

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS  
DE BELGIQUE

13 décembre 2005

**PROJET DE LOI**  
portant des dispositions diverses

**AMENDEMENTS**

déposés en commission de la Santé publique, de  
l'Environnement et du Renouveau de la société

**N° 8 DU GOUVERNEMENT**

Art. 101

**Remplacer cet article par la disposition suivante:**

«Art. 101. — À l'article 56 ter 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<sup>er</sup> 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.»;

Documents précédents :

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

001 : Projet de loi portant des dispositions diverses.  
002 à 017 : Amendements.  
018 : Rapport.  
019 : Avis du Conseil d'État  
020 : Amendements.

BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

13 december 2005

**WETSONTWERP**  
houdende diverse bepalingen

**AMENDEMENTEN**

ingediend in de commissie voor de Volksgezondheid,  
het Leefmilieu en de Maatschappelijke hernieuwing

**Nr. 8 VAN DE REGERING**

Art. 101

**Dit artikel vervangen als volgt:**

«Art. 101. — In artikel 56 ter 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.»;

Voorgaande documenten :

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

001 : Wetsontwerp houdende diverse bepalingen.  
002 tot 017 : Amendementen.  
018 : Verslag.  
019 : Advies van de Raad van State.  
020 : Amendementen.

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<sup>er</sup>. 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 royal.

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<sup>er</sup> concernant les admissions qui prennent fin après le 30 septembre 2002 et avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004.»

3° Le § 5 est remplacé comme suit: «Lorsque les dépenses réelles relatives à l'ensemble des admissions visées au § 1<sup>er</sup>, 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<sup>er</sup> 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;

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 koninklijk besluit.

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. 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 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<sup>er</sup> janvier 2006, cette imputation est limitée aux groupes APR-DRG visés au § 9, 1<sup>o</sup>.*

*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<sup>o</sup>, alinéa 2, ou à l'article 136, alinéa 1<sup>er</sup>, 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.»*

*Le Roi détermine notamment le délai dans lequel l'hôpital concerné introduit une demande au Comité de l'assurance, le contenu et la forme de cette demande, le délai dans lequel, et les modalités selon laquelle le Comité de l'assurance prend sa décision, ainsi que les modalités selon laquelle la décision est portée ensuite à la connaissance de l'hôpital concerné.*

*4<sup>o</sup> 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»*

*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 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<sup>o</sup>.*

*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<sup>o</sup>, 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.»*

*De koning bepaalt hierbij met name de termijn waarbinnen het betrokken ziekenhuis een verzoekschrift indient bij het verzekeringscomité, de inhoud en vorm van dit verzoekschrift en de termijn waarbinnen, evenals de wijze waarop het verzekeringscomité zijn beslissing neemt, alsmede de wijze waarop deze beslissing vervolgens ter kennis wordt gebracht van het betrokken ziekenhuis*

*4<sup>o</sup> 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° le § 8, 2°, est complété comme suit: «Pour les admissions qui prennent fin après le 31 décembre 2005, les angiographies sont comprises dans les calculs»;

6° au § 9, 1°, les mots «en APRDRG 560 - Accouchement par voie vaginale» sont remplacés par les mots «, APRDRG 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.».

#### 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<sup>er</sup> 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.

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

6° in § 9, 1°, 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.».

#### 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 Toezichtscomité 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.

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.

L'inclusion des angiographies dans les calculs pour les séjours à partir du 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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.

## N° 9 DU GOUVERNEMENT

101bis (nouveau)

**Insérer un article 101bis, libellé comme suit:**

«Art. 101bis. — L'article 101 est pour la première fois d'application pour les calculs des montants de référence pour l'année 2003, à l'exception de l'article 101, 6°, qui s'applique la première fois aux admissions qui prennent fin après le 31 décembre 2005.».

*Le ministre de la Santé publique,*

R. DEMOTTE

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

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 01-01-2006 vindt zijn oorsprong in de regeringsvoorstellen m.b.t. het voorstel van het verzekeringscomité inzake de vaststelling van de globale begrotingsdoelstelling inzake gezondheidszorgen 2006.

## Nr. 9 VAN DE REGERING

101bis (nieuw)

**Een artikel 101bis invoegen, luidend als volgt:**

«Art. 101bis. — Artikel 101 is voor de eerste maal van toepassing voor de berekening van de referentiebedragen voor het jaar 2003, met uitzondering van artikel 101, 6°, dat voor de eerste maal van toepassing is voor de opnames die worden beëindigd na 31 december 2005.».

*De minister van Volksgezondheid,*

R. DEMOTTE

N° 10 DE MM. **GOUTRY ET VERHAEGEN**

Art. 79

**Remplacer cet article par la disposition suivante:**

«Art. 79. — À l'article 29bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, il est inséré, entre l'avant-dernier et le dernier alinéa, un nouvel alinéa libellé comme suit:

«Cette commission crée, en son sein, un groupe de travail «radio-isotopes» chargé de formuler les propositions et de donner les avis visés à l'article 35, § 2ter. La composition et les règles de fonctionnement de ce groupe de travail sont fixées par le Roi.»

## JUSTIFICATION

Compte tenu du statut spécial des radio-isotopes, nous estimons qu'un groupe de travail interne, créé au sein de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) peut leur être consacré. Contrairement à ce que dispose le projet de loi actuel, il ne s'agirait donc pas d'un Conseil technique. Seule la création d'un groupe de travail au sein de la CRM permettra de préserver l'expertise et l'indépendance: un Conseil technique ne peut en effet assumer de responsabilité propre et oriente par conséquent ses travaux en fonction d'un organe capable, quant à lui, d'assumer cette responsabilité. En l'occurrence, la CRM est l'instance la plus appropriée.

N° 11 DE MM. **GOUTRY ET VERHAEGEN**

Art. 80

**Supprimer cet article.**

## JUSTIFICATION:

En vertu de notre amendement à l'article 79, dans lequel nous préconisons la création d'un groupe de travail radio-isotopes au sein de la CRM, l'article 80 devient logiquement sans objet.

Nr. 10 VAN DE HEREN **GOUTRY EN VERHAEGEN**

Art. 79

**Dit artikel vervangen als volgt:**

«Art. 79. — In artikel 29bis van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt tussen het voorlaatste en laatste lid een nieuw lid ingevoegd dat luidt als volgt:

«Deze commissie richt binnen haar schoot een werkgroep radio-isotopen op. Deze werkgroep staat in voor de voorstellen en het verstrekken van de adviezen die zijn bedoeld in artikel 35, § 2ter. De samenstelling en de werkingsregels van deze werkgroep wordt door de Koning bepaald.»

## VERANTWOORDING

Gezien het bijzondere statuut van radio-isotopen vinden we dat hiervoor een interne werkgroep binnen de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) kan worden opgericht. Dus niet in de vorm van een Technische Raad zoals in de huidige tekst van het wetsontwerp staat. Enkel door de oprichting van een werkgroep binnen de CTG kan de deskundigheid en onafhankelijkheid gewaarborgd worden: een Technische Raad kan immers zelf geen verantwoordelijkheid dragen en werkt dus in functie van een orgaan dat dat wel kan. In casu is de CTG hiervoor het meest geschikt.

Nr. 11 VAN DE HEREN **GOUTRY EN VERHAEGEN**

Art. 80

**Dit artikel weglaten.**

## VERANTWOORDING

In de logica van ons amendement op artikel 79, waarbij we opteren voor een werkgroep radio-isotopen binnen de schoot van de CTG, vervalt het voorgestelde artikel 80.

## N° 12 DE MM. GOUTRY ET VERHAEGEN

Art. 82

**Supprimer le point 2.**

## JUSTIFICATION

Les auteurs de l'amendement ne sont pas favorables à la création d'un «Conseil technique des radio-isotopes». Ils n'estiment donc pas nécessaire d'adapter, en fonction de cette création, la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Le présent amendement tend par conséquent à supprimer l'article 82, 2°, du projet de loi, qui propose une adaptation de l'article 35, § 2<sup>ter</sup> de la loi susvisée.

## N° 13 DE MM. GOUTRY ET VERHAEGEN

Art. 83

**Remplacer cet article par la disposition suivante:**

«Art. 83. — Les articles 78, 79, 81 et 82 entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2006.

L'article 80 entre en vigueur à une date à déterminer par le Roi.»

## JUSTIFICATION

La compétence actuelle doit être maintenue jusqu'à la composition et l'installation du Conseil technique, sans quoi un vide de compétence risque d'apparaître à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006.

## N° 14 DE MM. GOUTRY ET VERHAEGEN

Art. 85

**Remplacer les mots «§ 14» par les mots «§ 15».**

## JUSTIFICATION

L'article 35<sup>bis</sup> comporte déjà un § 14. Il convient dès lors d'ajouter un § 15, et non un § 14.

## Nr. 12 VAN DE HEREN GOUTRY EN VERHAEGEN

Art. 82

**Punt 2° weglaten.**

## VERANTWOORDING

Gezien wij geen voorstander zijn van de oprichting van een «Technische Raad voor Radio-isotopen», dient in functie van deze oprichting artikel 35, §2<sup>ter</sup> van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen ook niet aangepast te worden. Daarom stellen wij in dit amendement de schrapping voor van artikel 82, 2° van het wetsontwerp waarin een aanpassing aan artikel 35, § 2<sup>ter</sup> van voorgenoemde wet voorgesteld wordt.

## Nr. 13 VAN DE HEREN GOUTRY EN VERHAEGEN

Art. 83

**Dit artikel vervangen als volgt:**

«Art. 83. — De artikelen 78, 79, 81 en 82 treden in werking op 1 januari 2006.

Artikel 80 treedt in werking op een door de Koning te bepalen datum.»

## VERANTWOORDING

De huidige bevoegdheid moet behouden blijven tot de nieuwe Technische Raad samengesteld en geïnstalleerd is. Zoniet dreigt er vanaf 1 januari 2006 een bevoegdheidsvacuüm te ontstaan.

## Nr. 14 VAN DE HEREN GOUTRY EN VERHAEGEN

Art. 85

**Het woord «§ 14» vervangen door het woord «§ 15».**

## VERANTWOORDING

Artikel 35<sup>bis</sup> heeft reeds een § 14. Het gaat hier dus niet om het toevoegen van een § 14, maar om het toevoegen van een § 15.

## N° 15 DE MM. GOUTRY ET VERHAEGEN

Art. 115bis (nouveau)

**Insérer un article 115bis, libellé comme suit:**

«Art. 115 bis. — *L'article 95 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, est remplacé par la disposition suivante:*

«Art. 95. — *Ne sont pas repris dans le budget des moyens financiers de l'hôpital:*

1° *le prix des spécialités pharmaceutiques et des médicaments génériques qui figurent dans la liste en annexe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 et qui, en tant que tels, peuvent faire l'objet d'un remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé;*

2° *les honoraires des prestataires de soins pour les prestations de santé énumérées ci-après:*

- a) *les soins courants et les prestations techniques de diagnostic et de traitement donnés par les médecins*
- b) *les soins dentaires conservateurs et réparateurs;*
- c) *les soins donnés par les kinésistes;*
- d) *les accouchements par les accoucheuses diplômées;*
- e) *tous autres soins et prestations nécessités pour la rééducation fonctionnelle et professionnelle, pour autant que leur exécution ne soit pas liée aux activités spécifiques du service où le malade est hospitalisé.*

3° *les honoraires des prestataires de soins et les frais liés à la fourniture de lunettes et autres prothèses oculaires, d'appareils auditifs, de voiturettes, d'orthèses et de prothèses externes;*

4° *la rémunération des prestations effectuées par des pharmaciens ou licenciés en sciences chimiques habilités à effectuer des analyses de biologie clinique;*

5° *les frais liés aux dispositifs médicaux qui répondent aux définitions de l'article 1<sup>er</sup>, § 1<sup>er</sup>, 1°, de l'arrêté royal du 15 juillet 1997 relatif aux dispositifs médicaux implantables actifs, de l'article 1<sup>er</sup>, § 2, 1°, ou de l'annexe IX, point 1.2., de l'arrêté royal du 18 mars 1999 relatif aux dispositifs médicaux ou de l'article 35, § 3, I, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, et qui soit font l'objet d'une intervention de*

## Nr. 15 VAN DE HEREN GOUTRY EN VERHAEGEN

Art. 115bis (nieuw)

**Een artikel 115bis invoegen, luidende:**

«Art. 115 bis. — *Artikel 95 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, wordt vervangen door de volgende bepaling:*

«Art. 95. — *Zijn niet begrepen in het budget van de financiële middelen van het ziekenhuis:*

1° *de prijs van de farmaceutische specialiteiten en van de generische geneesmiddelen die opgenomen zijn in de lijst in bijlage bij het koninklijk besluit van 21 december 2001, en die als dusdanig het voorwerp kunnen uitmaken van terugbetaling vanwege de verplichte ziektekostenverzekering;*

2° *het honorarium van de zorgverleners in verband met de hiernavolgende geneeskundige verstrekkingen:*

- a) *de gewone zorg en de technische verstrekkingen voor diagnose en behandeling door geneesheren;*
- b) *de tandheeskundige zorg ter bewaring of herstelling;*
- c) *de zorg verstrekt door kinesitherapeuten;*
- d) *de verlossingen door de gediplomeerde vroedvrouwen;*
- e) *alle andere zorg en verstrekkingen die voor de revalidatie en de herscholing zijn vereist, voor zover de uitvoering ervan niet gebonden is aan de specifieke werkzaamheden van de dienst waarin de zieke is opgenomen;*

3° *het honorarium van de zorgverleners en de kosten met betrekking tot het verstrekken van brillen en andere oogprothesen, hoortoestellen, wagentjes, orthesen en uitwendige prothesen;*

4° *de vergoeding voor de verstrekkingen door apothekers of licenciaten in de scheikundige wetenschappen die gemachtigd zijn analyses van klinische biologie te verrichten;*

5° *de kosten verbonden aan medische hulpmiddelen die beantwoorden aan de definities van artikel 1, §1, 1° van het koninklijk besluit van 15 juli 1997 betreffende de actieve implanteerbare medische hulpmiddelen, artikel 1, § 2, 1° of Bijlage IX, punt 1.2 van het koninklijk besluit van 18 maart 1999 betreffende de medische hulpmiddelen of artikel 35, § 3, I van de Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor genees-*



*l'assurance obligatoire soins de santé, soit figurent sur une liste fixée par le Roi, sur proposition du Comité de l'assurance.».*»

## JUSTIFICATION

L'article 122 adapte l'article 95 de la loi sur les hôpitaux. Le nouveau texte de l'article 95 de la loi sur les hôpitaux exclut tous les dispositifs médicaux (implants actifs, implants non actifs, etc.) du budget des moyens financiers, si ceux-ci sont l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, soit figurent sur une liste fixée par le Roi, sur proposition du Comité de l'assurance. L'établissement de la liste doit s'effectuer avec la participation des partenaires à l'INAMI. Le seul organe au sein duquel les médecins, les gestionnaires d'hôpitaux et les mutuelles siègent ensemble à l'INAMI est le Comité de l'assurance.

## N° 16 DE MM. GOUTRY ET VERHAEGEN

Art. 90

**Au point 3°, remplacer le mot «utilité» par le mot «efficacité».**

## N° 17 DE MM. GOUTRY ET VERHAEGEN

Art. 91

**Au point 2°, remplacer le mot «utilité» par le mot «efficacité».**

*kundige verzorging en uitkeringen, en die hetzij het voorwerp uitmaken van een tegemoetkoming vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, hetzij voorkomen op een door de Koning, op voorstel van het Verzekeringscomité, vast te stellen lijst.».*»

## VERANTWOORDING

Artikel 122 betreft een aanpassing van het artikel 95 van de wet op de ziekenhuizen. Met de nieuwe tekst van het artikel 95 van de wet op de ziekenhuizen worden alle medische hulpmiddelen (actieve implantaten, niet-actieve implantaten, ...) uitgesloten uit het budget van financiële middelen indien deze hetzij het voorwerp uitmaken van een tegemoetkoming vanwege de verplichte ziektekostenverzekering, hetzij voorkomen op een door de Koning, op voorstel van het Verzekeringscomité, vast te stellen lijst. Bij het opmaken van de lijst dient er participatie te zijn van de partners op het RIZIV. Het enige orgaan waarin geneesheren, ziekenhuisbeheerders en ziekenfondsen op het RIZIV samen zitten is het Verzekeringscomité.

## Nr. 16 VAN DE HEREN GOUTRY EN VERHAEGEN

Art. 90

**In punt 3°, de volgende wijzigingen aanbrengen:**

**1) in de voorgestelde Franse tekst, het woord «utilité» vervangen door het woord «efficacité»;**

**2) het woord «nut» vervangen door het woord «doeltreffendheid».**

## Nr. 17 VAN DE HEREN GOUTRY EN VERHAEGEN

Art. 91

**In punt 2° van de voorgestelde Franse tekst het woord «utilité» vervangen door het woord «efficacité»;**

Luc GOUTRY (CD&V)  
Mark VERHAEGEN (CD&V)

## N° 18 DE M. MAYEUR ET CONSORTS

Art. 89

**Supprimer les mots** «ou les médicaments enregistrés conformément à l'article 6bis, § 1<sup>er</sup>, alinéa 5, deuxième tiret ou à l'article 6bis, § 2, de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments.».

## N° 19 DE M. MAYEUR ET CONSORTS

Art. 90

**Au point 2°, supprimer les mots** «ou spécialités enregistrées conformément à l'article 6bis, § 1<sup>er</sup>, alinéa 5, deuxième tiret ou à l'article 6bis, § 2, de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments».

Yvan MAJEUR (PS)  
Marie-Claire LAMBERT (PS)  
Philippe COLLARD (MR)  
Colette BURGEON (PS)  
Hilde DIERCKX (VLD)  
Josée LEJEUNE (MR)  
Karin JIROFLÉE (sp.a-spirit)  
Yolande AVONTROODT (VLD)  
Miguel CHEVALIER (VLD)

## Nr. 18 VAN DE HEER MAYEUR c.s.

Art. 89

**De woorden** «of geneesmiddelen geregistreerd volgens artikel 6bis, § 1, vijfde lid, tweede streepje of artikel 6bis, § 2 van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen» **weglaten.**

## Nr. 19 VAN DE HEER MAYEUR c.s.

Art. 90

**In punt 2°, de woorden** «of specialiteiten geregistreerd volgens artikel 6bis, § 1, vijfde lid, tweede streepje of artikel 6bis, § 2, van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen» **weglaten.**