussi loin et a opté pour une solution intermédiaire.

Un groupe de travail sera créé pour étudier le délicat problème des relations entre les médecins hospitaliers et la structure de gestion de l'hôpital.

### E. Replieken

*De heer Jef Valkeniers (VLD)* betreurt de ingewikkeldheid van de nieuwe financieringsregeling die in het wetsontwerp wordt voorgesteld.

*De minister van Sociale Zaken en Pensioenen* antwoordt dat de huidige regeling reeds zeer ingewikkeld is, onder meer wat de berekening van de quota betreft. De nieuwe regeling ziet er op het eerste gezicht weliswaar eveneens complex uit, maar ze biedt het voordeel dat ze ondanks alles de situatie verduidelijkt door zeer ingewikkelde zaken weg te werken.

Door de artsen, de ziekenhuisbeheerders en de ziekenfondsen rond de tafel bijeen te brengen, moet de heer Perl er volgens *de minister* in slagen een diepgaande vereenvoudiging en een harmonisering voor te stellen van de financieringsregeling voor de klinische biologie, de dialyse en de radiologie.

*De heer Jef Valkeniers (VLD)* komt terug op de vaststelling dat in Wallonië meer geneesmiddelen worden gebruikt dan in Vlaanderen. Hij is ervan overtuigd dat het gullere voorschrijfgedrag van de Waalse artsen het gevolg is van een verschil in opleiding.

Hij constateert dat de Franstaligen sinds kort eindelijk hebben ingestemd met de individuele responsabilisering van de artsen.

*De minister* erkent het probleem, maar preciseert dat er ook consumptieverschillen tussen regio's bestaan.

Hij herinnert eraan dat hij het idee van de individuele responsabilisering van de artsen heeft gelanceerd.

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* merkt op dat de ziekenhuiswet geen bepalingen met betrekking tot de financiering bevat. Daardoor worden er overdreven veel koninklijke besluiten uitgevaardigd.

Hij stipt aan dat de minister voor tal van knelpunten heeft gezegd dat ze eerst nog door een werkgroep moeten worden bestudeerd. Zijn alle voorwaarden vervuld om die werkgroepen van start te doen gaan?

Wat de validatie van de gegevens betreft, wijst de spreker erop dat als de nieuwe financieringsregeling omstreeks midden 2001 ingaat, zij gebaseerd zal zijn op niet-gecontroleerde gegevens van 2000. Het is van belang de sector gerust te stellen door in een onfeilbaar controlesysteem te voorzien.

Wat bedoelt de minister als hij het heeft over universitaire ziekenhuizen? Gaat het om ziekenhuizen die aan een faculteit geneeskunde verbonden zijn, of om alge-

### E. Répliques

*M. Jef Valkeniers (VLD)* déplore la complexité du nouveau système de financement proposé dans le projet de loi.

*Le ministre des Affaires sociales et des Pensions* rétorque que le système actuel est déjà très compliqué, notamment en ce qui concerne le calcul des quotas. Bien que le nouveau système paraisse à première vue très complexe lui aussi, il présente l'avantage de clarifier malgré tout la situation en supprimant des choses très compliquées.

Le ministre est d'avis qu'en réunissant les médecins, les gestionnaires d'hôpitaux et les mutuelles, M. Perl doit arriver à proposer une simplification radicale et une harmonisation du financement de la biologie clinique, de la dialyse et de la radiologie.

*M. Jef Valkeniers* revient sur la surconsommation de médicaments en Wallonie par rapport à la Flandre. Il est convaincu que si les médecins wallons prescrivent plus, c'est en raison de la formation différente qu'ils ont reçue.

Il constate que depuis peu, les francophones ont enfin marqué leur accord sur la responsabilité individuelle des médecins.

*Le ministre* reconnaît cette situation mais précise que des différences de niveau de consommation se font également sentir entre les régions.

Le ministre rappelle que c'est lui qui a lancé l'idée de la responsabilité individuelle des médecins.

*M. Jo Vandeurzen (CD&V)* fait remarquer que la loi sur les hôpitaux ne contient aucune dispositions relatives au financement ; c'est la raison pour laquelle il y a une inflation d'arrêtés royaux.

Il fait remarquer que pour beaucoup de sujets, le ministre a mentionné qu'il fallait d'abord examiner le problème au sein d'un groupe de travail. Les conditions sont-elles remplies pour démarrer les travaux ?

En ce qui concerne la validation des données, l'intervenant fait remarquer que si le nouveau système de financement démarre vers la mi 2001, il sera basé sur des données récoltées en 2000 alors que ces données n'ont pas été contrôlées. Il convient de rassurer le secteur en prévoyant un système de contrôle infaillible.

Lorsque le ministre parle des hôpitaux universitaires, s'agit-il des hôpitaux liés à une faculté de médecine ou s'agit-il aussi des hôpitaux généraux ayant un certain



mene ziekenhuizen met een aantal universitaire ziekenhuisbedden? Wat is nog het nut van laatstgenoemde ziekenhuizen? Zijn zij verbonden aan een opleiding en hoe verloopt hun financiering?

Zijn de referentiecentra ook in de nieuwe financieringsregeling opgenomen?

De heer Vandeurzen denkt ook niet dat een financiering op grond van twaalfden de liquiditeitsproblemen zal oplossen.

De spreker wenst meer te vernemen over het verband tussen de erkenning en de financiering. Klopt het dat de gemeenschappen een ziekenhuis met een minimum aantal bedden (150) dat 100 gerechtvaardigde bedden toegewezen krijgt, niet kunnen aanwrijven onder de minimumnorm voor een erkenning te zijn gezakt?

Worden buitenlandse patiënten en asielzoekers in de MKG verrekend? Wat met patiënten die buiten de ZIV vallen?

De spreker zegt tegen de minister dat hij niet over gegevens in verband met vooropnames (pre-operatieve onderzoeken) beschikt. De vraag is of de gegevens in verband met de ambulante onderzoeken moeten worden geregistreerd, in het licht van de bezwaren die de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer zou kunnen opperen.

*De minister* is van mening dat als mocht blijken dat een fijnmazige hervorming van de ziekenhuizen niet mogelijk is, het beter is ze uit te stellen.

De validatie van de MKG-gegevens is cruciaal, maar dat probleem bestaat bijvoorbeeld al voor het PAL-NAL-systeem, dat is gebaseerd op de ziektebeelden, maar waarvoor geen validatie bestaat.

De door de minister beoogde operatie is in de eerste plaats gericht op ziekenhuizen die hij door middel van onderdeel B7 van de begroting als universitair bestempelt. Het gaat daar feitelijk over een operatie die voor de andere ziekenhuizen neutraal is.

Enkele jaren geleden was de klinische biologie voor sommige ziekenhuizen het middel om winsten binnen te rijden. Momenteel is hetzelfde aan de gang met de dialyse, aangezien de forfaits voor een dialyse gekoppeld zijn aan de ligdagprijs, die in universitaire ziekenhuizen bijzonder hoog is. Die winsten worden aangevend om andere diensten te financieren.

Die diensten zullen niet worden afgeschaft of overgebracht naar andere ziekenhuizen, maar worden opge-

nombre de lits universitaires ? Quel est encore la finalité de ces derniers ? Sont-ils liés à une formation et de quelle manière seront-ils financés ?

Les centres de référence sont-ils prévus dans le nouveau système de financement ?

M. Vandeurzen fait remarquer que le financement en douzièmes ne résoudra pas les problèmes de liquidités.

L'intervenant demande des précisions en ce qui concerne la relation entre l'agrément et le financement. Est-il exact qu'un hôpital qui dispose d'un nombre minimum de lits (150) et se voit attribuer 100 lits justifiés ne peut se voir reprocher par les communautés d'être descendu en-dessous de la norme minimale pour l'agrément ?

Les patients étrangers et les demandeurs d'asile sont-ils comptabilisés dans le RCM ? Qu'en est-il des patients non-assurés dans le cadre de l'AMI?

L'intervenant fait remarquer au ministre qu'il ne dispose pas de données relatives aux pré-admissions (examens pré-opératoires). La question est de savoir s'il faut enregistrer les données relatives aux examens qui ont lieu en ambulatoire, en tenant compte des objections que pourrait soulever la commission de protection de la vie privée.

*Le ministre* est d'avis que s'il apparaît qu'il n'est pas possible de présenter une réforme bien ficelée aux hôpitaux, il vaut mieux la reporter.

La validation des données RCM est cruciale mais ce problème existe déjà par exemple avec le système PAL-NAL qui est basé sur les pathologies mais pour lequel il n'existe pas de validation.

L'opération envisagée par le ministre vise en première instance des hôpitaux qu'il définit comme universitaires par le biais de la partie B7 de leur budget. Il s'agit là en fait d'une opération neutre pour les autres hôpitaux.

Il y a quelques années, la biologie clinique faisait engranger des bénéfices à certains hôpitaux universitaires. Actuellement, il en va de même avec la dialyse étant donné que les forfaits pour la dialyse sont liés au prix de journée qui est particulièrement élevé dans les hôpitaux universitaires. Ces bénéfices servent à financer d'autres services.

Ces services ne seront pas supprimés ou transférés vers d'autres hôpitaux mais ils seront repris dans la par-

nomen in onderdeel B7 van de begroting. De evolutie van dat soort begroting zal evenwel afhangen van wat het ziekenhuis inzake opleiding, wetenschappelijk onderzoek en ontwikkeling presteert.

Onderdeel B7 dient niet om de universitaire bedden in de algemene ziekenhuizen te financieren. Het gaat om een delicaat probleem, dat momenteel wordt beheerd door middel van deel B4. De minister is niet van plan op dat gebied te improviseren; hij zal de nodige tijd nemen om een oplossing te bedenken.

De minister zou de regeling van onderdeel B7 vooral op de universitaire ziekenhuizen willen toepassen. Het doel van de hervorming bestaat erin voor een handeling als bijvoorbeeld een dialyse, in alle ziekenhuizen tot een zelfde prijs te komen. De universitaire ziekenhuizen, die de forfaits voor dialyses zullen zien dalen — forfaits die dienden voor de financiering van de universitaire functies opleiding, onderzoek en ontwikkeling —, zullen een afzonderlijke budgettaire enveloppe ontvangen om die functies te financieren, maar die enveloppe zal gekoppeld worden aan wat dat ziekenhuis op die gebieden presteert. Voor de kredieten voor die enveloppe zal niet geput worden uit de begrotingen van de andere ziekenhuizen; het zal geen systeem van communicerende vaten worden.

De minister is niet gekant tegen de erkenning van referentiecentra, maar vraagt zich af of het nodig is in een speciale financiering voor die centra te voorzien.

In verband met de betaling in twaalfden kondigt de minister aan dat hij een wetsontwerp zal indienen tot vervroeging van de thesaurievereffening met één jaar.

De minister legt uit dat de erkenningsnormen niet gewijzigd worden, ook niet de zogenaamde «150-beddenregel». Het begrip «gerechtvaardigde bedden» slechts een theoretisch concept is om de financiering te kunnen berekenen. De erkenning van de bedden hangt niet af van het aantal gerechtvaardigde bedden.

De minister denkt dat patiënten die thans niet door de ZIV gedekt zijn reeds in de MKG zijn opgenomen. Hij zal die informatie nagaan.

Indien men een goed beleid wil voeren inzake opnames, het profiel van een ziekenhuis in zijn streek wil kennen en controleren of de opnames gewettigd zijn, moeten nauwkeurige gegevens beschikbaar zijn over de vooropnames, opnames en ontslagen. Dit type van gegevensbank bestaat nog niet: het is interessant een en ander te overwegen.

tie B7 du budget. Toutefois, l'évolution de ce type de budget dépendra de la performance de l'hôpital en matière de formation, de recherche scientifique et de développement.

La partie B7 ne sert pas à financer les lits universitaires dans les hôpitaux généraux. Il s'agit d'un problème délicat qui est actuellement géré par le biais de la partie B4. Le ministre n'a pas l'intention d'improviser dans ce domaine ; il prendra le temps de réfléchir à une solution.

Le ministre souhaiterait appliquer le système de la partie B7 principalement aux hôpitaux universitaires. Le but de la réforme est d'en arriver à un même prix pour un acte comme par ex. une dialyse dans tous les hôpitaux. Les hôpitaux universitaires qui verront leurs forfaits réduits pour la dialyse (qui servaient à financer leurs fonctions universitaires de formation, recherche et développement) recevront une enveloppe budgétaire distincte pour financer ces fonctions mais cette enveloppe sera liée à la performance de l'hôpital dans ces domaines. Les crédits de cette enveloppe ne seront pas puisés dans les budgets des autres hôpitaux, il ne s'agira pas d'un système de vases communicants.

Le ministre n'est pas opposé à l'agrément de centres de référence mais il s'interroge sur la nécessité de prévoir un financement spécial pour ces centres.

En ce qui concerne le paiement en douzièmes, le ministre annonce qu'il déposera un projet de loi visant à avancer d'un an la liquidation de trésorerie.

Le ministre précise que les normes d'agrément ne sont pas modifiées, pas plus que la règle dite «des 150 lits». La notion de lits justifiés n'est qu'une fiction destinée à calculer le financement. L'agrément des lits ne dépend pas du nombre de lits justifiés.

Le ministre pense qu'à l'heure actuelle, les patients non couverts par l'AMI sont déjà repris dans les données RCM. Il vérifiera cette information.

Si l'on veut mener une bonne politique des admissions, connaître le profil d'un hôpital dans sa région et vérifier le caractère légitime des admissions, il faudrait pouvoir disposer de données précises sur les pré-admissions, les admissions et les départs. Ce type de banque de données n'existe pas encore ; il serait intéressant d'y réfléchir.

*Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD)* betreurt dat nog niemand het idee heeft geopperd, te voorzien in een zelfcontrole inzake de validatie van de gegevens. Een dergelijk systeem zou de officiële controle enorm vergemakkelijken en kwalijke gevolgen voorkomen.

*De minister* stelt dat hij bij een dergelijk systeem in het algemeen voorstander is van zelfcontrole. Toch denkt hij niet dat alleen de ziekenhuizen met die controle kunnen worden belast, maar dat hoe dan ook moet worden voorzien in externe controle.

*Mevrouw Avontroodt (VLD)* vraagt of het sociaal onderdeel van het wetsontwerp - dat ondanks alles toch gaat over de hulpverlening aan personen - aan de Raad van State is voorgelegd.

Zij vraagt de minister wat hij bedoelt wanneer hij stelt dat de gemeenschappen creatief moeten zijn bij de erkenning van de bedden. Betekent zulks dat de minister erkent dat er verschillen bestaan tussen Vlaanderen en Wallonië?

*De minister* bevestigt dat op grond van het wetsontwerp geen enkele wijziging wordt aangebracht met betrekking tot de bevoegdheden van de gemeenschappen in die materie. In het ontwerp is afgestapt van het idee om het ziekenhuis te financieren op basis van het met behulp van het PAL-NAL-systeem gecorrigeerde aantal erkende bedden. Het overleg met de gemeenschappen is aan de gang.

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* merkt op dat de forfaitaire bedragen voor dagverpleging in het nieuwe stelsel voortaan in aanmerking worden genomen voor het aantal verantwoorde dagen. Zulks betekent dat de kosten van een ziekenhuisopname met het oog op dagverpleging, net zoals die voor een nierdialyse, voortaan verschillen naar gelang van het ziekenhuis.

*De minister* wijst erop dat de maximale forfaitaire bedragen ook nu al verschillen naar gelang van de ligdagprijs, terwijl in het nieuwe stelsel geen bijkomende punten worden toegekend voor activiteiten in het kader van dagverpleging, maar enkel basispunten die voor alle ziekenhuizen gelden.

Een chirurgische ingreep levert dezelfde basispunten op ongeacht het ziekenhuis.

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* vraagt de minister van Volksgezondheid of het juridisch kan dat de algemene regeling voorrang krijgt op de individuele regeling.

*De minister van Volksgezondheid* antwoordt dat dit onderdeel van het wetsontwerp betrekking heeft op het

*Mme Yolande Avontroodt (VLD)* déplore que l'on ait jamais émis l'idée d'un auto-contrôle en matière de validation des données. Un tel système faciliterait énormément le contrôle officiel et éviterait des effets pervers.

*Le ministre* déclare qu'en général, il est partisan de l'auto-régulation au sein d'un système. Cependant, il ne pense pas que l'on puisse confier exclusivement ce contrôle aux hôpitaux, il faut de toute façon prévoir un contrôle externe.

*Mme Avontroodt (VLD)* demande si le volet social du projet de loi - qui concerne malgré tout l'aide aux personnes - a été soumis au Conseil d'État.

Elle demande au ministre ce qu'il entend lorsqu'il déclare qu'il appartient aux communautés d'être créatives pour l'agrément des lits. Cela signifie-t-il que le ministre reconnaît qu'il existe des différences entre la Flandre et la Wallonie ?

*Le ministre* confirme que le projet de modifie en rien les compétences des communautés en cette matière. Le projet ne reprend plus l'idée du financement de l'hôpital sur base d'un nombre de lits agréés, corrigé par le système DJN-DJP.

La concertation avec les communautés est en cours.

*M. Jo Vandeurzen (CD&V)* fait remarquer que dans le nouveau système, les forfaits pour l'hospitalisation de jour seront désormais pris en compte dans les jours justifiés. Cela signifie que, tout comme le coût d'une dialyse, le coût d'une hospitalisation de jour variera selon les hôpitaux.

*Le ministre* signale qu'actuellement, les maxi forfaits varient également en fonction du prix de journée alors que dans le nouveau système, il ne sera pas accordé de points supplémentaires pour les activités en hospitalisation de jour mais uniquement des points de base qui sont identiques pour tous les hôpitaux.

Une opération chirurgicale recevra les mêmes points de base quel que soit l'hôpital.

*M. Jo Vandeurzen (CD&V)* demande à la ministre de la Santé publique si d'un point de vue juridique, il est justifié de faire primer le règlement général sur le règlement individuel.

*La ministre de la Santé publique* répond que le projet vise une situation dans laquelle le conseil médical mar-

geval waarbij de medische raad instemt met een algemene regeling; dan krijgt die regeling voorrang en weegt die zwaarder door dan een voorheen gesloten individuele regeling.

*Mevrouw Michèle Gilkinet (AGALEV-ECOLO)* vraagt de minister van Sociale Zaken of hij van plan is de MKG te koppelen aan andere gegevens, bijvoorbeeld die waarover de ziekenfondsen beschikken.

Zij vraagt nadere toelichting omtrent de financiering van de sociale functie van het ziekenhuis en de specifieke financiering van dagverpleging, alsook omtrent de universitaire bedden en het onderdeel B7 van de begroting.

Tot slot vraagt zij de minister verduidelijking over de wijze waarop de budgettaire overschrijdingen kunnen worden geneutraliseerd.

*De minister van Sociale Zaken* verklaart dat hij inzake validatie van gegevens niet ondoordacht te werk wil gaan. Daarover moet grondig worden nagedacht.

Hij onderstreept dat sociale factoren kunnen rechtvaardigen waarom een bepaald ziekenhuis meer dan het gemiddelde aantal opnames in dagverpleging telt. Het onderdeel B8 dient niet allen ter financiering van de klassieke ziekenhuisopnames, maar ook voor die in dagverpleging. Van de criteria die worden gehanteerd om de subsidieerbare dagverplegingsactiviteiten te bepalen, is alleen het aspect leeftijd een sociale factor.

Het is denkbaar het sociaal profiel van een ziekenhuis te bepalen, bijvoorbeeld aan de hand van het percentage van de patiënten die onder de regeling van de sociale franchise vallen. Op grond van dat profiel zou dat ziekenhuis een bepaalde subsidie ontvangen, ter compensatie van het feit dat het ziekenhuis voor andere activiteiten minder overschakelt op dagverpleging.

De minister gaat tot slot in op het correctiemechanisme bij budgetoverschrijdingen. Hij geeft aan dat 80 % van de begroting in twaalfden zal worden uitgekeerd; 20 % van de totale begroting zal worden overgemaakt op grond van de activiteiten, gemeten aan de hand van het aantal opnames en verblijfdagen. Het is mogelijk dat er meer activiteiten zijn dan wat werd geraamd bij de opmaak van de totale landelijke begroting. Aangezien maar 80 % van de begroting wordt doorgestort, zullen bij budgetoverschrijdingen bijstellingen nodig zijn. Het wetsontwerp staat hetzij lineaire correcties toe, hetzij selectieve correcties, na verificatie van het opnamebeleid. In beide gevallen betreft het correcties *a posteriori*.

que son accord sur un règlement particulier. Dans ce cas, le règlement est prioritaire et prime sur un règlement individuel conclu précédemment.

*Mme Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo)* demande au ministre s'il envisage de croiser les données RCM aux données des mutuelles par exemple.

Elle demande des précisions en ce qui concerne le financement de la fonction sociale de l'hôpital et le financement spécifique de l'hospitalisation de jour. Elle demande également des précisions sur les lits universitaires et sur la partie B7 du budget.

Enfin, elle demande au ministre des éclaircissements sur la manière de neutraliser les dépassements budgétaires.

*Le ministre des Affaires sociales* déclare qu'il ne souhaite pas improviser en matière de validation des données. Il convient d'y réfléchir.

Il souligne que des facteurs sociaux peuvent expliquer la raison pour laquelle un hôpital comptabilise un plus grand nombre d'hospitalisations de jour que la moyenne. La sous-partie B8 finance non seulement l'hospitalisation classique mais aussi celle de jour. Dans les critères servant à déterminer les activités substituables en hospitalisation de jour, il n'y a que l'âge qui ait un caractère social.

Il serait possible de déterminer le profil d'un hôpital, par exemple à partir du pourcentage de patients bénéficiant de la franchise sociale. Sur base de ce profil, l'hôpital percevrait une certaine subvention qui compenserait le fait que dans d'autres activités, l'hôpital fait moins de substitution en hôpital de jour.

En ce qui concerne le mécanisme de correction des dépassements, le ministre explique que 80% du budget sera payé en 12ème. 20% du budget global sera transféré sur base d'activités en terme de nombre d'admissions et de séjours. Il se peut que les activités soient supérieures aux estimations faites au moment de la confection du budget global national. Etant donné que seuls 80% du budget seront transférés, les dépassements nécessiteront des corrections. Le projet de loi autorise soit des corrections linéaires, soit des corrections sélectives après vérification de la politique d'admissions.

Ce sont dans les deux cas des corrections à posteriori.

## VI.— ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING

## Artikel 1

*De heer Luc Goutry (CD&V)* geeft toelichting bij amendement nr. 8 (DOC 50 1376/3) tot invoeging van een nieuw artikel 1 bis, dat ertoe strekt een tegemoetkoming toe te kennen voor experimenten zoals bedoeld in artikel 97ter van de wet op de ziekenhuizen en in de uitvoeringsbesluiten van die wet.

*De minister* acht het amendement momenteel overbodig omdat artikel 56 van de ZIV-wet dergelijke tegemoetkomingen reeds ten experimentelen titel toelaat. Hij sluit niet uit dat die praktijk later nog meer in wetgeving geconsolideerd wordt, maar momenteel is dat onnodig.

*De heer Goutry* trekt zijn amendement in.

## Art. 2

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

## Art. 3

*De heer Luc Goutry (CD&V)* vraagt zich af hoe de eerstelijnsgezondheidszorg zal georganiseerd en gecontroleerd worden. Gaat dat gebeuren via de lokale kwaliteitsgroepen of via de huisartsenkringen? De minister van Volksgezondheid zegt die laatste organisaties te willen financieren voor 150 miljoen frank, maar het is onduidelijk waar dat geld vandaan moet komen. Waar zal het beheer van de controles plaatsvinden? Op welke wijze zal de band met de accreditering van de artsen gelegd worden? Hij heeft de indruk dat men de goed werkende artsen zal belonen, maar dat men de minder goed werkende artsen niet wil aanpakken.

*De minister* stipt aan dat het in dit artikel enkel over een juridisch-technische aanpassing gaat, die noodzakelijk was omdat de bepalingen in het artikel tot nu toe niet op de juiste plaats in de wet stonden. Met betrekking tot het thema dat het lid aansnijdt, stelt de minister dat de werkgroep-De Cock, die zich hierover heeft gebogen, goed werk heeft geleverd en dat hij nu nagaat hoe dit werk kan worden concreetiseerd. Hij is van oordeel dat de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg zich binnen de bestaande structuren moet afspelen. In de top van die structuur moet de nog op te richten Nationale Raad voor de Promotie van de Kwaliteit een prominente rol spelen. Wat de basis van de structuur betreft, wil hij nog niet kiezen tussen de

## VI.— DISCUSSION DES ARTICLES

Article 1<sup>er</sup>

*M. Luc Goutry (CD&V)* commente l'amendement n° 8 (DOC 50 1376/003) tendant à insérer un article 1<sup>er</sup> bis (nouveau), qui vise à accorder une intervention pour les expériences prévues par l'article 97ter de la loi sur les hôpitaux et par les arrêtés d'exécution de cette loi.

*Le ministre* estime qu'actuellement cet amendement est superflu, dès lors que l'article 56 de la loi relative à l'AMI permet déjà de telles interventions à titre expérimental. Il n'exclut pas qu'ultérieurement cette pratique soit davantage consolidée dans la loi, mais à l'heure actuelle, une telle mesure est inutile.

*M. Goutry* retire son amendement.

## Art. 2

Cet article ne fait l'objet d'aucune observation.

## Art. 3

*M. Luc Goutry (CD&V)* se demande de quelle manière les soins de santé de première ligne seront organisés et contrôlés. Cette mission sera-t-elle assurée par l'intermédiaire des groupes locaux d'évaluation médicale ou par l'intermédiaire des cercles de médecins généralistes? La ministre de la Santé publique dit vouloir financer ces dernières organisations à concurrence de 150 millions de francs, mais on ne sait pas au juste d'où doivent provenir les fonds. De quelle manière le lien avec l'accréditation des médecins sera-t-il établi? L'intervenant a l'impression que l'on entend récompenser les médecins qui travaillent bien, mais que l'on ne veut pas s'occuper des médecins qui travaillent moins bien.

*Le ministre* souligne que cet article ne concerne qu'une adaptation juridico-technique, adaptation qui était nécessaire parce que, jusqu'à présent, les dispositions visées dans l'article ne figuraient pas à la bonne place dans la loi. En ce qui concerne le thème abordé par le membre, le ministre souligne que le groupe de travail De Cock, qui s'est penché sur ce thème, a fait du bon travail et qu'il examine à présent de quelle manière ce travail peut être concrétisé. Il estime que les soins de santé de première ligne doivent être organisés à l'intérieur des structures existantes. Le Conseil national de la promotion de la qualité, qui doit encore être créé, doit jouer un rôle de tout premier plan au sommet de cette structure. En ce qui concerne la base de la structure, il



lokale kwaliteitsgroepen en de huisartsenkringen. De werkgroep-De Cock moet daarover voorstellen formuleren. Ook als de huisartsenkringen een centrale rol krijgen, moet de link gelegd worden met onder meer accreditering.

## Art. 4

*De heer Luc Goutry (CD&V) dient bij dit artikel amendement nr. 9 (DOC 50 1376/ 3) in, dat de schrapping van artikel 4 wil realiseren. Hij stipt aan dat dit artikel de tekst van het wetsvoorstel van de heer Ghislain Vermassen (tot wijziging, wat de prijs van de verpleegdag en de vaststelling van de honoraria betreft, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, Stuk nr. 977/1-1996/1997) ongedaan maakt. Het lid is van oordeel dat er gelijktijdig gestemd moet worden over dit artikel en over artikel 106, dat nieuwe bepalingen m.b.t. tariefzekerheid invoert, meer bepaald door de aanneming van een nieuwe regeling voor de ereloonsupplementen. Hij zal zijn opmerkingen daarom formuleren bij de bespreking van dat artikel.*

## Art. 5

*De heer Luc Goutry (CD&V) vraagt of de minister dit artikel kan duiden.*

*De minister* verduidelijkt dat het artikel betrekking heeft op organisaties in de gezondheidszorg die op forfaitaire wijze betaald worden. De medische huizen zijn daar een voorbeeld van. Het artikel vervangt een bepaling die door de Raad van State als gebrekkig bestempeld werd. De minister zal hier meer uitgebreide informatie over verstrekken.

## Art. 6

Op dit artikel wordt amendement nr. 5 (DOC 50 1376/ 3) door mevrouw Magda De Meyer c.s. ingediend. Het sluit aan bij artikel 16 van de programmawet van 19 juli 2001.

*De heer Luc Goutry (CD&V) merkt op dat er een fout geslopen is in de memorie van toelichting: er wordt gewag gemaakt van «het tweede jaar dat het begrotingsjaar voorafgaat». Dit moet worden «het jaar dat het begrotingsjaar voorafgaat». De minister erkent de fout. De heer Goutry vraagt zich tevens af waarom de tekst gewag maakt van een «algebraïsch verschil» en niet gewoon van een verschil: is er een verschil in betekenis tussen beide concepten? De minister antwoordt dat er*

ne veut pas encore opérer un choix entre les groupes locaux d'évaluation médicale et les cercles de médecins généralistes. Le groupe de travail De Cock doit encore formuler des propositions sur ce point. Même si les cercles de médecins généralistes se voyaient confier un rôle central, il conviendrait d'établir un lien, entre autres, avec l'accréditation.

## Art. 4

*M. Luc Goutry (CD&V) présente à cet article, l'amendement n° 9 (DOC 50 1376/3), tendant à supprimer l'article 4. Il souligne que cet article annule le texte de la proposition de loi de M. Ghislain Vermassen (modifiant, en ce qui concerne le prix de la journée d'hospitalisation et la fixation des honoraires, la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987, Doc. n° 977/1-1996/1997). Le membre estime qu'il y a lieu de voter simultanément sur cet article et sur l'article 106, qui insère de nouvelles dispositions concernant la sécurité des tarifs, notamment en adoptant une nouvelle réglementation concernant les suppléments d'honoraires. En conséquence, il formulera ses observations lors de l'examen de cet article.*

## Art. 5

*M. Luc Goutry (CD&V) demande que le ministre précise quelque peu la portée cet article.*

*Le ministre* explique que cet article porte sur les organisations qui, dans le domaine des soins de santé, sont payées sur une base forfaitaire. Les maisons médicales en sont un exemple. L'article à l'examen remplace une disposition que le Conseil d'État a qualifiée d'inadéquante. Le ministre fournira de plus amples informations à ce propos.

## Art. 6

Cet article a fait l'objet de l'amendement n° 5 (DOC 50 1376/3), de Mme Magda De Meyer et consorts. Cet amendement est le corollaire de l'article 16 de la loi-programme du 19 juillet 2001.

*M. Luc Goutry (CD&V) fait observer qu'une faute s'est glissée dans l'exposé des motifs, où il y est question de «la deuxième année précédant l'année budgétaire». Ces mots doivent être remplacés par «l'année précédant l'année budgétaire». Le ministre reconnaît l'erreur. M. Goutry se pose également la question de savoir pourquoi il est question, dans le texte, d'une «différence algébrique», et non d'une simple différence. Ces deux concepts ont-ils une signification différente? Le minis-*

geen verschil is: het gaat gewoon om het verschil van twee absolute sommen, met name het verschil van het begrote budget en het verrekende budget.

#### Art. 7

*De heer Daniel Bacquelaine (PRL-FDF-MCC)* trekt amendement nr. 54 (DOC 50 1376/3) in.

*De heer Luc Goutry (CD&V)* vermoedt dat het woord «overschrijving» foutief is en «overschrijding» moet zijn, wat *de minister* bevestigt. De tekst geeft aan dat er al zal kunnen ingegrepen worden als er verwachte overschrijding is en dus niet slechts als de overschrijding al heeft plaatsgevonden. Het lid steunt die hervorming, die verder gaat dan het knipperlichtenbesluit, maar vraagt zich af wanneer er van een verwachte overschrijding sprake is. Moet er een bepaalde referteperiode in acht worden genomen? Hij vraagt een ernstig debat in de commissie over de vraag wanneer er mag ingegrepen worden. Dat debat wordt best gevoerd op het ogenblik dat de doorlichting over de uitgaven in de ziekteverzekering verder gevorderd.

*De minister* antwoordt dat de voorliggende wijziging erin bestaat dat men inzake de verwachte overschrijding ook zal kunnen conclusies trekken voor het volgende begrotingsjaar, niet enkel voor het lopende begrotingsjaar. De minister zal ingrijpen indien een bepaalde tolerantiedrempel overschreden is; die tolerantiedrempel zal omschreven worden in het nieuwe knipperlichtenbesluit. Er wordt nog nagedacht over een zekerder systeem en over de wijze waarop de tolerantiedrempel omschreven dient te worden. In de toekomst zal ook de regelmatigheid van de boeking beoordeeld worden, maar de concrete vorm van die beoordeling moet nog onderzocht worden.

*De heer Luc Goutry (CD&V)* denkt dat er door de hervorming problemen zullen blijven met betrekking tot de regelmatigheid in het ritme van de boekingen door de verzekeringsinstellingen. Die instellingen zijn immers niet altijd meester van hun eigen boekingsritme.

*De heer Jef Valkeniers (VLD)* vindt dat de verzekeringsinstellingen moeten onderworpen worden aan limietdata voor boekingen. Dat houdt een versterking van de responsabilisering van die instellingen in. Daarnaast wil de VLD-fractie vooral dat de individuele responsabilisering van de individuele zorgverstrekkers moet gerealiseerd worden.

*tre* répond qu'il y n'a aucune différence : il s'agit simplement de la différence entre deux sommes absolues, c'est-à-dire de la différence entre le budget estimé et le budget imputé.

#### Art. 7

*M. Daniel Bacquelaine (PRL-FDF-MCC)* retire l'amendement n° 54 (DOC 50 1376/3).

*M. Luc Goutry (CD&V)* suppose qu'il y a lieu de remplacer, dans le texte néerlandais, le mot « *overschrijving* » par le mot « *overschrijding* ». *Le ministre* répond par l'affirmative. Le texte prévoit que le Conseil général pourra intervenir dès qu'un dépassement est attendu et donc plus seulement en cas de dépassement constaté. Le membre est favorable à cette modification, qui va plus loin que l'«arrêté des clignotants», mais demande ce qu'il y a lieu d'entendre par « dépassement attendu ». Une période de référence déterminée doit-elle être prise en considération? Il demande que l'on organise un débat approfondi en commission sur la question de savoir quand des corrections peuvent être apportées. Il serait préférable d'organiser ce débat lorsque l'audit sur les dépenses dans le secteur de l'assurance-maladie sera plus avancé.

*Le ministre* répond qu'en vertu de la modification à l'examen, on pourra aussi tirer, du dépassement attendu, des conclusions pour l'année budgétaire suivante et pas seulement pour l'année budgétaire en cours. Le ministre interviendra en cas de dépassement d'un seuil de tolérance déterminé; ce seuil de tolérance sera fixé dans le nouvel «arrêté des clignotants». On réfléchit encore à la manière d'élaborer un système plus sûr et de définir le seuil de tolérance. À l'avenir, la régularité des comptabilisations sera, elle aussi, évaluée, mais il faut encore déterminer la forme concrète que prendra cette évaluation.

*M. Luc Goutry (CD&V)* estime que la réforme ne permettra pas de résoudre tous les problèmes relatifs à la régularité du rythme des comptabilisations chez les organismes assureurs. Ces organismes ne sont en effet pas toujours maîtres de leur propre rythme de comptabilisation.

*M. Jef Valkeniers (VLD)* estime que les organismes assureurs doivent être tenus de respecter des dates butoirs pour les enregistrements. Ces organismes seront ainsi davantage responsabilisés. Par ailleurs, le groupe VLD tient surtout à la responsabilisation individuelle des dispensateurs de soins individuels.

*De minister* steunt de visie van het lid. Hij stelt dat ook in het bestaande knipperlichtensysteem meer individuele verantwoordelijkheid zou kunnen afgedwongen worden, maar dat dat systeem in de feiten meestal lineaire beslissingen oplevert. Hij denkt nog na over concrete maatregelen om de individuele responsabilisering te versterken.

*De heer Luc Goutry (CD&V)* dient amendement nr. 10 (DOC 50 1376/3) in dat ertoe strekt een nieuw artikel 7bis in te voegen. Het amendement wil verhinderen dat zorgverstrekkers zelf tegemoetkomingen in kosten voor geneeskundige verzorging innen in de gevallen waarin de derdebetalersregeling niet toegelaten wordt.

*De minister* deelt de zorg van het lid, maar vindt de invoering van dit amendement niet nodig omdat het enkel een bestaand verbod herhaalt. Art. 53, 8° van de ZIV-Wet bepaalt namelijk dat de Koning kan beslissen om de derdebetalersregeling te verbieden en het RIZIV bevestigt de minister dat ze nu al tegen onrechtmatige inning kan optreden.

*De heer Goutry* denkt niet dat dit verbod al bestaat. De minister zal nog eens nagaan of het verbod al dan niet bestaat.

#### Art. 8

Op dit artikel worden twee amendementen ingediend: amendement nr. 55 (DOC 50 1376/3) van de heer Daniel Bacquelaine c.s., dat ingetrokken wordt, en amendement nr. 75 (DOC 50 1376/3), eveneens van de heer Daniel Bacquelaine c.s.. Het laatste amendement strekt ertoe de mogelijkheid van onderhandelingen binnen de Algemene Raad van het RIZIV en de conventiecommissie artsen-ziekenfondsen te vrijwaren.

*De heer Luc Goutry (CD&V)* wil vernemen of het in het artikel gaat om de invoering van een forfaitaire terugbetaling van geneesmiddelen in ziekenhuizen.

*De minister* verduidelijkt dat in eerste instantie het forfait voor de betaling van geneesmiddelen door dit artikel wordt gevat, maar dat het toepassingsgebied nog kan verruimd worden.

*De heer Luc Goutry (CD&V)* kondigt aan dat zijn fractie het amendement van de heer Bacquelaine c.s. zal steunen.

*Le ministre* souscrit au point de vue du membre. Il précise qu'une plus grande responsabilité individuelle pourrait également être imposée dans le système existant des clignotants, mais qu'en pratique, ce système débouche généralement sur des décisions linéaires. Il réfléchit encore à des mesures concrètes destinées à renforcer la responsabilisation individuelle.

*M. Luc Goutry (CV&V)* présente un amendement (n° 10, DOC 50 1376/003) tendant à insérer un article 7bis (nouveau). Cet amendement vise à éviter que les dispensateurs de soins perçoivent directement des interventions dans les soins médicaux dans les cas où le régime du tiers payant n'est pas autorisé.

*Le ministre* partage la préoccupation du membre, mais estime que l'insertion de cet article n'est pas nécessaire, dès lors qu'il se borne à répéter une interdiction existante. L'article 53, 8°, de la loi relative à l'assurance maladie-invalidité dispose notamment que le Roi peut décider d'interdire l'application du tiers payant et l'INAMI confirme au ministre qu'il peut déjà intervenir en cas de perception illégitime.

*M. Goutry* ne pense pas que cette pratique soit déjà interdite. Le ministre vérifiera une fois encore si cette interdiction existe ou non.

#### Art. 8

Cet article fait l'objet de deux amendements : l'amendement n° 55 (DOC 50 1376/3) de M. Daniel Bacquelaine et consorts qui est retiré et l'amendement n° 75 (DOC 50 1376/3) des mêmes auteurs. Le dernier amendement tend à sauvegarder la possibilité de négociations au sein du Conseil général de l'INAMI et de la Commission des conventions médico-mutualistes.

*M. Luc Goutry (CD&V)* demande si l'article concerne l'instauration d'un remboursement forfaitaire des médicaments en milieu hospitalier.

*Le ministre* précise que l'article concerne en premier lieu le forfait pour le paiement de médicaments, mais que le champ d'application peut encore être étendu.

*M. Luc Goutry (CD&V)* annonce que son groupe politique appuiera l'amendement de M. Bacquelaine et consorts.

## Art. 9

*De heer Luc Goutry (CD&V) c.s.* dienen twee amendementen op dit artikel in. In amendement nr. 37 (DOC 50 1376/ 3) gaat het om een vervollediging van de inleidende bepaling van het voorgestelde artikel. *De minister* steunt de aanpassing. De doelstelling van amendement nr. 11 (DOC 50 1376/ 3) is gelegen in het op gang brengen van het debat over de communautarisering van delen van de gezondheidszorg. Het amendement betreft de klinische biologie, waar de noodzaak van een overheveling naar de gemeenschappen nog sterker dan in andere delen van de gezondheidszorg naar voren komt omwille van het feit dat de dure klinische biologie in het zuiden van het land een belangrijkere rol speelt dan in het noorden. De heer Goutry legt de nadruk op het feit dat de voorgestelde tekst geen splitsing zonder meer wenst door te voeren; de tekst handelt enkel over een verdeling van de financiële middelen op grond van de gezondheidstoestand van de leden van een gemeenschap.

*De heer Jef Valkeniers (VLD)* beklemtoont dat de verschillen tussen noord en zuid inzake bestedingspatroon al verkleind zijn en dat hij de situatie in de toekomst verder in de goede richting ziet evolueren omdat sinds kort de Franstaligen het principe van individuele responsabilisering aanvaardden, wat tot nu toe nooit zo expliciet was gesteld geweest. In de verdere individuele responsabilisering van de zorgverstrekkers ziet hij de manier bij uitstek om onrechtmatige verschillen tussen de bestedingspatronen weg te werken.

*De heer Luc Goutry (CD&V)* gelooft dat de heer Valkeniers streeft naar objectiviteit en een degelijke besteding van de middelen, maar hij vindt dat hij misleid wordt door beloften over onderzoek naar bestedingspatronen. Het lid stelt vast dat er al vijftien jaar profielen voor de diverse behandelingen bestaan, maar dat er nooit werk is gemaakt van effectieve controle op budgetoverschrijdingen.

## Art. 10

Op dit artikel werd amendement 56 (DOC 50 1376/ 3) van de heer Daniel Bacquelaire c.s. ingediend; het lid trekt dat amendement in.

*De heer Luc Goutry (CD&V)* vindt dat er meer duidelijkheid moet komen over de vraag welke verstrekkingen geheel of gedeeltelijk vergoed worden. Hij vraagt zich af of er een lijst van alle vergoedbare

## Art. 9

*M. Luc Goutry (CD&V) et consorts* présentent deux amendements à cet article. L'amendement n° 37 (DOC 50 1376/3) tend à compléter la phrase liminaire de l'article proposé. Le ministre marque son accord sur la modification. L'amendement n° 11 (DOC 50 1376/3) tend à initier le débat sur la communautarisation de certaines parties des soins de santé. L'amendement concerne la biologie clinique, un secteur où la nécessité d'un transfert aux communautés se fait encore davantage sentir que dans d'autres domaines des soins de santé, en raison du fait que cette branche onéreuse que constitue la biologie clinique, joue un rôle plus important dans le sud du pays que dans le nord. M. Goutry souligne que le texte proposé ne tend pas à une scission pure et simple; il a uniquement trait à une répartition des moyens financiers en fonction de l'état de santé des membres d'une communauté.

*M. Jef Valkeniers (VLD)* souligne que l'écart entre le Nord et le Sud en matière de dépenses s'est réduit et que, selon lui, la situation va continuer, à l'avenir, à évoluer dans la bonne direction puisque les francophones acceptent, depuis peu, le principe de la responsabilisation individuelle, ce qui, jusqu'à présent, n'avait jamais été formulé aussi clairement. Il estime que le renforcement de la responsabilisation individuelle des dispensateurs de soins constitue le moyen par excellence d'éliminer toutes les différences injustifiées entre les profils de dépenses.

Bien qu'il soit convaincu que M. Valkeniers souhaite parvenir à une affectation objective et correcte des moyens financiers, *M. Luc Goutry (CD&V)* considère que celui-ci est induit en erreur par des promesses concernant des enquêtes sur les profils de dépenses. Le membre constate que cela fait déjà quinze ans qu'existent des profils pour les divers traitements, mais qu'aucun contrôle effectif n'a jamais été réalisé sur les dépassements budgétaires.

## Art. 10

L'amendement n° 56 (DOC 50 1376/003) présenté à cet article par M. Daniel Bacquelaire et consorts est retiré par le membre.

*M. Luc Goutry (CD&V)* estime qu'il convient de mieux préciser les prestations remboursées entièrement ou partiellement. Il se demande s'il existe une liste reprenant toutes les prestations remboursables. Il constate



verstrekkingen bestaat. Hij stelt vast dat sommige behandelingen niet apart vergoed worden. Ook vraagt hij de minister uitdrukkelijk te bevestigen dat dagverpleging zal beschouwd worden als één van de functies van een ziekenhuis en dus niet als een aparte dienst. *De minister* bevestigt het bestaan van een lijst van vergoedbare verstrekkingen en benadrukt dat de discussie over dagverpleging buiten het debat over de vergoedbare verstrekkingen valt.

*Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO)* wil graag de visie van de minister vernemen over andere dan heelkundige behandelingen. *De minister* geeft aan dat eerst heelkundige ingrepen in het nieuwe systeem zullen geïntegreerd worden; in een latere fase zullen andere behandelingen, zoals oncologie, aan bod komen. *Het lid* stelt ook vast dat een heelkundige ingreep, die in principe onder het systeem van dagverpleging ressorteert, toch aanleiding kan geven tot overnachtingen in een ziekenhuis en vraagt zich af die bijkomende kosten dan nog vergoedbaar zullen zijn. *De minister* verduidelijkt dat die bijkomende kosten niet expliciet vergoedbaar zijn, maar dat men wel leeftijdscategorieën hanteert om enig onderscheid te maken; daardoor zullen hoogbejaarde patiënten tot een ruimere financiering aanleiding geven. In het algemeen geldt dat de vergoeding een gemiddelde is van duurder en goedkopere behandelingen. Hij beklemtoont ook dat gemengde financiering aanvaardbaar is (financiering uit het ziekenhuisbudget én uit andere bronnen), maar dat dubbele financiering uit den boze is.

Amendement nr. 12 (DOC 50 1376/ 3) van *de heer Luc Goutry (CD&V)* c.s. strekt ertoe een nieuw artikel 10bis wordt in te voegen. Het doel van het amendement bestaat erin te weten te komen hoeveel er besteed wordt aan reclame-uitgaven voor vergoedbare farmaceutische specialiteiten. *De minister van Volksgezondheid* heeft dergelijke controle in het verleden reeds aangekondigd. De noodzaak ervan wordt groter omdat de reclamevoering voor dergelijke producten vrijer wordt gemaakt in artikel 17 van het voorliggend wetsontwerp.

*De minister* gaat niet akkoord met het amendement. Het RIZIV moet nu reeds vele zaken controleren; de voorgestelde nieuwe opdracht zou de werklust te groot maken. De farmaceutische industrie heeft zelf een deontologische code over reclame opgesteld; de minister zal opvolgen of die code wordt nageleefd.

*De heer Luc Goutry* betreurt dat de minister verwijst naar administratieve problemen en niet ten gronde op zijn voorstel ingaat.

que certains traitements ne sont pas remboursés séparément. Il demande également au ministre de confirmer explicitement que les soins de jour seront considérés comme une des fonctions d'un établissement hospitalier et donc pas comme un service distinct. *Le ministre* confirme l'existence d'une liste de prestations remboursables et souligne que la question des soins de jour ne relève pas du débat sur les prestations remboursables.

*Mme Anne-Mie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO)* souhaite connaître l'opinion du ministre au sujet des traitements autres que chirurgicaux. *Le ministre* indique que, dans un premier temps, ce sont les interventions chirurgicales qui seront intégrées dans le nouveau système, et que d'autres traitements, tels que l'oncologie, viendront ultérieurement. *Le membre* constate également qu'une intervention chirurgicale, qui relève en principe du régime des soins de jour, peut néanmoins entraîner un séjour à l'hôpital, et il se demande si, dans ce cas, ces coûts supplémentaires pourront encore être remboursés. *Le ministre* explique que ces coûts supplémentaires ne sont pas explicitement remboursables, mais que l'on tient effectivement compte des catégories d'âge pour établir certaines distinctions. En conséquence, le remboursement sera plus étendu pour les patients très âgés. D'une manière générale, le remboursement résulte d'une moyenne entre les traitements les plus onéreux et les traitements les moins onéreux. Il souligne également que, si le financement mixte est acceptable (financement à charge du budget de l'hôpital et d'autres sources), le double financement est inadmissible.

L'amendement 12 (DOC 50 1376/3) de *M. Luc Goutry (CD&V) et consorts* vise à insérer un nouvel article 10bis. L'objectif de cet amendement est de déterminer les dépenses publicitaires effectuées pour les spécialités pharmaceutiques remboursables. La ministre de la Santé publique a déjà annoncé ce type de contrôles par le passé. Ces contrôles sont aujourd'hui d'autant plus nécessaires que l'article 17 du projet de loi à l'examen libéralise la publicité relative à ce type de produits.

*Le ministre* est opposé à cet amendement. L'INAMI doit déjà effectuer un grand nombre de contrôles, et la nouvelle mission envisagée alourdirait exagérément sa charge de travail. L'industrie pharmaceutique a, elle-même, adopté un code de déontologie en matière de publicité. Le ministre veillera au respect de ce code.

*M. Luc Goutry* déplore que le ministre invoque des problèmes administratifs et n'examine pas le fond de sa proposition.



## Art. 11

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

## Art. 12

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

## Art. 13

*De heer Luc Goutry (CD&V)* merkt op dat dit artikel de mogelijkheid creëert om de parameters die gehanteerd worden bij de bepaling van de verdeelsleutel voor de verzekeringsinstellingen te verfijnen of te wijzigen. De bepaling heeft betrekking op de boekjaren van de derde fase, die overigens al in werking had moeten treden. Hij wil van de minister vernemen wat de doelstelling van dit artikel is.

*De minister* verduidelijkt dat het artikel de optie van een verfijning van de parameters of de invoering van nieuwe parameters openlaat; of die verfijning ook daadwerkelijk zal plaatsvinden, hangt af van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek.

*De heer Luc Goutry (CD&V)* besluit uit het antwoord van de minister dat het artikel vooralsnog weinig relevantie heeft omdat er geen timing vooropgesteld wordt voor een wijziging van de parameters. Hij vindt versterking van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen zeer belangrijk, maar hij stelt ook vast dat er al lang debatten over een verfijning van de parameters worden gevoerd zonder dat die ooit tot harde conclusies hebben geleid. Hij heeft ook twijfels bij het nut van de invoering van een dergelijke bepaling omwille van het feit dat de paragrafen 2 en 4 van artikel 196 van de ziekteverzekeringwet reeds de mogelijkheid voorzien om de bestaande parameters voor de berekening van de normatieve verdeelsleutel te verfijnen. Het gewicht van die verdeelsleutel zal in de derde fase van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen trouwens van 20 naar 30 % toenemen.

*De minister* verwijst naar zijn uitleg in de memorie van toelichting. Omdat de normatieve verdeelsleutel die gebruikt werd in de tweede en de derde fase onvolmaakt werd bevonden door de deskundigen, moet er een nieuwe verdeelsleutel gecreëerd worden op basis van individuele gegevens. Bij de uitwerking van die nieuwe verdeelsleutel zijn er onverwachte moeilijkheden ontstaan en dat heeft tot vertragingen geleid. Aangezien het tijdschema van artikel 198 geen vierde fase voorziet

## Art. 11

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

## Art. 12

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

## Art. 13

*M. Luc Goutry (CD&V)* fait observer que cet article permet d'affiner ou de modifier les paramètres utilisés dans le calcul de la clé de répartition pour les organismes assureurs. La disposition concerne les exercices de la troisième phase, qui aurait d'ailleurs déjà dû entrer en vigueur. Il demande au ministre quel est l'objectif de cet article.

*Le ministre* précise que l'article permet d'affiner les paramètres existants ou d'intégrer de nouveaux paramètres ; la réponse à la question de savoir si cet affinement aura lieu réellement dépend des résultats de la recherche scientifique.

*M. Luc Goutry (CD&V)* infère de la réponse du ministre que l'article ne présente guère d'utilité, étant donné qu'aucun délai n'est fixé pour une modification éventuelle des paramètres. Il estime qu'il importe d'augmenter la responsabilité financière des organismes assureurs, mais il constate aussi que l'on organise déjà depuis longtemps des débats sur un affinement des paramètres sans que ces débats aboutissent à des conclusions concrètes. Il doute aussi de l'utilité d'insérer une telle disposition, étant donné que les §§ 2 et 4 de l'article 196 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités prévoient déjà que les paramètres existants pour le calcul de la clé de répartition normative peuvent être affinés. Le poids de cette clé de répartition passera d'ailleurs de 20 à 30% au cours de la troisième phase de la responsabilité financière des organismes assureurs.

*Le ministre* renvoie aux explications qui figurent dans l'exposé des motifs. Étant donné que les experts ont jugé que la clé de répartition utilisée dans les deuxième et troisième phases était imparfaite, il y a lieu de créer une nouvelle clé de répartition sur la base de données individuelles. Les difficultés inattendues rencontrées lors de l'élaboration de cette nouvelle clé de répartition ont entraîné des retards. Le calendrier figurant à l'article 198 ne prévoyant pas de quatrième phase à la responsabi-

voor de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen, dreigt de strikte toepassing van de bestaande procedureregels de noodzakelijke technische aanpassingen aan de verfijning van de normatieve verdeelsleutel onmogelijk te maken.

*De heer Luc Goutry (CD&V)* dient amendement 13 (DOC 50 1376/ 3) in, dat een artikel 13 bis in het wetsontwerp wil invoeren. Oorspronkelijk was het amendement ingediend als een voorstel tot wijziging van artikel 14.

#### Art. 13bis

*Amendement nr. 13 van de heer Luc Goutry (CD&V) c.s. (DOC nr. 1376/003)* strekt ertoe artikel 197, § 3, van de wet van 14 juli 1994 aan te vullen met een nieuw lid. Zo de CTG een negatief voorstel heeft geformuleerd inzake het in aanmerking komen van geneesmiddelen voor terugbetaling, zouden de uitgaven voor die geneesmiddelen steeds worden beschouwd als uitgaven ten gevolge van uitzonderlijke omstandigheden, en derhalve worden geneutraliseerd bij de vaststelling van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen.

*De hoofdindieners* geeft aan dat de bijkomende uitgaven in de geneesmiddelensector die voortvloeien uit de gunstige beslissing van de minister omtrent de terugbetaling van een bepaald geneesmiddel (hoewel de betrokken commissie ter zake een negatief advies heeft uitgebracht) niet in aanmerking mogen worden genomen bij de bepaling van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen.

*De minister* verzet zich tegen dat amendement. Ter zake hanteert hij dezelfde argumenten als bij de bespreking, in commissie, van een zelfde amendement van dezelfde indiener; dat gebeurde in het raam van de behandeling van het vorige wetsontwerp houdende maatregelen inzake gezondheidszorg (zie DOC 1322/006, blz. 35).

#### Art. 14

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

#### Art. 15

*De heer Luc Goutry (CD&V)* vraagt nadere precisering omtrent de reikwijdte van deze bepaling.

*De minister* antwoordt dat het ontworpen artikel, dat geen uitstaans heeft met de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen, er om billijkheidsredenen toe

lité financière des mutualités, l'application stricte des règles de procédure existantes risque de ne plus permettre les adaptations techniques nécessaires à l'affinement de la clé normative.

*M. Luc Goutry (CD&V)* présente l'amendement n° 13 (DOC 50 1376/003) tendant à introduire un article 13bis dans la loi en projet. Initialement, l'amendement avait été déposé sous la forme d'une proposition de modification de l'article 14.

#### Art 13bis

*L'amendement (n°13, Doc n°1376/003) de M. Goutry et consorts (CD&V)* vise compléter l'article 197 & 3 de la loi du 14 juillet 1994 par une disposition prévoyant que les dépenses de médicaments pour lesquelles la commission de remboursement a formulé une proposition négative quant à l'admission au remboursement des médicaments considérés, sont toujours considérées comme des dépenses effectuées à la suite d'événements exceptionnels, qui, à ce titre sont neutralisées lors de la détermination de la responsabilité financière des organismes assureurs.

*L'auteur principal* signale qu'il n'est pas indiqué que les dépenses supplémentaires pour le secteur des médicaments, générées par la décision favorable du ministre – en dépit de l'avis négatif de la commission concernée – quant au remboursement d'un médicament déterminé, soient prises en compte pour la détermination de la responsabilité financière des organismes assureurs.

Le ministre s'oppose à l'amendement, pour les mêmes motifs que ceux avancés lors de la discussion en commission de l'amendement identique du même auteur dans le cadre du précédent projet de loi portant des mesures en matière de soins de santé (cfr Doc n°1322/006, p.35).

#### Art 14

Cet article n'appelle pas de remarques.

#### Art 15

*M. Luc Goutry (CD&V)* s'enquiert de précisions concernant la portée de cette disposition.

*Le ministre* indique que l'article proposé, étranger aux frais d'administration des organismes assureurs, vise, pour des raisons d'équité, à supprimer partiellement la

strekt de beperking van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen gedeeltelijk op te heffen in geval de meeruitgaven boven de begrotingsdoelstelling het gevolg zijn van een ongewoon boekings tempo van de uitgaven, waarbij evenwel rekening wordt gehouden met de immunisering van die bijkomende uitgaven, die voortvloeien uit aangekondigde maar niet vastgelegde bezuinigingsmaatregelen.

Art. 16

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Art. 17

*Amendement nr. 14 van de heer Luc Goutry (CD&V) c.s. (DOC nr. 1376/003) strekt ertoe in artikel 127, § 3, van de wet van 14 juli 1994 het woord « kosteloosheid » te vervangen door de woorden « volledige terugbetaling ».*

*De hoofdindieners geeft aan dat een van de taken van het RIZIV, te weten het toezicht op het verbod op reclame voor de integrale terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen een controletaak van het RIZIV moet blijven, ook al kan die instantie die controle in de praktijk niet permanent uitoefenen. Zo de bestaande beperkingen worden opgeheven, zou de reclame voor geneeskundige verstrekkingen (met inbegrip van de geneesmiddelen) voortaan alleen nog worden geregeld door de medische plichtenleer, die de patiënt ter zake geen toereikende bescherming biedt; voorts is die plichtenleer alleen op de artsen van toepassing, niet op bijvoorbeeld de rusthuizen. De vigerende wetsbepaling behoort derhalve te worden gehandhaafd, ook al moet ze worden verrijkt.*

*Voorts vraagt de spreker welke departementen precies bevoegd zijn om thans toe te zien op voormeld verbod, of welke departementen dat in de toekomst zouden zijn, mocht echt blijken dat de RIZIV-diensten overbelast raken.*

*Ook de heer Yvan Mayeur (PS) acht het aangewezen in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen het verbod op reclame voor kosteloze geneeskundige verstrekkingen te handhaven. In sommige opzichten stelt bijvoorbeeld de sector van de rusthuizen (en de verzorgingstehuizen) zich uitermate commercieel op en het lijkt ethisch verantwoord te beschikken over een regelgeving ter zake.*

*Zou een Europese bepaling een afzwakking van voormeld verbod rechtvaardigen, en toestaan op nationaal vlak te voorzien in stringentere regels?*

limitation de la responsabilité financière des organismes assureurs dans le cas où les dépenses supplémentaires de l'assurance obligatoire soins de santé excédant l'objectif budgétaire sont la conséquence d'un rythme d'enregistrement inhabituel des dépenses; compte tenu cependant de l'immunisation de ces dépenses supplémentaires qui résultent de mesures d'économies annoncées mais non arrêtées.

Art.16

Cet article n'appelle pas de remarques.

Art.17

*L'amendement (n°14, Doc n°1376/003) de M. Goutry (CD&V) et consorts vise, au § 3 de l'article 127 & 3 proposé, à remplacer les mots « la gratuité » par les mots « le remboursement intégral ».*

*L'auteur principal indique que même s'il ne peut être assuré en permanence dans la pratique par l'INAMI, le contrôle de l'interdiction de la publicité concernant le remboursement intégral des prestations de santé doit demeurer une des missions de cet organisme. Si les restrictions existantes étaient supprimées, la publicité pour les prestations de soins (en ce compris les médicaments) ne seraient plus régies que par le code de déontologie médicale (applicable en outre aux seuls médecins et non pas aux maisons de repos par exemple), lequel n'offre sur ce point pas de protection adéquate au patient.*

*Il convient dès lors de conserver la disposition légale existante, en l'affinant toutefois.*

*L'orateur s'interroge ensuite sur les départements précis compétents actuellement (ou compétents à l'avenir s'il devait réellement apparaître une surcharge des services de l'INAMI) pour contrôler cette interdiction précitée.*

*M. Yvan Mayeur (PS) estime également indiqué de maintenir dans la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités l'interdiction de la publicité concernant la gratuité des prestations de santé. Le secteur des maisons de repos (et de soins) par exemple, est par, certains aspects, extrêmement commercial et il paraît éthiquement justifié d'avoir égard à une réglementation en la matière.*

*Une disposition européenne justifierait-elle un tempérament à cette interdiction précitée et n'autoriserait-elle pas des dispositions nationales plus rigoureuses ?*

*Amendement nr. 76 van de heer Daniel Bacquelaine (PRL FDF MCC) c.s. (DOC nr. 1376/004) strekt ertoe de ontworpen wijziging weg te laten.*

*De hoofdindieners acht het eveneens noodzakelijk het bij wet bepaalde verbod op reclame voor kosteloze geneeskundige verstrekkingen te handhaven. Bij de opheffing van die bepaling zouden immers alleen de artsen in aanmerking komen om krachtens de medische plichtenleer te worden gestraft, terwijl andere zorgverstrekkers (zoals de ziekenhuizen of de diverse zorgverlenende centra) schaamteloos alle mogelijke vormen van handelsreclame zouden mogen voeren.*

*De minister kan zich in amendement nr. 76 terugvinden, maar meent tegelijk dat het hele vraagstuk opnieuw onder de loep moet worden genomen, gelet op de moeilijkheden waarmee de RIZIV-diensten in de praktijk te kampen hebben wanneer ze moeten nagaan of voornemens verbod wel degelijk in acht wordt genomen. Hij geeft daarbij het voorbeeld van de ontwikkeling van nieuwe media (zoals het Internet) waarop dergelijke reclame wordt gemaakt.*

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V) onderstreept de belangrijke gevolgen van de opheffing van de Europese binnengrenzen, met name voor dit dossier betreffende de reclame voor de geneeskundige verstrekkingen.*

Art. 18

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Art. 19

*De heer Luc Goutry (CD&V) vraagt zich af of de wijziging van de quorumregels die van toepassing zijn op de beraadslagingen van het Comité van de dienst voor geneeskundige controle, is ingegeven door de grote toename van de dossiers die aan het Comité worden voorgelegd (en die met name betrekking hebben op sancties ten aanzien van de zorgverleners), wat op zijn beurt een verklaring zou zijn voor de toename van het aantal bijeenroepingen van datzelfde Comité. Hij vraagt ook naar precieze cijfergegevens terzake.*

*De minister merkt op dat de ontworpen bepaling tot doel heeft de werking van het Comité van de dienst voor geneeskundige controle efficiënter te maken door dit Comité de mogelijkheid te bieden te beraadslagen bij afwezigheid van regelmatig bijeengeroepen leden.*

*M. Daniel Bacquelaine (PRL-FDF-MCC) et consorts déposent un amendement (n°76, Doc n°1376/004) visant à supprimer la disposition proposée.*

*L'auteur principal estime également qu'il convient de préserver l'interdiction légale de la publicité concernant la gratuité des prestations de santé. L'abrogation de cette disposition ne laisserait en effet subsister que la sanction, en vertu du code de déontologie médicale, des seuls médecins alors que d'autres prestataires, tels que les hôpitaux ou centres de soins divers pourraient se livrer impudemment à toutes formes de publicité commerciale.*

*Le ministre accepte l'amendement n°76 mais déclare également qu'il conviendra de réexaminer la problématique, compte tenu des difficultés rencontrées dans la pratique par les services de l'INAMI pour contrôler l'effectivité de l'interdiction de la publicité précitée, eu égard au développement des nouveaux médias, comme Internet, en tant que vecteurs de ladite publicité.*

*M. Jo Vandeurzen (CD&V) souligne l'importance des conséquences de l'ouverture des frontières intra-européennes, notamment dans ce dossier de la publicité concernant les prestations de santé.*

Art. 18

Cet article n'appelle pas de remarques.

Art. 19

*M. Luc Goutry (CD&V) se demande si la modification des règles de quorum applicables aux délibérations du Comité du service de contrôle médical est motivée par la multiplication de dossiers (afférents notamment à des sanctions à l'égard de dispensateurs de soins) soumis audit Comité, laquelle expliquerait à son tour l'augmentation du nombre de convocations du même Comité. Il s'enquiert également de précisions chiffrées en la matière.*

*Le ministre signale que la disposition proposée vise à augmenter l'efficacité du fonctionnement du Comité du service de contrôle médical en permettant à celui-ci de délibérer en l'absence de membres régulièrement convoqués.*

## Art. 20

*Amendement nr. 57* (DOC 50 1376/003) van de heer *Bacquelaine* (PRL FDF MCC) c.s. strekt ertoe artikel 141, § 1, eerste lid, 13°, b), van het ontworpen te vervangen door een bepaling die het Comité van de dienst voor geneeskundige controle verplicht zijn beslissingen en de rechtspraak van de Beperkte Kamers, van de Commissies van beroep en van de Controlecommissie bekend te maken.

De hoofdindiener begrijpt niet waarom men de bekendmaking zou afschaffen van de rapporten van het Comité van de dienst voor geneeskundige controle over de toepassing van de wettelijke en regelgevende bepalingen in verband met de verzekering geneeskundige verzorging. Aangezien de zorgverleners verplichtingen worden opgelegd die voortdurend veranderen en die hun niet worden medegedeeld, moet het Comité daarentegen verplicht worden zijn rechtspraak bekend te maken om de zorgverleners duidelijkheid te verschaffen over hoe het de teksten interpreteert.

*De minister* geeft aan dat artikel 141, § 1, eerste lid, 13°, b), van de wet van 14 juli 1994 geen belang meer heeft sinds de betrokkenen op de hoogte worden gebracht van de moeilijkheden inzake de toepassing van de nomenclatuur van de gezondheidsverstrekkingen. De belangrijke beslissingen van het Comité van de dienst voor geneeskundige controle worden altijd in het informatiebulletin van het RIZIV gepubliceerd.

## Art. 21

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

## Art. 22

*De heer Luc Goutry* (CD&V) vraagt zich af of de apothekers-inspecteurs van de dienst voor geneeskundige controle tot nu toe niet bij wet gerechtigd waren de activiteit van de adviserend-geneesheren in de sector terugbetaling van farmaceutische specialiteiten en magistrale bereidingen te controleren. Hij vraagt eveneens over hoeveel inspecteurs het gaat.

Dreigt die bepaling in tegenstelling tot de doelstellingen die de minister tot nu toe heeft geformuleerd, ook niet te leiden tot een uitbreiding van de lijst van geneesmiddelen waarvoor een complexe terugbetalingsprocedure (voorafgaande toestemming van de adviseerend-geneesheer) vereist is, zoals bepaald bij hoofdstuk IV van het koninklijk besluit van 2 september 1980 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische specialiteiten en daarmee gelijkgestelde producten.

## Art.20

*L'amendement* (n°57, Doc n° 1376/003) de *M. Bacquelaine* (PRL-FDF-MCC) et consorts vise à remplacer, le § 1er, alinéa premier, 13°, b) de l'article 141 proposé par une disposition imposant au Comité du service du contrôle médical la publication de ses décisions et de la jurisprudence des chambres restreintes, des commissions d'appel et de la commission de contrôle.

L'auteur principal ne comprend pas les raisons qui justifieraient la suppression de la publication des rapports du Comité du service de contrôle médical relatifs à l'application des dispositions légales et réglementaires relatives à l'assurance soins de santé. Eu égard au fait que les dispensateurs de soins sont confrontés à des obligations qui changent constamment et ne leur sont pas communiquées, il convient au contraire que le Comité précité publie sa jurisprudence afin d'éclairer les dispensateurs en question sur son interprétation des textes.

*Le ministre* indique que le § 1<sup>er</sup>, alinéa premier, 13° b), de la loi du 14 juillet 1994 est devenu sans intérêt depuis que les difficultés liées à l'application de la nomenclature des prestations de santé sont portées à la connaissance des intéressés. Les décisions importantes du Comité du service de contrôle médical sont toujours publiées au Bulletin d'information de l'INAMI.

## Art 21

Cet article n'appelle pas d'observations.

## Art.22

*M. Luc Goutry* (CD&V) se demande si jusqu'à présent, les pharmaciens-inspecteurs du service de contrôle médical n'étaient pas légalement en mesure de contrôler l'activité des médecins-conseils dans le secteur du remboursement des spécialités pharmaceutiques et des préparations magistrales. Il s'enquiert également du nombre de ces inspecteurs.

D'autre part, cette disposition ne risque-t-elle pas d'avoir pour effet, en contradiction avec les intentions formulées par le ministre jusqu'à présent, d'étoffer la liste des médicaments soumis à la procédure complexe de remboursement (autorisation préalable du médecin-conseil) prévue au chapitre IV de l'arrêté royal du 2 septembre 1980 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût des spécialités pharmaceutiques et produits assimilés ?



*De minister* geeft aan dat moest worden voorzien in een duidelijke, wettelijk basis voor de controleopdracht van de apothekers-inspecteurs. Enkele apothekers-inspecteurs zijn onlangs door het RIZIV in dienst genomen (bovenop de bestaande apotheker-inspecteur). Hun aantal zal het mogelijk maken steekproefsgewijs controles van de adviserend geneesheren te verrichten.

Voorts zal de ontworpen bepaling niet leiden tot een toename van het aantal geneesmiddelen, zoals bedoeld in hoofdstuk IV van het voormelde koninklijk besluit van 2 september 1981.

## Art. 23

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

## Art. 24

*De heer Luc Goutry (CD&V)* vraagt zich af of de ontworpen bepaling over de toegankelijkheid tot de betrekking van sociaal inspecteur-directeur alleen toepasbaar is op de personeelsleden van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV.

*De minister* antwoordt bevestigend.

## Art. 25

*De heer Luc Goutry (CD&V)* stelt vast dat de ontworpen bepaling tot doel heeft het RIZIV de nodige soepelheid inzake personeelsbeheer te waarborgen in afwachting van een aanpassing van de organieke formatie, die zal geschieden in het kader van het koninklijk besluit van 3 april 1997 houdende maatregelen met het oog op de responsabilisering van de openbare instellingen van sociale zekerheid. Welke vooruitgang is er geboekt in verband met het door dat koninklijk besluit voorgeschreven beheerscontract?

*De minister* hoopt dat de besprekingen over de responsabilisering van de openbare socialezekerheidsinstellingen, die al goed zijn opgeschoten, weldra zullen worden afgerond.

Met betrekking tot het personeelsstatuut zal het RIZIV voorlopig, in een eerste fase, voortgaan te werken op grond van het statuut dat momenteel op het personeel van de openbare socialezekerheidsinstellingen van toepassing is.

## Art. 26

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

*Le ministre* indique qu'il convenait de créer une base légale claire à la mission de contrôle des pharmaciens inspecteurs. Quelques pharmaciens-inspecteurs viennent d'être engagés par l'INAMI (en plus du pharmacien-inspecteur existant). Leur nombre permettra de procéder à des contrôles par échantillonnage des médecins-conseils.

D'autre part, la disposition proposée n'aura pas pour effet d'accroître le nombre de médicaments repris au chapitre IV de l'arrêté du 2 septembre 1980 précité.

## Art.23

Cet article pas d'observations.

## Art.24

*M. Luc Goutry (CD&V)* se demande si la disposition proposée, relatif à l'accession à l'emploi d'inspecteur social-directeur, n'est applicable qu'aux agents du service de contrôle administratif de l'INAMI.

Le ministre répond par l'affirmative.

## Art.25

*M. Luc Goutry (CD&V)* constate que la disposition proposée vise à garantir à l'INAMI la flexibilité nécessaire pour sa gestion du personnel en attendant l'adaptation du cadre organique, qui s'opèrera dans le cadre de l'arrêté royal du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale. Qu'en est-il de l'état d'avancement du contrat de gestion prévu par cet arrêté royal ?

*Le ministre* espère que les discussions relatives à la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale, fortement avancées, seront bientôt finalisées.

En ce qui concerne le statut du personnel, l'INAMI continuera provisoirement, dans une première phase, à œuvrer sur la base du statut actuellement applicable au personnel des institutions publiques de sécurité sociale.

## Art.26

Cet article n'appelle pas de remarques.

## Art. 27

*De heer Luc Goutry (CD&V)* stelt zich vragen bij de *ratio legis* van de ontworpen bepaling.

Heeft het RIZIV frequent vaststellingen gedaan van zorgverleners die ondanks geschreven waarschuwingen onrechtmatige zorgverstrekkingen in rekening brengen?

Volstaat op juridisch vlak de (blijkbaar enige) geschreven waarschuwing waarover in datzelfde artikel sprake is, gelet op de belangrijkheid van de financiële gevolgen voor de zorgverleners die op grond van die bepaling zouden worden gestraft? Welke zijn de nadere regels van die waarschuwing?

*De minister* geeft aan dat de belangrijkheid van de geconstateerde feiten blijkt uit de praktijk.

De ontworpen bepaling geeft het beginsel aan. Zoals trouwens in de tekst van het artikel wordt aangegeven, zal ze worden aangevuld door een koninklijk besluit tot uitvoering waarin zowel de nadere regels voor de vaststelling van de gelaakte feiten als voor de inning van de compenserende vergoedingen worden gepreciseerd.

*De vorige spreker* vraagt zich af of de ontworpen bepaling van toepassing zou kunnen zijn op de onrechtmatig bij de verzekering geneeskundige verzorging in rekening gebrachte verstrekkingen door middel van onderzoeken die zijn verricht met behulp van pet-scanners die door de bevoegde overheid niet langer zijn erkend, en die aan het RIZIV worden gefactureerd onder een ander (en dus ongeschikt) nomenclatuurnummer dan hetwelk van toepassing is op de normale met behulp van die toestellen verstrekte verzorging.

*De minister* antwoordt bevestigend.

*De vorige spreker* geeft aan dat de ontworpen bepaling het in dat geval mogelijk zal maken snel onderzoek over het onregelmatig gebruik van dergelijke medische apparatuur te verrichten.

## Art. 28 tot 34

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

## Art. 35 en 36

*De heer Luc Goutry (CD&V)* wil van de minister vernemen aan welke instantie de minister van Economische Zaken de prijsbepaling van geneesmiddelen zal delegeren.

## Art.27

*M. Luc Goutry (CD&V)* s'interroge sur la *ratio legis* de la disposition proposée.

L'INAMI a-t-il fréquemment constaté le fait pour des dispensateurs de soins de porter indûment en compte des prestations de soins, malgré des avertissements écrits ?

D'autre part, eu égard à l'importance des conséquences financières dans le chef des dispensateurs de soins qui seraient sanctionnés sur la base de cette disposition, l'avertissement (semble-t-il unique) écrit dont il est question dans ce même article est-il suffisant sur le plan juridique et quelles en sont les modalités ?

*Le ministre* indique que l'expérience fait apparaître l'importance des faits constatés.

La disposition proposée, qui consacre le principe, sera, comme il apparaît au demeurant de sa formulation même, complétée par un arrêté royal d'exécution qui précisera tant les modalités de la constatation des faits incriminés que celles de la perception des indemnités compensatoires.

*L'orateur précédent* se demande si la disposition proposée pourrait s'appliquer aux prestations indûment portées en compte de l'assurance soins de santé par le biais d'examens effectués à l'aide de pet-scanners qui ne sont plus agréés par l'autorité compétente, et facturés à l'INAMI sous un numéro de nomenclature autre, et donc inapproprié, que celui applicable aux prestations normalement dispensées par le biais de ces appareils.

*Le ministre* répond par l'affirmative.

*L'intervenant précédent* indique que la disposition proposée permettra dans ce cas de lancer rapidement des enquêtes au sujet de l'exploitation irrégulière de tels appareillages médicaux.

## Art. 28 à 34

Ces articles n'appellent pas d'observations.

## Art. 35 et 36

*M. Luc Goutry (CD&V)* demande à la ministre à quelle instance le ministre des Affaires économiques octroiera une délégation en matière de fixation des prix des médicaments.

*De minister* antwoordt dat het de bedoeling is dat de minister van Economie zijn beslissingsbevoegdheid inzake de behandeling van dossiers betreffende de vaststelling of de wijziging van prijzen van geneesmiddelen kan delegeren aan bepaalde ambtenaren van het ministerie van Economische Zaken.

## Art. 37

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

## Art. 38

*De heer Luc Goutry (CD&V)* vraagt of het in dit artikel gaat over een nieuwe bevoegdheid van de algemene vergadering van de verzekeringsinstellingen, met name de bevoegdheid tot het stellen van handelingen van vereffening van een ziekenfonds of een landsbond. Indien dat de strekking van het artikel is, wil hij ook vernemen wat de motivatie van de toekenning van die bevoegdheid is.

*De minister* beantwoordt de vraag van het lid bevestigend. Deze bevoegdheid wordt toegekend aan de algemene vergadering omdat in dit orgaan alle leden vertegenwoordigd zijn, wat haar een representatief en democratisch karakter geeft.

## Art. 39

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

## Art. 40

*De heer Luc Goutry (CD&V)* vraagt zich af wat de inhoud zal zijn van het vermelde systeem van interne controle en interne audit dat dit artikel verplicht maakt voor de landsbonden en de bij die landsbonden aangesloten ziekenfondsen. Hij vindt dat de regering eigenlijk een volmacht vraagt doordat de Koning in de derde paragraaf de bevoegdheid krijgt om de inhoud van dat systeem te bepalen. In elk geval vergroot de bepaling de impact van wat de minister beslist, bijvoorbeeld in het domein van de toepassing van de controleprocedures.

*De minister* vindt de versterking van de interne controle, zoals bepaald in het artikel, noodzakelijk omwille van de grote sommen uit algemene middelen waarover de verzekeringsinstellingen beschikken. Verder benadrukt ze dat in het koninklijk besluit, dat door het artikel

La ministre répond que le but est de faire en sorte que le ministre de l'Économie puisse obliger à certains fonctionnaires du ministère des Affaires économiques un pouvoir de décision en ce qui concerne le traitement de dossiers relatifs à la fixation ou à la modification des prix des médicaments.

## Art. 37

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

## Art. 38

*M. Luc Goutry (CD&V)* demande si cet article concerne une nouvelle compétence de l'assemblée générale des organismes assureurs, à savoir la compétence d'accomplir des opérations relatives à la liquidation d'une mutualité ou d'une union nationale. Si telle est la portée de cet article, il demande aussi quelle est la raison de l'attribution de cette compétence.

*La ministre* répond à la question du membre par l'affirmative. Cette compétence est attribuée à l'assemblée générale parce que tous les membres sont représentés au sein de cet organe, ce qui lui confère un caractère représentatif et démocratique.

## Art. 39

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

## Art. 40

*M. Luc Goutry (CD&V)* se demande en quoi consistera le système de contrôle interne et d'audit interne précité, que l'article à l'examen rend obligatoire pour les unions nationales et les mutualités affiliées à ces unions nationales. Il estime que le gouvernement demande en fait au parlement de lui donner carte blanche, dès lors que le Roi est habilité par le §3 à déterminer en quoi ce système doit consister. En tout état de cause, cette disposition accentue l'impact des décisions prises par le ministre, notamment dans le domaine de l'application des procédures de contrôle.

*La ministre* estime que le renforcement du contrôle interne prévu par cet article est nécessaire en raison de l'importance des montants provenant des moyens généraux dont disposent les organismes assureurs. Elle souligne en outre que l'arrêté royal annoncé par cet

aangekondigd wordt, enkel zal gepreciseerd worden wat men onder systeem van interne controle en van interne audit dient te verstaan, zonder evenwel voorwaarden te bepalen waaraan dit systeem moet beantwoorden, wat zal ressorteren onder de bevoegdheid van de Controledienst van de ziekenfondsen. Zij besluit derhalve dat de zogenaamde volmacht aan de regering veel kleiner is dan in de banksector.

*De heer Luc Goutry (CD&V)* vindt dat de vergelijking met de banksector niet opgaat omdat het in dit wetsontwerp gaat om instellingen die overheidsmiddelen gebruiken, wat bij de banken niet het geval is. Hij is van mening dat door deze bepaling de welles-nietesdiscussie over financiële amnestie voor de verzekeringsinstellingen moet beslecht zijn. Niettemin heeft hij twijfels bij de wenselijkheid van verregaand toezicht van de minister op de verzekeringsinstellingen; omdat zowel de instellingen als de minister een welbepaalde maatschappelijke en politieke achtergrond hebben, plaatst hij vraagtekens bij de objectiviteit van toekomstige beoordelingen. Kan de koning trouwens afwijken van het advies van de Raad van de Controledienst ?

*De minister* antwoordt dat de burgers willen dat de aanwending van middelen door ziekenfondsen gecontroleerd wordt. Het is dan ook logisch dat de minister van Sociale Zaken de bevoegdheid heeft om die controle vorm te geven. Hij zal voor zijn besluiten inspelen op voorstellen van de Raad van de Controledienst, die zijn handelingsvrijheid beperken en verhinderen dat er willekeur ontstaat, wat evenwel niet betekent dat de minister door het advies zou gebonden zijn.

*De heer Luc Goutry (CD&V)* benadrukt dat hij voorstander is van strenge controle, maar dat hij vindt dat de macht van de minister door het artikel te groot wordt. Hij dient met zijn fractiegenoten tot besluit van de discussie amendement nr. 81 in (DOC 50 1376/ 3), dat ertoe strekt dat er een in Ministerraad overlegd besluit moet zijn vooraleer de minister over de inhoud en vorm van de audit kan beslissen.

Art. 41 tot 43

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

article ne précisera que ce qu'il faut entendre par système de contrôle interne et d'audit interne, sans toutefois déterminer les conditions auxquelles ce système doit répondre, ce qui ressortira à la compétence de l'office de contrôle des mutualités. Elle conclut que la prétendue carte blanche donnée au gouvernement a une portée nettement moins large que dans le secteur bancaire.

*M. Luc Goutry (CD&V)* estime que la comparaison avec le secteur bancaire n'est pas pertinente, dès lors qu'il s'agit, dans le projet de loi à l'examen, d'organismes qui utilisent des fonds publics, ce qui n'est pas le cas des banques. Il estime que cette disposition doit permettre de mettre un terme à la discussion entre partisans et adversaires de l'octroi éventuel d'une amnestie financière aux organismes assureurs. Il a néanmoins des doutes quant à l'opportunité de permettre au ministère d'exercer un contrôle approfondi sur les organismes assureurs. Dès lors que tant les organismes que le ministre ont des affinités politiques et sociales bien déterminées, il se pose des questions quant à l'objectivité des évaluations futures. Le Roi peut-il, par ailleurs, s'écarter de l'avis rendu par le Conseil de l'Office de contrôle ?

*Le ministre* répond que les citoyens souhaitent que soit contrôlée l'utilisation que font les mutualités des moyens dont elles disposent. Il est par conséquent logique que le ministre des Affaires sociales dispose de la compétence requise pour organiser ce contrôle. Celui-ci tiendra compte, pour prendre ses décisions, des propositions formulées par le Conseil de l'Office de contrôle, propositions qui limitent sa liberté d'action et empêchent l'arbitraire, ce qui ne signifie toutefois pas que le ministre serait lié par son avis.

*M. Luc Goutry (CD&V)* souligne qu'il est favorable à un contrôle strict, mais qu'il estime que l'article à l'examen donne au ministre des compétences excessives. En conclusion de cet échange de vues, lui-même et les membres de son groupe présentent l'amendement n° 81 (DOC 50 1376/3), qui prévoit qu'un arrêté délibéré en Conseil des ministres doit avoir été pris avant que le ministre ne puisse décider du contenu et de la forme de l'audit.

Art. 41 à 43

Ces articles ne font l'objet d'aucune observation.

## Art. 44

*De heer Luc Goutry (CD&V)* stelt vast dat dit artikel een onderscheid invoert tussen de ontbinding en de vereffening van een ziekenfonds. Hij vraagt of er voorbeelden bestaan van de ontbinding van een ziekenfonds en wil vernemen wat de ratio legis van de bepaling is.

*De minister* antwoordt dat er thans enkele maatschappijen van onderlinge bijstand in een situatie van ontbinding gevolgd door een vereffeningprocedure zijn. De ratio legis is dat bepaalde handelingen nog moeten kunnen gesteld worden na de ontbinding.

## Art. 45 tot 47

Over deze artikelen worden geen opmerkingen geformuleerd.

## Art. 48

*De heer Luc Goutry (CD&V)* vraagt zich of de domaniale wet van 22 december 1949, waar in het voorgestelde artikel naar verwezen wordt, nog bestaat.

*De minister* beantwoordt de vraag bevestigend. De artikelen 3 en 4 van de domaniale wet van 22 december 1949 zijn de enige overblijvende artikelen van die wet. Er wordt naar verwezen in artikel 1, 6°, van het koninklijk besluit van 17 juli 1991 houdende coördinatie van de wetten op de Rijkscomptabiliteit. Artikel 3 van de domaniale wet is artikel 94 «geworden» van de op 17 juli 1994 gecoördineerde wetten op de Rijkscomptabiliteit.

## Art. 49

*Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO)* vraagt een omschrijving van het woord «patiënten» en denkt dat dit artikel moet samengelezen worden met artikel 105 over het bijhouden van een medisch dossier van patiënten. Ze vraagt zich af of het medisch dossier ook verplicht is voor poliklinische behandelingen in een ziekenhuis, dan wel enkel geldt voor patiënten in dagverpleging en gehospitaliseerde patiënten.

*De minister* antwoordt dat er geen onmiddellijk verband bestaat tussen artikel 49 en artikel 105, omdat het laatste artikel in verband staat met de invoering van de Minimale Klinische Gegevens. Voorts verwijst hij naar de antwoorden die bij artikel 105 zullen verstrekt worden.

## Art. 44

*M. Luc Goutry (CD&V)* constate que cet article introduit une distinction entre la dissolution et la liquidation d'une mutualité. Il se demande s'il existe des exemples de la dissolution d'une mutualité et souhaite connaître la ratio legis de cette disposition.

*Le ministre* répond que plusieurs sociétés mutualistes se trouvent actuellement en situation de dissolution suivie d'une procédure de liquidation. La disposition s'explique par la nécessité de pouvoir encore accomplir certains actes après la dissolution.

## Art. 45 à 47

Ces articles ne font l'objet d'aucune observation.

## Art. 48

*M. Luc Goutry (CD&V)* se demande si la loi domaniale du 22 décembre 1949, à laquelle renvoie l'article proposé, existe encore.

*Le ministre* répond par l'affirmative. Les articles 3 et 4 de la loi domaniale du 22 décembre 1949 sont les deux seuls articles qui subsistent de cette loi. Il y est fait référence dans l'article 1<sup>er</sup>, 6°, de l'A.R. du 17 juillet 1991 portant coordination des lois sur la comptabilité de l'Etat. L'article 3 de la loi domaniale est « devenu » l'article 94 des lois sur la comptabilité de l'Etat, coordonnées le 17 juillet 1991.

## Art. 49

*Mme Anne-Mie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO)* demande que l'on définisse ce que l'on entend par « patients » et estime que cet article doit être mis en relation avec l'article 105 relatif à la tenue d'un dossier médical des patients. Elle demande si le dossier médical est également obligatoire pour les traitements ambulatoires en milieu hospitalier ou s'il ne doit être tenu que pour les patients traités en hôpital de jour et les malades hospitalisés.

*Le ministre* répond qu'il n'y a pas de lien direct entre l'article 49 et l'article 105, dans la mesure où ce dernier concerne l'instauration du résumé clinique minimum. Il renvoie en outre aux réponses qui seront fournies lors de la discussion de l'article 105.



*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* vraagt of de categorie van ambulante patiënten ook onder het begrip «patiënten» valt.

*De minister* beantwoordt de vraag bevestigend.

*De heer Luc Goutry c.s. (CD&V)* dienen amendement nr. 16 (DOC 50 1376/ 3) in tot invoeging van een artikel 48bis in titel III, dat ertoe strekt de woorden «door publieke personen of door privépersonen» in artikel 1 van de wet op de ziekenhuizen van 7 augustus 1988 te vervangen door de juridisch correctere termen «door publiek- of privaatrechtelijke rechtspersonen».

#### Art.50

Het amendement nr. 58 (DOC 50 1376/ 3) van *de heer Daniel Bacquelaine c.s.* wordt ingetrokken. *Mevrouw Pierrette Cahay-André (PRL-FDF-MCC)* benadrukt wel dat men bij deze hervorming moet rekening houden met alle regio's van het land en pleit ervoor dat alle huidige universitaire ziekenhuizen financiering op universitair niveau moeten kunnen behouden. Dat geldt in het bijzonder voor de universitaire ziekenhuizen van Mont-Godinne, dat een belangrijke rol speelt in de regio van Dinant.

*De heer Yvan Mayeur (PS)* benadrukt dat de opmerking van de vorige spreker niet enkel op de universitaire ziekenhuizen van Mont-Godinne slaat. Het gaat onder meer ook over het instituut Jules Bordet, het Sint-Pietersziekenhuis en het Brugmannziekenhuis, het kinderziekenhuis en het ziekenhuis «La Citadelle» in Luik. Hij stelt vast dat de Universiteit Catholique de Louvain de enige universiteit is die beslist heeft om twee universitaire ziekenhuizen uit te bouwen.

*De heer Jean-Jacques Viseur (PSC)* vindt dat het landschap van universitaire ziekenhuizen door de voorgestelde hervorming problematisch wordt: doordat elke universiteit over slechts één universitair ziekenhuis zal kunnen beschikken, verliezen de ziekenhuizen van Mont-Godinne, die verbonden zijn met de UCL, haar universitaire karakter. De UCL, die 60 % van de artsen vormt, ondergaat daardoor een drastische afname van haar vormingscapaciteit. Ook ontstaat daardoor op het vlak van de nabijheid van universitaire ziekenhuizen een nog grotere ongelijkheid tussen Wallonië en Brussel. Brussel heeft universitaire ziekenhuizen met weinig bedden; Wallonië daarentegen heeft meer bedden, maar zal slechts twee universitaire ziekenhuizen herbergen. Zelfs als de financiering van de universitaire bedden in algemene ziekenhuizen via een andere financieringscode momenteel op hetzelfde niveau zou worden gehouden,

*M. Jo Vandeurzen (CD&V)* demande si la catégorie des patients ambulatoires relève également de la notion de « patients ».

*Le ministre* répond par l'affirmative.

*M. Luc Goutry et consorts (CD&V)* présentent l'amendement n° 16 (DOC 50 1376/003) visant à insérer, dans le titre III, un article 48bis tendant à remplacer, à l'article 1<sup>er</sup> de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, les mots « par une personne publique ou privée » par les mots « par une personne morale de droit public ou de droit privé », qui sont plus corrects du point de vue juridique.

#### Art. 50

L'amendement n° 58 (DOC 50 1376/003) de *M. Daniel Bacquelaine et consorts* est retiré. *Mme Pierrette Cahay-André (PRL-FDF-MCC)* souligne cependant que toutes les régions du pays doivent être prises en compte dans le cadre de cette réforme et recommande que tous les hôpitaux universitaires existants puissent conserver un financement au niveau universitaire. Cela vaut en particulier pour les cliniques universitaires de Mont-Godinne, qui joue un rôle important dans la région de Dinant.

*M. Yvan Mayeur (PS)* précise que l'observation formulée par l'intervenante précédente ne s'applique pas qu'aux cliniques universitaires de Mont-Godinne. Elle vaut notamment aussi pour l'institut Jules Bordet, l'hôpital Saint-Pierre et l'hôpital Brugmann, l'hôpital des enfants ainsi que la l'hôpital de Citadelle à Liège. Il constate que l'Université Catholique de Louvain est la seule à avoir décidé de développer deux hôpitaux universitaires.

*M. Jean-Jacques Viseur (PSC)* estime que la réforme proposée posera problème au niveau du paysage des hôpitaux universitaires : chaque université ne pouvant plus disposer que d'un seul hôpital universitaire, l'hôpital de Mont-Godinne, lié à l'UCL, perdra son caractère universitaire. L'UCL, qui forme 60% des médecins, subira dès lors une réduction draconienne de sa capacité de formation. Cela accroîtra en outre encore l'inégalité existant entre la Wallonie et Bruxelles en matière de proximité d'hôpitaux universitaires. Bruxelles dispose d'hôpitaux universitaires comptant peu de lits, tandis que la Wallonie, qui compte davantage de lits, n'hébergera plus que deux hôpitaux universitaires. Même si le financement des lits universitaires dans les hôpitaux généraux était maintenu au même niveau par le biais de l'application d'un autre code de financement, il n'existe aucune garantie pour l'avenir : une fois que l'on aura

biedt dat geen enkele garantie voor de toekomst: zodra de financieringsgrondslag van de twee types van bedden (universitaire bedden in universitaire ziekenhuizen en universitaire bedden in algemene ziekenhuizen) losgekoppeld wordt, staat de deur voor een inkrimping van de financiering voor de laatste categorie wijd open. Als echt de politieke wil bestaat om de financiering op hetzelfde niveau te houden, dan is er geen enkele bestaansgrond voor artikel 50.

De spreker dient daarom amendement nr. 44 (DOC 50 1376/ 3) in, dat ertoe strekt de derde alinea van artikel 50 te schrappen. In bijkomende orde dient hij amendement nr. 45 (DOC 50 1376/ 3) in, dat stelt dat een universiteit over meer dan één universitair ziekenhuis mag beschikken indien het aantal studenten dat zijn studies beëindigt in die universiteit minstens 50 % bedraagt van het in het kader van de numerus fixus bepaalde maximale aantal studenten.

*De heer Jean-Marc Delizée (PS)* vindt dat men zowel kan rekening houden met de wens om te komen tot één transparant systeem van financiering als met de specifieke situatie van de ziekenhuizen van Mont-Godinne. Ook als een ziekenhuis niet meer het universitaire label zou hebben, kan het nog universitaire activiteiten ontwikkelen. Minstens in de overgangperiode moet men zoeken naar oplossingen, die in de richting gaan van een afzonderlijke financiering van activiteiten van het ziekenhuis van Mont-Godinne.

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* wil van de minister vernemen wat het precieze statuut en het niveau van financiering zullen zijn van de universitaire bedden in algemene ziekenhuizen. De minister heeft vroeger al verduidelijkt dat de financiering van die bedden niet meer zal gebeuren volgens het onderdeel B7 (voorbehouden aan universitaire ziekenhuizen). Dat impliceert een ernstige afslanking van de algemene ziekenhuizen met dramatische consequenties, waar de praktijk nu al aantoonde dat de financiering van universitaire bedden in algemene ziekenhuizen in aanzienlijke mate is afgenomen. Hij wil ook weten of men in 2001 in de financieringstechniek heeft rekening gehouden met het universitaire karakter van sommige bedden in algemene ziekenhuizen; zoniet is er een sluipende besluitvorming geweest. Tenslotte wil hij weten of de universitair gelabelde diensten tot nog toe volgens de code B7 gefinancierd werden. De spreker deelt de mening van de heer Viseur dat de loskoppeling in het wetsontwerp niet leidt tot een objectieve financiering, maar tot financiering op grond van politieke keuzes.

différencié les bases de financement des deux types de lits (lits universitaires dans des hôpitaux universitaires et lits universitaires dans des hôpitaux généraux), plus rien ne s'opposera à une réduction du financement de cette dernière catégorie. S'il y a une réelle volonté politique de maintenir le financement au même niveau, l'article 50 n'a aucune raison d'être.

L'intervenant présente dès lors un amendement (n° 44, DOC 50 1376/003) tendant à supprimer l'alinéa 2 du texte proposé. En ordre subsidiaire, il présente un amendement (n° 45, DOC 50 1376/003) tendant à prévoir qu'une université pourra néanmoins disposer de plus d'un hôpital universitaire lorsque le nombre d'étudiants qui terminent leurs études au sein de la même université s'élève à 50% au moins du nombre total d'étudiants admis dans le cadre du *numerus clausus*.

*M. Jean-Marc Delizée (PS)* estime qu'il peut être tenu compte tant du souhait d'arriver à un seul système de financement transparent que de la situation spécifique de l'hôpital de Mont-Godinne. Ce n'est pas parce qu'un hôpital ne porterait plus le label universitaire qu'il ne pourrait plus développer d'activités universitaires. Il convient de chercher des solutions qui permettraient, d'aller dans le sens d'un financement distinct des activités de l'hôpital de Mont-Godinne.

*M. Jo Vandeurzen (CD&V)* demande au ministre quels seront le statut précis et le niveau de financement des lits universitaires dans les hôpitaux généraux. Le ministre a déjà expliqué précédemment que le financement de ces lits ne s'effectuerait plus sur la base de la sous-partie B7 (réservée aux hôpitaux universitaires). Cela implique une réduction sérieuse du financement des hôpitaux généraux, réduction qui aura des conséquences dramatiques, et ce, alors que la pratique montre qu'à l'heure actuelle, le financement des lits universitaires dans les hôpitaux généraux a déjà été considérablement élagué. Il demande également si, en 2001, le caractère universitaire de certains lits dans les hôpitaux généraux a été pris en considération dans la technique de financement; si tel n'est pas le cas, on peut parler de décision prise à la dérobée. Enfin, il souhaite savoir si les services portant le label universitaire ont été financés jusqu'à présent selon le code B7. L'intervenant partage l'opinion de M. Viseur, selon laquelle la dissociation prévue dans le projet de loi ne génère pas un financement objectif mais débouche sur un financement fondé sur des choix politiques.

De spreker dient amendement nr. 17 (DOC 50 1376/ 3) in, dat als doelstelling heeft duidelijke criteria in te voeren om te bepalen welke ziekenhuizen universitair zijn. Het belangrijkste criterium dat het amendement wil invoeren, is de aanwezigheid van een samenwerkingsverband tussen een ziekenhuis en een universiteit, waarbij dat samenwerkingsverband minimaal een kwantitatieve en kwalitatieve inhoud moet hebben die door de Koning vastgelegd wordt. Die manier om het universitaire label toe te kennen is objectiever en solider dan de verkrijging door de eenvoudige aanwijzing in het wetsontwerp. In bijkomende orde dient *de heer Jo Vandeurzen (CD&V) c.s. amendement nr. 82* (DOC 50 1376/ 3) in, dat dezelfde inhoud heeft als het ingetrokken amendement nr. 58 van de heer Daniel Bacquelaine c.s. Het amendement wenst de invoeging van een bepaling tussen het eerste en het tweede lid van artikel 4. De tekst van het subsidiair amendement stelt dat het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen vereist is voor de in het eerste lid bedoelde voorwaarden en aanwijzingen.

*De heer Luc Goutry (CD&V)* verdedigt eveneens amendement nr. 17 (DOC 50 1376/ 3). Al jaren is er inconsistentie in het debat over wat universitaire ziekenhuizen zijn en wat de universitaire functie is. Het door de spreker en zijn fractiegenoten ingediende amendement biedt een uitgelezen kans om af te stappen van de huidige financiering op basis van een verdeel- en heerspolitiek en over te stappen naar een objectieve financiering op grond van kwaliteit. Eigenlijk wordt aan het parlement in het wetsontwerp een blanco cheque gevraagd, want het is de minister die via koninklijke besluiten zal beslissen of het financieringsniveau behouden wordt.

*Mevrouw Michèle Gilkinet (AgalevEcolo)* vraagt de minister uitdrukkelijk te bevestigen dat de doelstelling van artikel 50 van het wetsontwerp erin bestaat de roeping van een universitair ziekenhuis te preciseren en dat het niet de bedoeling is een aanslag te plegen op de financiering van het ziekenhuis van Mont-Godinne.

*De minister* legt uit dat het voorliggend wetsontwerp kiest voor een beperking van het aantal universitaire ziekenhuizen tot één per universiteit met een volledige faculteit geneeskunde. Buiten de universitaire ziekenhuizen kunnen functies en diensten erkend worden als universitair, wat tot een financiering op hetzelfde niveau leidt, niet meer op grond van het onderdeel B7 (voor de universitaire ziekenhuizen), maar op grond van het onderdeel B4 (voor de universitaire bedden in algemene ziekenhuizen); dat is de vernieuwing die door artikel 50 wordt doorgevoerd.

L'intervenant présente un amendement (n° 17, DOC 50 1376/ 3), qui vise à instaurer des critères précis pour déterminer quels hôpitaux sont universitaires. Le principal critère que l'amendement vise à instaurer est l'existence d'un accord de coopération entre un hôpital et une université, cet accord de coopération devant répondre au minimum à des normes quantitatives et qualitatives fixées par le Roi. Cette façon d'attribuer le label universitaire est plus objective et plus cohérente que la formule retenue par le projet de loi, qui prévoit que ce label peut être obtenu par simple désignation. En ordre subsidiaire, *M. Jo Vandeurzen (CD&V)* et consorts présentent un amendement (n° 82, DOC 50 1376/ 4), qui a le même contenu que l'amendement n° 58 retiré par M. Daniel Bacquelaine et consorts. L'amendement vise à insérer une disposition entre les alinéas 1<sup>er</sup> et 2 de l'article 4. Le texte de l'amendement subsidiaire prévoit que l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers est requis pour la détermination des conditions et pour les désignations visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

*M. Luc Goutry (CD&V)* défend également l'amendement n° 17 (DOC 50 1376/ 3). Depuis des années, il y a une incohérence dans le débat sur ce que sont des hôpitaux universitaires et sur ce qu'est la fonction universitaire. L'amendement présenté par l'intervenant et des membres de son groupe offre une occasion de choix d'abandonner le financement actuel, qui est fondé sur une politique qui consiste à diviser pour régner, et à passer à un financement objectif fondé sur la qualité. Le projet demande en fait au parlement de donner un chèque en blanc, puisque c'est la ministre qui décidera par le biais d'arrêtés royaux si le niveau de financement sera maintenu.

*Mme Michèle Gilkinet (AgalevEcolo)* demande à la ministre de confirmer expressément que l'article 50 du projet de loi vise à préciser la vocation d'un hôpital universitaire et que l'objectif n'est pas d'attenter au financement de l'hôpital de Mont-Godinne.

*La ministre* précise que le projet de loi à l'examen choisit de limiter le nombre d'hôpitaux universitaires à un par université comportant une faculté de médecine. Des fonctions et des services pourront être reconnus comme universitaires en dehors des hôpitaux universitaires, ce qui entraînera un financement au même niveau, non plus sur la base de la sous-partie B7 (pour les hôpitaux universitaires), mais sur la base de la sous-partie B4 (pour les lits universitaires dans les hôpitaux généraux); telle est la nouveauté prévue par l'article 50.

Aan het huidige financieringsniveau voor de universitaire functies en diensten wordt dus niet geraakt. Daarnaast zullen algemene ziekenhuizen met minstens 75 % universitaire bedden dezelfde financiering krijgen als de universitaire ziekenhuizen (al is nog niet uitgemakt of dat volgens het onderdeel B7 of volgens een ander onderdeel zal gebeuren) en dat er zich voor de ziekenhuizen van Mont-Godinne dus geen probleem stelt. Het enige dat verandert, is de grondslag van de financiering.

De regering zal overigens beslissen op voorstel van de academische overheden, zoals het artikel ook bepaalt, wat op de noodzaak van samenwerking met een universiteit wijst. De in het amendement nr 17 voorgestelde versterking van de tekst maakt in de praktijk dus geen enkel verschil.

## Art. 51

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

## Art. 52

Amendement nr. 59 (DOC 50 1376/ 3) van *de heer Daniel Bacquelaine (PRL-FDF-MCC)* c.s. wordt ingetrokken.

Amendement nr. 18 (DOC 50 1376/ 3) van *de heer Jo Vandeurzen (CD&V)* c.s. omschrijft de betekenis van het woord 'beheerder' in art. 8, 1° van de wet op de ziekenhuizen. Hierdoor wordt het mogelijk een duidelijk onderscheid te maken tussen de opdrachten van de beheerder en de opdrachten van de algemene vergadering van een ziekenhuis.

Volgens *de minister* zit het voorgestelde amendement reeds vervat in het wetsontwerp, waardoor het niet in de tekst moet worden opgenomen.

## Art. 53

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* c.s. dient amendement nr. 19 in. De spreker is van mening dat de minister capituleert door zich te beperken tot netwerken van zorgvoorzieningen en zorgcircuits, die volledig tot de organieke bevoegdheden van de ziekenhuizen behoren. *De spreker* begrijpt dat de tekst is ingegeven door het arrest nr. 108/ 2000 van het Arbitragehof van 31 oktober 2000, dat de vroeger geldende bepalingen vernietigde omwille van overschrijding van de bevoegdheden van de federale overheid. Hij denkt nochtans dat het in overeenstemming met het arrest zou zijn indien de bepaling zou verruimd worden tot sommige verstrekkingen buiten de muren van de ziekenhuizen, op voorwaarde dat

Il n'est donc pas touché au niveau actuel de financement pour les fonctions et services universitaires. Les hôpitaux généraux comptant au moins 75 % de lits universitaires bénéficieront du même financement que les hôpitaux universitaires (même s'il n'a pas encore été décidé si ce financement sera assuré sur la base de la sous-partie B7 ou d'une autre sous-partie) et il ne se pose donc aucun problème en ce qui concerne l'hôpital de Mont-Godinne. La seule chose qui changera est la base du financement.

Le gouvernement décidera d'ailleurs sur la proposition des autorités académiques, ainsi que l'article le prévoit, ce qui souligne la nécessité de collaborer avec une université. Le renforcement du texte proposé dans l'amendement n° 17 ne fait donc aucune différence dans la pratique.

## Art. 51

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

## Art. 52

L'amendement n° 59 (DOC 50 1376/003) de *M. Daniel Bacquelaine (PRL-FDF-MCC)* et consorts est retiré.

L'amendement n° 18 (DOC 50 1376/003) de *M. Jo Vandeurzen (CD&V)* et consorts tend à définir ce qu'il faut entendre par « gestionnaire » à l'article 8, 1°, de la loi sur les hôpitaux. Cette précision permet de distinguer clairement les tâches du gestionnaire de celles incombant à l'assemblée générale d'un hôpital.

*La ministre* estime que la teneur de cet amendement figure déjà dans le projet de loi, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de l'insérer dans le texte.

## Art. 53

*M. Jo Vandeurzen (CD&V)* et consorts présentent un amendement (n° 19). L'intervenant estime qu'en se limitant aux réseaux d'équipements de soins et aux circuits de soins, qui relèvent intégralement des compétences organiques des hôpitaux, la ministre capitule. *L'intervenant* comprend que le texte s'inspire de l'arrêt n° 108/2000 du 31 octobre 2000 de la Cour d'arbitrage, qui a annulé les dispositions antérieurement en vigueur, parce que les autorités fédérales avaient outrepassé leurs compétences. Il estime néanmoins que l'on n'irait pas à l'encontre de cet arrêt si l'on étendait la disposition à certaines prestations extrahospitalières, à condition que ces prestations soient nécessaires à



die verstrekkingen noodzakelijk zijn voor de toepassing van de organieke regels van de ziekenhuizen en dus binnen de ziekenhuisopdracht kunnen ingepast worden. Het beleid moet zorgen voor een naadloze overgang tussen ambulante zorgen en eerstelijnsgezondheidszorg enerzijds en intramurale behandelingen anderzijds; een zorgcircuit zonder ambulante sector kan immers niet behoorlijk functioneren.

*De minister* is van mening dat het arrest van het Arbitragehof, dat erga omnes geldt, niet toelaat dat ze verder gaat dan de tekst in het voorliggende wetsontwerp. Ze wil vermijden dat er een juridische procedureslag ontstaat, die de hervorming geruime tijd zou vertraagen. Het tekstontwerp beperkt zich trouwens helemaal niet tot intramurale verstrekkingen. De minister heeft daarnaast de intentie om een samenwerkingsprotocol met de gemeenschappen te sluiten om een betere onderlinge afstemming van de verschillende verstrekkingen mogelijk te maken.

#### Art. 54

*De heer Jo Vandeurzen c.s.* dient amendement nr. 20 (DOC 50 1376/ 3) in, dat als bedoeling heeft het artikel te schrappen. Het artikel voert een legale basis in voor referentiecentra, terwijl het niet duidelijk is wat de doelstelling van de introductie van die rechtsfiguur is. Het artikel geeft dus een te verregaande volmacht aan de Koning voor de aanwijzing en de financiering van referentiecentra. Indien de tekst een specifieke bedoeling zou hebben, vindt *de spreker* dat de principes in de wet moeten worden beschreven. Wat is de bedoeling van dit nieuwe label, dat zal bestaan naast het universitaire label? Zal er extra financiering aan gekoppeld worden? Als er geen bijkomende financiering komt, gaat het om een inhoudsloos label en wordt er voorbijgegaan aan het feit dat sommige van de te erkennen referentiecentra (bijvoorbeeld het centrum in Aalst) kwaliteit verstrekken die even hoog of hoger is dan die van de universiteiten. *Het lid* is van mening dat het minstens initieel de bedoeling van het wetsontwerp was om ook in bijkomende financiering te voorzien.

*De minister* zegt dat de bedoeling van het concept 'referentiecentra' erin bestaat aan de buitenwereld een aanduiding te geven over waar de know-how zich bevindt. De centra kunnen zich zowel bij universitaire als bij niet-universitaire instellingen bevinden. Er komt niet noodzakelijk extra financiering, het gaat in eerste instantie om een kwaliteitslabel voor een bepaald type van behandeling.

In zijn amendement nr. 73 (DOC 50 1376/ 3) stelt *de heer Jean-Jacques Viseur (PSC)* voor om over de er-

l'application des règles organiques des hôpitaux et puissent donc s'inscrire dans le cadre des missions hospitalières. La gestion doit veiller à assurer une transition parfaite entre les soins ambulatoires et les soins de première ligne, d'une part, et les traitements *intra muros*, d'autre part ; sans secteur ambulatoire, un circuit de soins ne peut fonctionner convenablement.

*La ministre* estime que l'arrêt de la Cour d'arbitrage, qui s'applique *erga omnes*, ne lui permet pas d'aller au-delà du projet de loi à l'examen. Elle tient à éviter une bataille de procédure, qui ralentirait considérablement la réforme. Le projet de texte ne se limite au demeurant absolument pas aux prestations *intra muros*. La ministre a par ailleurs l'intention de conclure un protocole de coopération avec les communautés afin de permettre de mieux harmoniser les différentes prestations.

#### Art. 54

*M. Jo Vandeurzen et consorts* présentent l'amendement n° 20 (DOC 50 1376/003), qui vise à supprimer cet article. Ce dernier instaure une base légale pour les centres de référence, alors que la finalité de la création de ceux-ci n'est pas très claire. L'article accorde donc des pouvoirs trop étendus au Roi en ce qui concerne la désignation et le financement des centres de référence. Si le texte avait un objectif spécifique, *l'intervenant* estime que les principes doivent être spécifiés dans la loi. Quelle est la finalité de ce nouveau label qui coexistera avec le label universitaire? Un financement supplémentaire y sera-t-il lié? Si aucun financement supplémentaire n'est prévu, il s'agira d'un label dénué de signification et il ne sera pas tenu compte du fait que certains des centres de référence agréés (par exemple, le centre d'Alost) fournissent des prestations dont la qualité est équivalente, voire supérieure à celle des universités. Le *membre* présume que l'intention des auteurs du projet de loi était, tout au moins initialement, de prévoir également un financement supplémentaire.

Le *ministre* répond que le concept de « centres de référence » a pour finalité d'indiquer au monde extérieur où le savoir-faire se trouve. Les centres peuvent être hébergés dans des établissements tant universitaires que non universitaires. Il ne sera pas nécessairement prévu de financement supplémentaire; il s'agit avant tout d'un label de qualité pour un type de traitement déterminé.

Dans son amendement n° 73 (DOC 50 1376/004), *M. Jean-Jacques Viseur (PSC)* propose de faire agréer les



kenning van referentiecentra te laten beslissen bij een in Ministerraad overlegd besluit.

*De minister* stelt dat dit de procedure nodeloos zou compliceren en verlengen.

*Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD)* vindt dat het moet mogelijk blijven om een wetenschappelijk niveau te bereiken in niet-universitaire centra en meent dat dat dan ook financieel moet gewaardeerd worden. De toekenning van labels zonder financiële erkenning behoort niet tot de opdrachten van een overheid. Innovatie moet, onder meer financiële, erkenning krijgen.

*De minister* zegt dat centra van hoog niveau nu al aanspraak maken op bepaalde vormen van financiële erkenning en blijft erbij dat het niet de onmiddellijke bedoeling van het voorliggende ontwerp is om bijkomende financiering in het leven te roepen.

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* vindt dat de ziekenhuiswet log wordt door de invoering van nieuwe labels zoals zorgcircuits en referentiecentra. Het is niet evident dat die nieuwe concepten vlot op elkaar kunnen afgestemd worden. Hij suggereert dat in het koninklijk besluit met de specifieke normen zou ingeschreven worden dat zogenaamde centres of excellence kunnen erkend worden.

*De minister* antwoordt dat de door het lid voorgestelde optie niet de voorkeur van de sector geniet. Ze benadrukt dat het label niet massaal zal toegekend worden.

#### Art. 55

Amendement nr. 3 (DOC 50 1376/ 3) van *mevrouw Annemie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO)* c.s. bevat een voorstel tot tekstverbetering: de limitatieve term «gezondheidsvoorzieningen» dient te worden vervangen door «gezondheidsvoorzieningen of medisch-sociale inrichtingen», omdat bepaalde maatschappelijke evoluties hierdoor beter kunnen doorgang vinden.

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* is van mening dat de uitbating van een ziekenhuis niet de taak is van een lokaal openbaar bestuur en dat verzelfstandiging dus noodzakelijk is. Amendement nr. 21 (DOC 50 1376/ 3), ingediend door de heer Jo Vandeurzen c.s., stelt dat een ziekenhuis moet uitgebaat worden door een VZW en dat haar doelstelling uitsluitend gezondheids- en welzijnsvoorzieningen moet betreffen. Tegelijkertijd wordt sub-amendement nr. 83 (DOC 50 1376/ 3) op amendement nr. 21 ingediend, dat de leden 2 en 3 van het amendement wil doen schrappen. *Het lid* meent namelijk te we-

centres de référence par voie d'arrêté délibéré en conseil des ministres.

*Le ministre* fait observer que cela compliquerait et allongerait inutilement la procédure.

*Mme Yolande Avontroodt (VLD)* estime qu'il doit encore être possible d'atteindre un niveau scientifique dans des centres non universitaires et considère qu'il faut, dès lors, en tenir compte sur le plan financier. L'attribution de labels sans adjuvant financier ne relève pas des tâches qui incombent à une autorité publique. L'innovation doit être reconnue, notamment sur le plan financier.

*La ministre* souligne que des centres de haut niveau revendiquent d'ores et déjà certaines formes de reconnaissance financière et maintient que l'objectif immédiat du projet à l'examen n'est pas de créer un financement supplémentaire.

*M. Jo Vandeurzen (CD&V)* estime que l'introduction de nouveaux labels, comme les circuits de soins et les centres de référence, alourdit la loi sur les hôpitaux. Il n'est pas évident que les nouveaux concepts pourront être harmonisés facilement. Il suggère de préciser dans l'arrêté royal fixant les normes spécifiques que les « centres d'excellence » peuvent être agréés.

*La ministre* répond que l'option proposée par le membre n'a pas la préférence du secteur. Elle souligne que le label ne sera pas accordé massivement.

#### Art. 55

L'amendement n° 3 (DOC 50 1376/ 003) de *Mme Annemie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO)* et consorts contient une proposition de modification du texte : le remplacement de la dénomination limitative « établissements de soins de santé » par la dénomination « établissements de soins de santé ou institutions médico-sociales », cette modification devant faciliter la prise en compte de certaines évolutions sociales.

*M. Jo Vandeurzen (CD&V)* estime que l'exploitation des hôpitaux ne relève pas des missions des administrations publiques locales et qu'il est dès lors nécessaire de leur conférer un statut autonome. L'amendement n° 21 (DOC 50 1376/ 003), présenté par M. Jo Vandeurzen et consorts, prévoit dès lors que les hôpitaux doivent être exploités par une ASBL dont le seul objet statutaire doit être l'exploitation d'établissements de soins de santé ou d'aide sociale. Le sous-amendement n° 83 (DOC 50 1376/ 003) à l'amendement n° 21 est présenté simultanément. Il vise

ten dat de minister het nastreven van sommige andere, niet-commerciële doelstellingen (bijvoorbeeld op pedagogisch vlak) wil mogelijk maken; daar staat *de spreker* positief tegenover en dus wil hij de mogelijkheid openlaten dat de Koning uitzonderingen toestaat.

*De minister* antwoordt dat de door de heer Vandeurzen voorgestelde beperking tot bepaalde rechtspersonen bij de redactie van het KB zal bekeken worden. Er moet nog onderzoek afgerond worden en in het KB zal met dat onderzoek rekening worden gehouden. Ze kan nu al bevestigen dat ze van mening is dat medisch sociale inrichtingen, waartoe instellingen voor gehandicapten normaliter behoren, een ziekenhuis moeten kunnen uitbaten.

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* stelt de vraag of het, in het perspectief van de Europese regelgeving, mogelijk is om de uitbating van een ziekenhuis te beperken tot niet-commerciële instellingen.

*De minister* antwoordt dat de Europese Unie in deze materie weinig bevoegdheden heeft. Wel is het zo dat men zich tot nog toe bij het nemen van maatregelen in de gezondheidszorg telkens moet verantwoorden op grond van andere legale basissen, wat geen goede zaak is. Daarom zou het het goed zijn als er op Europees niveau een politiek antwoord zou komen: de legale basis van alles wat met gezondheidszorg te maken heeft, moet in de Europese Unie versterkt worden en België zal daartoe initiatieven nemen.

#### Art. 56

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

#### Art. 56bis (nieuw)

*De heer Luc Goutry (CD&V) c.s. dient amendement nr. 22 (DOC 50 1376/003) in, dat ertoe strekt in de gecoördineerde wet een nieuw hoofdstuk V in te voegen met als opschrift: "Het personeel en het syndicaal statuut in openbare en private ziekenhuizen". Dit hoofdstuk regelt de rechtsverhouding tussen de ziekenhuisbeheerders en hun werknemers.*

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* licht toe dat het amendement allereerst een omschrijving geeft van de openbare en de privé-ziekenhuizen, waarbij wordt uitgegaan van het rechtsbeginsel volgens hetwelk de openbare ziekenhuizen eenzijdig kunnen beslissen welk statuut het

à supprimer les alinéas 2 et 3 de l'amendement précité. En effet, *le membre* croit savoir que le ministre entend permettre la poursuite d'autres objectifs non commerciaux (par exemple, pédagogiques), ce à quoi souscrit *l'intervenant* qui souhaite par conséquent que la possibilité soit donnée au Roi de prévoir des exceptions.

*La ministre* répond que la limitation à certaines personnes morales, proposée par M. Vandeurzen, sera examinée lors de la rédaction de l'arrêté royal. Il faut encore terminer l'examen de certaines questions et l'arrêté royal tiendra compte des résultats de cet examen. La ministre est déjà en mesure de confirmer qu'elle estime que les institutions médico-sociales, dont font normalement partie les institutions destinées aux personnes handicapées, doivent pouvoir exploiter un hôpital.

*M. Jo Vandeurzen (CD&V)* demande si la réglementation européenne permet de prévoir que les hôpitaux ne peuvent être exploités que par des institutions non commerciales.

*La ministre* répond que l'Union européenne a peu de compétences en la matière. Toutefois, quand on prend des mesures en matière de soins de santé, il faut jusqu'à présent se justifier en fonction d'autres bases légales, ce qui n'est pas une bonne chose. Par conséquent, il serait bon qu'une décision politique soit prise au niveau européen : la base légale de toute mesure en matière de soins de santé doit être renforcée dans le cadre de l'Union européenne, et la Belgique prendra des initiatives à cet effet.

#### Art. 56

Cet article n'appelle aucun commentaire.

#### Article 56bis (nouveau)

*M. Luc Goutry (CD&V) cs* déposent un amendement n°22 (Doc 50 1376/3) tendant à insérer un nouveau chapitre V dans la loi coordonnée, intitulé « Personnel et statut syndical dans les hôpitaux publics ». Ce chapitre vise à régler les relations juridiques entre les gestionnaires, qui exploitent un hôpital et les travailleurs.

*M. Jo Vandeurzen (CD&V)* explique que l'amendement définit tout d'abord les hôpitaux publics et les hôpitaux privés en se basant sur le principe juridique selon lesquels les hôpitaux publics ont la compétence de déterminer unilatéralement le statut de son personnel. L'amen-

personeel krijgt. Het amendement bepaalt dat alle ziekenhuizen die geen openbare ziekenhuizen zijn, noodzakelijkerwijs privaatrechtelijk van aard zijn en bijgevolg ressorteren onder de wet van 1968 op de collectieve arbeidsovereenkomsten (CAO's). Momenteel heerst terzake rechtsonzekerheid, zeker als het om een vzw gaat waarin publieke rechtspersonen over de meerderheid van de stemmen beschikken. Overeenkomstig de rechtspraak van het Hof van Cassatie valt het in zulke vzw's werkende personeel niet onder de toepassingsfeer van de wet van 5 december 1968 op de CAO's, noch onder het paritair comité nr. 218 voor de bedienden.

In Vlaanderen is er een decreet op grond waarvan de OCMW's onder bepaalde voorwaarden lid kunnen worden van vzw's, waardoor in sommige vzw's de beslissingen kunnen worden genomen door publiekrechtelijke rechtspersonen van wie niet geweten is of hun statuut al dan niet door de wet van 1968 op de CAO's wordt geregeld. Volgens de spreker betreft het hier een onaanvaardbare juridische leemte in ons recht. Daarom strekt het amendement ertoe te preciseren dat een onder het publiek recht vallend ziekenhuis gemachtigd is om eenzijdig de arbeidsvoorwaarden van de statutaire personeelsleden vast te stellen; in alle andere gevallen hebben we te maken met privé-ziekenhuizen waarvan het personeel onder de wet van 1968 op de CAO's ressorteert. De hier voorgestelde bepaling maakt aldus een einde aan de onduidelijkheid en de rechtsonzekerheid voor het personeel.

Het amendement stelt de openbare ziekenhuizen eveneens in staat om statutair en contractueel personeel in dienst te nemen, wat overigens mogelijk is op grond van de OCMW-wet.

Het amendement wil een antwoord bieden op de vraag wat de aard moet zijn van de rechtsverhoudingen tussen de ziekenhuisbeheerders en de ziekenhuisartsen. In de rechtspraak overheerst ruimschoots de stelling dat de arts zijn activiteiten op zelfstandige basis mag uitoefenen als het om medische activiteiten gaat. Volgens het nieuwe ziekenhuisconcept moeten de artsen echter in het ziekenhuis andere taken opnemen en moeten zij, als diensthoofd, mee organisatorische verantwoordelijkheden op zich nemen. Zal de arts in dat geval niet veel eerder als bediende worden gekwalificeerd, en dit buiten de wil van de partijen? Ter voorkoming van dergelijke discussies stelt de heer Vandeurzen in artikel 17*novies*, § 4, van zijn amendement voor om de juridische verhouding waarbinnen de medische activiteit wordt uitgeoefend, te laten primeren wanneer een arts bovenop zijn medische activiteiten ook organisatorische taken aanvaardt.

dement stipule que tous les hôpitaux qui ne sont pas des hôpitaux publics sont nécessairement des entités de droit privé et relèvent dès lors des dispositions de la loi de 1968 sur les conventions collectives de travail (CCT). Il existe actuellement une insécurité juridique à cet égard, surtout lorsqu'il s'agit d'une ASBL dans laquelle les personnes de droit public disposent de la majorité des voix. Conformément à la jurisprudence de la Cour de cassation, le personnel employé dans ce type d'ASBL ne tombe pas dans le champ d'application de la loi du 5 décembre 1968 sur les CCT ni du comité paritaire 218 pour les employés.

En Flandre, un décret permet aux CPAS de devenir membres d'ASBL à certaines conditions, de sorte que dans certaines ASBL, les décisions peuvent être prises par des personnes de droit public majoritaires dont on ne sait pas si le statut relève ou non de la loi de 1968 sur les CCT. Il s'agit là, selon l'intervenant, d'un vide juridique inacceptable. Dès lors l'amendement précise que si un hôpital relève du droit public, il est habilité à fixer unilatéralement les conditions de travail pour le personnel statutaire ; dans tous les autres cas, il s'agit d'un hôpital de droit privé dont le personnel est soumis à la loi de 1968 sur les CCT. La disposition proposée supprime ainsi l'imprécision et l'insécurité juridique pour le personnel.

L'amendement permet également aux hôpitaux publics d'engager du personnel statutaire et contractuel, comme le permet d'ailleurs la loi sur les CPAS.

L'amendement tente d'apporter une réponse au problème de la qualification des relations entre les gestionnaires et un médecin hospitalier. La jurisprudence abonde pour dire que s'il s'agit de l'exercice d'une activité médicale, le médecin peut exercer ses activités comme indépendant. Toutefois, dès lors que dans le nouveau concept hospitalier, les médecins sont appelés à assurer d'autres tâches au sein de l'hôpital et à prendre des responsabilités organisationnelles en tant que chef de service, le médecin ne sera-t-il pas plutôt considéré comme un employé, et ce, sans que les parties le souhaitent? Afin d'éviter ce type de discussion, M. Vandeurzen propose dans l'article 17*novies*, § 4 de son amendement que lorsqu'un médecin accepte d'accomplir des tâches organisationnelles en plus de ses activités médicales, la qualification de la relation de droit dans le cadre de laquelle est exercée l'activité médicale soit prépondérante.

Het in het amendement voorgestelde artikel 17*decies* strekt er *mutatis mutandis* toe de openbare ziekenhuizen te onderwerpen aan de voorschriften die binnen de autonome overheidsbedrijven gelden in verband met de CAO's, de sectorale comités, de vaststelling van de statutaire arbeidsvoorwaarden en de onderhandeling van de arbeidsvoorwaarden voor zowel het contractuele als het statutaire personeel.

Het personeels- en vakbondsstatuut komen tot stand zoals dat in de autonome overheidsbedrijven nog steeds het geval is. Momenteel is er van collectieve bescherming of van CAO's hoegenaamd geen sprake. Het is van belang het sociaal overleg ook in die sector ingang te doen vinden.

*De minister van Volksgezondheid* erkent dat het hier een fundamenteel probleem betreft, maar zij vindt het gevaarlijk om in het ter bespreking voorliggende wetsontwerp koste wat het kost een oplossing te willen invoegen, zonder eerst de tijd te hebben gehad er de gevolgen van in te schatten. Er bestaat een wet die specifiek op het personeelsstatuut betrekking heeft. De uiteindelijke oplossing moet eveneens rekening houden met het personeel dat weliswaar in de sector van de gezondheidszorg werkt, maar dan buiten de ziekenhuizen.

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* begrijpt dat de minister voorzichtig te werk wil gaan, maar handhaaft zijn amendement. Hij waarschuwt de minister voor de problemen die zullen rijzen in de rechtsverhouding tussen de ziekenhuisbeheerders en de ziekenhuisartsen.

#### Art. 57

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

#### Art. 58

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* vraagt of de bepaling die in het advies van de Commissie voor Ziekenhuisprogrammatie voorzag, welbewust werd weggelaten.

*De minister* preciseert dat artikel 58 artikel 27 van de gecoördineerde wet aanpast aan de gewijzigde federale bevoegdheden. Het komt de federale regering niet toe bij wet te bepalen dat de gemeenschappen die commissie om een advies moeten verzoeken.

L'article 17*decies* proposé dans l'amendement vise à rendre applicables *mutatis mutandis* aux hôpitaux publics les règles qui sont d'application au sein des entreprises publiques autonomes en ce qui concerne les CCT, les comités sectoriels, la fixation des conditions de travail statutaires, la négociation de ces conditions de travail tant pour le personnel contractuel que statutaire.

Le statut du personnel et le statut syndical sont fixés comme c'est toujours le cas dans les entreprises publiques autonomes. Actuellement, aucune protection collective n'existe et des CCT ne sont pas possibles. Il est important de permettre la concertation sociale dans ce secteur.

*La ministre de la Santé publique* reconnaît qu'il s'agit d'un problème fondamental mais estime dangereux de vouloir à tout prix insérer une solution dans le présent projet de loi sans avoir eu le temps d'en évaluer les conséquences. Il existe une loi spécifique réglant le statut du personnel. La solution qui doit être trouvée doit également tenir compte du personnel travaillant dans le secteur des soins de santé mais en dehors des hôpitaux.

*M. Vandeurzen* comprend la prudence de la ministre mais maintient son amendement. Il met en garde la ministre contre les problèmes qui vont se poser dans les relations juridiques entre les gestionnaires et les médecins hospitaliers.

#### Art. 57

Cet article n'appelle aucun commentaire.

#### Art. 58

*M. Vandeurzen* demande si la disposition qui prévoyait l'avis de la Commission de programmation hospitalière a été sciemment supprimée.

*La ministre* précise que l'article 58 adapte l'article 27 de la loi coordonnée en fonction de la modification des compétences fédérales. Il n'appartient pas au gouvernement fédéral de prévoir dans une loi que les communautés doivent demander l'avis de cette commission.

## Art. 59

*De heer Daniel Bacquelaine (PRL FDF MCC) c.s. dient amendement nr. 60 (DOC 50 1376/003) in, dat ertoe strekt dit artikel weg te laten, omdat het volgens de indieners volkomen haaks staat op het begrip "bed", dat de basis vormt van de nieuwe financieringsregeling.*

Vervolgens wordt dit amendement ingetrokken.

*De heer Luc Goutry (CD&V) c.s. dient amendement nr. 23 (DOC 50 1376/003) in, dat voorziet in een voorafgaand advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling Programmatie en Erkenning.*

*De minister stipt aan dat dit advies momenteel niet vereist is. Voorts merkt zij op dat het advies in de praktijk soms wordt gebruikt om op de maatregelen vooruit te lopen, wat niet altijd opportuun is. Daarom vindt zij het niet aangewezen in een systematische en dwingende adviesprocedure te voorzien.*

## Art. 60

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

## Art. 61

*De heer Daniel Bacquelaine (PRL FDF MCC) c.s. dient amendement nr. 61 (DOC 50 1376/003) in, dat ertoe strekt het voorgestelde artikel bij te sturen, omdat het een inbreuk vormt op de therapeutische en diagnostische vrijheid van de zorgverleners. Als de zorgverleners niet langer zware medische apparatuur mogen installeren en exploiteren, betekent dat een directe aanslag op de vrijheid van handelen en op de plicht van ieder van hen om de patiënt de diagnostische en therapeutische apparatuur aan te bieden die het meest performant en doeltreffend is.*

*Mevrouw Maggie De Block (VLD) c.s. dient amendement nr. 43 (DOC 50 1376/003) in, waarin wordt gepreciseerd dat de Koning afwijkingen kan toestaan.*

*De minister stipt aan dat naar aanleiding van de programmatie criteria zullen worden vastgesteld. Wie bevoegd is om criteria vast te stellen, is uiteraard ook bevoegd om afwijkingen daarop toe te staan.*

Op grond van die uitleg trekt *mevrouw Maggie De Block (VLD)* haar amendement in.

## Art. 59

*M. Daniel Bacquelaine cs déposent un amendement n°60 (Doc 50 1376/3) tendant à supprimer l'article qui est, selon les auteurs, en contradiction flagrante avec le concept de lit justifié qui forme la base du nouveau système de financement.*

Cet amendement est ensuite retiré.

*M. Goutry (CD&V)cs déposent amendement n°23 (Doc 50 1376/3) visant à prévoir l'avis préalable du Conseil national des Etablissements hospitaliers, Section Programmation et Agrément.*

*La ministre fait remarquer qu'actuellement, cet avis n'est pas demandé. Elle indique que dans la pratique, il arrive que l'avis soit utilisé pour anticiper sur les mesures, ce qui n'est pas toujours opportuun. Il ne convient dès lors de pas de prévoir une procédure d'avis systématique et contraignante.*

## Art. 60

Cet article ne suscite aucun commentaire.

## Art. 61

*M. Bacquelaine (PRL FDF MCC) et consorts déposent un amendement n°61 (Doc 50 1376/3) tendant à corriger l'article proposé qui porte atteinte à la liberté thérapeutique et diagnostique des prestataires. L'installation et l'exploitation d'appareillages médicaux lourds doivent rester ouvertes aux prestataires à peine de porter atteinte directement à la liberté d'entreprendre et au devoir qu'a chaque prestataire d'offrir à son patient l'outil diagnostique et thérapeutique le plus performant et le plus efficace.*

*Mme Maggie de Block (VLD) cs déposent un amendement n° 43 (Doc 50 1376/3) précisant que le Roi peut accorder des dérogations.*

*La ministre précise que des critères seront fixés lors de la détermination de la programmation. Etant donné que l'on a des compétences pour fixer des critères, il va de soi que l'on a également des compétences pour accorder des dérogations.*

A la suite de ces explications, *Mme Maggie De Block (VLD)* retire son amendement.



*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* trekt van leer tegen een bepaling op grond waarvan de Koning afwijkingen kan toestaan als de criteria niet zijn nageleefd. Als dát de bedoeling is van het ter bespreking voorliggende artikel, dan heeft het niet langer zin nog criteria te doen vaststellen.

*De minister* is het met die interpretatie oneens. De bepaling stipuleert dat de Koning de criteria vaststelt waaraan de toestellen moeten beantwoorden om als zware medische apparatuur te worden aangemerkt. Bijgevolg vallen niet aan de criteria beantwoordende toestellen uit de boot.

*De heer Jean-Jacques Viseur (PSC)* wil weten wat er gebeurt met toestellen die al in de ziekenhuizen stonden vóór de vaststelling van de criteria door de Koning. Moet het ziekenhuis dat toestel afdanken of mag het ermee blijven werken aangezien het dateert van vóór de vaststelling van de criteria? Zeer vaak werden dergelijke toestellen in de universitaire ziekenhuizen ontwikkeld en vervolgens op grotere schaal gebruikt in de andere ziekenhuizen.

*De minister* herinnert eraan dat de bevoegde gemeenschapsminister de toestemming moet geven om zware medische apparatuur te installeren en te exploiteren, vanaf het ogenblik dat een toestel op de bij de Koning vastgestelde lijst voorkomt.

In de ogen van *de heer Luc Goutry (CD&V)* zijn de artikelen 61 en 105, 3°, gelijklopend. Artikel 105, 3°, voorziet in strafrechtelijke sancties tegen al wie, met overtreding van de artikelen 40 of 41, zware medische apparatuur in gebruik neemt en/of uitbaat, hetzij zonder de vereiste toelating, hetzij om dat die apparatuur niet strookt met de programmatie of het maximale aantal toestellen overschrijdt. Hij vraagt of de gemeenschappen moeten bepalen wie bevoegd is om misbruiken vast te stellen en proces-verbaal op te maken. Wie kan terzake optreden? Het RIZIV of zelfs het parket omdat het er tenslotte om gaat overtredingen van de wet vast te stellen? De heer Goutry vindt dat de minister de voor de vaststelling van de overtredingen bevoegde ambtenaren van haar administratie moeten kunnen aanwijzen. Daartoe zal hij op artikel 63 een amendement indienen.

Voorts wenst hij te vernemen wat er staat te gebeuren met de scanners die positronen uitstralen (PET-scanners).

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* verwijst naar de verantwoording van het amendement van mevrouw De Block waarin het volgende wordt gesteld: «Het verbod tot installatie van zware medische apparatuur waarvoor niet de voorafgaande toelating is verleend, is een aan-

*M. Vandeurzen (CD&V)* s'insurge contre une disposition qui stipule que si les critères ne sont pas rencontrés, le Roi peut accorder des dérogations. Si tel est le sens du présent article, alors, il est superflu d'encore stipuler que des critères doivent être établis.

La ministre conteste cette interprétation. La disposition stipule que le Roi fixe les critères auxquels les appareils doivent correspondre pour être reconnus comme appareils médicaux lourds. Cela signifie que tout appareillage qui ne correspond pas aux critères est exclu.

*M. Jean-Jacques Viseur (PSC)* demande ce qu'il adviendra d'un appareil qui est installé dans un hôpital au moment où les critères ne sont pas encore fixés par le Roi. L'hôpital doit-il retirer cet appareil ou peut-il le maintenir étant donné qu'il existait avant la fixation des critères? Bien souvent, ces appareils sont mis au point dans les hôpitaux universitaires et sont ensuite utilisés de manière plus large dans les autres hôpitaux.

*La ministre* rappelle qu'il appartient au ministre communautaire compétent de donner l'autorisation d'installation et d'exploitation de l'appareillage médical lourd, à partir du moment où un appareil figure sur la liste fixée par le Roi.

*M. Goutry (CD&V)* est d'avis qu'il faut lire l'article 61 parallèlement à l'article 105, 3° qui prévoit des sanctions pénales à l'égard de celui qui, en violation des articles 40 ou 41, met en service et/ou exploite un appareillage médical lourd, soit sans autorisation nécessaire, soit qui ne s'inscrit pas dans le cadre de la programmation ou qui dépasse le nombre maximal d'appareils. Il demande s'il appartiendra aux communautés de désigner les personnes compétentes pour constater les abus et pour dresser procès-verbal. Qui pourra intervenir: l'INAMI ou même le parquet étant donné qu'il s'agit de constater des infractions à la loi? M. Goutry estime que le ministre doit pouvoir désigner les fonctionnaires de son département qui seront compétentes pour constater les infractions. Il déposera un amendement dans ce sens à l'article 63.

Il s'inquiète en outre de la situation des scanners à émission de positrons (PET-scans).

*M. Vandeurzen* se réfère à la justification de l'amendement de Mme De Block qui stipule «L'interdiction d'installer des appareillages médicaux lourds sans autorisation préalable est une offense à l'initiative privée. La liberté thérapeutique est compromise. Il n'est pas raisonnable

fluiting van het privé-initiatief. De therapeutische vrijheid komt in het gedrang. Het is onredelijk een verbod in te stellen met betrekking tot de toestellen die reeds werden aangeschaft voor de verschijning van de wet en waarvan het gebruik niet wordt gefactureerd. Het gaat eveneens in tegen de belangen van de patiënt die in sommige ziekenhuizen niet de medische apparatuur vindt die hij nodig heeft.» De heer Vandeurzen vindt dat het antwoord van de minister niet tegemoet komt aan de opmerkingen geformuleerd door mevrouw De Block.

*Mevrouw Maggie De Block (VLD)* antwoordt daarop dat zij van mening is veranderd ingevolge de besprekingen die sedert de indiening van haar amendement hebben plaatsgevonden, en dat zij derhalve de verantwoording van haar amendement thans moet nuanceren.

*Mevrouw Pierrette Cahay-André (PRL FDF MCC)* toont zich ongerust wat de Pet-scans betreft. Zij is van oordeel dat het amendement van mevrouw De Block in bepaalde situaties oplossingen biedt, gelet op de afwijkingen die de Koning op grond ervan mag toekennen.

*De minister* maakt een onderscheid tussen twee situaties. Indien criteria bestaan inzake de programmatie, moeten de gemeenschappen de machtigingen verlenen en zich aan die criteria houden. Indien weliswaar geen criteria voorhanden zijn, maar de toestellen op een lijst voorkomen, moeten de gemeenschappen daarentegen de machtigingen verlenen zonder dat zij door een welbepaalde programmatie gebonden zijn.

Het spreekt vanzelf dat bij de vaststelling van de criteria rekening moet worden gehouden met specifieke situaties.

Met betrekking tot de Pet-scans antwoordt de minister dat de bevoegde overheid thans de noodzakelijke vaststellingen verricht.

Krachtens de gecoördineerde ziekenhuiswet moeten in eerste instantie de gemeenschappen optreden om overtredingen vast te stellen. Uiteraard is ook het parquet ter zake bevoegd.

#### Art. 62

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

#### Art. 63

*De heer Daniel Bacquelaine (PRL FDFMCC)* c.s. dient amendement nr. 62 (DOC 50 1376/003) in dat ertoe strekt nader te bepalen dat het gaat om toestellen waarvoor

d'interdire l'installation d'appareils qui ont été acquis avant la publication de la loi et dont l'utilisation n'est pas facturée. Cette mesure est également contraire aux intérêts du patient, qui ne trouve pas l'appareillage médical dont il a besoin dans certains hôpitaux. » M. Vandeurzen est d'avis que la réponse fournie par la ministre ne donne pas satisfaction aux remarques formulées par Mme de Block.

*Mme Maggie De Block (VLD)* rétorque que depuis le dépôt de son amendement, les discussions qui ont eu lieu ont modifié son point de vue de sorte qu'elle doit actuellement nuancer la justification de son amendement.

*Mme Cahay-André (PRL FDF MCC)* émet des inquiétudes quant aux Pet-scans. Elle estime que l'amendement de Mme de Block, en ce qu'il habilite le Roi à accorder des dérogations, permet de trouver des solutions dans certaines situations.

*La ministre* distingue deux situations. D'une part, s'il existe des critères de programmation, cela signifie que les communautés qui doivent accorder les autorisations, doivent s'en tenir à ces critères. D'autre part, si ces critères sont absents mais que les appareils sont repris sur une liste, il appartient aux communautés d'accorder les autorisations mais elles ne sont pas liées par une certaine programmation.

En ce qui concerne la fixation des critères, il va de soi qu'il faut tenir compte de situations spécifiques.

En ce qui concerne les Pet-scans, la ministre répond que les autorités compétentes procèdent actuellement aux constatations qui s'imposent.

Sur base de la loi coordonnée sur les hôpitaux, il appartient en première instance aux communautés d'intervenir pour constater les infractions. Il va de soi que le parquet est également compétent dans ce domaine.

#### Art. 62

Aucune remarque n'est formulée à cet article.

#### Art. 63

*M. Bacquelaine* cs déposent un amendement n° 62 (Doc 50 1376/3) tendant à préciser qu'il s'agit d'appareils pour lesquels une intervention dans le financement

overeenkomstig de bepalingen van artikel 46 een tegemoetkoming voor de financiering van de investeringskosten wordt aangevraagd.

Dat amendement wordt nadien ingetrokken.

*De heer Luc Goutry (CD&V) c.s.* dient amendement nr. 24 (DOC 50 1376/003) in, waarin nader wordt bepaald dat de minister die de volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft moet waken over de strikte toepassing van de regels en toelatingen. Voorts worden op grond ervan ambtenaren aangewezen om bedoelde overtredingen en schendingen vast te stellen.

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* verwijst naar de werkgroep-Perl, die aanbeveelt de programmatie af te schaffen voor alle toestellen die dienen om diagnoses te stellen, teneinde het budget te kunnen beheersen. Moet, aangezien dit artikel in het ontwerp is behouden, worden geconcludeerd dat de regering niet voornemens is die aanbeveling te volgen?

*De minister* verwijst naar haar toelichting bij artikel 61.

*De minister van Sociale Zaken* legt uit dat de subwerkgroep-Decoster nadenkt over de wijze waarop de programmatie en de erkenningen in de toekomst moeten worden georganiseerd. De besprekingen hebben nog geen uitkomst opgeleverd. Het is nog te vroeg om de programmatie thans af te schaffen zonder dat een alternatief voorhanden is.

#### Art. 64 tot 67

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

#### Art. 68

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* vraagt of uit dit artikel moet worden afgeleid dat, indien een toestel wordt geïnstalleerd voordat de Koning de lijst vaststelt, het ziekenhuis geen schadeloosstelling krijgt in geval van sluiting.

*De minister* is van oordeel dat rekening moet worden gehouden met situaties waarin het ziekenhuis geacht wordt te goeder trouw te hebben gehandeld. Indien een ziekenhuis echter wetens en willens een toestel plaatst zonder dat het daartoe gemachtigd werd, kan het bij sluiting op geen enkele schadeloosstelling aanspraak maken.

des frais d'investissement est sollicitée dans le cadre des dispositions de l'article 46.

Cet amendement est ensuite retiré.

*M. Luc Goutry (CD&V) cs* introduisent un amendement n°24 (Doc 50 1376/3) qui précise que le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions veille à l'application stricte des règles et des autorisations et désigne les fonctionnaires pour constater toutes les infractions et violations en la matière.

*M. Jo Vandeurzen (CD&V)* se réfère au groupe de travail de M. Perl qui recommande, en vue de la maîtrise des budgets, de supprimer la programmation pour tous les appareils servant à établir un diagnostic. Faut-il déduire du maintien du présent article dans le projet que le gouvernement n'a pas l'intention de suivre cette recommandation ?

*La ministre* se réfère à l'explication qu'elle a fournie à l'article 61.

*Le ministre des Affaires sociales* précise que le sous-groupe de travail de M. Decoster réfléchit sur la manière d'organiser la programmation et l'agrément à l'avenir. Les discussions n'ont pas encore abouti. Il est encore trop tôt pour supprimer la programmation aujourd'hui sans avoir une solution de rechange.

#### Art. 64 à 67

Ces articles n'appellent aucun commentaire.

#### Art. 68

*M. Jo Vandeurzen (CD&V)* demande si l'on doit déduire de cet article que si un appareil est installé avant l'établissement de la liste par le Roi, l'hôpital ne perçoit pas d'indemnités en cas de fermeture.

*Le ministre* estime qu'il faut tenir compte des situations dans lesquelles l'hôpital est censé avoir agi de bonne foi. Toutefois, si un hôpital installe un appareil alors qu'il sait très bien qu'il n'y est pas autorisé, la fermeture ne donnera droit à aucune indemnité.

Indien een ziekenhuis bijvoorbeeld een Pet-scan installeert vóór de inwerkingtreding van de regelgeving en tot sluiting moet overgaan, heeft het recht op schade-loosstelling.

## Art. 69

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

## Art. 70

*De heren Daniel Bacquelaine en Philippe Seghin (PRL FDF MCC)* dienen amendement nr. 63 (DOC 50 1376/003) in, dat ertoe strekt nader te bepalen dat het moet gaan om ziekenhuizen met minder dan 150 bedden.

Dat amendement wordt ingetrokken.

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* vraagt of de erkenningscriteria stelselmatig voor elke vestigingsplaats van een ziekenhuis opnieuw zullen moeten worden geëvalueerd.

*De minister* antwoordt dat de bepaling erop gericht is vestigingsplaatsen in het algemeen te kunnen bepalen, en niet alleen in het kader van fusies. Het is de bedoeling differentiatie in de ziekenhuissector mogelijk te maken.

## Art. 70bis (nieuw)

*De heer Luc Goutry (CD&V) c.s.* dient amendement nr. 25 (DOC 50 1376/003) in, tot invoeging van een artikel 70bis (nieuw), waarin wordt bepaald dat elk ziekenhuis voortaan een afzonderlijke rechtspersoonlijkheid moet bezitten. Het amendement voorziet er voorts in dat die rechtspersoonlijkheid ten minste over een algemene vergadering en een raad van beheer of raad van bestuur moet beschikken.

*De minister* wijst erop dat de meeste ziekenhuizen thans een statuut van vzw of van NV bezitten, of in voorkomend geval onder de OCMW-wet vallen. Zij is van oordeel dat met de bestaande wetten aan de situaties tegemoet kan worden gekomen.

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* merkt op dat de OCMW's geen algemene vergadering bezitten. Om een kwaliteitsvol beheer te waarborgen moet worden voorzien in een algemene vergadering die niet samenvalt met de raad van bestuur.

*De minister* maakt duidelijk dat bepaalde organen zullen kunnen worden ingesteld in het kader van de rechtspersoonlijkheid van het ziekenhuis.

Si un hôpital installe, par exemple, un Pet-scan avant l'entrée en vigueur de la réglementation et qu'il doit le fermer, alors il aura droit à une indemnité.

## Art. 69

Aucune remarque n'est formulée à cet article.

## Art. 70

*MM. Bacquelaine et Seghin (PRL FDF MCC)* déposent un amendement n°63 (Doc 50 1376/3) qui tend à préciser qu'il doit s'agir d'hôpitaux qui contiennent moins de 50 lits.

Cet amendement est retiré.

*M. Vandeurzen (CD&V)* demande si les critères d'agrément devront systématiquement être réévalués pour chaque site d'un hôpital.

*La ministre* répond que la disposition vise à pouvoir définir des lieux d'implantation en général et pas uniquement dans le cadre de fusions. L'objectif est de permettre la différenciation dans le paysage hospitalier.

## Art. 70 bis (nouveau)

*M. Goutry (CD&V) et cs* déposent un amendement n°25 (Doc. 50 1376/3) insérant un article 70bis (nouveau) qui stipule que, eu égard aux critères d'agrément, chaque hôpital est désormais tenu de disposer d'une personnalité juridique distincte. L'amendement prévoit également que cette personne morale devra disposer au moins d'une assemblée générale et d'un conseil de gestion ou d'un conseil d'administration.

*La ministre* signale que la plupart des hôpitaux ont actuellement le statut d'ASBL ou de sociétés anonymes ou tombent dans le champ d'application de la loi sur les CPAS. Elle est d'avis que les situations peuvent être rencontrées par le biais des lois existantes.

*M. Vandeurzen (CD&V)* fait remarquer que les CPAS n'ont pas d'assemblée générale. Afin de garantir un qualité de gestion, il convient de prévoir une assemblée générale distincte du conseil d'administration.

*La ministre* précise que dans le cadre de la personnalité juridique de l'hôpital, certains organes de gestion pourront être créés.

## Art. 71 tot 75

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

## Art. 76

*De heer Daniel Bacquelaine (PRL FDF MCC) c.s.* dient amendement nr. 64 (DOC 50 1376/003) in, dat ertoe strekt dat de door een gemeenschaps- of gewestoverheid genomen beslissingen door die overheid rechtstreeks aan het RIZIV moeten kunnen worden meegedeeld, met het oog op tijdwinst.

Dat amendement wordt ingetrokken.

## Art. 77 en 78

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

## Art. 78bis (nieuw) en 78ter (nieuw)

*De heer Jean-Jacques Viseur (PSC)* dient amendement nr. 51 (DOC 50 1376/003) in, tot invoeging van een artikel 78bis (nieuw), alsmede amendement nr. 50 (DOC 50 1376/003), tot invoeging van een artikel 78ter (nieuw).

Amendement nr. 51 heeft tot doel de ziekenhuisbeheerder ertoe te verplichten een prospectieve begroting op te stellen, een begrotingscontrole uit te voeren en het bestuur van die gegevens in kennis te stellen, teneinde een prudentiële controle te laten verrichten.

Amendement nr. 50 voorziet in de verplichting een jaarrekening op te maken en ze binnen zes maanden volgend op het einde van het begrotingsjaar in te dienen bij de Nationale Bank. Deze verplichting moet enerzijds het ziekenhuis zicht verschaffen op zijn budgettaire toestand en het in staat stellen correcties door te voeren, en anderzijds ruimte scheppen voor een vorm van *peer-control* waarbij de instellingen met elkaar worden vergeleken.

Deze twee bepalingen strekken ertoe te voorkomen dat ziekenhuizen failliet gaan met alle menselijke en sociale gevolgen van dien, of dat zij te kampen hebben met grote deficits die een al te zware last betekenen voor de maatschappij. De aanwending van moderne managementtechnieken en van «*corporate government*» moet worden bevorderd, zulks met de nodige transparantie dankzij budgetten en budgetcontroles.

## Art. 71 à 75

Ces articles n'appellent aucun commentaire.

## Art. 76

*M. Bacquelaine et cs* déposent un amendement n°64 (Doc 50 1376/3) prévoyant que les décisions prises par un pouvoir communautaire ou régional doivent pouvoir être directement communiquées par ce dernier à l'INAMI afin de gagner du temps.

Cet amendement est retiré.

## Art. 77 et 78

Ces articles ne suscitent aucune question.

## Art. 78 bis (nouveau) et 78ter (nouveau)

*M. Jean-Jacques Viseur (PSC)* dépose un amendement n°51 (Doc 50 1376/3) insérant un article 78bis (nouveau) et un amendement n°50 (Doc 50 1376/3) insérant un article 78ter (nouveau).

L'amendement n°51 prévoit l'obligation pour le gestionnaire de l'hôpital d'établir un budget prospectif, de procéder à un contrôle budgétaire et de communiquer ces éléments à l'administration afin que soit réalisé un contrôle prudentiel.

L'amendement n°50 prévoit l'obligation d'établir des comptes annuels et de les déposer auprès de la Banque nationale de Belgique dans les six mois qui suivent la fin de l'année comptable. Cette obligation permettrait, d'une part, à l'hôpital de connaître sa situation budgétaire et d'opérer des corrections et permettrait, d'autre part, une forme de contrôle par les pairs et une comparaison entre institutions.

Ces deux dispositions visent à éviter que des hôpitaux ne tombent en faillite avec toutes les conséquences humaines et sociales que cela entraîne ou n'aient des deficits trop importants et trop lourds à faire supporter à la société. Il convient de promouvoir l'utilisation de techniques modernes de gestion et l'application du «*corporate government*» en toute transparence grâce à des budgets et des contrôles budgétaires.



*De minister* merkt op dat artikel 78 van de gecoördineerde ziekenhuiswet reeds voorziet in de verplichting om een inventaris en een jaarrekening op te maken. Gelet op de veelvuldige administratieve formaliteiten waarmee de beheerders nu al worden geconfronteerd, vindt hij het overdreven hen bovendien ook nog te verplichten hun jaarrekening bij de Nationale Bank in te dienen. Er bestaan reeds voldoende controles.

*De heer Jean-Jacques Viseur (PSC)* voegt eraan toe dat, aangezien alle ondernemingen daartoe verplicht zijn, het normaal is dat zulks ook aan de ziekenhuizen wordt opgelegd gelet op de enorme bedragen waarmee zij omgaan.

## Art. 79

*De heer Luc Goutry (CD&V) c.s.* dient amendement nr. 26 (DOC 50 1376/003) in, dat het artikel aanvult met een bepaling naar luid waarvan bij de vaststelling van het individueel budget voor ieder ziekenhuis rekening dient te worden gehouden met een budgetprogrammatie per gemeenschap op basis van de bevolkingsaantallen, in die zin dat 90% van het algemeen budget vooraf wordt toegewezen en 10% wordt verdeeld naargelang de verzorgingsbehoeften. Indien de verschillen in behoeften aan gezondheidszorg niet op objectieve wijze kunnen worden aangetoond, wordt ook de 10% restbudget op basis van de bevolkingsaantallen van de gemeenschappen verdeeld.

De heer Goutry onderstreept dat de communautaire verschillen in het gebruik van de gezondheidszorg in tal van onderzoeken gedetailleerd in kaart zijn gebracht. Aangezien tussen de gemeenschappen ongerechtvaardigde verschillen in zorggebruik worden vastgesteld, is het noodzakelijk rekening te houden met een budgetprogrammatie per gemeenschap. De spreker nodigt de Vlaamse partijen uit hun verantwoordelijkheid op te nemen en zodoende in te gaan op de herhaalde oproepen van de VLD-voorzitter inzake de terugdringing van de uitgaven voor gezondheidszorg.

Het amendement is volgens *de minister* onaanvaardbaar omdat het een aangelegenheid betreft die niet in het regeerakkoord is opgenomen.

## Art. 80 en 81

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

*Le ministre* fait remarquer que l'obligation de dresser un inventaire et d'établir des comptes annuels est déjà prévue dans l'article 78 de la loi coordonnée sur les hôpitaux. Il estime exagéré, compte tenu des nombreuses formalités administratives auxquelles sont déjà confrontés les gestionnaires actuellement, d'encore les obliger à déposer leurs comptes à la Banque nationale. Des contrôles suffisants existent déjà.

*M. Jean-Jacques Viseur (PSC)* ajoute qu'étant donné que toutes les entreprises sont tenues à cette obligation, il est normal d'y soumettre également les hôpitaux compte tenu des sommes énormes qu'ils brassent.

## Art. 79

*M. Goutry (CD&V) et cs* déposent un amendement n°26 (Doc 50 1376/3) qui complète l'article par une disposition stipulant que lors de la fixation du budget individuel pour chaque établissement hospitalier, il convient de tenir compte d'une programmation budgétaire par communauté en fonction des chiffres de la population en ce sens que 90% du budget global sont accordés préalablement et 10% sont répartis en fonction des besoins prouvés en matière de soins de santé. Si les différences en besoins en soins de santé ne peuvent pas être établies de manière objective, les 10% du budget restant sont également répartis en fonction des chiffres de la population des communautés.

M. Goutry rappelle que de nombreuses études ont cerné de manière détaillée les différences entre les communautés en matière d'utilisation des soins de santé. Etant donné que des différences non justifiées en matière d'utilisation des soins de santé sont constatées entre les communautés, il est nécessaire de tenir compte d'une programmation budgétaire par communauté. L'intervenant appelle les partis flamands à prendre leurs responsabilités, répondant ainsi aux appels répétés du président du VLD en matière de réduction des dépenses en matière de soins de santé.

*Le ministre* qualifie l'amendement d'inacceptable car il traite d'une matière qui n'est pas reprise dans l'accord de gouvernement.

## Art. 80 et 81

Ces articles ne suscitent aucun commentaire.

## Art. 82

*Mevrouw Anne-Marie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO)* vraagt wat moet worden verstaan onder de woorden "buiten de wil van de patiënt". Houdt die bepaling in dat indien de patiënt een kamer met één of twee bedden kiest en zijn toestand op een bepaald ogenblik vereist dat hij wordt opgenomen in een eenheid voor intensieve zorg, de verblijfssupplementen voor de duur van het verblijf in die eenheid zullen worden geïnd op grond van het soort van kamer dat bij de opname werd gevraagd?

*De minister* bevestigt die interpretatie.

*De heer Luc Goutry (CD&V)* vraagt dat de terminologie in verband met de kamers met één bed of met twee bedden eenvormig wordt gemaakt.

Na een lange discussie over de terminologie dient *mevrouw Anne-Marie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO)* c.s. amendement nr. 85 (DOC 50 1376/...), dat tot doel heeft in de Franse tekst overal aan te geven dat het gaat om "chambre individuelle", "chambre de deux patients" en "chambre commune". Het amendement beoogt tevens terminologische eenvormigheid in de Nederlandse tekst door overal waar die woorden voorkomen aan te geven dat het gaat om "individuele kamer", "tweepatiëntenkamer" en "gemeenschappelijke kamer".

*De heer Luc Goutry (CD&V)* merkt op dat de terminologie zeer belangrijk is in het geval van de dagopname omdat dan geen sprake is van bedden maar van ziekenhuisfuncties. Volgens de spreker zijn voor een ziekenhuisopname in dagverpleging honoraria-supplementen mogelijk. Kamersupplementen zijn daarentegen onaanvaardbaar omdat de patiënt slechts enkele uren in zijn kamer doorbrengt. Bovendien staat de inning van dergelijke supplementen haaks op het standpunt van de minister dat de ziekenhuisopname in dagverpleging geen afzonderlijke structuur is maar een ziekenhuisfunctie.

Volgens *de minister* behoort de ziekenhuisopname in dagverpleging te worden geregeld om problemen te voorkomen in het veld. Hij verzoekt de heer Goutry § 2, eerste lid, van het artikel te lezen, waarin verschillende uitzonderingen worden opgesomd, onder andere als een patiënt na een dagbehandeling om medische redenen wordt opgenomen in een individuele kamer. De weglating van de verwijzing naar de ziekenhuisopname in dagverpleging in dat artikel zou een rechtvacuüm in het leven roepen.

## Art. 82

*Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo)* demande ce qu'il faut entendre par les mots « indépendamment de la volonté du patient ». La disposition signifie-t-elle que si le patient choisit une chambre à un ou deux lits et qu'à un certain moment son état de santé nécessite qu'il soit admis dans une unité de soins intensifs, les suppléments de séjour seront perçus, pour la durée du séjour en soins intensifs, en fonction du type de chambre demandé lors de l'admission?

*Le ministre* confirme cette interprétation.

*M. Luc Goutry (CD&V)* demande que la terminologie relative aux chambres à un ou à deux lits soit harmonisée.

Après une longue discussion sur la terminologie, *Mme Anne-Mie Descheemaeker* et cs déposent un amendement n°85 (Doc 50 1376/...) tendant à préciser partout dans le texte en français qu'il s'agit de « chambre individuelle », de « chambre de deux patients » et de « chambre commune ». L'amendement tend également à harmoniser la terminologie dans le texte néerlandais en stipulant partout où ces termes apparaissent qu'il s'agit de « individuele kamer », de « tweepatiëntenkamer » et de « gemeenschappelijke kamer ».

*M. Luc Goutry (CD&V)* fait remarquer que la terminologie est très importante dans le cas de l'hospitalisation de jour. En effet, dans l'hospitalisation de jour, il n'est plus question de lits mais de fonctions hospitalières. L'intervenant estime que si des suppléments d'honoraires peuvent être envisagés en hospitalisation de jour, au contraire, des suppléments de séjour sont inacceptables étant donné que le patient ne reste que quelques heures dans sa chambre. En outre, le fait de percevoir de tels suppléments va à l'encontre de la position du ministre selon laquelle l'hospitalisation de jour n'est pas une structure séparée mais bien une fonction de l'hôpital.

*Le ministre* estime qu'il convient de régler l'hospitalisation de jour afin d'éviter des problèmes sur le terrain. Il invite M. Goutry à lire le §2, alinéa 1<sup>er</sup> de l'article qui énumère plusieurs exceptions, notamment lorsqu'un patient est admis en chambre individuelle, pour des raisons médicales, après une intervention en hospitalisation de jour. La suppression de la référence à l'hospitalisation de jour à cet article créerait un vide juridique.

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* vraagt of het klopt dat supplementen die worden geïnd in een kamer met twee bedden ten dele moeten worden geristorneerd aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Hij heeft vernomen dat sommige ziekenhuizen aanvoeren dat het nutteloos is de inning van die supplementen af te schaffen omdat ze ondanks alles zullen moeten worden geristorneerd.

*De minister* antwoordt dat het onderdeel C3 van de begroting thans onder meer de supplementen voor tweebeddenkamers bevat. Dat onderdeel is berekend op een historische basis (een deel van de supplementen die werden geïnd in 1981 en een deel dat opnieuw wordt bepaald op de kamers met één bed in 1987) en het bedrag ervan is vastgesteld in een koninklijk besluit en kan niet worden herzien. Het betreft een algemene regel voor alle ziekenhuizen. Zo dreigt een ziekenhuis dat beslist de supplementen voor tweebeddenkamers af te schaffen bedragen te moeten terugstorten. De minister leidt daaruit af dat dat systeem voor verandering vatbaar is.

Het valt voor dat ziekenhuizen geen supplementen vragen in kamers met twee bedden, vooral de kraamklinieken die ertoe worden verplicht alleen kamers met één of twee bedden te hebben.

De minister geeft toe dat de heer Vandeurzen terecht wijst op een onsamenhangendheid op dat vlak, waarover zal moeten worden nagedacht bij de vaststelling van de uitvoeringsmaatregelen.

*Mevrouw Anne-Marie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO)* stipt aan dat de patiënt in de dagverzorgingscentra vaak zijn kamer niet kan kiezen. Er wordt dan ook geen supplement gevraagd.

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* betreurt dat de regering de ziekenhuisopname in dagverpleging in dat systeem opneemt, zowel voor de honorariasupplementen als voor de kamersupplementen als het een verblijf in een tweepersoonskamer betreft. Dergelijke maatregelen zijn sociaal onverantwoord. Het is niet gepast in de wet de honorariasupplementen uit te breiden tot de dagopname. De keuze van de arts om een patiënt op te nemen in dagbehandeling of in «klassiek» opname mag niet afhangen van de mogelijkheid die hij heeft om honorariasupplementen te vragen in een tweepersoonskamer.

Zoals het artikel thans geredigeerd is, biedt het de arts de mogelijkheid die keuze te maken. Hoewel de minister die uitlegging betwist, stelt hij in zijn wetsontwerp, wat de honorariasupplementen betreft, het verblijf in een kamer met twee bedden gelijk met de dagopname

*M. Jo Vandeurzen* demande s'il est exact que les suppléments perçus en chambre à deux lits doivent être partiellement ristournés à l'INAMI. Il lui revient que certains hôpitaux font valoir qu'il est inutile de supprimer la perception de ces suppléments car ils devront malgré tout être ristournés.

*Le ministre* répond qu'actuellement, la sous-partie C3 du budget comprend notamment les suppléments de chambres à deux lits. Cette sous-partie est calculée sur base historique (une partie des suppléments prélevés en 1981 et une partie refixée sur les chambres à un lit en 1987), son montant est fixé dans un arrêté royal et n'est pas révisable. Il s'agit d'une règle générale pour tous les hôpitaux. Ainsi, si un hôpital décide de supprimer les suppléments de chambres à deux lits, il risque de devoir reverser des sommes. Le ministre en conclut que ce système n'est pas interchangeable.

Il arrive que des hôpitaux ne demandent pas de suppléments en chambre à deux lits, surtout les maternités pour lesquelles on impose d'avoir uniquement des chambres à un ou deux lits.

Le ministre reconnaît que M. Vandeurzen a raison de soulever un élément d'incohérence à ce niveau sur lequel il faudra réfléchir lors des mesures d'exécution.

*Mme Anne-Mie Descheemaeker* signale bien souvent le patient n'a pas le choix de sa chambre dans les hôpitaux de jour. Dès lors, il n'est pas demandé de supplément.

*M. Jo Vandeurzen (CD&V)* déplore que le gouvernement implique l'hospitalisation de jour dans ce système, tant en ce qui concerne les suppléments d'honoraires, suppléments de séjour, quand il s'agit d'un séjour en chambre à deux lits. De telles mesures sont socialement injustifiées. Il est inopportun d'élargir dans la loi les suppléments d'honoraires à l'hospitalisation de jour. Le choix qu'a le médecin de faire admettre un patient soit en hospitalisation de jour, soit en hospitalisation classique, ne peut pas dépendre de l'opportunité qu'il a de réclamer des suppléments d'honoraires dans une chambre à deux lits.

L'article, tel que rédigé, permet au médecin de faire ce choix. Bien que le ministre conteste cette interprétation, il assimile dans son projet, pour l'application des suppléments d'honoraires, le séjour en chambre à deux lits et l'hospitalisation de jour en ce qui concerne les pres-

op het stuk van de door de Koning vastgestelde prestaties. Dat betekent dat indien de Koning die prestaties niet bepaalt in de twee situaties verschillende regels gelden voor kamer- en ereloonsupplementen.

Het is voor de heer Vandeurzen duidelijk dat voor de dagopname de regels inzake kamerssupplementen niet dezelfde zijn als inzake de honorariasupplementen.

*De minister* bevestigt dat de regel voor een tweepersonskamer in verband met de kamersupplementen neutraal is voor de artsen, dat wil zeggen dat de dagopname wordt beschouwd als een gewone opname. Hij geeft toe dat zulks niet het geval is voor de honorariasupplementen. Hij geeft aan dat hij voor die uiterst omstrede kwestie een consensus heeft moeten vinden tussen de ziekenfondsen en de artsenverenigingen. Die consensus bestond erin dat rekening wordt gehouden met het soort van prestatie. De ziekenfondsen en de artsen waren het eens om op het stuk van de honorariasupplementen volgens het soort van prestatie een onderscheid te maken tussen een dagcentrum en een gewoon ziekenhuis. Wat de kamersupplementen betreft, zijn ze ervan uitgegaan dat rekening moet worden gehouden met de kosten die worden veroorzaakt door een patiënt die een bepaald type kamer kiest.

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* merkt op dat indien de Koning de lijst van de prestaties niet vaststelt de artsen niet meer verplicht zullen zijn de overeenkomst na te leven voor de patiënten die zijn opgenomen in tweebeddenkamers.

Terwijl de regering in andere artikelen proactief heel willen optreden, moet men hier vaststellen dat ze geen rekening houdt met de evoluties in de sector van de dagopname. Het is jammer dat de minister een handeling moet stellen om te voorkomen dat onbepaald honorariasupplementen worden gevraagd. In werkelijkheid zal de minister voor elke prestatie met de betrokkenen moeten onderhandelen. Het zou beter geweest zijn als basisprincipe te stellen dat de regels in verband met de supplementen dezelfde zijn in de kamers met twee bedden in de dagopname en in de gewone ziekenhuisopname, behalve voor de prestaties die zijn vermeld in de door de Koning vast te stellen lijst.

*De heer Luc Goutry (CD&V)* wijst op de strekking van dat artikel, dat de kamers met één bed of twee bedden in de dagopname gelijkschakelt met dezelfde soorten van kamers, mét supplementen, in de gewone ziekenhuisopname. Hij wijst erop dat men in de dag-

tations déterminées par le Roi. Cela signifie que si le Roi ne définit pas ces prestations, des règles différentes s'appliqueront, dans les deux situations, pour les suppléments de séjour et les suppléments d'honoraires.

Pour M. Vandeurzen, il est clair qu'en ce qui concerne l'hospitalisation de jour les règles pour les suppléments de séjour ne sont pas les mêmes que pour les suppléments d'honoraires.

*Le ministre* confirme que la règle relative aux suppléments de séjour dans une chambre à deux lits est neutre pour les médecins, c'est-à-dire que l'hospitalisation de jour est considérée comme une hospitalisation traditionnelle. Il reconnaît que ce n'est pas le cas pour les suppléments d'honoraires. Il signale que sur cette question très controversée, il a dû trouver un consensus entre les mutuelles et les organisations de médecins. Le consensus a porté sur le fait de prendre en compte le type de prestation. Les mutuelles et les médecins étaient d'accord pour faire une distinction entre hôpital de jour et hôpital traditionnel en ce qui concerne les suppléments d'honoraires selon le type de prestation. En ce qui concerne les suppléments de séjour, ils ont estimé qu'il fallait prendre en compte les coûts provoqués par le patient qui choisit un type particulier de chambre.

*M. Vandeurzen* fait remarquer que si le Roi n'établit pas la liste des prestations, les médecins ne seront pas tenus de respecter la convention pour les patients hospitalisés dans des chambres à deux lits.

Alors que dans d'autres articles, le gouvernement a voulu agir de manière proactive, force est de constater qu'il ne tient pas compte des évolutions dans le secteur de l'hospitalisation de jour. Il est regrettable que le ministre doive poser un acte afin d'éviter que des suppléments d'honoraires illimités soient demandés. En réalité, le ministre devra négocier avec les acteurs pour chaque prestation. Il aurait mieux valu instaurer comme principe de base que les règles relatives aux suppléments sont les mêmes dans les chambres à deux lits en hospitalisation de jour et en hospitalisation traditionnelle sauf pour les prestations reprises dans la liste à fixer par le Roi.

*M. Luc Goutry (CD&V)* attire l'attention sur la portée de cet article qui assimile les chambres à un et à deux lits en hospitalisation de jour aux mêmes types de chambres, avec suppléments, en hospitalisation traditionnelle. Il fait remarquer que bien souvent on ne trouve même

centra vaak geen dergelijke kamer vindt, maar veeleer individuele boxen. In de dagcentra primeren de ingrepen en niet het verblijf aangezien alles in één dag afgehandeld wordt. Het wetsontwerp komt erop neer dat de dagopname wordt gelijkgesteld met de gewone ziekenhuisopname maar dan beperkt tot één dag. De ziekenhuisopname in dagverpleging is een ziekenhuisfunctie, de rest is verblijf. Er bestaat een groot gevaar dat de artsen kiezen voor de dagbehandeling van de patiënten om de supplementen te kunnen innen.

De spreker verwijst naar artikel 82, § 2, laatste lid, van het wetsontwerp, dat luidt als volgt: "Voor het verblijf in een kamer met twee bedden mag geen supplement worden aangerekend wanneer het niet beschikken over onbezette bedden in kamers van meer dan twee bedden, dit verblijf vereist (...)". Hij vraagt of dat lid ook geldt voor de dagopname. Hoe denkt de minister in dat geval het aantal onbezette bedden te controleren ?

*De minister* antwoordt dat de dagcentra ook nu reeds functioneren met kamers met één of twee bedden.

*De heer Luc Goutry (CD&V)* verwijst vervolgens naar artikel 82, §3, die bepaalt dat voor de toepassing van de §§ 1 en 2 de Koning de dagverpleging nader kan omschrijven. Volgens de spreker behoort de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen over die definitie te worden geraadpleegd.

*De minister* bevestigt dat het advies van de NRZV wel degelijk zal worden ingewonnen, hoewel hij het overbodig vindt zulks in de wet op te nemen. Indien met het oog op integratie in het budget wordt voorzien in andere vormen van dagverpleging dan opnames van het type heelkundige ingreep, zal men hoe dan ook het NRZV moeten raadplegen. Artikel 82 heeft thans slechts betrekking op de opname voor heelkundige ingrepen.

Art. 83 tot 85

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

Art. 86

*De heer Luc Goutry (CD&V)* vraagt of de door de Koning te geven definitie van "daghospitalisatie", dezelfde is als die welke is bedoeld in artikel 82, § 3, en die eveneens door Hem moet worden gegeven.

pas de chambre en tant que telle dans les hôpitaux de jour mais plutôt des boxes individuels. Dans les hôpitaux de jour, ce sont les interventions qui priment et non le séjour étant donné que tout se passe en un seul jour. Le projet revient à assimiler l'hospitalisation de jour à l'hospitalisation classique mais limitée à un jour. L'hospitalisation de jour est une fonction d'un hôpital, le reste c'est du séjour. Le risque est grand de voir les médecins opter pour le traitement des patients en hôpital de jour pour pouvoir percevoir des suppléments.

*M. Goutry* se réfère au dernier alinéa du §2 de l'article 82 du projet qui stipule que le séjour en chambre à deux lits ne peut donner lieu à aucun supplément lorsque ce séjour est requis du fait de la non-disponibilité de lits inoccupés dans des chambres à plus de deux lits (...) ». Il demande si cet alinéa s'applique également à l'hospitalisation de jour. De quelle manière le ministre pense-t-il pouvoir contrôler le nombre de lits inoccupés dans ce cas ?

*Le ministre* est d'avis que les hôpitaux de jour travaillent actuellement également avec des chambres à un ou deux lits.

*M. Luc Goutry* se réfère ensuite au §3 de l'article 82 qui précise que pour l'application des paragraphes 1<sup>er</sup> et 2, l'hospitalisation de jour peut être précisée par le Roi. Il estime que le Conseil national des Etablissements hospitaliers doit être consulté sur cette définition.

*Le ministre* confirme que le CNEH sera bien consulté mais il estime superflu de prévoir cette consultation dans la loi. Si d'autres formes d'hospitalisation de jour sont prévues, autres que l'hospitalisation de type chirurgical, en vue d'une intégration dans le budget, il faudra de toutes façons consulter le CNEH. L'article 82 ne concerne actuellement que l'hospitalisation pour des interventions chirurgicales.

Art. 83 à 85

Ces articles n'appellent pas d'observations.

Art. 86

*M. Luc Goutry (CD&V)* se demande si la définition de l'hospitalisation de jour, à établir par le Roi, est la même que celle, à fixer également par le Roi, prévue par l'article 82 § 3.



*De minister* antwoordt dat het in theorie denkbaar is dat een op grond van artikel 86 genomen koninklijk besluit het begrip dagverpleging anders invult dan een krachtens artikel 82, § 3, genomen koninklijk besluit. Dat neemt niet weg dat het de bedoeling is een enkel koninklijk besluit te nemen, in uitvoering van artikel 82 én artikel 86, waarbij het begrip dagverpleging op dezelfde wijze wordt gedefinieerd.

Bovendien zal de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen over het bedoelde ontwerp van koninklijk besluit om advies gevraagd worden.

#### Art. 87

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

#### Art. 88

*De heer Luc Goutry (CD&V)* vraagt, in verband met de raadpleging door de Koning van de bedoelde adviesorganen (NRZV en Overlegstructuur), naar het waarom van de verschillen in formulering, in het Nederlands, van de §§ 2 en 3 van het ontworpen artikel. Er staat immers "gehoord", respectievelijk "na advies"; heeft dat dezelfde juridische betekenis?

*De minister* antwoordt dat beide uitdrukkingen even goed zijn en juridisch hetzelfde betekenen.

*De vorige spreker* wenst meer uitleg over de uiterst ingewikkelde formulering van § 2 van de ontworpen bepaling, dat handelt over de voorwaarden waaronder ziekenhuisactiviteiten "in rekening kunnen worden gebracht bij de dekking van de kosten die veroorzaakt zijn door het naleven van de normen, rekening houdend met de specifieke omstandigheden".

Voorts lijkt de in diezelfde bepaling aan de Koning verleende machtiging wel erg ruim opgevat. Zou het, met het oog op meer transparantie, niet geraden zijn in de wet strikt de regels te omschrijven die afwijken van de principes van de nieuwe regeling inzake ziekenhuisfinanciering?

*De minister* verwijst naar bladzijde 47 van de memorie van toelichting (DOC nr. 1376/001) waarin wordt gesteld dat "een financiering van de naleving van de erkenningsnormen slechts gegarandeerd moet worden voor zover deze gepaard gaan met een voldoende activiteit. Bij de vaststelling van de hoger vermelde voorwaarden en regelen (inzake het in aanmerking nemen van de activiteiten), dient echter rekening te worden gehouden met specifieke omstandigheden die van aard zijn

*Le ministre* répond qu'on peut théoriquement imaginer qu'un arrêté royal soit pris sur la base de l'article 86, définissant la notion d'hospitalisation de jour d'une autre manière que celle prévue par un arrêté royal qui serait pris sur la base du § 3 de l'article 82. L'intention n'en demeure pas moins de prendre un arrêté royal unique pris en exécution des articles 82 et 86, définissant la notion d'hospitalisation de jour de manière identique.

En outre, le Conseil national des établissements hospitaliers sera consulté sur le projet d'arrêté considéré.

#### Art. 87

Cet article n'appelle pas d'observations.

#### Art. 88

*M. Luc Goutry (CD&V)* s'interroge sur les raisons inhérentes à la formulation différente, dans la version néerlandaise des §§ 2 et 3 du texte proposé, de la consultation par le Roi des instances d'avis considérées (C.N.E.H. et Structure de Concertation). Les termes « *gehoord* » et « *na advies* » respectivement retenus revêtent-ils la même signification juridique ?

*Le ministre* indique que ces termes, tout aussi indiqués l'un que l'autre, ont la même signification juridique.

*L'intervenant* précédent souhaite ensuite des précisions concernant la formulation – particulièrement complexe – du §2 de la disposition proposé, s'agissant des conditions suivant lesquelles des activités hospitalières, compte tenu de situations spécifiques, peuvent être prises en compte pour la couverture des frais induits par le respect des normes de financement.

La délégation conférée au Roi paraît, dans cette disposition également, fort large. Ne conviendrait-il pas, dans un souci de transparence, de définir de manière stricte dans la loi les règles dérogatoires aux principes du nouveau système de financement hospitalier ?

*Le ministre* renvoie à l'exposé des motifs (Doc n°1376/1 p. 47) où il est précisé qu'un financement en vue du respect des normes d'agrément ne doit être garanti que pour autant que ces normes s'accompagnent d'une activité justifiée suffisante. Lors de la fixation des conditions susmentionnées de prise en compte des activités, on doit avoir égard à des circonstances spécifiques de nature à influencer les activités et justifiant un règlement dérogatoire : ceci implique, par exemple, que lors de la

om de activiteiten te beïnvloeden en die een afwijkende regeling rechtvaardigen; dit impliceert bijvoorbeeld dat bij de vaststelling van hoger vermelde voldoende activiteit rekening wordt gehouden met geografische en sociale toegankelijkheidscriteria”.

De minister verwijst voor het overige naar zijn antwoorden tijdens de hoorzittingen, toen hij verklaarde dat af en toe kon worden afgeweken van de in het ontworpen artikel opgenomen beginselen, en wel om redenen van geografische en sociale toegankelijkheid.

Hij wenst overigens dat de uitvoerende macht het voorliggende wetsontwerp soepel toepast. Mocht iedere bepaling een behandeling in de Ministerraad vergen, dan zou dit voortdurend aanzienlijke vertragingen veroorzaken.

De minister is niettemin bereid de bepalingen ter uitvoering van de ontworpen maatregelen voor te leggen aan het parlement.

De amendementen nrs. 65 en 66 van de heer Daniel Bacquelaine c.s. (DOC nr. 1376/003) worden ingetrokken.

De amendementen nrs. 4 en 79 van mevrouw De Meyer c.s. (DOC nr. 1376/003) strekken ertoe in het ontworpen artikel 97, §1, te verduidelijken dat de Koning de bepalingen aanwijst die gelden voor de psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen en voor de psychiatrische ziekenhuizen en dat Hij de specifieke regeling voor deze diensten en instellingen vaststelt.

*Mevrouw Anne-Marie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO)*, die deze beide amendementen mede-ondertekende, geeft aan dat de in deze bepaling opgenomen financieringsregels zijn geschreven naar het model voor de financiering van de somatische verzorging in de algemene ziekenhuizen. De financiering van de psychiatrische diensten van de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen volgt evenwel een ander model. Enkele litterae van de ontworpen tekst zijn dus niet van toepassing op die diensten en instellingen die derhalve, zoals dat in het eerste amendement wordt gepreciseerd, specifieke regels vereisen.

Het tweede amendement beoogt, ook wat die psychiatrische ziekenhuizen en diensten betreft, een differentiëring van de budgettaire bepalingen, naar gelang van de categorie van het ziekenhuis of van de gedeelten van een ziekenhuis mogelijk te maken

*De heer Goutry (CD&V) c.s.* dient achtereenvolgens drie amendementen in.

- *Amendement nr. 27 (DOC nr. 1376/003)* heeft dezelfde strekking als de amendementen nrs. 4 en 79 van mevrouw De Meyer c.s.

fixation de l'activité précitée, il est tenu compte de critères d'accessibilité géographique et sociale.

Le ministre renvoie pour le surplus à ses réponses fournies lors des auditions où il avait indiqué que pour des raisons d'accessibilité géographique et sociale, on pourrait quelquefois déroger aux principes repris dans l'article proposé.

Il prône d'autre part une application souple du projet à l'examen par le pouvoir exécutif. Si toute disposition devait requérir un passage en Conseil des ministres pour sa mise en œuvre, cela générerait perpétuellement des retards substantiels.

Cela étant, il se déclare prêt à soumettre au Parlement les dispositifs d'exécution des mesures proposées.

Les amendements( n° 65 et 66- Doc n°1376/3) de M. Bacquelaine et consorts sont retirés.

*Les amendements (n°4 et 79- Doc n°1376/3) de Mme De Meyer et consorts* visent, à l'article 97 § 1er, proposé, à préciser que le Roi désigne les dispositions dudit article applicables aux sections psychiatriques des hôpitaux généraux et aux hôpitaux psychiatriques et qu'il fixe des règles spécifiques pour ces établissements.

*Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo)* indique, en tant que cosignataire de ces deux amendements, que les règles de financement figurant dans cette disposition ont été calquées sur celles applicables aux soins somatiques dans les hôpitaux généraux. Or, le financement des services psychiatriques des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques répond à un autre modèle. Plusieurs littéras du texte proposé ne trouvent dès lors pas à s'appliquer à l'égard de ces services et établissements, qui requièrent des lors, comme le premier amendement le précise, des règles spécifiques. Quant au deuxième amendement, il vise à permettre une différenciation des dispositions budgétaires selon la catégorie de l'hôpital ou des parties d'un hôpital, également en ce qui concerne ces hôpitaux et services psychiatriques.

*MM. Goutry (CD&V) et consorts* déposent successivement trois amendements.

- L'amendement (n°27, Doc n°1376/003) a une portée identique aux amendements n°4 et 79 de Mme De Meyer et consorts.

*De hoofdindieners* geeft aan dat een aantal litterae van de ontworpen tekst geen toepassing vinden op de psychiatrische diensten van de algemene ziekenhuizen en evenmin op de psychiatrische ziekenhuizen. Zo is de uitsplitsing van het budget in een vast en een variabel gedeelte niet aangewezen ten aanzien van die ziekenhuisdiensten, die in feite een vast en gewaarborgd bedrag genieten dat niet varieert naar gelang van de vastgestelde activiteit. De verwijzing naar een verantwoordende activiteit is ter zake al evenmin relevant.

- *Amendement nr. 28 (DOC nr. 1376/003)* strekt ertoe § 1 van de ontworpen bepaling aan te vullen met een bepaling die voorziet in de splitsing van het budget per gemeenschap, op basis van objectieve indicatoren met betrekking tot de gezondheidstoestand van de leden van die gemeenschap.

*De hoofdindieners* van het amendement geeft aan dat het amendement is ingegeven door de vaststelling van niet gerechtvaardigde verschillen in zorgverbruik tussen de gemeenschappen en door het streven naar een goed beheer van de beschikbare middelen in het kader van een homogene bevoegdheidsverdeling. Het verdient derhalve aanbeveling de budgetten vast te leggen per ziekenhuis, binnen het budget dat aan de ziekenhuizen van elke gemeenschap wordt toegewezen.

De spreker hoopt dat de leden van de VLD-fractie dit amendement zullen steunen; hij verwijst daarbij naar de verklaringen van hun partijvoorzitter, die pleit voor de splitsing van de gezondheidszorg per gemeenschap.

- *Amendement nr. 29 (DOC nr. 1376/003)* strekt ertoe de ontworpen bepaling aan te vullen met een § 4, waarin wordt gesteld enerzijds dat het referentiejaar niet "ouder" mag zijn dan twee jaar ten opzichte van het jaar waarvoor het ziekenhuisbudget wordt bepaald, anderzijds dat indien een ziekenhuis kan aanwijzen dat zijn activiteit recenter structureel gewijzigd is met een belangrijke weerslag op zijn budgetbepaling, de begroting van dat ziekenhuis mag worden bijgestuurd, nadat de administratie de definitieve gegevens heeft gevalideerd.

*De hoofdindieners* merkt op dat dit amendement ertoe strekt een te grote *décalage* te voorkomen tussen het referentiejaar waarvan de gegevens voor de bepaling van de ziekenhuisfinanciering gebruikt worden en het jaar waarvoor ze effectief in de financiering worden toegepast. Een te groot verschil zou het risico inhouden dat het verband wordt uitgehold tussen de realiteit van de activiteit van vandaag en financiering die het ziekenhuis op basis van te oude referentiegegevens zou toegewezen krijgen.

*L'auteur principal* indique que plusieurs littéras du texte proposé ne trouvent pas à s'appliquer aux services psychiatriques des hôpitaux généraux ni aux établissements psychiatriques. Ainsi, la scission du budget en une partie fixe et une partie variable n'est-elle pas indiquée à l'égard de ces services hospitaliers qui bénéficient en fait d'un montant fixe et garanti qui ne varie pas en fonction de l'activité constatée. De même, la référence aux activités justifiées n'est pas pertinente.

- L'amendement (n° 28, Doc n°1376/003) vise à compléter le § 1<sup>er</sup> de la disposition proposée par une disposition prévoyant la scission du budget hospitalier entre les Communautés, en fonction d'indicateurs objectifs relatifs à l'état de santé des membres de ces Communautés.

*L'auteur principal* indique que cet amendement procède du constat de différences non justifiées entre Communautés en matière d'utilisation des soins de santé, ainsi que du souci de procéder à une bonne gestion des moyens disponibles dans le cadre d'une répartition homogène de compétences. Il convient dès lors de fixer les budgets par établissement hospitalier dans les limites du budget attribué aux hôpitaux de chaque Communauté.

L'intervenant espère que les membres du groupe VLD soutiendront cet amendement, compte tenu des déclarations du président de leur parti, prônant la scission par Communautés des soins de santé.

- *L'amendement (n°29, Doc n°1376/003)* vise à compléter la disposition proposée par un § 4 prévoyant d'une part, que l'année de référence ne peut être antérieure de plus de deux ans à l'année pour laquelle est fixé le budget hospitalier et d'autre part, que si un hôpital peut démontrer que son activité s'est modifiée plus récemment, la révision du budget hospitalier peut être opérée après la validation des données définitives par l'administration.

*L'auteur principal* signale que cet amendement vise à prévenir la constitution d'un trop grand décalage entre l'année de référence dont les données sont utilisées pour déterminer le financement hospitalier et l'année pour laquelle ces données sont effectivement appliquées dans le financement, et ce, afin d'éviter la perte du rapport entre la réalité de l'activité actuelle et le financement perçu par l'hôpital sur la base de données de référence trop anciennes.

Dit amendement zou voornamelijk kunnen voorzien in de specifieke behoeften van de psychiatrische ziekenhuizen en diensten in het kader van de nieuwe structuren (met name de zorgcircuits) waarin zij zich zullen moeten integreren.

*De minister* geeft aan dat amendement nr. 79 soepeler is dan amendement nr. 27. Dit laatste legt immers voor de psychiatrische diensten van de algemene ziekenhuizen en de psychiatrische instellingen de toepassing vast van de litterae a), f) en g) van het tweede lid van het ontworpen artikel; amendement nr. 79 verduidelijkt meer de specifieke kenmerken van de patiënten die zijn opgenomen in de psychiatrische diensten, van de activiteiten van die diensten en van de daarvoor geldende financieringsregels.

De minister vraagt de verwerping van amendement nr. 28 om precies dezelfde redenen als die welke werden aangevoerd om amendement nr. 26 van dezelfde indieners op artikel 79 te verwerpen.

Amendement nr. 29 compliceert en legt de toestand vast. Dit amendement heeft betrekking op een echt bestaand pijnpunt, dat echter moet worden weggewerkt via een koninklijk besluit, niet door zulks in de ontworpen tekst op te nemen.

*De heer Luc Goutry (CD & V)* antwoordt dat het onderliggende principe van amendement nr. 29 best zou worden vastgelegd in de wet.

*De heer Jean-Jacques Viseur (PSC)* dient amendement nr. 49 (DOC nr.1376/003) in, dat ertoe strekt aan de adviserend geneesheren van de verzekeringsinstellingen de controle op de geldigheid van de gegevens over de medische activiteiten van elk ziekenhuis toe te vertrouwen.

*De indiener* geeft aan dat die controle de hoeksteen van de nieuwe financieringsregeling vormt. Er moet dan ook werk worden gemaakt van de instelling van een procedure die de waarde van de verstrekte MKG-gegevens kan garanderen.

De administratie beschikt echter over weinig middelen en heeft het moeilijk om controleartsen in dienst te nemen of te houden. Om dat te verhelpen zou deze procedure kunnen worden ingesteld op basis van de reeds bestaande en functionerende structuren binnen de verzekeringsinstellingen.

In dat kader zouden de MKG-gegevens via de verzekeringsinstellingen gaan en door hun controleartsen gecheckt worden. Op grond van die gegevens zouden

Cet amendement pourrait principalement rencontrer les besoins spécifiques des hôpitaux et des services psychiatriques, dans les cadres des nouvelles structures (circuits de soins, notamment) dans lesquelles ils sont amenés à s'insérer.

*Le ministre* indique que l'amendement n°79 est plus souple que l'amendement n°26.

L'amendement n°26 fige en effet, pour les services psychiatriques des hôpitaux généraux et les établissements psychiatriques, l'application des littéras a), f) et g) de l'alinéa 2 de l'article proposé. L'amendement n°79 clarifie davantage la spécificité de la patientèle admise en services psychiatriques, des activités desdits des services et des règles de financement qui leur sont applicables.

Le ministre demande le rejet de l'amendement n°28 pour des raisons identiques à celles invoquées à l'appui du rejet de l'amendement n°26 des mêmes auteurs, à l'article 79.

Quant à l'amendement n°29, il complique et fige la situation. Le problème, réel, visé par cet amendement doit être rencontré par arrêté royal et non dans le texte proposé.

*M. Luc Goutry (CD&V)* répond qu'il convient d'ancrer le principe sous-jacent à l'amendement n°29 dans la loi.

*M. Jean Jacques Viseur (PSC)* dépose un amendement ( n°49, Doc n°1376/003) visant à confier aux médecins-conseils des organismes assureurs le contrôle de la validité des données de l'activité médicale hospitalière.

*L'auteur* indique qu'un tel contrôle est un élément fondamental du nouveau système de financement hospitalier. Il importe dès lors d'œuvrer à l'instauration d'une procédure qui garantisse la valeur des données RCM transmises.

Compte tenu de la pauvreté de moyens disponibles au niveau de l'administration et de la difficulté de recruter ou de maintenir en service les médecins contrôleurs, cette procédure pourrait être instituée sur la base de ce qui fonctionne déjà au sein des organismes assureurs.

Dans ce cadre, les données RCM transiteraient par les organismes assureurs et seraient contrôlées par les médecins-conseils de ces derniers. Elles donneraient



vervolgens “medische-activiteitenverslagen” worden opgesteld, die vervolgens worden besproken in de paritair samengestelde structuren waaraan de ziekenhuizen verbonden zijn.

*De minister* verklaart om te beginnen dat de controle, formeel gezien, in artikel 100 en niet in het ontworpen artikel 88 dient te worden geregeld.

Inhoudelijk zal de wijze waarop de precisie en de volledigheid van de gegevens wordt gecontroleerd, overeenkomstig hetzelfde artikel bij koninklijk besluit worden bepaald. Het betreft inderdaad over een delicaat aspect, waarover elke betrokkene inzake gezondheidszorg zich een mening zal hebben gevormd. Daarom zullen conform het voorschrift van hetzelfde artikel intense raadplegingen plaatshebben met die betrokkenen, die in de Overlegstructuur zijn bijeengebracht.

De minister wenst niet vooruit te lopen op het standpunt dat hij na die raadplegingen zal hebben aangenomen en vraagt derhalve de intrekking van het amendement.

#### Art. 89

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

#### Art. 89bis (nieuw)

*Amendement nr. 2* (DOC 50 1376/003) van *mevrouw Magda De Meyer (SP)* c.s. strekt ertoe in de gecoördineerde ziekenhuiswet een artikel 97ter in te voegen luidens hetwelk de Koning in specifieke financieringswijzen kan voorzien om op experimentele basis en beperkt in de tijd een prospectieve en programma-georiënteerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken.

Als mede-indienster verklaart *mevrouw Anne-Marie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO)* dat in het kader van de oprichting van zorgcircuits en netwerken en de ontwikkeling van nieuwe concepten van specifiek groepsgerichte en voorzieningsoverschrijdende zorgprogramma's, de sector de mogelijkheid moet krijgen via proefprojecten in te spelen op de toekomstige ontwikkelingen. De voorzieningen die aan dergelijke experimenten willen meewerken moeten de gelegenheid krijgen om voorstellen bij de overheid in te dienen. Zo kunnen binnen de beschikbare budgetten middelen worden vrijgemaakt voor de financiering van nieuwe concepten en zorgvormen.

*Subamendement nr. 53* (DOC 50 1376/003) van *de heer Yvan Mayeur (PS)* c.s. op amendement nr. 2 bepaalt dat de specifieke financieringsregels worden be-

ensuite lieu à des rapports d'activités médicales examinés paritairement dans des structures où les hôpitaux sont associés.

*Le ministre* déclare tout d'abord que sur le plan formel, le contrôle doit être réglé dans l'article 100 et non dans l'article 88 proposé.

Sur le fond, la manière dont le contrôle est organisé quant à l'exactitude et l'exhaustivité des données sera déterminée par arrêté royal, conformément au même article. Il s'agit effectivement d'un problème délicat à propos duquel chacun des acteurs de la santé se sera forgé une opinion. C'est pourquoi, des consultations intensives des ces acteurs, rassemblés au sein de la Structure de concertation, auront lieu, conformément au prescrit du même article.

Le ministre ne souhaite pas anticiper le point de vue qu'il aura pu se forger à l'issue de ces consultations et il demande dès lors le rejet de l'amendement.

#### Art. 89

Cet article n'appelle pas d'observations.

#### Art 89bis (nouveau)

*L'amendement (n°2, Doc n° 1376/003) de Mme De Meyer et consorts* vise, dans la loi coordonnée sur les hôpitaux à insérer un article 97 ter aux termes duquel le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et réseaux de soins axés sur les programmes.

*Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo)* déclare, en tant que cosignataire, que dans le cadre de la création de réseaux et de circuits de soins et du développement de nouveaux concepts afférents aux programmes de soins centrés sur des groupes spécifiques et dépassant les limites des équipements, il convient de donner au secteur la possibilité d'anticiper les évolutions par le biais de projets pilotes. Les équipements désireux de participer à de tels projets devront pouvoir introduire des propositions auprès de l'autorité afin qu'une partie des moyens budgétaires disponibles puisse être consacrée au financement de nouveaux concepts et formes de soins.

*Le sous-amendement (n°53, Doc n°1376/003) de M. Yvan Mayeur et consorts* à l'amendement n°2 prévoit que les modalités spécifiques du financement considéré



paald bij besluiten vastgesteld na overleg in de Minister-raad.

*De indiener* geeft aan dat aangezien het gaat over proefprojecten, over de beslissingen in verband met de financiering moet worden overlegd in de Ministerraad, in het licht van de vereiste arbitrages.

*Amendement nr. 30* (DOC 50 1376/003) van *de heer Luc Goutry (CD&V) c.s.*, dat identiek is met amendement nr. 2, wordt ingetrokken.

*De minister van Sociale Zaken en Pensioenen* en de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leffmilieu kunnen zich terugvinden in het aan amendement nr. 2 ten grondslag liggende principe, maar zijn geen voorstander van overleg in de Ministerraad, zoals amendement nr. 53 voorstelt, omdat die projecten experimenteel en van korte duur zijn. Zij verbinden er zich evenwel toe de gemaakte keuzes toe te lichten in het parlement, vóór de goedkeuring van het koninklijk besluit dat uitvoering geeft aan het ontworpen besluit.

*De heer Yvan Mayeur (PS)* trekt vervolgens zijn amendement in.

Art. 90

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Art. 91

*De heer Luc Goutry (CD&V)* vraagt zich af welke instantie de regels zal moeten bepalen voor het verlenen van het in dit artikel bepaalde bijzonder bedrag. Hij meent ook dat de term «bijzonder bedrag», die in de Nederlandse versie van de ontworpen tekst wordt gebruikt, minder geschikt is dan de term «*montant spécifique*», die in de Franse versie wordt gebruikt, aangezien eerstgenoemde uitdrukking suggereert dat het betrokken bedrag een uitzonderlijke ontvangst is.

*De minister* verwijst naar artikel 99, tweede lid, van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen, dat door de ontworpen tekst niet wordt gewijzigd. Dat preciseert dat de minister van Volksgezondheid de toekenningsregels bepaalt.

Het adjectief «bijzonder» is voorts geschikt en betekent dat het gaat om een specifiek bedrag.

Art. 92 en 93

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

sont arrêtées après délibération en Conseil des ministres.

*L'auteur* indique que comme il s'agit en l'occurrence de projets-pilotes, les décisions de financement doivent être délibérées en Conseil des ministres, eu égard aux arbitrages qu'elles requièrent.

*L'amendement* (n°30, Doc n°1376/003) de *M. Luc Goutry (CD&V) et consorts*, identique à l'amendement n°2 est retiré.

*Le ministre des Affaires sociales et des Pensions et la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement*, tout en étant favorables au principe sous-jacent à l'amendement n°2, ne sont pas partisans d'une délibération en Conseil des ministres, telle que la prévoit l'amendement n°53, eu égard au caractère expérimental et de courte durée des projets considérés. Ils s'engagent toutefois à expliciter au Parlement les choix qui seront opérés, avant l'adoption de l'arrêté royal d'exécution du texte proposé.

M. Yvan Mayeur (PS) retire ensuite son amendement.

Art. 90

Cet article n'appelle pas d'observations.

Art. 91

*M. Luc Goutry (CD&V)* s'interroge sur l'autorité appelée à déterminer les règles d'octroi du montant spécifique prévu dans cet article. Il estime également que les termes «bijzonder bedrag» retenus par la version néerlandaise du texte proposé, sont moins appropriés que les termes «montant spécifique» consacrés par la version française, étant donné qu'ils laissent sous-entendre que le montant considéré est une recette exceptionnelle.

*Le ministre* renvoie à l'alinéa 2 de l'article 99 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, non modifié par le texte proposé, qui précise que le ministre de la Santé publique détermine les règles d'octroi en question.

D'autre part, le qualificatif «bijzonder» est adéquat et signifie qu'il s'agit d'un montant spécifique.

Art. 92 et 93

Ces articles n'appellent pas d'observations.

## Art. 94

*De amendementen nr. 67 en 68 (DOC 50 1376/003) van de heer Daniel Bacquelaine (PRL FDF MCC) worden ingetrokken.*

*Amendement nr. 7 (DOC 50 1376/003) van mevrouw Magda De Meyer (SP) c.s. voorgesteld door mede-ondertekenaar mevrouw Michèle Gilkinet (AGALEV-ECOLO), strekt ertoe § 2 van het ontworpen artikel 102 aan te vullen met een lid luidens hetwelk de verdeelsleutel tussen de toelage verleend door de Staat (25 pct.) en het bedrag ten laste van de verzekeringsinstellingen of hiermede gelijkgestelden (75pct), van toepassing is na aftrek van de in uitzicht gestelde bijkomende bijdrage om de specifieke kosten te dekken die worden veroorzaakt door een uitgesproken zwak sociaal-economisch patiëntenprofiel van het ziekenhuis.*

*Amendement nr. 31 (DOC 50 1376/003) van de heer Luc Goutry (CD&V) c.s. heeft tot doel te preciseren dat de voorwaarden voor de toekenning van de bijkomende toelage voor de universitaire instellingen, diensten of functies worden bepaald bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.*

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V) geeft aan dat om elke vorm van willekeur te voorkomen, het onontbeerlijk is de bijkomende toelagen te objectiveren volgens strikte en controleerbare criteria.*

*De minister vraagt de verwerping van het amendement, dat feitelijk voortspuit uit wantrouwen jegens de regering.*

*Amendement nr. 32 (DOC 50 1376/003) van de heer Jo Vandeurzen (CD&V) c.s. strekt ertoe te preciseren dat de bijkomende toelage voor de universitaire instellingen, diensten of functies wordt verleend volgens het gemiddeld aantal artsen en specialisten die in de overeenstemmende faculteit geneeskunde en het betrokken universitair ziekenhuis zijn opgeleid, waarbij ook rekening wordt gehouden met de per gemeenschap bepaalde opleidingsquota.*

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V) geeft aan dat dit amendement eveneens voortspuit uit de bezorgdheid om de criteria voor de toekenning van de bijkomende toelage te objectiveren volgens parameters die effectief zijn gekoppeld aan de specificiteit van de universitaire functies.*

*Uit de door de minister tijdens de hoorzittingen en de algemene bespreking gegeven antwoorden blijkt immers dat er ondanks de tekst van het ontworpen artikel 94 op het vlak van de financieringstechnieken een (door onduidelijke redenen ingegeven) verschil zal bestaan tus-*

## Art. 94

*Les amendements (n°67 et 68, Doc n°1376/003) de M. Bacquelaine sont retirés.*

*L'amendement (n°7, Doc n° 1376/003) de Mme De Meyer et consorts, présenté par Mme Michèle Gilkinet (Ecolo-Agalev), cosignataire, vise à compléter le § 2 de l'article 102 proposé par un alinéa précisant que la clé de répartition entre la subvention accordée par l'État (25 %) et le montant à charge des organismes assureurs ou assimilés (75 %) est d'application après déduction de la subvention complémentaire prévue pour couvrir les coûts spécifiques générés par l'hôpital ayant un profil de patient très faible sur le plan socio-économique.*

*L'amendement (n°31, Doc n°1376/003) de M. Goutry et consorts vise à préciser que les conditions d'octroi de la subvention complémentaire, allouée aux établissements, services ou fonctions universitaires, sont fixées par arrêté délibéré en Conseil des ministres.*

*M. Jo Vandeurzen (CD&V) indique qu'afin d'éviter tout arbitraire, il est indispensable que les subsides complémentaires considérés soient objectivés en fonction de critères stricts et contrôlables.*

*Le ministre demande le rejet de l'amendement, qui procède en fait de la méfiance vis-à-vis de l'Exécutif.*

*L'amendement n° 32 (Doc n°1976/003) de M. Vandeurzen et consorts vise à préciser que la subvention complémentaire allouée aux établissements, services ou fonctions universitaires est accordée en fonction du nombre moyens de médecins et de spécialistes qui ont été formés dans la faculté de médecine correspondantes et dans l'hôpital universitaire concerné, compte tenu par ailleurs du quota de formation des médecins, fixé par Communauté.*

*M. Jo Vandeurzen (CD&V) indique que cet amendement procède également du souci d'objectiver les critères d'octroi de la subvention complémentaire considérée en fonction de paramètres effectivement liés à spécificité des fonctions universitaires.*

*Il apparaît en effet des réponses fournies par le ministre lors des auditions et de la discussion générale, et ce, en dépit du libellé de l'article 94 proposé, qu'une différence —dont les raisons demeurent obscures— existera au niveau des techniques de financement entre les*

sen de universitaire diensten, functies en programma's die niet zijn gevestigd in een universitair ziekenhuis in de strikte zin (die geen beroep zullen kunnen doen op onderdeel B7 van de begroting) en de universitaire ziekenhuisinstellingen in de strikte zin.

*Amendement nr. 33 (DOC 50 1376/003) van de heer Luc Goutry (CD&V) c.s.* heeft tot doel § 2 van het ontworpen artikel te vervangen door een bepaling luidens welke de Staat onder de door de Koning vastgestelde voorwaarden en na het advies van de NRZV en de Overlegstructuur te hebben ingewonnen een bijkomende toelage kan verlenen aan de ziekenhuizen die specifieke kosten kunnen aantonen die worden veroorzaakt door een uitgesproken sociaal-economisch zwakke patiëntenpopulatie.

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* geeft aan dat dit amendement voortspuit uit het streven elke vorm van willekeur bij de uitvoerende macht te voorkomen bij het bepalen van de bedragen en criteria die zullen worden gebruikt, en derhalve te voorkomen dat bijkomende kredieten worden verleend die niet overeenstemmen met reële kosten van de betrokken ziekenhuisinstelling.

*De minister* is gekant tegen een verplichte vaststelling in de wet dat de die adviesinstanties worden geraadpleegd.

*Amendement nr. 48 (DOC 50 1376/003) van de heer Jean-Jacques Viseur (PSC)* strekt ertoe § 2 van het ontworpen artikel aan te vullen met een bepaling luidens welke de verlening van de bij § 2 bedoelde bijkomende toelage geschiedt volgens een verdeelsleutel waarbij per ziektebeeld wordt vergeleken wat de gemiddelde verblijfsduur in een ziekenhuis is voor de patiënten die al dan niet de sociale franchise genieten.

*De indiener* geeft aan dat met dit amendement een objectief criterium wordt geboden ter bepaling van de bijkomende toelagen die worden uitgekeerd om aan de specifieke sociale functie tegemoet te komen.

*De minister* gaat in op de amendementen nr. 32 en 48 en geeft aan dat het niet wenselijk is de voorwaarden vast te stellen die bij die amendementen in de wet worden opgenomen; zulks valt onder de uitvoeringsbesluiten, waarvan de uitwerkingstechnieken eenvoudiger zijn.

Art. 95 tot 98

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

services, fonctions et programmes universitaires non situés dans un hôpital universitaire au sens strict (qui ne pourront pas puiser dans la sous-partie B7 du budget) et les établissements hospitaliers universitaires au sens strict.

*L'amendement (n°33, Doc n°1376/003) de M. Luc Goutry et consorts* vise à remplacer le § 2 de l'article proposé par une disposition prévoyant que l'État peut, dans les conditions fixées par le Roi, après avis du CNEH et de la structure de concertation, octroyer une subvention complémentaire aux hôpitaux qui peuvent justifier de coûts spécifiques générés par un profil de patient très faible sur le plan socio-économique.

*M. Jo Vandeurzen (CD&V)* indique que cet amendement procède du souci d'éviter tout arbitraire de la part de l'exécutif dans l'établissement des montants et des critères qui seront utilisés et dès lors d'éviter l'octroi de crédits supplémentaires ne correspondant pas à des coûts réels dans le chef de l'établissement hospitalier considéré.

*Le ministre* est opposé à la fixation obligatoire dans la loi de la consultation des instances d'avis en question.

*L'amendement (n°48, Doc n°1376/003) de M. Jean-Jacques Viseur* vise à compléter le § 2 de l'article proposé par une disposition prévoyant l'octroi du subside complémentaire visé audit § en fonction d'une clé de répartition établie à partir d'une comparaison par pathologie des durées moyennes de séjours pour les patients bénéficiant ou non selon, le cas, de la franchise sociale.

*L'auteur* indique que cet amendement permet d'obtenir un critère objectif permettant de déterminer les subventions complémentaires versées aux fins de couvrir la fonction spécifique sociale.

Réagissant aux amendements n°32 et 48, *le ministre* indique qu'il n'est pas souhaitable de fixer les conditions qu'ils instaurent dans la loi; ceci étant du ressort des arrêtés d'exécution qui obéissent à des techniques d'élaboration plus simples.

Art. 95 à 98

Ces articles n'appellent pas de remarques.

## Art. 99

*Amendement nr. 69* (DOC 50 1376/003) van de heer Daniel Bacquelaine (PRL FDF MCC) wordt ingetrokken.

De heer Luc Goutry (CD&V) vraagt of de regeling waarvoor in § 1, eerste lid, van de ontworpen tekst wordt geopteerd, een modernisering inhoudt van de PAL-NAL-regeling op grond van een evaluatie van de gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis.

Betekent voorts de verrekening per groep van ziekenhuizen, waarvan in het derde lid van dezelfde paragraaf sprake is, dat een categorie van ziekenhuizen (zoals de psychiatrische ziekenhuizen) kan ontkomen aan de verrekening van de tekorten, als de verantwoordelijkheid voor de overschrijding van de begroting ligt bij andere categorieën van ziekenhuizen, zoals de «acute ziekenhuizen»?

De minister antwoordt ontkennend op de eerste vraag. De geplande regeling is in feite een manier om de aan de ziekenhuizen toegekende budgettaire enveloppe te sluiten, door het verschil tussen de algemene ziekenhuisbegroting en de algemene uitgaven later in de financiële middelen van elk ziekenhuis te verrekenen.

De minister antwoordt bevestigend op de tweede vraag.

## Art. 100

*Amendement nr. 80* (DOC 50 1376/005) van de heer Luc Goutry (CD&V) c.s. heeft tot doel de adviserend geneesheren van de verzekeringsinstellingen te belasten met de onderzoeken en vaststellingen in verband met de minimale klinische en financiële gegevens.

De hoofdindieners geeft aan dat dit amendement lijkt op amendement nr. 49 van de heer Viseur, met betrekking tot artikel 88. De adviserend geneesheren van de verzekeringsinstellingen, die hun streek kennen, beschikken al over een zekere *knowhow* inzake de controle van de medische gegevens. Zulks moet worden benut.

De minister vraagt de verwerping van het amendement om dezelfde redenen als die welke zijn aangevoerd ter ondersteuning van de vraag tot verwerping van amendement nr. 49.

*Amendement nr. 6* (DOC 50 1376/003) van mevrouw Magda De Meyer (SP) c.s. strekt ertoe te preciseren dat de toepassing van de artikelen over de begroting van de financiële middelen afhankelijk wordt gemaakt van het bijhouden van een medische dossier.

## Art. 99

L'amendement (n°69, Doc n°1376/003) de M. Bacquelaine est retiré.

M. Luc Goutry (CD&V) se demande si le dispositif retenu au § 1<sup>er</sup>, alinéa premier, du texte proposé constitue une modernisation du système de financement DJN-DJP, fondé sur une évaluation des durées moyennes de séjour hospitalier.

D'autre part, l'imputation par groupes d'hôpitaux, dont il est question à l'alinéa 3 du même §, signifie-t-elle qu'une catégorie d'hôpitaux, comme les hôpitaux psychiatriques par exemple, peut échapper à l'imputation des déficits dès lors que la responsabilité du dépassement budgétaire gît auprès d'autres catégories d'hôpitaux, comme les établissements aigus ?

Le ministre répond par la négative à la première question. Le dispositif prévu constitue en fait une manière de fermer l'enveloppe budgétaire affectée aux hôpitaux en procédant à une imputation ultérieure sur les moyens financiers de chaque hôpital de la différence entre le budget hospitalier global et les dépenses globales.

Le ministre répond par l'affirmative à la seconde question.

## Art. 100

L'amendement (n°80, Doc n°1376/5) de M. Goutry et consorts vise à confier aux médecins conseils des organismes assureurs les vérifications et constatations relatives aux données financières et cliniques minimales.

L'auteur principal indique que cet amendement est similaire à l'amendement n°49 de M. Viseur, afférent à l'article 88. Les médecins-conseils des organismes assureurs, qui connaissent leur région, disposent déjà d'un know-how en matière de contrôle des données médicales et il convient de tirer parti de leur potentiel.

Le ministre demande le rejet de l'amendement, pour des raisons identiques à celles invoquées à l'appui de la demande de rejet de l'amendement n°49.

L'amendement (n°6, Doc n°1376/003) de Mme De Meyer et consorts vise à préciser que l'application des articles concernant le budget des moyens financiers peut être subordonnée à la tenue d'un dossier médical.

*Mevrouw Anne-Marie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO)* geeft aan dat voor de mededeling van de minimale klinische gegevens, dat een instrument zal vormen voor het vaststellen van de «verantwoorde activiteit», de inhoud van het medisch dossier een controle-element is. In dit opzicht moet het volledig en correct bijhouden ervan kunnen worden gestraft met dezelfde middelen.

*De heer Luc Goutry (CD&V)* vraagt of § 1, c), van het ontworpen artikel een wettelijke grondslag vormt voor de stopzetting van elke betaling voor zware medische apparatuur boven het inzake programmatie toegestane quotum.

*De minister* geeft aan dat die bepaling de mogelijkheid biedt het budget van een ziekenhuis dat de normen inzake zware medische apparatuur niet in acht neemt met een bepaald percentage te verlagen, op voorwaarde dat de gemeenschappen, die bevoegd zijn voor de verlening van de toestemming om die apparatuur te plaatsen, de overtredingen vaststellen.

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* wijst erop dat overeenkomstig artikel 105 van de ontworpen tekst de niet-toegestane exploitatie van zware medische apparatuur strafrechtelijk strafbaar is en dat de parketten bijgevolg vervolgingen mogen instellen en vaststellingen mogen verrichten.

*De minister* bevestigt dat.

Art. 101

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Art. 102

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* heeft vragen over de bevoegdheid van de federale overheid inzake de regeling van de aanzuivering van de exploitatietekorten van de openbare ziekenhuizen, en meer bepaald van de ziekenhuizen die door de OCMW's worden beheerd.

Artikel 125 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, zoals gewijzigd, in het Vlaams Gewest, bij de decreten van 14 juli 1998 en 18 mei 1999, voorziet immers in specifieke regels voor de dekking van de tekorten van de verenigingen van OCMW's die zijn opgericht met het oog op de exploitatie van een ziekenhuis. Die regels verschillen naargelang de publiekrechtelijke rechtspersonen waaruit die verenigingen zijn samengesteld al dan niet beschikken over de meerderheid van de stemmen in de beheersorganen van die verenigingen. In bevesti-

*Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo)* indique que pour la communication des données du résumé clinique minimum, qui seront un instrument pour la fixation de l'activité justifiée, le contenu du dossier médical est un élément de contrôle. Dès lors, sa tenue à jour correcte et complète doit pouvoir être sanctionnée avec les mêmes moyens.

*M. Luc Goutry (CD&V)* se demande le point c) du § 1<sup>er</sup> de l'article proposé constitue une base légale permettant de cesser tout paiement de l'appareillage médical lourd excédant le quota autorisé en termes de programmation.

*Le ministre* indique que cette disposition permet de diminuer à concurrence d'un certain pourcentage le budget affecté à l'hôpital qui ne respecte pas les normes en matière de programmation d'appareillage lourd, à condition que les Communautés, compétentes pour l'octroi de l'autorisation d'implantation de cet appareillage, procèdent aux constatations des infractions.

*M. Jo Vandeurzen (CD&V)* fait observer que dès lors que conformément à l'article 105 du texte proposé, l'exploitation non autorisée de l'appareillage médical lourd est punissable pénalement, les parquets peuvent procéder aux poursuites et aux constatations.

*Le ministre* le confirme.

Art. 101

Cet article n'appelle pas d'observations.

Art. 102

*M. Jo Vandeurzen (CD&V)* s'interroge sur la compétence de l'autorité fédérale en matière de règlement de l'apurement des déficits d'exploitation des hôpitaux publics, et plus particulièrement des hôpitaux gérés par les CPAS.

L'article 125 de la loi du 8 juillet 1976 organique des CPAS, tel que modifié, en Région flamande, par les décrets des 14 juillet 1998 et 18 mai 1999, prévoit en effet des règles spécifiques de couverture de déficits des associations de CPAS constituées en vue de l'exploitation d'un hôpital, qui diffèrent selon que les personnes morales de droit public qui composent ces associations disposent ou non de la majorité des voix au sein des organes de gestion desdites associations.

Dans l'affirmative, les règles d'apurement coïncident avec les règles fixées par l'article 114 actuel de la loi



gend geval vallen de aanzuiveringsregels samen met de regels die zijn vastgesteld in het huidige artikel 114 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en die zijn overgenomen in het punt 3° van het artikel in ontwerp; in het andere geval dragen de publiekrechtelijke rechtspersonen bij in de tekorten van de vereniging, naar evenredigheid van hun inbreng in de vereniging ten aanzien van de totale inbreng van alle leden. We hebben dus te maken met een dubbele reglementering, wat nog wordt versterkt door de ontworpen tekst.

*De minister* merkt op dat krachtens artikel 5, § 1, I, 1°, b), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen alleen de federale overheid bevoegd is voor de financiering van de exploitatie wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving.

Bovendien heeft de regeling van de tekorten, zoals bepaald bij artikel 109 en, sinds 1990, artikel 114 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen, steeds als dusdanig bestaan, zonder dat zulks aanleiding heeft gegeven tot betwisting.

De Raad van State heeft trouwens geen enkele opmerking gemaakt over het ontworpen artikel.

*De vorige spreker* vraagt vervolgens preciseringen over de formulering van het punt 3° van het artikel in ontwerp. Het aandeel van de plaatselijke besturen in het ziekenhuistekort wordt vastgesteld naar verhouding van hun aandeel in de vereniging van gemeenten of van OCMW's: geschiedt die berekening op grond van het aantal stemmen van de voormelde besturen in de beheersorganen van die verenigingen, of naar gelang van hun inbreng?

*De minister* geeft aan dat de statuten van de voormelde verenigingen de regels vaststellen voor de verdeling van het ziekenhuistekort tussen de plaatselijke besturen die er lid van zijn, alsmede de berekeningswijzen van die verdeling: zo gelden doorgaans de respectieve inbrengen, maar in sommige gevallen worden andere factoren in aanmerking genomen, zoals het aantal inwoners van elke gemeente.

*De vorige spreker* vraagt vervolgens of de plaatselijke besturen in de voormelde statuten het aandeel van elk van hen in het ziekenhuistekort vrij mogen bepalen, in voorkomend geval zonder enig verband of correlatie met hun aantal stemmen of hun inbrengen in de bedoelde vereniging. Zo ja, hoe bepaalt de administratie van Volksgezondheid het door elk plaatselijk bestuur overeengekomen aandeel in het ziekenhuistekort van de vereniging?

coordonnée sur les hôpitaux et reprises au 3° de l'article proposé.

Dans la négative, les personnes de droit public interviennent dans les déficits de l'association, au prorata de leur apport dans cette dernière, au regard de la totalité de l'apport de tous les associés.

On est dès lors confronté à une double réglementation, phénomène qui est conforté par le texte proposé.

*Le ministre* fait observer qu'aux termes de l'article 5, § 1<sup>er</sup>, I, 1°, b), de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, l'autorité fédérale est seule compétente pour le financement de l'exploitation, lorsqu'il est organisé par la législation organique hospitalière.

En outre le règlement des déficits, tel que prévu à l'article 109 et, depuis 1990, à l'article 114 de la loi coordonnée relative aux hôpitaux, a toujours existé comme tel, sans donner lieu à contestations.

Par ailleurs, le Conseil d'État n'a formulé aucune observation au sujet de l'article proposé.

*L'intervenant précédent* s'enquiert ensuite de précisions concernant la formulation du 3° de l'article proposé. La part des administrations locales dans le déficit hospitalier s'établit au prorata de leur part dans l'association intercommunale ou de CPAS : ce calcul s'effectue-t-il en fonction du nombre de voix desdites administrations au sein des organes de gestion des associations considérées ou en fonction de leurs apports ?

*Le ministre* indique que les statuts des associations considérées fixent les règles de répartition du déficit hospitalier entre les administrations locales qui en sont membres ainsi que les modes de calcul de cette répartition : ainsi, la plupart du temps, les apports respectifs sont pris en considération mais dans certains cas, d'autres facteurs, comme le nombre d'habitants des communes respectives, sont pris en compte.

*L'intervenant précédent* se demande ensuite si les administrations locales peuvent librement fixer dans les statuts précités la part de chacune d'entre elles dans le déficit hospitalier, le cas échéant sans aucune corrélation ou proportion avec leur nombre de voix ou leurs apports au sein de l'association considérée. Dans l'affirmative, de quelle manière l'administration de la Santé publique constate-t-elle la part convenue par chaque administration locale dans le déficit hospitalier de l'association ?

*De minister* antwoordt dat terzake de vrijheid van de overeenkomsten geldt : dankzij de vrijheid van onderhandeling kan elk van de plaatselijke besturen bepalen hoeveel het in de betrokken vereniging bijdraagt. Met andere woorden, de plaatselijke besturen die lid zijn van de vereniging stellen vrijelijk hun respectieve aandelen in het ziekenhuistekort vast.

De statuten van de vereniging moeten worden voorgelegd aan het ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, dat de tekorten verdeelt op grond van wat de plaatselijke besturen in die statuten zijn overeengekomen.

*De heer Yvan Mayeur (PS)* bevestigt die uitlegging aan de hand van een soortgelijk voorbeeld : voor het beheer van het Instituut Bordet bestaat een associatie tussen het OCMW van Brussel en de ULB, ten belope van 50 % van de aandelen voor elk van de overeenkomstsluitende partijen. Op grond van de overeenkomst betaalt de ULB 50 % van het tekort van het Instituut Bordet aan de Stad Brussel. Voor het overige bepaalt het ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu het bedrag van het ziekenhuistekort van de openbare ziekenhuizen en is de stad als enige verantwoordelijk voor de betaling van het bedoelde tekort ten aanzien van het ministerie.

*De heer Luc Goutry (CD&V) c.s.* dient achtereenvolgens drie amendementen in :

- amendement nr. 34 (DOC 50 1376/003) strekt ertoe artikel 109 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen op te heffen;
- amendement nr. 35 (DOC 50 1376/003) heeft in bijkomende orde tot doel het ontworpen artikel 109 aan te vullen met een bepaling luidens welke de Koning de toepassing van dat artikel buiten werking kan stellen;
- amendement nr. 36 (DOC 50 1376/003) beoogt, eveneens in bijkomende orde, het ontworpen artikel te vervangen door een bepaling naar luid waarvan ziekenhuizen met één of meer gemeenten of OCMW's, overeenkomsten kunnen sluiten met betrekking tot de bijdrage van deze openbare besturen tot delging van het exploitatietekort van het openbaar ziekenhuis.

Als medeondertekenaar van de amendementen geeft *de heer Jo Vandeurzen (CD&V)* aan dat er geen enkele reden is om een plaatselijk bestuur de exploitatietekorten te doen dragen van de openbare ziekenhuizen waarvan de patiënten per definitie ook afkomstig zijn uit andere gemeenten dan die waar het ziekenhuis gevestigd is.

De exploitatie van een ziekenhuis ligt in feite buiten het kader van de opdrachten van de gemeente.

Bovendien is de regering van plan in artikel 94 van de ontworpen tekst de mogelijkheid op te nemen om een

*Le ministre* répond que la liberté des conventions est applicable en l'espèce : la liberté de négociation dans le chef des administrations locales membres permet en effet de définir la pondération de chaque d'entre elles dans l'association en question. En d'autres termes, les administrations locales membres de l'association conviennent librement de leurs parts respectives dans le déficit hospitalier.

Les statuts de l'association doivent être soumis au ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, qui procède à la répartition des déficits en fonction de ce qui a été convenu par les administrations locales dans lesdits statuts.

*M. Yvan Mayeur (PS)* confirme cette interprétation par un exemple analogue : le CPAS de Bruxelles-ville est associé à l'U.L.B, à concurrence de 50 % des parts dans le chef de chaque partie au contrat, dans la gestion de l'Institut Bordet. L'ULB paye par convention 50 % du déficit de l'Institut à la ville de Bruxelles. Cela étant, le ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement arrête le montant du déficit hospitalier des hôpitaux publics et la ville est seule responsable du paiement du déficit en question envers le ministère.

*M. Luc Goutry (CD&V) et cconsorts* déposent successivement trois amendements :

- *l'amendement* (n°34, Doc n° 1376/003) vise à abroger l'article 109 de la loi coordonnée relative aux hôpitaux ;
- *l'amendement* (n°35, Doc n°1376/003) vise, à titre subsidiaire, à compléter l'article 109 proposé par une disposition prévoyant la suspension, par le Roi, de l'application de cet article ;
- *l'amendement* (n°36, Doc n°1376/003) vise, à titre subsidiaire également, à remplacer l'article proposé par une disposition prévoyant la possibilité dans le chef des hôpitaux de conclure avec une ou plusieurs communes ou un ou plusieurs CPAS, des accords concernant la contribution de ces administrations publiques au comblement du déficit d'exploitation de l'hôpital public.

*M. Vandeurzen (CD&V)* indique, en tant que cosignataire des amendements, qu'il n'y a plus aucune raison de faire supporter par une administration locale les déficits d'exploitation des hôpitaux publics dont les patients proviennent par définition également d'autres communes que celle où est situé l'hôpital considéré.

L'exploitation d'un hôpital dépasse en fait le cadre des missions imparties à la commune.

En outre, le gouvernement entend inscrire à l'article 94 du texte proposé la possibilité d'accorder un finance-

aanvullende financiering te verlenen aan de ziekenhuizen waarvan de patiënten specifieke sociale kenmerken vertonen die een invloed hebben op de exploitatievoorwaarden. Indien de federale overheid die uitwerkingen van een sociaal vraagstuk compenseert ten aanzien van alle ziekenhuizen is er geen reden meer om de huidige regel inzake aanzuivering van het ziekenhuistekort te handhaven.

Indien de lagere overheid overigens van mening is dat sommige activiteiten toch door het betrokken ziekenhuis moeten worden georganiseerd omwille van het belang ervan op het stuk van de toegankelijkheid van de verzorging, mogen het gemeentebestuur of het OCMW terzake overeenkomsten sluiten met het betrokken ziekenhuis.

*De minister* kant zich tegen de amendementen nrs. 34 en 35. De regel dat het tekort van het openbaar ziekenhuis voor rekening van de moedergemeente komt, moet immers worden gehandhaafd. Dat tekort moet immers worden gedragen door de overheid die medeverantwoordelijk is voor de oprichting van het betrokken openbaar ziekenhuis. Bovendien kan het tekort tijdelijk zijn en moet het kunnen worden weggewerkt.

De minister is ook tegen amendement nr. 36 gekant. Naast het feit dat er een discrepantie is tussen het amendement en de verantwoording (waarin ook sprake is van de privé-ziekenhuizen), kan men zich afvragen of het opstellen van overeenkomsten betreffende de aanzuivering van het ziekenhuistekort bij wet moet worden geregeld.

#### Art. 103

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

#### Art. 104

*De heer Luc Goutry (CD&V)* vraagt wat in de ontworpen wetswijziging moet worden verstaan onder « aangestelden ». Zijn dit deskundigen ? Of gaat het over een aanvulling van het kader met niet-statutairen ?

*De minister* bevestigt dat tot dusver slechts statutair benoemde agenten in aanmerking kwamen : ambtenaren of beambten. Het begrip 'aangestelden' is ruimer en kan ook de contractuelen voor tijdelijke behoeften in ministeries omvatten, net zoals hiermee – zoals de heer Goutry suggereert – ook deskundigen bedoeld kunnen worden. De Raad van State heeft hier geen opmerking over gemaakt, het ontworpen systeem is dus tegelijk soepel en wettelijk onderbouwd.

ment additionnel aux hôpitaux lorsqu'ils sont confrontés à une problématique sociale spécifique qui influe sur leurs conditions d'exploitation. Si le pouvoir fédéral compense ces effets d'une problématique sociale à l'égard de tous les hôpitaux, il n'y a plus de raison de maintenir la règle actuelle en matière d'apurement du déficit hospitalier.

Cela étant, si la collectivité locale estime que certaines activités doivent néanmoins être organisées par l'hôpital considéré, pour le motif de leur importance en termes d'accessibilité des soins de santé, l'administration communale ou le CPAS peuvent conclure des accords à ce sujet avec l'hôpital en question.

*Le ministre* s'oppose aux amendements n°34 et 35. Il convient en effet de maintenir la règle de l'imputation du déficit hospitalier public dans le chef de la commune-mère. Ce déficit doit en effet incomber à l'autorité qui est co-responsable de la création de l'hôpital public en question. En outre, le déficit considéré peut être temporaire et doit pouvoir être résorbé.

Le ministre s'oppose également à l'amendement n°36. Outre le fait que le libellé du texte de l'amendement ne correspond pas à la formulation de sa justification (qui évoque également les hôpitaux privés), on peut se demander s'il convient de régler dans la loi l'établissement de conventions concernant l'apurement du déficit hospitalier.

#### Art. 103

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

#### Art. 104

*M. Luc Goutry (CD&V)* demande ce qu'il y a lieu d'entendre par « préposés » dans la modification proposée de la loi. Sont-ce des experts ? Ou s'agit-il de compléter le cadre par des non-statutaires ?

*Le ministre* confirme que jusqu'à présent, seuls des agents statutaires, fonctionnaires ou agents, entrent en ligne de compte. La notion de « préposés » est plus large et peut également englober les contractuels engagés afin de répondre à des besoins temporaires au sein de ministères, tout comme elle peut s'appliquer, ainsi que le suggère M. Goutry, à des experts. Le Conseil d'État n'a formulé aucune observation à ce sujet. Le système proposé est donc souple tout en reposant sur un fondement légal.

## Art. 105

*Amendement nr 70 van de heer Bacquelaine (PRL FDF MCC) c.s. (Doc 50 1376/003) dat ertoe strekt het gebruik buiten programmatie van zware medische apparatuur uit het geheel van de in het raam van deze wet strafbaar gestelde feiten te halen wordt ingetrokken.*

*Amendement nr 74 van de heer Viseur (PSC)(Doc 50 1376/004) strekt tot het strafbaar stellen – en bijgevolg tot de responsabilisering – van al diegenen die met kennis van zaken onjuiste gegevens verstrekken, die de financiële middelen toebedeeld aan het ziekenhuis kunnen beïnvloeden. In de te wijzigen wet zijn elf andere handelingen, die dezelfde draagwijdte kunnen hebben, ook strafbaar gesteld. In het andere landen is het verstrekken van onjuiste gegevens in het raam van de financiering van de ziekenhuizen ook strafbaar.*

*De minister vindt het amendement van de heer Viseur te verregaand. De formulering is te breed. Het vervalsen van gegevens past volgens de minister perfect in wat onder valsheid in geschriften wordt verstaan. Het gemeen recht – meer in het bijzonder het strafwetboek – behoort op een dergelijke handeling van toepassing te zijn.*

## Art. 105bis

*Amendement nr 47 van de heer Viseur (PSC) (Doc 50 1376/003) strekt ertoe de medische raad, omwille van de continuïteit, om de drie jaar voor de helft te vernieuwen.*

*De minister is van oordeel dat het door de heer Viseur gehuldigde principe een modaliteit is die veeleer op haar plaats zou zijn in de uitvoeringsbesluiten, niet in de wet.*

## Art. 105ter

*Amendement nr 46 van de heer Viseur (PSC) (Doc 50 1376/003) strekt ertoe een nieuw artikel in te voegen dat alle ziekenhuizen oplegt over bij koninklijk besluit nauwer te omschrijven organen van interne controle en doorlichting te beschikken.*

## Art. 105quater

*Amendement nr 38 van de heer Goutry (CD&V) c.s. (Doc 50 1376/003) strekt ertoe de algemene regeling voor ziekenhuisgeneesheren in al haar onderdelen, ook inzake de kostenregeling, te doen primeren op individuele regelingen. Dit moet voor alle duidelijkheid in de wet worden ingeschreven.*

## Art. 105

*L'amendement n° 70 de M. Bacquelaine (PRL FDF MCC) et consorts (DOC 50 1376/003), qui tend à distraire l'utilisation d'un appareillage médical lourd hors programmation de l'ensemble des faits érigés en infraction dans le cadre de la loi en projet, est retiré.*

*L'amendement n° 74 de M. Viseur (PSC) (DOC 50 1376/004) tend à rendre punissables – et, partant, à responsabiliser – tous ceux qui fournissent sciemment des données incorrectes, pouvant avoir une incidence sur les moyens financiers accordés à l'hôpital. La loi à modifier érige en infraction onze autres actes pouvant avoir la même portée. La communication de données incorrectes dans le cadre du financement des hôpitaux est également punissable dans d'autres pays.*

*Le ministre estime que l'amendement de M. Viseur est excessif. Sa formulation est trop large. Le ministre estime que la falsification de données correspond parfaitement à ce que l'on entend par faux en écritures. Il convient qu'un tel acte relève du droit commun, plus particulièrement du Code pénal.*

## Art. 105bis

*L'amendement n° 47 de M. Viseur (PSC) (DOC 50 1376/003) vise à renouveler le conseil médical pour moitié tous les trois ans, afin d'assurer la continuité.*

*Le ministre estime que le principe auquel souscrit M. Viseur est une modalité qui aurait plutôt sa place dans les arrêtés d'exécution, et non dans la loi.*

## Art. 105ter

*L'amendement n° 46 de M. Viseur (PSC) (DOC 50 1376/003) vise à insérer un nouvel article qui oblige tous les hôpitaux à disposer d'organes de contrôle et d'audit interne à définir par arrêté royal.*

## Art. 105quater

*L'amendement n° 38 de M. Goutry (CD&V) et consorts (DOC 50 1376/003) vise à faire prévaloir la réglementation générale applicable aux médecins hospitaliers dans toutes ses composantes, notamment en ce qui concerne le régime en matière de frais, sur les régimes individuels. Il convient d'inscrire cette disposition dans la loi par souci de clarté.*



*Volgens de minister* is dit een kwestie artsen-ziekenfondsen van politieke beoordeling. Het kan de werkzaamheden van de ad-hocwerkgroep – kortweg de «Task Force» genoemd – onder leiding van de heer Perl, danig bemoeilijken. Het ter bespreking voorliggend wetsontwerp schept voldoende rechtszekerheid. De heer Goutry wenst nog explicieter te zijn. Het is uiteraard zijn goed recht, maar het zou een averechts effect kunnen hebben en de aan de gang zijnde onderhandelingen in het slop kunnen helpen. Men mag niet uit het oog verliezen dat de huidige wet voor langere termijn zal gelden en als dusdanig moet worden uitgevoerd.

## Art. 106

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V)* verwijst naar de eerder gehouden discussie over ereloon-supplementen voor meerpersoonskamers. Hij is van oordeel dat de artsen die supplementen vorderen van patiënten in meerpersoonskamers, veeleer de uitzondering vormen. De spreker legt evenwel de vinger op een mogelijke bron van misbruik, mogelijk gemaakt door het nieuwe systeem. Het ontworpen artikel is immers niet waterdicht : het volstaat dat een arts verklaart dat een bepaalde handeling die niet in de nomenclatuur is opgenomen technisch kan uitgevoerd worden binnen het raam van de daghospitalisatie opdat hij niet gebonden zou zijn aan het verbod een ereloon-supplement te vorderen in een tweepersoonskamer; duurt de opname in een meerpersoonskamer wel meerdere dagen, is hij dan weer wel verplicht zich aan het principiële verbod te houden. Naargelang van de omstandigheid of men voor de bedoelde handeling een dag dan wel meerdere dagen in een meerpersoonskamer worden opgenomen, zal de mogelijkheid ereloon-supplementen te vragen, verschillend zijn.

Ook fractiegenoot *Luc Goutry (CD&V)*, die terzake twee amendementen indient (nrs 39 en 40 – Doc 50 1376/003 – het eerste strekt ertoe het ontworpen artikel weg te laten en weer te keren naar het op dit ogenblik van kracht zijnde systeem, het tweede voorziet erin het ontworpen artikel eerst vanaf 2003 in werking te laten treden), is van mening dat het nieuwe systeem teveel onzekerheid genereert. Immers, het systeem staat of valt met het voorhanden zijn van een akkoord. Niet-geconventioneerde artsen zijn niet alleen niet gebonden – op hen kan eventueel nog alleen een procedure worden toegepast waarbij maximumtarieven worden bepaald – maar bovendien is het ontworpen artikel een stimulant op uit bestaande conventies tussen ziekenfondsen en artsen te treden.

*Le ministre* estime que c'est là une question d'appréciation politique. Cela pourrait compliquer énormément les travaux du groupe de travail *ad hoc* – dénommé «Task Force» en abrégé – dirigé par M. Perl. Le projet de loi à l'examen crée une sécurité juridique suffisante. M. Goutry tient à être encore plus explicite. Il va de soi que c'est son droit, mais cela pourrait avoir un effet inverse et faire échouer les négociations en cours. Il ne faut pas perdre de vue que la loi en projet sera applicable pendant longtemps et devra être mise en œuvre en tant que telle.

## Art. 106

*M. Jo Vandeurzen (CD&V)* renvoie à la discussion qui a déjà eu lieu à propos des suppléments d'honoraires en chambres à deux lits ou plus. Il estime que les médecins qui réclament des suppléments aux patients hospitalisés en chambre à deux lits ou plus représentent plutôt l'exception. L'intervenant attire toutefois l'attention sur une source possible d'abus, permis par le nouveau système proposé, qui n'est en effet pas infaillible : il suffit qu'un médecin déclare qu'un acte déterminé qui ne figure pas dans la nomenclature peut être exécuté techniquement dans le cadre de l'hospitalisation de jour pour qu'il ne soit pas soumis à l'interdiction de réclamer un supplément d'honoraires dans une chambre à deux lits ; toutefois, si l'hospitalisation en chambre à deux lits ou plus dure plusieurs jours, il est à nouveau tenu d'observer l'interdiction de principe. Des suppléments d'honoraires pourront ou non être réclamés selon que le patient est hospitalisé un jour ou plusieurs jours en chambre à deux lits ou plus pour l'acte en question.

*M. Luc Goutry (CD&V)*, membre du même groupe que l'intervenant précédent, qui présente deux amendements en la matière (n<sup>os</sup> 39 et 40 – DOC 50 1376/003 – le premier vise à supprimer l'article en projet et à en revenir au système actuellement en vigueur, le deuxième prévoit de faire entrer l'article en projet en vigueur, au plus tôt, en 2003) – estime, lui aussi, que le nouveau système génère trop d'incertitude. Son succès ou son échec dépend en effet de l'existence d'un accord. Non seulement les médecins non conventionnés ne sont pas liés – seule une procédure prévoyant des tarifs maximums peut éventuellement encore leur être appliquée – ,mais l'article en projet les incite en outre à se retirer des conventions médico-mutualistes existantes.



*Amendement nr 87 van mevrouw Descheemaeker c.s.* (Doc 50 1376/005) beoogt in de Franse tekst van § 1 de verwijzing naar kamers met 'twee bedden' om te vormen tot een verwijzing naar kamers met 'twee patiënten', omdat dit beter beantwoordt aan wat men werkelijk onder 'meerpersoonskamer' verstaat.

*De minister* antwoordt hierop :

1° De nomenclatuur is op dit ogenblik nog niet vastgelegd, daar ze het resultaat zal zijn van een akkoord tussen de ziekenfondsen en de artsen, en bijgevolg een compromis ; alles is weliswaar niet eens en voor altijd geregeld, maar men mag niet uit het oog verliezen dat voorheen veel weerstand is gerezen tegen kant-en-klare oplossingen ;

2° De geconventioneerde artsen mogen geen ereloon-supplementen vorderen van patiënten in meerpersoonskamers ; de niet-geconventioneerde artsen mogen ook geen ereloon-supplementen vorderen van patiënten in meerpersoonskamers die in een 'zwakke sociale situatie' verkeren : dit begrip wordt in de wet omschreven en kan bij koninklijk besluit worden uitgebreid ; alle situaties waarbij in meerpersoonskamers ereloon-supplementen worden gevorderd moeten door het ziekenhuis worden bekendgemaakt en formeel door de patiënten aanvaard : dit houdt een dubbele garantie in van transparantie ; in geval van niet-akkoord – de situatie waar de heer Goutry naar verwees – is een afwijking van de algemene regel slechts gewettigd voor zover het ziekenhuis deze bekendmaakt, ten slotte voorziet artikel 111 in een overgangsregeling om alle lacunes uit te sluiten.

3° De bescherming van de zwakke sociale categorieën – tijdens de vorige legislatuur ooit voorgesteld door het zogeheten 'amendement Lenssens-Vermassen' – is absoluut verzekerd.

4° Op dit ogenblik is van zogeheten 'deconventionering' – waar de heer Goutry specifiek naar verwees – niet veel merkbaar ; in ieder geval moet men het einde van de werkzaamheden van de ad-hocwerkgroep onder leiding van de heer Perl afwachten, om op dit vlak enige conclusie te kunnen trekken.

5° De wet is ook van toepassing op niet-verzekerden.

*L'amendement n° 87 de Mme Descheemaeker et consort* (DOC 50 1376/005) tend à remplacer, dans le texte français, les mots « chambres à deux lits » par les mots « chambre de deux patients », cette notion correspondant mieux à ce que l'on entend réellement par « *meerpersoonskamer* ».

*Le ministre* fournit les réponses suivantes :

1° La nomenclature n'a pas encore été fixée étant donné qu'elle résultera d'un accord entre les mutualités et les médecins et sera dès lors un compromis : s'il est vrai que tout n'est pas réglé une fois pour toutes, il ne faut pas perdre de vue que les solutions toutes faites se sont toujours heurtées, par le passé, à une forte résistance ;

2° les médecins conventionnés ne peuvent réclamer de suppléments d'honoraires aux patients admis en chambre à deux lits ou plus ; les médecins non conventionnés ne peuvent pas non plus réclamer de suppléments d'honoraires aux patients admis en chambre à deux lits ou plus qui se trouvent dans une « situation sociale précaire » : cette notion est définie dans la loi et peut être élargie par arrêté royal ; toutes les situations donnant lieu à la facturation de suppléments d'honoraires dans des chambres à deux lits ou plus doivent être communiquées par l'hôpital et acceptées formellement par le patient : cette formule présente une double garantie de transparence ; en l'absence d'accord – la situation évoquée par M. Goutry –, une dérogation à la règle générale n'est justifiée que dans la mesure où l'hôpital le signale. L'article 111, enfin, prévoit une disposition transitoire visant à exclure toutes lacunes.

3° La protection des catégories sociales faibles – proposée sous la législature précédente par l'« amendement Lenssens-Vermassen » - est absolument garantie.

4° Pour l'instant, le déconventionnement - évoqué spécifiquement par M. Goutry – n'est guère perceptible ; il faudra en tout cas d'attendre la fin des travaux du groupe de travail *ad hoc* dirigé par M. Perl pour tirer des conclusions en la matière.

5° La loi s'applique également aux non-assurés.

## Art. 107

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

## Art. 108

*Amendement nr 71 van de heer Bacquelaine (PRL FDF MCC) c.s. (Doc 50 1376/003) wordt ingetrokken.*

## Art. 109

*Amendement nr 72 van de heer Bacquelaine (PRL FDF MCC) c.s. (Doc 50 1376/003) wordt ingetrokken.*

*De heer Jo Vandeurzen (CD&V) merkt op dat hij ooit een soortgelijke suggestie heeft gedaan als die vervat in § 5. Hij wenst te vernemen of dit artikel ook uitwerking zal hebben op bestaande situaties of akkoorden. Of moet het beschouwd worden als de interpretatie van een bestaand artikel, bijvoorbeeld als de samenlezing van §§ 3 en 4 ? Kan een dergelijk akkoord invloed hebben op de loonregeling doordat het een invloed kan uitoefenen op het variabel gedeelte ervan ?*

*De minister bevestigt dat § 5 een verduidelijking inhoudt van de bestaande wet ; deze paragraaf beoogt de rechtszekerheid te verhogen. Op de vraag of het loon van een benoemde of aangestelde individuele arts kan gewijzigd worden door de toepassing van §§ 3 en 4, antwoordt de minister bevestigend. De wijziging is echter beperkt tot de kostenverdeling (voor lokalen en terbeschikkingstelling van personeel) en afhoudingen van erelonen (om kosten te financieren die niet door de ligdagprijs worden gesubsidieerd), en is dus nooit willekeurig.*

## Art. 110-111

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

## Art. 111bis (nieuw)

*Amendement nr 77 van de heer Vandeurzen (CD&V)c.s. (Doc 50 1376/004) strekt ertoe een aantal competitieve nadelen voor openbare ziekenhuizen te corrigeren. Dit amendement stemt overeen met de inhoud van het wetsvoorstel van de heer Yvan Mayeur (PS) (DOC 50 1202/001), dat eveneens tot doel had de openbare ziekenhuizen op dezelfde voet te plaatsen als alle andere ziekenhuizen, met de inachtneming van de Eu-*

## Art. 107

Cet article n'appelle aucun commentaire.

## Art. 108

*L'amendement n° 71 de M. Bacquelaine (PRL FDF MCC) et consorts (DOC 50 1376/003) est retiré.*

## Art. 109

*L'amendement n° 72 de M. Bacquelaine (PRL FDF MCC) et consorts (DOC 50 1376/003) est retiré.*

*M. Jo Vandeurzen (CD&V) fait observer qu'il a déjà formulé une suggestion semblable à celle reprise au § 5. Il souhaite savoir si cet article produira également un effet sur les situations ou les accords existants ou s'il doit être considéré comme l'interprétation d'un article existant, en ce sens, par exemple, que les §§ 3 et 4 devaient être considérés comme formant un tout. Pareil accord peut-il avoir une influence sur le régime de rémunération, du fait qu'il peut en influencer la partie variable ?*

*Le ministre confirme que le § 5 tend à clarifier la loi existante et à accroître ainsi la sécurité juridique. À la question de savoir si la rémunération d'un médecin nommé ou préposé peut être modifiée par l'application des §§ 3 et 4, le ministre répond par l'affirmative. La modification est toutefois limitée à la répartition des frais (pour les locaux et la mise à disposition du personnel) et aux retenues d'honoraires (afin de financer des coûts qui ne sont pas subventionnés par la journée d'entretien), et n'est donc jamais arbitraire.*

## Art. 110-111

Ces articles ne font l'objet d'aucune observation.

## Art. 111bis (nouveau)

*L'amendement n° 77 de M. Vandeurzen (CD&V) et consorts (DOC 50 1376/004) vise à remédier à une série de handicaps concurrentiels que subissent les hôpitaux publics. Cet amendement a la même portée que la proposition de loi déposée par M. Yvan Mayeur (PS) (DOC 50 1202/001), qui avait également pour but de placer les hôpitaux publics sur le même pied que tous les autres hôpitaux, en tenant compte de la législation européenne,*

ropese regelgeving, maar zonder de dwingende bepalingen van de wet op de overheidsopdrachten, die vaak tot gevolg hebben dat de leveranciers kun prijs kunnen opleggen zonder dat het openbaar ziekenhuis enige manoeuvre ruimte heeft.

*De heer Yvan Mayeur (PS)* verklaart zich bereid het amendement mede te ondertekenen.

*De minister van Sociale Zaken* stelt dat dit amendement, indien aangenomen, een vooruitgang zou kunnen uitmaken voor het gezond beheer van alle ziekenhuizen.

Art. 113-116

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

Art. 117

*Amendement nr 41 van de heer Goutry (CD&V) c.s.* (Doc 50 1376/003) strekt ertoe, om redenen van uniformiteit met het vorig artikel, de term 'informatiedragers' te vervangen door de term 'elektronische dragers'.

*De minister van Volksgezondheid en Consumentenbescherming* is het hiermee eens.

Art. 118-121

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

Art. 122

*De heer Robert Denis (PRL FDF MCC)* dient, samen met een aantal andere indieners, *amendement nr 88* (Doc 50 1376/005) in dat hij als technisch amendement bestempelt. Duidelijk moet worden gemaakt dat het in dit artikel over statutair benoemde agenten gaat.

*De minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu* is het hiermee eens.

Art. 123

*Amendement nr 1 van mevrouw De Meyer (SP.A)* (Doc 50 1376/002) beoogt in § 1 de artikelen 38, 42, 43, 44, 45, 46 en 47 niet met terugwerkende kracht op 1 januari 1999 in werking te laten treden.

mais en omettant les dispositions contraignantes de la loi relative aux marchés publics, qui ont souvent pour conséquence que les fournisseurs peuvent imposer leurs prix sans que l'hôpital public dispose de la moindre marge de manoeuvre.

*M. Yvan Mayeur (PS)* se déclare disposé à cosigner l'amendement.

*Le ministre des Affaires sociales* considère que cet amendement, s'il est adopté, pourrait contribuer à la bonne gestion de tous les hôpitaux.

Art. 113-116

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Art. 117

*L'amendement n° 41 de M. Goutry (CD&V) et consorts* (Doc 50 1376/003) vise, par souci d'uniformité avec l'article précédent, à remplacer les mots « supports d'information » par les mots « supports électroniques ».

*La ministre de la Santé publique et de la Protection de la consommation* marque son accord avec cet amendement.

Art. 118-121

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Art. 122

*M. Robert Denis (PRL FDF MCC)* dépose, avec d'autres membres, *l'amendement n° 88* (Doc 50 1376/005), qu'il présente comme un amendement technique. Il y a lieu d'indiquer clairement qu'il s'agit, dans l'article à l'examen, d'agents statutaires nommés.

*Le ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement* marque son accord avec cet amendement.

Art. 123

*L'amendement n° 1 de Mme De Meyer (SP.A)* (Doc 50 1376/002) vise à faire en sorte que les articles 38, 42, 43, 44, 45, 46 et 47 visés au § 1<sup>er</sup> n'entrent pas en vigueur avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 1999.

*Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo)* voegt eraan toe dat het de bedoeling is dit inwerkingtredingsartikel in overeenstemming te brengen met een advies van de Raad van State terzake.

## VII.— STEMMINGEN

### Artikel 1

Artikel 1 wordt eenparig aangenomen.

### Art. 2 en 3

De artikelen 2 en 3 worden eenparig aangenomen.

### Art. 4

Artikel 4 wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

Amendement nr. 9 van de heer Luc Goutry c.s., dat ertoe strekt dit artikel weg te laten, vervalt dientengevolge.

### Art. 5

Artikel 5 wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

### Art. 6

Amendement nr. 5 van mevrouw Magda De Meyer c.s. wordt aangenomen met 20 tegen 4 stemmen.

Het aldus geamendeerde artikel 6 wordt aangenomen met 20 tegen 4 stemmen.

### Art. 7

Artikel 7 wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

### Art. 7bis (nieuw)

Amendement nr. 78 van mevrouw Magda De Meyer c.s. wordt eenparig aangenomen.

*Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo)* ajoute que l'intention est d'adapter cet article fixant l'entrée en vigueur à l'observation formulée par le Conseil d'État dans son avis.

## VII.— VOTES

### Article 1<sup>er</sup>

L'article premier est adopté à l'unanimité.

### Art.2 et 3

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

### Art.4

L'article 4 est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

L'amendement n°9 de M.Luc Goutry, visant à la suppression de cet article, est par conséquent sans objet.

### Art.5

L'article 5 est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

### Art.6

L'amendement n° 5 de Mme Magda De Meyer et consorts est adopté par 20 voix contre 4.

L'article 6, ainsi modifié, est adopté par 20 voix contre 4.

### Art. 7

L'article 7 est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

### Art. 7bis (nouveau)

L'amendement n°78 de Mme Magda De Meyer et consorts est adopté à l'unanimité.

## Art. 8

Amendement nr. 75 van de heer Daniel Bacquelaine c.s. wordt aangenomen met 20 en 4 onthoudingen.

Het aldus geamendeerde artikel 8 wordt aangenomen met 20 en 4 onthoudingen.

## Art. 9

Amendement nr. 11 van de heer Luc Goutry c.s. wordt verworpen met 21 tegen 3 stemmen.

Artikel 9 wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

## Art. 10

Artikel 10 wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

## Art. 10bis (nieuw)

Amendement nr. 12 van de heer Luc Goutry c.s. wordt verworpen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

## Art. 11

Artikel 11 wordt eenparig aangenomen.

## Art. 12

Artikel 12 wordt aangenomen met 21 stemmen en 3 onthoudingen.

## Art. 13

Artikel 13 wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

## Art. 13bis (nieuw)

Amendement nr. 13 van de heer Luc Goutry c.s. wordt verworpen met 20 tegen 4 stemmen.

## Art. 14 en 15

De artikelen 14 en 15 worden aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

## Art. 8

L'amendement n° 75 de M. Daniel Bacquelaine est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

L'article 8, ainsi modifié, est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

## Art. 9

L'amendement n°11 de M. Luc Goutry et consorts est rejeté par 21 voix contre 3.

L'article 9 est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

## Art. 10

L'article 10 est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

## Art. 10bis (nouveau)

L'amendement n°12 de M. Luc Goutry et consorts est rejeté par 20 voix et 4 abstentions.

## Art. 11

L'article 11 est adopté à l'unanimité.

## Art. 12

L'article 12 est adopté par 21 voix et 3 abstentions.

## Art. 13

L'article 13 est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

## Art. 13bis (nouveau)

L'amendement n°13 de M. Goutry et consorts est rejeté par 20 voix contre 4.

## Art. 14 et 15

Les articles 14 et 15 sont adoptés par 20 voix et 4 abstentions.



## Art. 16

Artikel 16 wordt eenparig aangenomen.

## Art. 16bis (nieuw)

Amendement nr. 84 van mevrouw Dalila Douifi c.s. wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

## Art. 17

Amendement nr. 76 van de heer Daniel Bacquelaine c.s., dat ertoe strekt dit artikel weg te laten, wordt eenparig aangenomen.

## Art. 18 en 19

De artikelen 18 en 19 worden eenparig aangenomen.

## Art. 20

Amendement nr. 57 van de heer Daniel Bacquelaine c.s. wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

Het aldus geamendeerde artikel 20 wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

## Art. 21 tot 34

De artikelen 21 tot 34 worden eenparig aangenomen.

## Art. 35

Artikel 35 wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

## Art. 36

Amendement nr. 15 van de heer Luc Goutry c.s. wordt verworpen met 20 tegen 4 stemmen.

Artikel 36 wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

## Art. 37 tot 39

De artikelen 37 tot 39 worden eenparig aangenomen.

## Art. 16

L'article 16 est adopté à l'unanimité.

## Art. 16 bis (nouveau)

L'amendement n°84 de Mme Dalila Douifi et consorts est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

## Art. 17

L'amendement n°76 de M. Daniel Bacquelaine et consorts visant à la suppression de cet article est adopté à l'unanimité.

## Art. 18 et 19

Les articles 18 et 19 sont adoptés à l'unanimité.

## Art. 20

L'amendement n°57 de M. Daniel Bacquelaine et consorts est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

L'article 20, ainsi modifié, est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

## Art. 21 à 34

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

## Art.35

L'article 35 est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

## Art. 36

L'amendement n°15 de M. Luc Goutry et consorts est rejeté par 20 voix contre 4.

L'article 36 est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

## Art. 37 à 39

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

## Art. 40

Amendement nr. 81 van de heer Luc Goutry c.s. wordt verworpen met 20 tegen 4 stemmen.

Artikel 40 wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

## Art. 41 tot 47

De artikelen 41 tot 47 worden eenparig aangenomen.

## Art. 48

Artikel 48 wordt aangenomen met 20 tegen 3 stemmen en 1 onthouding.

## Art. 48bis (nieuw)

Amendement nr. 16 van de heer Luc Goutry c.s. wordt eenparig aangenomen.

## Art. 49

Artikel 49 wordt eenparig aangenomen.

## Art. 50

Amendement nr. 17 van de heer Luc Goutry c.s. wordt verworpen met 20 tegen 4 stemmen. Amendement nr. 82 van de heren Luc Goutry en Jo Vandeurzen wordt verworpen met 20 tegen 4 stemmen.

De amendementen nrs. 44 en 45 van de heer Jean-Jacques Viseur worden verworpen met 20 tegen 4 stemmen.

Artikel 50 wordt aangenomen met 20 tegen 4 stemmen.

## Art. 51

Artikel 51 wordt eenparig aangenomen.

## Art. 52

Amendement nr. 18 van de heer Luc Goutry c.s. wordt verworpen met 20 tegen 4 stemmen.

Artikel 52 wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

## Art. 40

L'amendement n°81 de M. Luc Goutry et consorts est rejeté par 20 voix contre 4.

L'article 40 est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

## Art. 41 à 47

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

## Art. 48

L'article 48 est adopté par 20 voix contre 3 et une abstention.

## Art. 48 bis (nouveau)

L'amendement n°16 de M. Luc Goutry et consorts est adopté à l'unanimité.

## Art. 49

L'article 49 est adopté à l'unanimité.

## Art. 50

L'amendement n°17 de M. Luc Goutry et consorts est rejeté par 20 voix contre 4. L'amendement n° 82 de MM. Luc Goutry et Jo Vandeurzen est rejeté par 20 voix contre 4.

Les amendements n° 44 et 45 de M. Jean Jacques Viseur sont rejetés par 20 voix contre 4.

L'article 50 est adopté par 20 voix contre 4.

## Art. 51

L'article 51 est adopté à l'unanimité.

## Art. 52

L'amendement n°18 de M. Luc Goutry et consorts est rejeté par 20 voix contre 4.

L'article 52 est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

## Art. 53

Amendement nr. 19 van de heer Luc Goutry c.s. wordt verworpen met 20 tegen 4 stemmen.

Artikel 53 wordt aangenomen met 20 tegen 4 stemmen.

## Art. 54

Amendement nr. 20 van de heer Luc Goutry wordt verworpen met 20 tegen 4 stemmen.

Amendement nr. 73 van de heer Jean-Jacques Viseur wordt verworpen met 20 tegen 4 stemmen.

Artikel 54 wordt aangenomen met 20 tegen 4 stemmen.

## Art. 55

Amendement nr. 3 van mevrouw Magda De Meyer c.s. wordt eenparig aangenomen.

Amendement nr. 21 van de heer Luc Goutry c.s. wordt verworpen met 20 tegen 4 stemmen. Amendement nr. 83 van de heren Luc Goutry en Jo Vandeurzen wordt verworpen met 20 tegen 4 stemmen.

Het aldus geamendeerde artikel 55 wordt aangenomen met 20 tegen 3 stemmen en 1 onthouding.

## Art. 55bis (nieuw)

Amendement nr. 52 van de heer Jean-Jacques Viseur wordt verworpen met 23 stemmen tegen 1.

## Art. 56

Artikel 56 wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

## Art. 56bis (nieuw)

Amendement nr. 22 van de heer Luc Goutry c.s. wordt verworpen met 20 tegen 4 stemmen.

## Art. 57 en 58

De artikelen 57 en 58 worden eenparig aangenomen.

## Art. 59

Amendement nr. 23 van de heer Luc Goutry c.s. wordt verworpen met 20 tegen 4 stemmen.

Artikel 59 wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

## Art. 53

L'amendement n° 19 de M. Luc Goutry est rejeté par 20 voix contre 4.

L'article 53 est adopté par 20 voix contre 4.

## Art. 54

L'amendement n°20 de M. Luc Goutry est rejeté par 20 voix contre 4.

L'amendement n°73 de M. Jean Jacques Viseur est rejeté par 20 voix contre 4.

L'article 54 est adopté par 20 voix contre 4.

## Art. 55

L'amendement n°3 de Mme De Meyer et consorts est adopté à l'unanimité.

L'amendement n°21 de M. Luc Goutry et consorts est rejeté par 20 voix contre 4.

L'amendement n°83 de M.M Luc Goutry et Jo Vandeurzen est rejeté par 20 voix contre 4.

L'article 55, ainsi modifié, est adopté par 20 voix contre 3 et une abstention.

## Art. 55 bis (nouveau)

L'amendement n°52 de M. Jean Jacques Viseur est rejeté par 23 voix contre une.

## Art. 56

L'article 56 est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

## Art. 56 bis (nouveau)

L'amendement n°22 de M. Luc Goutry et consorts est rejeté par 20 voix contre 4.

## Art. 57 et 58

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

## Art. 59

L'amendement n°23 de M. Luc Goutry et consorts est rejeté par 20 voix contre 4.

L'article 59 est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

## Art. 60

Artikel 60 wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

## Art. 61 en 62

De artikelen 61 en 62 worden eenparig aangenomen.

## Art. 63

Amendement nr. 24 van de heer Luc Goutry c.s. wordt verworpen met 20 tegen 4 stemmen.

Artikel 63 wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

## Art. 64 tot 70

De artikelen 64 tot 70 worden eenparig aangenomen.

## Art. 70bis (nieuw)

Amendement nr. 25 van de heer Luc Goutry c.s. wordt verworpen met 20 tegen 4 stemmen.

## Art. 71 tot 78

De artikelen 71 tot 78 worden eenparig aangenomen.

## Art. 78bis en 78ter (nieuw)

De amendementen nrs. 51 en 50 van de heer Jean-Jacques Viseur worden verworpen met 20 tegen 3 stemmen en 1 onthouding.

## Art. 79

Amendement nr. 26 van de heer Luc Goutry c.s. wordt verworpen met 21 tegen 3 stemmen.

Artikel 79 wordt aangenomen met 20 tegen 3 stemmen en 1 onthouding.

## Art. 80 en 81

De artikelen 80 en 81 worden eenparig aangenomen.

## Art. 60

L'article 60 est adopté par voix et 4 abstentions.

## Art. 61 et 62

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

## Art. 63

L'amendement n°24 de M. Luc Goutry et consorts est rejeté par 20 voix contre 4.

L'article 63 est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

## Art. 64 à 70

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

## Art. 70 bis (nouveau)

L'amendement n°25 de M. Luc Goutry et consorts est rejeté par 20 voix contre 4.

## Art. 71 à 78

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

## Art. 78 bis et 78 ter (nouveaux)

Les amendements n°51 et 52 de M. Jean Jacques Viseur sont rejetés par voix contre 3 et une abstention.

## Art. 79

L'amendement n°26 de M. Luc Goutry et consorts est rejeté par 21 voix contre 3.

L'article 79 est adopté par 20 voix contre 3 et une abstention.

## Art. 80 et 81

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

## Art. 82

Amendement nr. 85 van mevrouw Anne-Marie Descheemaeker c.s. wordt aangenomen met 23 stemmen en 1 onthouding.

Het aldus geamendeerde artikel 82 wordt aangenomen met 20 tegen 4 stemmen.

## Art. 83

Artikel 83 wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

## Art. 84 en 85

De artikelen 84 en 85 worden eenparig aangenomen.

## Art. 86

Amendement nr. 86 van mevrouw Anne-Marie Descheemaeker c.s. wordt eenparig aangenomen.

Het aldus geamendeerde artikel 86 wordt eenparig aangenomen.

## Art. 87

Artikel 87 wordt eenparig aangenomen.

## Art. 88

De amendementen nrs. 4 en 79 van mevrouw Magda De Meyer c.s. worden eenparig aangenomen.

Amendement nr. 27 van de heer Luc Goutry c.s. wordt verworpen met 20 tegen 4 stemmen.

Amendement nr. 28 van de heer Luc Goutry c.s. wordt verworpen met 21 tegen 3 stemmen.

Amendement nr. 29 van de heer Luc Goutry c.s. wordt verworpen met 21 tegen 4 stemmen.

Amendement nr. 49 van de heer Jean-Jacques Viseur wordt verworpen met 20 stemmen tegen 1 en 3 onthoudingen.

Het aldus geamendeerde artikel 88 wordt eenparig aangenomen.

## Art. 89

Artikel 89 wordt eenparig aangenomen.

## Art. 89bis (nieuw)

Amendement nr. 2 van mevrouw Magda De Meyer c.s. wordt eenparig aangenomen.

## Art. 82

L'amendement n°85 de Mme Anne-Mie Descheemaeker et consorts est adopté par 23 voix et une abstention.

L'article 82, ainsi modifié, est adopté par 20 voix contre 4.

## Art. 83

L'article 83 est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

## Art. 84 et 85

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

## Art. 86

L'amendement n°86 de Mme Anne-Mie Descheemaeker et consorts est adopté à l'unanimité.

L'article 86, ainsi modifié, est adopté à l'unanimité.

## Art. 87

L'article 87 est adopté à l'unanimité.

## Art. 88

Les amendements n°4 et 79 de Mme Magda De Meyer et consorts sont adoptés à l'unanimité.

L'amendement n°27 de M. Luc Goutry et consorts est rejeté par 20 voix contre 4.

L'amendement n°28 de M. Luc Goutry et consorts est rejeté par 21 voix contre 3.

L'amendement n°29 de M. Luc Goutry et consort est rejeté par 21 voix contre 4.

L'amendement n°49 de M. Jean Jacques Viseur est rejeté par 20 voix contre une et 3 abstentions.

L'article 88, ainsi modifié, est adopté à l'unanimité.

## Art. 89

L'article 89 est adopté à l'unanimité.

## Art. 89 bis (nouveau)

L'amendement n°2 de Mme Magda De Meyer et consorts est adopté à l'unanimité.



## Art. 90 tot 93

De artikelen 90 tot 93 worden eenparig aangenomen.

## Art. 94

Amendement nr. 7 van mevrouw Magda De Meyer c.s. wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

De amendementen nrs. 31 tot 33 van de heer Luc Goutry c.s. worden verworpen met 20 tegen 4 stemmen.

Amendement nr. 48 van de heer Jean-Jacques Viseur wordt verworpen met 20 tegen 3 stemmen en 1 onthouding.

Het aldus geamendeerde artikel 94 wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

## Art. 95 tot 99

De artikelen 95 tot 99 worden eenparig aangenomen.

## Art. 100

Amendement nr. 6 van mevrouw Magda De Meyer c.s. wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

Amendement nr. 80 van de heren Luc Goutry en Jo Vandeurzen wordt verworpen met 20 tegen 4 stemmen.

Het aldus geamendeerde artikel 100 wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

## Art. 101

Artikel 101 wordt eenparig aangenomen.

## Art. 102

Amendement nr. 34 van de heer Luc Goutry c.s. wordt verworpen met 20 tegen 3 stemmen en 1 onthouding.

De amendementen nrs. 35 en 36 van de heer Luc Goutry c.s. worden verworpen met 20 tegen 4 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 102 wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

## Art. 103 en 104

De artikelen 103 en 104 worden eenparig aangenomen.

## Art. 90 à 93

Ces articles sont adoptés à l'unanimité .

## Art 94

L'amendement n°7 de Mme Magda De Meyer et consorts est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

Les amendements 31 à 33 de M. Luc Goutry et consorts sont rejetés par 20 voix contre 4.

L'amendement n° 48 de M. Jean Jacques Viseur est rejeté par 20 voix contre 3 et une abstention.

L'article 94, ainsi modifié, est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

## Art. 95 à 99

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

## Art. 100

L'amendement n°6 de Mme Magda De Meyer et consorts est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

L'amendement n°80 de MM. Luc Goutry et Jo Vandeurzen est rejeté par 20 voix contre 4.

L'article 100, ainsi modifié, est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

## Art. 101

L'article 101 est adopté à l'unanimité.

## Art. 102

L'amendement n°34 de M. Luc Goutry et consorts est rejeté par 20 voix contre 3 et une abstention.

Les amendements n°35 et 36 de M. Luc Goutry et consorts sont rejetés par 20 voix contre 4 et une abstention.

L'article 102 est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

## Art. 103 et 104

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

## Art. 105

Amendement nr. 74 van de heer Jean-Jacques Viseur wordt verworpen met 20 tegen 4 stemmen.

Artikel 105 wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

*Art. 105bis nieuw)*

Amendement nr. 47 van de heer Jean-Jacques Viseur wordt verworpen met 20 tegen 4 stemmen.

*Art. 105ter (nieuw)*

Amendement nr. 46 van de heer Jean-Jacques Viseur wordt verworpen met 20 stemmen tegen 1 en 3 onthoudingen.

*Art. 105quater (nieuw)*

Amendement nr. 38 van de heer Luc Goutry c.s. wordt verworpen met 20 tegen 3 stemmen en 1 onthouding.

## Art. 106

Amendement nr. 87 van mevrouw Anne-Marie Descheemaeker c.s. wordt aangenomen met 23 stemmen en 1 onthouding.

De amendementen nrs. 39 en 40 van de heer Luc Goutry c.s. worden verworpen met 20 tegen 4 stemmen.

Het aldus geamendeerde artikel 106 wordt aangenomen met 20 tegen 3 stemmen en 1 onthouding.

## Art. 107 tot 111

De artikelen 107 tot 111 worden eenparig aangenomen.

*Art. 111bis nieuw)*

Amendement nr. 89 van de heer Yvan Mayeur, Jo Vandeurzen, Luc Goutry en José Vande Walle wordt eenparig aangenomen.

## Art. 112 tot 116

De artikelen 112 tot 116 worden eenparig aangenomen.

## Art. 105

L'amendement n°74 de M. Jean Jacques Viseur est rejeté par 20 voix contre 4.

L'article 105 est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

*Art. 105 bis (nouveau)*

L'amendement n° 47 de M. Jean Jacques Viseur est rejeté par 20 voix contre 4.

*Art. 105 ter (nouveau)*

L'amendement n° 46 de M. Jean Jacques Viseur est rejeté par 20 voix contre une et 3 abstentions.

*Art. 105 quater (nouveau)*

L'amendement n°38 de M. Luc Goutry et consorts est rejeté par 20 voix contre 3 et une abstention.

## Art. 106

L'amendement n°87 de Mme Anne-Mie Descheemaeker et consorts est adopté par 23 voix et une abstention.

Les amendements n°39 et 40 de M. Luc Goutry sont rejetés par 20 voix contre 4.

L'article 106, ainsi modifié, est adopté par 20 voix contre 3 et une abstention.

## Art. 107 à 111

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

*Art. 111 bis (nouveau)*

L'amendement n° 89 de MM. Yvan Mayeur, Jo Vandeurzen, Luc Goutry et José Vandewalle est adopté à l'unanimité.

## Art. 112 à 116

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

## Art. 117

Amendement nr. 41 van de heer Luc Goutry c.s. wordt eenparig aangenomen.

Het aldus geamendeerde artikel 117 wordt eenparig aangenomen.

## Art. 118 tot 121

De artikelen 118 tot 121 worden eenparig aangenomen.

## Art. 122

Amendement nr. 88 van de heer Robert Denis wordt eenparig aangenomen.

Het aldus geamendeerde artikel 122 wordt eenparig aangenomen.

## Art. 123

Amendement nr. 1 van mevrouw Magda De Meyer wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

Het aldus geamendeerde artikel 123 wordt aangenomen met 20 stemmen en 4 onthoudingen.

De eindstemming werd voorafgegaan door de volgende discussie :

*De minister van Sociale Zaken en Pensioenen* wijst erop dat artikel 50 van de ontworpen tekst (naar luid waarvan per universiteit slechts één ziekenhuis mag worden aangewezen) geen gevolgen heeft voor de kwalificatie die een ziekenhuis zich heeft toegekend. Er is geen enkele reden dat een ziekenhuis van naam zou veranderen. Dat geldt evenzeer voor het universitair ziekenhuis van Mont Godinne als voor elk ander ziekenhuis met de benaming universitair ziekenhuis.

De ontwerptekst biedt het voordeel dat diensten kunnen worden erkend als universitaire diensten. Een ziekenhuis dat uitsluitend uit universitaire diensten bestaat, mag dus de naam universitair ziekenhuis behouden.

Wat anderzijds de financiering van de ziekenhuizen betreft, bepaalt het ontworpen artikel 50 louter de juridische grondslag van de aanwijzing van een ziekenhuis door de universiteit en strekt het er niet toe te besparen. De minister wenst geen verlaging van de financiering van de ziekenhuizen aan de hand van dat artikel en hij verbindt zich daar ook toe.

## Art. 117

L'amendement n°41 de M. Luc Goutry et consorts est adopté à l'unanimité.

L'article 117, ainsi modifié, est adopté à l'unanimité.

## Art. 118 à 121

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

## Art. 122

L'amendement n°88 de M. Robert Denis est adopté à l'unanimité.

L'article 122, ainsi modifié, est adopté à l'unanimité.

## Art. 123

L'amendement n° 1 de Mme Magda De Meyer est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

L'article 123, ainsi modifié, est adopté par 20 voix et 4 abstentions.

Avant le vote final a lieu la discussion suivante :

*Le ministre des Affaires sociales et des Pensions* rappelle que l'article 50 du texte proposé (qui prévoit que seul un hôpital peut être désigné par université) n'a pas de conséquences concernant la qualification qu'un hôpital s'est attribuée. Il n'y aucune raison qu'un hôpital change de nom. Ceci vaut tant pour les cliniques universitaires de Mont Godinne que pour tout autre hôpital utilisant la dénomination d'hôpital universitaire.

Un avantage du texte proposé consiste dans le fait que des services peuvent être reconnus comme services universitaires. Un hôpital composé exclusivement de services universitaires peut donc continuer à s'appeler hôpital universitaire.

D'autre part, en ce qui concerne le financement des hôpitaux, l'objectif de l'article 50 proposé, qui définit simplement la base juridique de la désignation d'un hôpital par l'université, n'est pas d'opérer une économie. Le ministre souhaite et s'y engage à cet effet, ne pas effectuer une diminution du financement des hôpitaux par le biais de cet article.

Voorts zal in het kader van de ziekenhuisbegroting moeten worden nagegaan hoe rekening kan worden gehouden met het universitair karakter van een ziekenhuis, van diensten of van bedden.

In dat opzicht komen twee specifieke componenten in aamerking: het onderdeel B4 en het onderdeel B7.

In dat opzicht wordt terzake overleg gepleegd binnen de regering op grond van de specifieke situatie van elk ziekenhuis of elke dienst en daartoe wordt gebruik gemaakt van de begrotingsonderdelen B4 en B7, om voor elke specifieke situatie tot een passende oplossing te komen.

De minister preciseert dat hij een oplossing wenst te vinden voor ongeacht welk ziekenhuis, zoals het ziekenhuis van Mont Gondinne, het Bordet-instituut en het Sint-Pietersziekenhuis alsmede de overige betrokken ziekenhuizen en dat hij terzake overleg wenst op te starten. Improvisatie is hier immers uit den boze.

*De heer Yvan Mayeur (PS)* vraagt of voor alle ziekenhuizen die in die situatie verkeren een zelfde oplossing zal worden nagestreefd. Hij wil er zeker van zijn dat één logische lijn wordt doorgetrokken. Hij neemt er akte van dat de minister heeft verklaard dat een identieke oplossing wordt uitgewerkt voor de ziekenhuizen Mont Godinne, Sint-Pieters, Bordet, Brugmann, het kinderziekenhuis en het ziekenhuis La Citadelle in Luik.

*De minister* antwoordt dat de *fair play* gebiedt als een specifieke oplossing voor één ziekenhuis wordt uitgedokterd, die dan ook, tegelijkertijd voor andere ziekenhuizen zal moeten gelden. Niets is thans afgerond aangezien nog moet worden uitgemaakt hoe de enveloppes tussen de verschillende ziekenhuizen zullen worden verdeeld.

*De heer Bacquelaine (PRL FDF MCC)* stipt aan dat de in het ontworpen artikel 50 voorgestane oplossing weliswaar verdedigbaar is omdat ze een en ander verduidelijkt, maar dat het nuttig lijkt rekening te houden met bestaande toestanden; die kunnen niet worden gewijzigd, zo niet dreigt men zowel de financiering van de ziekenhuizen als de motivatie van de verpleegkundigen in het gedrang te brengen. Er is zo'n specifieke situatie in het ziekenhuis van Mont Godinne, maar er bestaan ook andere universitaire diensten of bedden waarvan de behandeling rekening moet houden met hun specificiteit.

Het parlementair debat zal ten andere moeten worden voortgezet in het kader van de uitwerking van de uitvoeringsbesluiten.

Par ailleurs, il conviendra de rechercher, dans le cadre du budget hospitalier, la manière de tenir compte du caractère universitaire d'un hôpital, de services ou de lits.

On réfléchit à cet égard à deux composants spécifiques: la sous-partie B4 et la sous-partie B7.

Dans cette perspective, des concertations ont actuellement lieu au sein du gouvernement en la matière, sur la base de la situation spécifique de chaque hôpital ou service, en utilisant les sous-parties B 4 et B7 à cet effet, afin de rechercher une solution spécifique pour chaque situation spécifique.

Le ministre précise qu'il souhaite trouver une solution concrète pour n'importe quel hôpital, comme les cliniques de Mont Godinne, l'Institut Bordet et l'hôpital Saint-Pierre et les autres institutions hospitalières impliquées, et engager une concertation en la matière. Il souhaite également ne pas improviser à cet égard.

*M. Yvan Mayeur (PS)* demande si une solution identique sera recherchée pour l'ensemble des hôpitaux dans cette situation. Il voudrait être certain qu'on soit dans une logique qui soit identique. Il prend acte du fait que le ministre a déclaré qu'une solution identique sera trouvée pour les établissements de Mont Godinne, Saint-Pierre, Bordet, l'hôpital des enfants, Brugmann et de la Citadelle à Liège.

*Le ministre* répond, et il s'agit-là d'une question de fair-play, que si une solution spécifique est offerte pour un hôpital, il devra simultanément être offert une solution spécifique pour d'autres hôpitaux. A l'heure actuelle, rien n'est finalisé étant donné que les manières de répartir les enveloppes entre les établissements hospitaliers doivent encore être définies.

*M. Daniel Bacquelaine (PRL-FDF- MCC)* précise que si la solution retenue par l'article 50 du texte proposé, est défendable sur le plan de la clarification des choses, il paraît utile de considérer des situations existantes, qui ne peuvent être transformées, sous peine d'hypothéquer tant le financement des hôpitaux que la motivation du personnel soignant. Les cliniques de Mont Godinne s'inscrivent dans cette spécificité mais il existe également d'autres services ou lits universitaires qui doivent faire l'objet d'un traitement qui rencontre leur spécificité.

D'autre part, il conviendra de prolonger le débat parlementaire dans le cadre de l'élaboration des arrêtés d'exécution.

Op het stuk van de programmatie van de zware medische apparatuur ten slotte, moet weliswaar rekening worden gehouden met de begrotingsimperatieven, maar het zou ook opportuun zijn enige soepelheid te handhaven teneinde rekening te houden met de medisch-wetenschappelijke ontwikkelingen.

*De minister* repliceert dat binnen de werkgroepen-Perl een bespreking aan de gang is, onder meer over de toekomst van de programmatie, waarbij het accent wordt gelegd op de kwaliteit.

Wat meer bepaald de diagnoseapparaten betreft, worden de huidige wet- en regelgeving gehandhaafd, maar de minister verklaart dat hij bereid is een dialoog aan te gaan in verband met andere benaderingen. De aangewende strategie moet echter coherent zijn.

*De heer Jean-Marc Delizée (PS)* wijst erop dat de ziekenhuisfinanciering een delicate problematiek is. Uit de discussies, onder meer over artikel 50, is gebleken dat de leden ermee begaan zijn dat die bepaling geen moeilijkheden in het leven roept voor de betrokken universitaire ziekenhuizen (onder andere Mont Godinne).

Er moet terzake worden gezorgd voor transparantie en het nodige overleg zal moeten worden gepleegd. Dat zal tijd vergen. Er zal moeten worden tegemoetgekomen aan de situatie van Mont Godinne, maar tevens aan die van andere universitaire instellingen en referentiecentra.

### EINDSTEMMING

De gehele ontworpen tekst, zoals hij is geamendeerd en zoals opgenomen in DOC 50 1376-007, wordt eenparig aangenomen.

Derhalve, vervallen de toegevoegde wetsvoorstellen.

*De rapporteurs,*

Greta D'HONDT  
Michèle GILKINET

*De voorzitters,*

Joos WAUTERS  
Yolande AVONTROODT

Enfin, sur le plan de la programmation des équipements médicaux lourds, s'il convient assurément de tenir compte des contraintes budgétaires, il serait également opportun de maintenir une flexibilité, afin de tenir compte des évolutions médico-scientifiques.

*Le ministre* répond qu'une discussion a lieu au sein des groupes de travail «Perl», entre autres au sujet de l'avenir de la programmation, l'accent étant mis sur la qualité en la matière.

En ce qui concerne plus spécifiquement les appareils de diagnostic, la législation et la réglementation actuelle sont maintenues mais le ministre se déclare disposé à engager un dialogue concernant d'autres approches. La stratégie retenue doit toutefois être cohérente.

*M. Jean Marc Delizée (PS)* souligne le caractère délicat de la problématique du financement hospitalier. Les discussions qui ont lieu en particulier au sujet de l'article 50 ont démontré les soucis exprimés par les membres quant au fait que cette disposition ne crée pas de difficulté pour les institutions hospitalières concernées (Mont Godinne notamment).

La transparence doit être retenue en la matière et il conviendra, en prenant le temps à cet effet, d'opérer les concertations qui s'imposent. La situation de Mont Godinne mais également celle d'autres institutions universitaires et centres de référence devra être rencontrée.

### VOTE FINAL

L'ensemble du texte proposé, tel qu'amendé, et tel qu'il figure au DOC 50 1376-007, est adopté à l'unanimité.

En conséquence, les propositions de loi jointes deviennent sans objet.

*Les rapporteurs,*

Greta D'HONDT  
Michèle GILKINET

*Les présidents,*

Joos WAUTERS  
Yolande AVONTROODT



**Lijst van de bepalingen van (de aangenomen tekst) het ontwerp die uitvoeringsmaatregelen vergen (artikel 18, 4. a ) van het reglement) met toepassing van artikel 108 van de Grondwet :**

Art. 41, 44, 52, 55, 57, 61, 63, 65, 67, 70, 72, 81, 82, 84, 85, 86, 88, 90, 92, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 109, 113, 117, 127.

**Liste des dispositions (du texte adopté) du projet qui nécessitent des mesures d'exécution (article 18, 4. a) du Règlement) en application de l'article 108 de la Constitution :**

Art. 41, 44, 52, 55, 57, 61, 63, 65, 67, 70, 72, 81, 82, 84, 85, 86, 88, 90, 92, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 109, 113, 117, 127.