

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

23 novembre 2005

PROJET DE LOI
portant des dispositions diverses

AMENDEMENTS

déposés en commission de la Santé publique

N° 1 DU GOUVERNEMENT

Art. 103

Remplacer cet article par la disposition suivante:

«Art. 103. — A l'article 73 de la même loi sont apportées les modifications suivantes:

A) au § 2, alinéa 6, les mots «médecin généraliste» sont remplacés par les mots «médecins généralistes»;

B) au § 2, alinéa 8, les mots «1^{er} janvier 2006» sont remplacés par les mots «1^{er} avril 2006 et jusqu'au 30 septembre 2006»;

C) le § 2, alinéa 8, est complété par la phrase suivante: «Pendant cette période d'observation, entrent en ligne de compte les médecins qui ont prescrit durant cette période au moins 100 conditionnements

Document précédent :

Doc 51 **2098/ (2005/2006)** :

001 : Projet de loi portant des dispositions diverses.

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

23 november 2005

WETSONTWERP
houdende diverse bepalingen

AMENDEMENTEN

ingediend in de commissie voor de Volksgezondheid

Nr. 1 VAN DE REGERING

Art. 103

Dit artikel vervangen door de volgende bepaling:

«Art. 103. — In artikel 73 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

A) In § 2, zesde lid wordt het woord «huisarts» vervangen door «algemeen geneeskundigen»;

B) In § 2, achtste lid, worden de woorden «1 januari 2006» vervangen door «1 april 2006 tot en met 30 september 2006»;

C) Paragraaf 2, achtste lid wordt aangevuld met de volgende zin: «Tijdens deze observatieperiode komen de geneesheren in aanmerking die tijdens deze periode minstens 100 verpakkingen, vergoedbaar in het kader

Voorgaand document :

Doc 51 **2098/ (2005/2006)** :

001 : Wetsontwerp houdende diverse bepalingen.

remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire et délivrés dans une officine ambulante. Pour les dentistes, ce seuil minimum s'élève à 16 conditionnements.».

JUSTIFICATION

L'arrêté royal du 17 septembre 2005 vise à encourager la prescription responsable de spécialités moins coûteuses. L'article 73, § 2 de la loi AMI, qui traite de la responsabilisation individuelle, a été modifié dans ce but.

Pour que les dispositions de l'article 73, § 2, puissent être exécutées, une période d'observation et un groupe cible doivent être précisés.

Du fait que le hasard peut jouer un trop grand rôle pour des prescripteurs occasionnels, qui ne prescrivent que très peu, sont seuls évalués les médecins qui ont prescrit au minimum 100 conditionnements remboursables au cours de la période examinée. Pour les dentistes, le seuil minimum est de 16 conditionnements remboursables.

N° 2 DU GOUVERNEMENT

Art. 101

Remplacer cet article par la disposition suivante:

«Art. 101. — À l'article 56ter de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, inséré par la loi du 22 août 2002 et modifié par les lois des 24 décembre 2002 et 27 avril 2005, sont apportées les modifications suivantes:

1° le § 1^{er} est complété comme suit: «Le Roi peut étendre l'application des montants de référence aux prestations dispensées au cours d'un séjour en milieu hospitalier qui donne lieu au paiement d'un forfait de journée comme visé dans l'accord en vigueur en application de l'article 46, ou au cours de tout séjour donnant lieu au paiement d'un prix de journée d'entretien.»

2° le § 4 est remplacé comme suit: «Les montants de référence concernés sont calculés annuellement par la cellule technique visée à l'article 155 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, sur la base des données dont il est question au § 3 concernant les prestations visées au § 1^{er}. Les montants de référence sont communiqués à la structure multipartite en matière de politique hospitalière visée à l'article 153 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales et sont fixés par arrêté ministériel.

van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, hebben voorgeschreven, afgeleverd in een ambulante officina. Bij de tandheekkundigen bedraagt deze minimumdrempel 16 verpakkingen».

VERANTWOORDING

Het koninklijk besluit van 17 september 2005 beoogt het verantwoord voorschrijven van goedkopere specialiteiten aan te moedigen. Hiervoor werd het artikel 73, § 2 van de GUV-wet, dat handelt over de individuele responsabilisering, aangepast.

Om de bepalingen van artikel 73, § 2 uitvoerbaar te maken dienen een observatieperiode en een doelgroep te worden aangeduid.

Omdat het toeval een te grote rol kan spelen bij zeer kleine occasionele voorschrijvers, worden enkel die geneesheren geëvalueerd die in de onderzochte periode minimum 100 terugbetaalbare verpakkingen voorschreven. Voor de tandheekkundigen ligt de minimumdrempel op 16 terugbetaalbare verpakkingen.

Nr. 2 VAN DE REGERING

Art. 101

Dit artikel vervangen als volgt:

«Art. 101. — In artikel 56ter van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, ingevoegd bij de wet van 22 augustus 2002, en gewijzigd bij de wetten van 24 december 2002 en 27 april 2005, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° § 1 wordt aangevuld als volgt: «De Koning kan de toepassing van de referentiebedragen uitbreiden tot de verstrekkingen verleend tijdens een verblijf in het ziekenhuis dat aanleiding geeft tot de betaling van een dagforfait zoals bedoeld in de geldende overeenkomst bij toepassing van artikel 46, of tijdens om het even welk verblijf dat aanleiding geeft tot de betaling van een verpleegdagprijs.»

2° § 4 wordt vervangen als volgt: «De betrokken referentiebedragen worden jaarlijks berekend door de technische cel bedoeld in artikel 155 van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, op basis van de in § 3 bedoelde gegevens met betrekking tot de in § 1 bedoelde verstrekkingen. De referentiebedragen worden meegedeeld aan de in artikel 153 van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen bedoelde multipartite-structuur inzake ziekenhuisbeleid en worden vastgesteld bij ministerieel besluit.

Les montants de référence annuels par admission sont fixés pour la première fois pour l'année 2003 et sont calculés sur la base des données visées à l'alinéa 1^{er} concernant les admissions qui prennent fin après le 30 septembre 2002 et avant le 1^{er} janvier 2004.»

3° Le § 5 est remplacé comme suit: «Lorsque les dépenses réelles relatives à l'ensemble des admissions visées au § 1^{er}, en tenant compte des limitations visées au § 2, dépassent dans un hôpital de 10 p.c. au moins les dépenses de référence calculées conformément au § 4, la différence est remboursée par l'hôpital à l'Institut, à charge des honoraires portés en compte à l'assurance. Pour les admissions qui prennent fin après le 31 décembre 2004, cette disposition s'applique dès que les dépenses réelles pour l'ensemble des admissions dans un hôpital visées au § 1^{er} dépassent les dépenses de référence calculées conformément au § 4.

Pour les admissions qui prennent fin après le 31 décembre 2005, le mode de calcul modifié suivant, scindé en deux parties, s'applique:

a. Sélection des hôpitaux qui entrent en ligne de compte pour la réclamation effective des montants à rembourser:

– calcul par hôpital des différences entre, d'une part, les dépenses réelles afférentes aux admissions telles que visées à l'alinéa précédent et, d'autre part, les dépenses de référence calculées selon les modalités telles que mentionnées au § 2 et au § 3;

– totalisation par hôpital des résultats positifs et négatifs de ces calculs; seuls les hôpitaux pour lesquels le résultat de cette totalisation est positif entrent en ligne de compte pour le remboursement;

b. Calcul des montants effectifs à rembourser pour les hôpitaux sélectionnés sous a:

– recalcul par hôpital des différences entre, d'une part, les dépenses réelles afférentes aux admissions telles que visées à l'alinéa précédent et, d'autre part, la dépense médiane correspondante, par APR-DRG, par degré de gravité clinique 1 ou 2 et par groupe de prestations;

– toutes les différences positives des calculs effectués ci-dessus par hôpital constituent les montants effectifs à rembourser pour les hôpitaux sélectionnés sous a., pour autant que la somme de ces différences positives soit supérieure à 1.000 EUR.

L'Institut calcule les montants à rembourser sur la base des données fournies par la cellule technique et communique le résultat du calcul aux hôpitaux. Le Roi détermine les délais et les modalités de calcul et de

De jaarlijkse referentiebedragen per opname worden voor de eerste maal vastgesteld voor het jaar 2003 en worden berekend op basis van de in het eerste lid bedoelde gegevens met betrekking tot de opnames die na 30 september 2002 en voor 1 januari 2004 worden beëindigd.»

3° § 5 wordt vervangen als volgt: «Wanneer de werkelijke uitgaven voor het geheel van de in § 1 bedoelde opnames, rekening houdend met de in § 2 bedoelde beperkingen, in een ziekenhuis de overeenkomstig § 4 berekende referentieuitgaven met ten minste 10 pct. overtreffen wordt het verschil door het ziekenhuis teruggestort aan het Instituut ten laste van de aan de verzekering aangerekende honoraria. Voor de opnames die na 31 december 2004 worden beëindigd, geldt deze bepaling van zodra de werkelijke uitgaven voor het geheel van de in § 1 bedoelde opnames in een ziekenhuis de overeenkomstig § 4 berekende referentieuitgaven overtreffen.

Voor de opnames die worden beëindigd na 31 december 2005 geldt volgende gewijzigde berekeningswijze, die in twee onderdelen opgedeeld wordt:

a. Selectie van de ziekenhuizen die in aanmerking komen voor effectieve opvordering van de terug te storten bedragen:

– berekening per ziekenhuis van de verschilbedragen tussen enerzijds de werkelijke uitgaven voor de opnames zoals bedoeld in het vorige lid, en anderzijds de referentieuitgaven berekend volgens de modaliteiten, zoals opgegeven in § 2 en § 3;

– totalisatie per ziekenhuis van de positieve en negatieve resultaten van deze berekeningen; enkel de ziekenhuizen voor wie het resultaat van deze totalisatie positief is, komen in aanmerking voor terugstorting;

b. Berekening van de effectieve terug te storten bedragen voor de in a. geselecteerde ziekenhuizen:

– herberekening per ziekenhuis van de verschilbedragen tussen enerzijds werkelijke uitgaven voor de opnames zoals bedoeld in het vorige lid, en anderzijds de overeenkomstige mediaanuitgave, per APR-DRG, per klasse 1 resp. 2 van klinische ernst en per prestatiegroep;

– alle positieve verschilbedragen van de hierboven uitgevoerde berekeningen per ziekenhuis vormen de effectieve terug te storten bedragen voor de onder a. geselecteerde ziekenhuizen, mits de som van deze positieve verschilbedragen groter is dan 1.000 EUR.

Het Instituut berekent de terug te storten bedragen op basis van de gegevens verstrekt door de technische cel en deelt het resultaat van de berekening aan de ziekenhuizen mee. De Koning bepaalt de termijnen en de

communication des montants concernés, la façon dont ils sont remboursés par l'hôpital à l'assurance soins de santé et leur comptabilisation par les organismes assureurs. Pour les admissions qui prennent fin avant le 1^{er} janvier 2006, cette imputation est limitée aux groupes APR-DRG visés au § 9, 1^o.

Les montants à rembourser par l'hôpital sont partagés entre le gestionnaire de l'hôpital et les médecins hospitaliers, conformément au règlement visé à l'article 135, 1^o, alinéa 2, ou à l'article 136, alinéa 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, modifiée par la loi du 14 janvier 2002.

Le Comité de l'assurance est chargé du règlement des contentieux relatifs au calcul des montants à rembourser, selon la procédure fixée par le Roi.».

4^o au § 7 les mots «à la structure multipartite visée à l'article 153 de la loi précitée du 29 avril 1996 «sont remplacés par les mots «au Comité de l'assurance».

5^o le § 8, 2^o, est complété comme suit: «Pour les admissions qui prennent fin après le 31 décembre 2005, les angiographies sont comprises dans les calculs.».

6^o au § 9, 1^o, les mots «et APR-DRG 560 - Accouchement par voie vaginale» sont remplacés par les mots «, APR-DRG 560 - Accouchement par voie vaginale, APR-DRG 024 - Interventions sur les vaisseaux extra crâniens, APR-DRG 072 - Interventions extra oculaires sauf sur les orbites, APR-DRG 171 - Autres motifs pour le placement d'un pacemaker permanent, APR-DRG 176 - Remplacement d'un pacemaker ou défibrillateur, APR-DRG 445 - Interventions mineures sur la vessie et APR-DRG 517 - Dilatation et curetage, conisation.».

nadere regels van berekening en bekendmaking van de betreffende bedragen, de wijze waarop ze door het ziekenhuis aan de verzekering voor geneeskundige verzorging worden teruggestort en de boeking ervan door de verzekeringsinstellingen. Deze verrekening wordt voor de opnames die worden beëindigd voor 1 januari 2006 beperkt tot de APR-DRG-groepen, bedoeld in § 9, 1^o.

De door het ziekenhuis terug te storten bedragen worden verdeeld tussen de ziekenhuisbeheerder en de ziekenhuisgeneesheren, conform het reglement zoals bedoeld in artikel 135, 1^o, tweede lid, of in artikel 136, eerste lid, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, gewijzigd bij de wet van 14 januari 2002.

Het Verzekeringscomité is belast met de afhandeling van de geschillen met betrekking tot de berekening van de terug te storten bedragen, volgens de door de Koning bepaalde procedure.».

4^o in § 7 worden de woorden «aan de multipartite-structuur bedoeld in artikel 153 van hogervermelde wet van 29 april 1996» vervangen door de woorden «aan het Verzekeringscomité».

5^o § 8, 2^o, wordt aangevuld als volgt: «Voor opnames die worden beëindigd na 31 december 2005 worden de angiografieën opgenomen in de berekeningen.».

6^o in § 9, 1^o, worden de woorden «en APR-DRG 560 - Vaginale bevalling» vervangen door de woorden «, APR-DRG 560 - Vaginale bevalling, APR-DRG 024 - Ingrepen op extracraniale bloedvaten, APR-DRG 072 - Extra-oculaire ingrepen behalve op orbita, APR-DRG 171 - Andere redenen voor het plaatsen van permanente pacemaker, APR-DRG 176 - Vervangen van pacemaker of defibrillator, APR-DRG 445 - Mineure ingrepen op de blaas en APR-DRG 517 - Dilatatie en curettage, conisatie.».

N° 3 DU GOUVERNEMENT

Art. 101bis (nouveau)

Insérer un article 101bis, rédigé comme suit:

«Art. 101bis. — L'article 101 entre en vigueur le ..., à l'exception de l'article 101, 6°, qui s'applique la première fois aux admissions qui prennent fin après le 31 décembre 2005.».

JUSTIFICATION

Actuellement sont seules visées les prestations qui sont octroyées durant un séjour auquel est liée au moins une nuitée. Le Roi reçoit la possibilité d'étendre à l'avenir le système aux prestations octroyées durant une hospitalisation de jour.

Confier le calcul des montants de référence au Centre fédéral d'expertise des soins de santé fait courir le risque d'un retard considérable puisque ces calculs requièrent un transfert de données de la cellule technique et que ce transfert ne peut, en vertu de l'article 285, alinéa 2, de la loi-programme du 24 décembre 2002, se faire qu'après autorisation de principe du Comité de surveillance visé à l'article 37 de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque Carrefour de la sécurité sociale.

Le nouveau mode de calcul proposé pour les séjours à partir du 1^{er} janvier 2006 est basé sur les conclusions et les recommandations du Rapport «Vol. 17A: Évaluation des montants de référence «du Centre fédéral d'expertise des soins de santé et répond également aux remarques formulées au sein de la Structure multipartite, à savoir la recommandation de mieux cibler les récupérations en visant les hôpitaux présentant un comportement de surconsommation systématique.

Vu la technicité des calculs visés dans ce paragraphe, il semble raisonnable de laisser la validation externe des résultats, dont il est en fait question ici, à une «commission technique «à créer au sein du Comité de l'assurance de l'INAMI, qui puisse également intervenir dans la procédure d'appel mentionnée au § 5, dernier alinéa, ainsi que dans la possibilité de contestation mentionnée au § 7.

L'inclusion des APR-DRG médicaux dans le calcul des montants à rembourser s'appuie également sur les constatations du rapport précité du KCE, qui a réfuté la présomption d'une plus grande hétérogénéité dans ces APR-DRG.

Les dispositions relatives à l'instauration d'une procédure d'appel en cas de contestation quant à l'importance des montants à rembourser répond au principe de droit de prévoir une possibilité de contestation.

Nr. 3 VAN DE REGERING

Art. 101bis (nieuw)

Een artikel 101bis invoegen, luidende:

«Art. 101bis. — Artikel 101 treedt in werking op ..., met uitzondering van artikel 101, 6°, dat voor de eerste maal van toepassing is voor opnames die worden beëindigd na 31 december 2005.».

VERANTWOORDING

Momenteel worden enkel de verstrekkingen beoogd die worden verleend tijdens een verblijf waaraan minstens een overnachting is verbonden. De Koning krijgt de mogelijkheid dit in de toekomst uit te breiden tot de verstrekkingen verleend tijdens daghospitalisatie.

De berekening van de referentiebedragen opdragen aan het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg brengt het risico met zich mee op aanzienlijke vertraging ervan, gezien voor deze berekeningen een gegevensoverdracht vanuit de technische cel vereist is en deze overdracht op grond van art. 285, 2e lid van de programmawet van 24 december 2002 slechts kan gebeuren na een principiële machtiging van het Toezichtcomité bedoeld in artikel 37 van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid.

De nieuwe berekeningswijze voorgesteld voor de verblijven vanaf 01-01-2006 is gebaseerd op de conclusies en aanbevelingen van het Rapport «Vol.17A: Evaluatie van de referentiebedragen» van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg en komt tevens tegemoet aan de opmerkingen geformuleerd in de schoot van de Multipartite structuur, met name de aanbeveling de terugvorderingen beter te cibleren tot die ziekenhuizen die een systematisch overconsumptiegedrag vertonen.

Gezien de technicité van de in deze paragraaf bedoelde berekeningen lijkt het verstandig de hier in feite beoogde externe validatie van de resultaten over te laten aan een binnen het Verzekeringscomité van het RIZIV op te richten «technische commissie», die dan eveneens kan tussenkomen in de in § 5, laatste lid vermelde beroepsprocedure evenals de mogelijkheid tot tegenspraak opgenomen in § 7.

De opname van de medische APR-DRG's in de verrekening van de terug te storten bedragen is eveneens gestoeld op de bevindingen van hogervermeld rapport van het KCE, dat het vermoeden van grotere heterogeniteit in deze APR-DRG's weerlegde.

De bepalingen omtrent de invoer van een procedure van beroep ingeval van betwisting over de hoegroetheid van de terug te storten bedragen, komt tegemoet aan het rechtsprincipe tot voorzien van een mogelijkheid tot tegenspraak.

L'inclusion des angiographies dans les calculs pour les séjours à partir du 1^{er} janvier 2006 se fonde également sur les constatations du rapport précité du KCE, qui n'a pas confirmé la présomption d'une plus grande hétérogénéité dans les APR-DRG «sensibles aux angiographies».

L'ajout de six APR-DRG chirurgicaux supplémentaires pour les séjours à partir du 1^{er} janvier 2006 trouve son origine dans les propositions du gouvernement relatives à la suggestion du comité de l'assurance en matière de fixation de l'objectif budgétaire global concernant les soins de santé 2006.

*Le ministre des Affaires sociales
et de la Santé publique,*

Rudy DEMOTTE

De opname van de angiografieën in de berekeningen voor de verblijven vanaf 01-01-2006 is eveneens gebaseerd op de bevindingen van hogervermeld rapport van het KCE, dat het vermoeden van grotere heterogeniteit in de «angiografie gevoelige» APR-DRG's niet bevestigde.

De toevoeging van zes bijkomende chirurgische APR-DRG's voor de verblijven vanaf 1 januari 2006 vindt zijn oorsprong in de regeringsvoorstellen m.b.t. het voorstel van het verzekeringscomité inzake de vaststelling van de globale begrotingsdoelstelling inzake gezondheidszorgen 2006.

*De minister van Sociale Zaken
en Volksgezondheid,*

Rudy DEMOTTE