

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS  
DE BELGIQUE

17 décembre 2012

**PROJET DE LOI**

**portant des dispositions diverses en matière  
d'accessibilité aux soins de santé**

(art. 3 à 12 et 17 à 37)

**PROPOSITION DE LOI**

**modifiant, en ce qui concerne  
les suppléments d'honoraires,  
la loi sur les hôpitaux,  
coordonnée le 7 août 1987**

**PROPOSITION DE LOI**

**modifiant la loi  
relative aux hopitaux  
et à d'autres établissements de soins,  
coordonnée le 1<sup>er</sup> juillet 2008**

**RAPPORT**

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION  
DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT  
ET DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ  
PAR  
MME Marie-Claire LAMBERT

BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

17 december 2012

**WETSONTWERP**

**houdende diverse bepalingen inzake de  
toegankelijkheid van de gezondheidszorg**

(art. 3 tot 12 en 17 tot 37)

**WETSVOORSTEL**

**tot wijziging,  
wat de honorariumsupplementen betreft,  
van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd  
op 7 augustus 1987**

**WETSVOORSTEL**

**wijziging van de wet  
betreffende de ziekenhuizen  
en andere verzorgingsinrichtingen,  
gecoördineerd op 1 juli 2008**

**VERSLAG**

NAMENS DE COMMISSIE VOOR  
DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU  
EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING  
UITGEBRACHT DOOR  
MEVROUW Marie-Claire LAMBERT

**Composition de la commission à la date de dépôt du rapport/  
Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag**  
Président/Voorzitter: Hans Bonte

**A. — Titulaires / Vaste leden:**

N-VA	Ingeborg De Meulemeester, Nadia Sminate, Reinilde Van Moer, Flor Van Noppen
PS	Colette Burgeon, Marie-Claire Lambert, Yvan Mayeur, Franco Seminara
MR	Daniel Bacquelaire, Valérie Warzée-Caverenne
CD&V	Nathalie Muylle, Inge Vervotte
sp.a	Hans Bonte
Ecolo-Groen	Thérèse Snoy et d'Oppuers
Open Vld	Ine Somers
VB	Rita De Bont
cdH	Marie-Martine Schyns

**B. — Suppléants / Plaatsvervangers:**

Peter Dedecker, Els Demol, Sarah Smeyers, Bert Wollants, Veerle Wouters
Valérie Déom, Jean-Marc Delizée, Laurent Devin, Julie Fernandez
Fernandez, Christiane Vienne
Valérie De Bue, Luc Gustin, Katrin Jadin
Roel Deseyn, Carl Devlies, Nahima Lanjri
Maya Detiège, Myriam Vanlerberghe
Eva Brems, Muriel Gerkens
Lieve Wierinck, Frank Wilrycx
Guy D'haeseleer, Annick Ponthier
Georges Dallemagne, Catherine Fonck

N-VA	:	<i>Nieuw-Vlaamse Alliantie</i>	
PS	:	<i>Parti Socialiste</i>	
MR	:	<i>Mouvement Réformateur</i>	
CD&V	:	<i>Christen-Democratisch en Vlaams</i>	
sp.a	:	<i>socialistische partij anders</i>	
Ecolo-Groen	:	<i>Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen</i>	
Open Vld	:	<i>Open Vlaamse liberalen en democraten</i>	
VB	:	<i>Vlaams Belang</i>	
cdH	:	<i>centre démocrate Humaniste</i>	
FDF	:	<i>Fédéralistes Démocrates Francophones</i>	
LDD	:	<i>Lijst Dedecker</i>	
MLD	:	<i>Mouvement pour la Liberté et la Démocratie</i>	

  

<i>Abréviations dans la numérotation des publications:</i>	<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties:</i>
DOC 53 0000/000: <i>Document parlementaire de la 53<sup>e</sup> législature, suivi du n° de base et du n° consécutif</i>	DOC 53 0000/000: <i>Parlementair document van de 53<sup>e</sup> zittingsperiode + basisnummer en volgnummer</i>
QRVA: <i>Questions et Réponses écrites</i>	QRVA: <i>Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>
CRIV: <i>Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)</i>	CRIV: <i>Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)</i>
CRABV: <i>Compte Rendu Analytique (couverture bleue)</i>	CRABV: <i>Beknopt Verslag (blauwe kaft)</i>
CRIV: <i>Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)</i>	CRIV: <i>Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)</i>
PLEN: <i>Séance plénière</i>	PLEN: <i>Plenum</i>
COM: <i>Réunion de commission</i>	COM: <i>Commissievergadering</i>
MOT: <i>Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)</i>	MOT: <i>Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)</i>

<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>	<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>
<i>Commandes:</i> <i>Place de la Nation 2</i> <i>1008 Bruxelles</i> <i>Tél. : 02/ 549 81 60</i> <i>Fax : 02/549 82 74</i> <i>www.lachambre.be</i> <i>e-mail : publications@lachambre.be</i>	<i>Bestellingen:</i> <i>Natieplein 2</i> <i>1008 Brussel</i> <i>Tel. : 02/ 549 81 60</i> <i>Fax : 02/549 82 74</i> <i>www.dekamer.be</i> <i>e-mail : publicaties@dekamer.be</i>

SOMMAIRE	Page
I. Dispositions afférentes à la Santé publique .....	4
A. Exposés introductifs.....	4
1. Projet de loi portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé (DOC 53 2524/001) (articles 3 à 12 et 17 à 30) .....	4
a) Sevrage tabagique (article 3) et prothèses capillaires (articles 4 à 6) .....	4
b) Radio-isotopes (articles 7 à 12) .....	4
c) Tiers payant (articles 17 et 18) .....	5
d) Sanctions (article 19) .....	5
e) Accord national (article 20) .....	5
f) Liaison pédiatrique (articles 21 à 23) .	5
g) Accessibilité financière de l'hôpital (articles 24 à 30) .....	5
2. Proposition de loi modifiant, en ce qui concerne les suppléments d'honoraires, la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 (DOC 53 0808/001) .....	7
3. Proposition de loi modifiant la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 1 <sup>er</sup> juillet 2008 (DOC 53 0854/001) .....	8
B. Discussion générale .....	9
C. Discussion des articles.....	21
D. Votes .....	25
II. Dispositions afférentes aux secours accordés par les CPAS .....	26
A. Exposé introductif du projet de loi portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé (articles 31 à 37) .....	26
B. Discussion générale .....	28
1. Interventions des membres .....	28
2. Réponses de la secrétaire d'État.....	30
C. Discussion des articles.....	31
D. Votes .....	32
III. Vote sur l'ensemble des dispositions renvoyées en commission.....	33

## Documents précédents:

## Doc 53 2524/ (2012/2013):

- 001: Projet de loi.
- 002: Rapport.
- 003: Amendement.

## Doc 53 0808/ (2010/2011):

- 001: Proposition de loi de Mme Lanjri et consorts.

## Doc 53 0854/ (2010/2011):

- 001: Proposition de loi de M. Seminara et consorts.

INHOUD	Blz.
I. Bepalingen in verband met de Volksgezondheid .	4
A. Inleidende uiteenzettingen .....	4
1. Wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg (DOC 53 2524/001) (artikelen 3 tot 12 en 17 tot 30) .....	4
a) Tabaksontwenning (art. 3) en haarprothesen (art. 4 tot 6) .....	4
b) Radio-isotopen (art. 7 tot 12) .....	4
c) Derdebetalersregeling (art. 17 en 18) .....	5
d) Sancties (art. 19) .....	5
e) Nationaal akkoord (art. 20) .....	5
f) Pediatrische liaison (art. 21 tot 23) .....	5
g) Financiële toegankelijkheid van het ziekenhuis (art. 24 tot 30) .....	5
2. Wetsvoorstel tot wijziging, wat de honorariumsupplementen betreft, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 (DOC 53 0808/001) .....	7
3. Wetsvoorstel tot wijziging van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 1 juli 2008 (DOC 53 0854/001) .....	8
B. Algemene bespreking .....	9
C. Artikelsgewijze bespreking .....	21
D. Stemmingen .....	25
II. Bepalingen in verband met de door de OCMW's verleende hulp .....	26
A. Inleidende uiteenzetting over het wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg (artikelen 31 tot 37) .....	26
B. Algemene bespreking .....	28
1. Betogen van de leden .....	28
2. Antwoorden van de staatssecretaris ...	30
C. Artikelsgewijze bespreking .....	31
D. Stemming .....	32
III. Stemming over het geheel van de aan de commissie overgezonden bepalingen.....	33

## Voorgaande documenten:

## Doc 53 2524/ (2012/2013):

- 001: Wetsontwerp.
- 002: Verslag.
- 003: Amendement.

## Doc 53 0808/ (2010/2011):

- 001: Wetsvoorstel van mevrouw Lanjri c.s.

## Doc 53 0854/ (2010/2011):

- 001: Wetsvoorstel van de heer Seminara c.s.

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a consacré ses réunions des 5 et 12 décembre 2012 à la discussion des articles 3 à 12 et 17 à 37 du présent projet de loi et des propositions de loi jointes.

## I. — DISPOSITIONS AFFÉRENTES À LA SANTÉ PUBLIQUE

### A. Exposés introductifs

**1. *Projet de loi portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé (DOC 53 2524/001) (articles 3 à 12 et 17 à 30)***

a) *Sevrage tabagique (article 3) et prothèses capillaires (articles 4 à 6)*

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, explique que l'article relatif au sevrage tabagique vise à donner à l'aide médicamenteuse au sevrage tabagique un caractère désormais optionnel pour le Roi. L'intervention éventuelle pour l'aide médicamenteuse fait encore débat. Lors de l'examen de ce qui allait devenir l'arrêté royal du 31 août 2009 relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités pour l'assistance au sevrage tabagique, le Conseil d'État a relevé que la version actuelle de la loi prévoyait formellement une intervention pour l'aide médicamenteuse, point que n'exécutait pas le projet d'arrêté royal.

Le Conseil d'État a aussi fait remarquer que les prothèses capillaires ne peuvent pas être considérées comme des dispositifs médicaux. Il est donc proposé d'inscrire formellement les prothèses capillaires dans la liste des prestations de santé, de permettre aux médecins-conseils d'accorder une autorisation éventuelle et de donner compétence au Roi de fixer l'intervention de l'assurance pour les prothèses capillaires ainsi que les conditions de cette intervention.

b) *Radio-isotopes (articles 7 à 12)*

La section suivante du projet de loi a pour objectif la mise en place de la nouvelle procédure de remboursement des radio-isotopes. L'objectif est de mettre au point un système comparable à celui en vigueur pour les spécialités pharmaceutiques.

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft tijdens haar vergaderingen van 5 en 12 december 2012 de artikelen 3 tot 12 en 17 tot 37 van dit wetsontwerp, alsook de toegevoegde wetsvoorstellen.

## I. — BEPALINGEN IN VERBAND MET DE VOLKSGEZONDHEID

### A. Inleidende uiteenzettingen

**1. *Wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg (DOC 53 2524/001) (artikelen 3 tot 12 en 17 tot 30)***

a) *Tabaksontwenning (artikel 3) en haarprothesen (artikelen 4 tot 6)*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, geeft aan dat het artikel met betrekking tot tabaksontwenning ertoe strekt de Koning te machtigen de hulp met geneesmiddelen bij tabaksontwenning voortaan facultatief te maken. Over de eventuele tegemoetkoming voor hulp met geneesmiddelen bestaat nog discussie. Bij de behandeling van wat het koninklijk besluit van 31 augustus 2009 inzake de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor de hulp bij tabaksontwenning zou worden, heeft de Raad van State erop gewezen dat die tegemoetkoming voor hulp met geneesmiddelen formeel in de vigerende tekst van de wet was opgenomen; dat punt werd echter niet tot uitvoering gebracht door het ontwerp van koninklijk besluit.

Voorts heeft de Raad van State opgemerkt dat haarprothesen niet als medische hulpmiddelen kunnen worden beschouwd. Bijgevolg voorziet het wetsontwerp erin haarprothesen uitdrukkelijk in de lijst van de geneeskundige verstrekkingen op te nemen, de adviserend geneesheren toe te staan een eventuele machtiging te verlenen en de Koning de bevoegdheid te verlenen om de verzekeringstegemoetkoming voor haarprothesen alsook de voorwaarden van die tegemoetkoming vast te stellen.

b) *Radio-isotopen (artikelen 7 tot 12)*

De volgende afdeling van het wetsontwerp strekt ertoe de nieuwe terugbetalingsprocedure voor radio-isotopen in te stellen. Het gaat erom een systeem uit te werken dat vergelijkbaar is met dat in verband met de farmaceutische specialiteiten.

c) *Tiers payant (articles 17 et 18)*

L'Accord de gouvernement prévoit que le tiers payant sera généralisé pour les groupes de patients les plus vulnérables. Il est donc proposé de rendre obligatoire l'application du tiers payant pour deux groupes parmi les plus vulnérables sur le plan de l'accessibilité aux soins de santé: les bénéficiaires de l'intervention majorée et les bénéficiaires du statut affection chronique (pour lesquels la base légale est créée à l'article 16), et ce pour toutes les prestations de santé qui leur sont octroyées.

d) *Sanctions (article 19)*

La section du projet de loi relative aux sanctions fait disparaître dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, un renvoi devenu obsolète depuis l'introduction du Code pénal social pour le montant des honoraires que les dispensateurs de soins, pour lesquels il n'existe pas de convention, sont tenus de respecter, sous peine de se voir appliquer des sanctions pour les soins de rééducation.

e) *Accord national (article 20)*

L'article 20 du projet de loi permet au médecin ou au dentiste de conserver le même statut de conventionnement qu'il avait avant expiration de l'accord médico- ou dento-mut jusqu'au jour où il notifie son refus d'adhésion au nouvel accord ou jusqu'au jour où il est réputé avoir adhéré au nouvel accord.

f) *Liaison pédiatrique (articles 21 à 23)*

En exécution du Plan Cancer, des normes d'agrément ont été fixées par un arrêté royal du 15 novembre 2010 rendant certaines dispositions de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, applicables à la fonction "liaison pédiatrique". Il n'est donc plus nécessaire de réglementer les équipes de soins palliatifs pédiatriques à domicile dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

g) *Accessibilité financière de l'hôpital (articles 24 à 30)*

Parmi les mesures les plus importantes de ce projet de loi, figure l'interdiction des suppléments d'honoraires

c) *Derdebetalersregeling (artikelen 17 en 18)*

Het regeerakkoord voorziet erin dat de derdebetalersregeling naar de meest kwetsbare patiëntengroepen zal worden uitgebreid. Er wordt dus voorgesteld om de toepassing van de derdebetalersregeling verplicht te maken voor twee groepen die inzake zorgtoegankelijkheid tot de meest kwetsbare behoren: de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, alsook de rechthebbenden op het statuut chronische aandoening (voor wie artikel 16 de wettelijke grondslag creëert), en dit voor alle geneeskundige zorg die hen wordt verleend.

d) *Sancties (artikel 19)*

De afdeling van het wetsontwerp met betrekking tot de sancties doet in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, een verwijzing verdwijnen die sinds het invoeren van het Sociaal Strafwetboek zonder voorwerp is geworden, te weten die over het bedrag van de honoraria die de zorgverleners voor wie geen conventionering geldt, moeten naleven, op straffe van sancties voor de zorg die wegens de revalidatiezorg is vereist.

e) *Nationaal akkoord (artikel 20)*

Artikel 20 van het wetsontwerp maakt dat de arts of tandarts hetzelfde statuut van conventionering behoudt dat hij had vóór het verstrijken van het akkoord tussen geneesheren en ziekenfondsen of van het akkoord tussen tandartsen en ziekenfondsen, tot op de dag waarop hij zijn weigering om tot het nieuwe akkoord toe te treden kenbaar maakt of tot op de dag waarop hij geacht wordt tot het nieuwe akkoord te zijn toetreden.

f) *Pediatische liaison (artikelen 21 tot 23)*

Ter uitvoering van het Nationaal Kankerplan werden erkenningsnormen vastgelegd bij het koninklijk besluit van 15 november 2010, waarbij sommige bepalingen van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, toepasselijk worden verklaard op de functie "pediatrische liaison". De pediatrische palliatieve thuiszorg-teams hoeven dus niet meer te worden geregeld in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

g) *Financiële toegankelijkheid van het ziekenhuis (artikelen 24 tot 30)*

Een van de meest ingrijpende maatregelen van dit wetsontwerp is het verbod op honorariasupplementen

en chambres communes et à deux lits. Les factures hospitalières restent l'une des causes les plus importantes de surendettement et contribuent donc à la difficulté pour les citoyens de s'acquitter de leurs factures.

Les chambres à deux lits sont devenues aujourd'hui la norme dans les hôpitaux: dans la grande majorité d'entre eux, la chambre "de base" est *de facto* une chambre à deux lits. C'est pourquoi le législateur a déjà prévu des protections particulières contre les suppléments dans ce type de chambre: les suppléments "de chambre" (qui sont ceux réclamés par l'hôpital) sont interdits dans les chambres à deux lits depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

L'interdiction des suppléments d'honoraires dans ces chambres s'inscrit donc dans la suite logique de la politique menée depuis de nombreuses années pour garantir l'accessibilité aux soins. Dans leurs "baromètres" respectifs (qui analysent les factures hospitalières), les deux principales mutualités ont pointé l'impact de ces suppléments sur les factures, et prôné leur suppression pure et simple comme condition nécessaire au maintien de l'accessibilité aux soins hospitaliers. Ainsi, la pratique ou non de suppléments d'honoraires en chambres doubles et commune est la principale cause des grandes différences qui subsistent entre institutions hospitalières.

Les différences importantes constatées entre Régions (avec en particulier la situation préoccupante de la Région de Bruxelles-Capitale, malgré le fait que 39 % des admissions concernent des bénéficiaires de l'intervention majorée) trouvent également parmi leurs origines majeures les suppléments d'honoraires (cette fois, tous types de chambres confondus). Seul un petit nombre d'hôpitaux — 20 sur près de 200, en ce compris des hôpitaux psychiatriques — pratiquent encore de tels suppléments. Les maxima qui peuvent être pratiqués, jusqu'à 400 % de suppléments, soit cinq fois le tarif, sont excessifs.

Pour les patients, qui ont délibérément fait le choix d'une telle chambre pour précisément ne pas se voir imposer de surcoûts, la situation est incompréhensible. Les autres médecins et hôpitaux, qui ont une pratique normale, voire à dimension sociale marquée, subissent une concurrence déloyale, de par la surenchère difficilement tenable en matière de rémunérations de certains spécialistes. Le risque réel est que s'instaure en Belgique une médecine à deux vitesses, où les soins de qualité ne seraient réservés qu'aux plus nantis ou

pour patients in gemeenschappelijke kamers en in tweepersoonskamers. De ziekenhuisrekeningen blijven een van de belangrijkste oorzaken van de overmatige schuldenlast, en maken het de burgers dus extra moeilijk om hun rekeningen te betalen.

Tweepersoonskamers zijn in de ziekenhuizen de norm geworden: in de meeste gevallen is de "basiskamer" in feite een tweepersoonskamer. Om die reden heeft de wetgever al voorzien in een bijzondere bescherming tegen supplementen voor patiënten in tweepersoonskamers: sinds 1 januari 2010 mogen die patiënten geen (door het ziekenhuis gevraagde) "kamersupplementen" meer worden aangerekend.

Het verbod op honorariasupplementen voor patiënten in die kamers ligt dus in het verlengde van het beleid dat al jaren wordt gevoerd om de zorgtoegankelijkheid te waarborgen. De twee belangrijkste ziekenfondsen hebben in hun respectieve "barometers" (waarin de ziekenhuisrekeningen worden geanalyseerd) gewezen op de impact van die supplementen op de facturen; ze pleiten ervoor die supplementen gewoon op te heffen als noodzakelijke voorwaarde om de toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg te vrijwaren. Het al dan niet opleggen van honorariasupplementen voor patiënten in gemeenschappelijke kamers en in tweepersoonskamers is de belangrijkste oorzaak van de nog bestaande grote verschillen tussen de ziekenhuizen.

De aanzienlijke verschillen tussen de gewesten (en vooral dan de zorgwekkende toestand in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, hoewel 39 % van de opnames aldaar betrekking heeft op gerechtigden op de verhoogde tegemoetkoming) zijn grotendeels toe te schrijven aan de honorariasupplementen (in casu voor alle soorten kamers). Slechts een klein aantal ziekenhuizen — 20 op ongeveer 200 (psychiatrische ziekenhuizen inbegrepen) — rekent nog dergelijke supplementen aan. De maxima die worden gehanteerd — soms tot 400 % of vijf keer het tarief — zijn duizelingwekkend.

Voor de patiënten die bewust voor een dergelijke kamer kozen, precies om dergelijke meerkosten niet te moeten dragen, is die toestand onbegrijpelijk. De artsen en ziekenhuizen die er wel normale praktijken hanteren of een duidelijke sociale aanpak nastreven, ondergaan oneerlijke concurrentie door het moeilijk houdbare opbod qua vergoedingen voor bepaalde specialisten. Er bestaat een reëel risico dat zich in België een geneeskunde met twee snelheden ontwikkelt, waarbij kwaliteitszorg alleen wordt verstrekt aan wie die zorg

à ceux qui peuvent se payer une assurance hospitalisation prenant en charge les suppléments. En période de crise, où des efforts considérables sont demandés aux citoyens, de telles pratiques ne peuvent plus être admises.

Il convient, selon le gouvernement, d'adresser ce problème précis en priorité, ce qui n'exclut pas une réflexion plus large sur le financement hospitalier. Ce dernier s'illustre par une mécanique complexe, avec des équilibres et des jeux de vases communicants.

Le projet de loi vise donc la limitation des suppléments d'honoraires aux seules chambres individuelles. Concernant ces dernières, aucune mesure nouvelle n'est prévue. Les exceptions existant dans le cadre de la loi actuelle, et qui prévoient notamment qu'aucun supplément ne peut être réclamé lorsque l'admission en chambre simple est justifiée pour des raisons médicales, sont maintenues. Afin d'éviter toute discrimination, l'interdiction peut être étendue à d'autres prestataires de soins, par le Roi. L'entrée en vigueur est prévue au 1<sup>er</sup> janvier 2013.

**2. Proposition de loi modifiant, en ce qui concerne les suppléments d'honoraires, la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 (DOC 53 0808/001)**

*Mme Nathalie Muylle (CD&V), coauteur de la proposition de loi*, approuve le projet de loi, qui correspond à la première partie de la proposition de loi qu'elle a introduite avec d'autres membres, en ce qui concerne les suppléments dans les chambres à deux lits.

La proposition de loi contient toutefois une seconde partie, qui ne retrouve pas d'écho dans le projet de loi, à savoir une réglementation plus stricte sur les suppléments dans les chambres à un lit. Ainsi, aucun supplément ne devrait être facturé lorsque l'état de santé du patient ou les conditions techniques de l'examen, du traitement ou de la surveillance requièrent le séjour en chambre individuelle, lorsque les nécessités du service ou la non-disponibilité de lits inoccupés en chambre de deux patients ou en chambre commune requièrent le séjour en chambre individuelle et lorsque l'admission se fait dans une unité de soins intensifs ou de soins urgents, indépendamment de la volonté du patient et pour la durée du séjour dans une telle unité.

kan betalen of zich een hospitalisatieverzekering die de supplementen ten laste neemt, kan veroorloven. In tijden van crisis, wanneer de burgers om grote inspanningen wordt gevraagd, kunnen dergelijke praktijken niet langer door de beugel.

Het is volgens de regering gepast om dit specifieke probleem bij voorrang aan te pakken, wat niet belet ook ruimer na te denken over de ziekenhuisfinanciering. Die financiering is een ingewikkeld mechanisme, waarin tal van factoren elkaar in evenwicht houden en dat functioneert volgens een systeem van communicerende vaten.

Het ter bespreking voorliggende wetsontwerp strekt er dus toe de honorariussupplementen voortaan te beperken tot de patiënten in de eenpersoonskamers. Wat die kamers betreft, wordt in geen enkele nieuwe maatregel voorzien. De uitzonderingen die krachtens de vigerende wet bestaan, waarbij in het bijzonder wordt bepaald dat geen supplementen mogen worden gevraagd wanneer de opname in een eenpersoonskamer om medische redenen verantwoord is, blijven gehandhaafd. Om enige ongelijke behandeling te voorkomen, kan de Koning het verbod tot andere zorgverleners uitbreiden. De wet zou op 1 januari 2013 in werking treden.

**2. Wetsvoorstel tot wijziging, wat de honorariumsupplementen betreft, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 (DOC 53 0808/001)**

*Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V), mede-indienster van het wetsvoorstel*, steunt het wetsontwerp. Het spoort immers met het eerste deel van het wetsvoorstel dat zij samen met andere leden heeft ingediend over de honorariumsupplementen voor patiënten in tweepersoonskamers.

Het mede door het lid ingediende wetsvoorstel bevat echter een tweede deel dat in het wetsontwerp niet aan bod komt, met name een striktere regelgeving inzake de honorariumsupplementen voor patiënten in eenpersoonskamers. Zo zou geen enkel supplement mogen worden aangerekend wanneer de gezondheidstoestand van de patiënt of de technische voorwaarden het onderzoek, de behandeling of het toezicht het verblijf in een individuele kamer vergen, wanneer de noodwendigheden van de dienst of het niet-beschikken over onbezette bedden in tweepatiëntenkamers of in gemeenschappelijke kamers het verblijf in een individuele kamer vereisen, of wanneer de opname geschiedt op een eenheid voor intensieve zorg of voor spoedgevallenzorg, buiten de wil van de patiënt om en voor de duur van het verblijf in een dergelijke eenheid.

En outre, lorsque de tels suppléments d'honoraires sont tout de même autorisés, il convient que le patient connaisse au préalable le montant maximal qu'il devra payer à ce titre. L'oratrice propose un maximum de 200 % des tarifs de l'accord si les suppléments sont réclamés par le médecin hospitalier traitant et de 100 % pour tout autre médecin hospitalier.

L'intervenante se dit consciente que le présent dossier est lié au financement des hôpitaux. La situation de ces institutions de soins reste en effet préoccupante pour certaines d'entre elles.

### **3. Proposition de loi modifiant la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 1<sup>er</sup> juillet 2008 (DOC 53 0854/001)**

*M. Franco Seminara (PS), auteur principal de la proposition de loi*, indique que cette proposition de loi entend supprimer les suppléments d'honoraires dans les chambres communes et doubles. Le dépôt de cette proposition de loi, en 2010, s'opérait alors que la Mutualité Socialiste venait de publier son baromètre des coûts hospitaliers. Une fois encore, la conclusion était que d'un hôpital à un autre, d'une chambre à une autre, pour une même opération la facture présentée au patient pouvait varier du simple au double, voire davantage.

Cette variabilité des prix hospitaliers peut décourager certains patients à entreprendre des soins et plongent parfois ceux qui ont eu recours à ces soins dans des situations financières critiques. Les cas de surendettement faisant suite à des factures hospitalières imprévues ne sont pas rares. De telles situations sont d'autant moins acceptables que les hôpitaux qui poursuivent ce type de politique tarifaire sont paradoxalement davantage présents en Région de Bruxelles-Capitale, où il y a le plus de bénéficiaires de l'intervention majorée (39 % des admissions).

Si le législateur a pris depuis quelques années toute une série de mesures dans l'objectif de garantir davantage la transparence et la sécurité tarifaire du patient en milieu hospitalier, il apparaît aujourd'hui encore que dans quelques rares établissements hospitaliers des suppléments sont encore demandés en chambre commune et double. Ces suppléments, qui sont la base de l'offre proposée par les établissements hospitaliers, peuvent atteindre des montants qualifiés d'hallucinants. Dans certains hôpitaux, les suppléments s'élèvent à 400 % des tarifs de l'assurance maladie-invalidité.

Wanneer dergelijke honorariumsupplementen toch zijn toegestaan, is het voorts aangewezen dat de patiënt vooraf weet wat hij maximaal als honorariumsupplement zal moeten betalen. De spreekster stelt voor dat dit supplement maximaal 200 % van de verbintenistarieven bedraagt wanneer het supplement wordt aangerekend door de behandelende ziekenhuisarts, en 100 % voor elke andere ziekenhuisarts.

Het lid geeft aan dat zij zich ervan bewust is dat dit dossier verband houdt met de ziekenhuisfinanciering. De toestand van bepaalde zorginstellingen blijft overigens zorgwekkend.

### **3. Wetsvoorstel tot wijziging van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 1 juli 2008 (DOC 53 0854/001)**

*De heer Franco Seminara (PS), hoofdindieners van het wetsvoorstel*, stelt dat dit wetsvoorstel beoogt de honorariumsupplementen voor patiënten in gemeenschappelijke kamers en in tweepersoonskamers af te schaffen. Dit wetsvoorstel werd in 2010 ingediend nadat de Union nationale des Mutualités Socialistes haar "Baromètre" van de ziekenhuiskosten had gepubliceerd. Eens te meer kwam men tot de slotsom dat de patiëntenrekening voor een zelfde operatie dubbel zo hoog (en zelfs hoger) kan zijn naar gelang van het ziekenhuis en de kamer.

Die heel uiteenlopende ziekenhuisprijzen kunnen bepaalde patiënten de moed ontnemen om zich te laten verzorgen; bovendien kan de voor die zorg gepresenteerde rekening bepaalde patiënten in financiële ademnood brengen. Niet zelden belanden patiënten door onverwachte ziekenhuisrekeningen in een situatie van overmatige schuldenlast. Dergelijke toestanden zijn des te minder aanvaardbaar omdat de ziekenhuizen die een dergelijk tarievenbeleid voeren, paradoxaal genoeg talrijker zijn in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, dat het hoogste aantal rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming telt (39 % van de ziekenhuisopnames).

Hoewel de wetgever sinds een aantal jaren veel maatregelen heeft genomen om voor de in het ziekenhuis opgenomen patiënt de transparantie en de tariefzekerheid beter te waarborgen, blijkt thans dat sommige zeldzame ziekenhuisinstellingen nog steeds honorariumsupplementen aanrekenen voor patiënten in gemeenschappelijke kamers en in tweepersoonskamers. Deze supplementen, die de grondslag vormen van het door die ziekenhuisinstellingen geboden aanbod, kunnen oplopen tot bedragen die hallucinant mogen worden genoemd: in bepaalde ziekenhuizen bedragen de supplementen tot 400 % van de ziekteverzekeringstarieven.



L'accord de gouvernement reprend à juste titre que les suppléments d'honoraires pour les chambre à deux lits seront interdits. Le projet de loi constitue la concrétisation d'un pan que le parti de l'intervenant estime fondamental de l'accord de gouvernement. L'orateur sera attentif à ce que cette mesure indispensable soit d'application le plus tôt possible.

## B. Discussion générale

*M. Daniel Bacquelaine (MR)* réaffirme l'attachement de son groupe au système conventionnel qui régit les rapports entre les différents partenaires actifs dans le domaine de la santé et qui garantit depuis un grand nombre d'années la bonne qualité des soins de santé et l'accessibilité des patients à ceux-ci.

Actuellement, le système conventionnel est partiellement menacé par certaines évolutions. Il est menacé si l'on abolit toute différence entre les médecins conventionnés et les médecins non conventionnés. Le système conventionnel ne se justifie que s'il reste une marge de liberté dans le cadre d'une négociation. La particularité de notre système est de garantir un traitement égal des patients, qu'ils s'adressent à un médecin conventionné ou non. Cette différence entre médecins conventionnés et non conventionnés implique la persistance du secteur libre qui constitue une garantie par rapport à la qualité de la médecine. Il convient que les médecins qui souhaitent atteindre un haut niveau de qualité et de "perfection" des soins soient assurés d'une certaine liberté d'exercice, au risque de les voir exercer ailleurs dans de meilleures conditions. La persistance du secteur libre dans notre pays est indispensable à la qualité de la médecine. Le secteur libre tire la qualité de la médecine vers le haut.

L'intervenant a le sentiment que cette marge de liberté dans la négociation était fortement réduite et que le gouvernement, en mettant le secteur devant le fait accompli, adoptait une attitude pour le moins dirigiste.

En ce qui concerne le problème des suppléments d'honoraires, le membre souligne l'importance de préserver l'accessibilité de tous à des soins de santé de qualité. Actuellement, différentes formules de protection existent déjà, notamment la suppression progressive de toute une série de suppléments non seulement en ce qui concerne les chambres d'hôpitaux mais aussi en ce qui concerne les honoraires. Actuellement déjà, les personnes qui sont dans une situation financière ou sociale difficile (bénéficiaires de revenu d'intégration, chômeurs

Het regeerakkoord stelt volkomen terecht dat geen honorariumsupplementen voor patiënten in tweepersoonskamers mogen worden aangerekend. Het ter bespreking voorliggende wetsontwerp is de invulling van een volgens de fractie van de spreker fundamenteel element van het regeerakkoord. De spreker geeft aan dat hij erop zal toezien dat deze onontbeerlijke maatregel zo snel mogelijk ten uitvoer wordt gelegd.

## B. Algemene bespreking

*De heer Daniel Bacquelaine (MR)* bevestigt nogmaals dat zijn fractie gehecht is aan het conventiestelsel dat de verhoudingen regelt tussen de verschillende partners in de gezondheidszorg, en dat al jarenlang de goede kwaliteit van de gezondheidszorg en de toegankelijkheid ervan voor de patiënten garandeert.

Momenteel wordt de conventieregeling gedeeltelijk in het gedrang gebracht door bepaalde ontwikkelingen. Die conventieregeling wordt uitgehold als elk verschil wordt afgeschaft tussen de geconventioneerde en de niet-geconventioneerde artsen. Het conventiestelsel is alleen verantwoord als er bij onderhandelingen enige mate van vrijheid overblijft. Het bijzondere aan ons bestel is dat het een gelijke behandeling van de patiënten waarborgt, ongeacht of zij zich al dan niet wenden tot een geconventioneerde arts. Dat verschil tussen geconventioneerde en niet-geconventioneerde artsen impliceert het voortbestaan van de vrije sector, die borg staat voor de kwaliteit van de geneeskunde. De artsen die een hoog kwaliteitsniveau van de zorg willen en daarin de "perfectie" wensen te bereiken, moeten de zekerheid hebben dat zij een zekere uitoefeningsvrijheid genieten; zo niet dreigen ze de geneeskunde elders te gaan beoefenen in betere omstandigheden. Het voortbestaan van de vrije sector in ons land is onontbeerlijk voor de kwaliteit van de geneeskunde. De vrije sector tilt de kwaliteit van de geneeskunde op een hoger niveau.

De spreker heeft de indruk dat die armslag bij de onderhandelingen sterk was ingeperkt en dat de regering, door de sector voor voldongen feiten te plaatsen, een op zijn zachtst gezegd dirigistische houding heeft aangenomen.

In verband met het vraagstuk van de honorariumsupplementen beklemtoont het lid hoe belangrijk het is de toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor iedereen te vrijwaren. Momenteel bestaan al verschillende beschermingsformules, met name de geleidelijke afschaffing van een hele reeks supplementen, niet alleen op het vlak van de ziekenhuiskamers, maar ook wat de honoraria betreft. Nu al betalen de mensen die zich in een precaire financiële of sociale situatie bevinden (leefloners, langdurig werklozen, personen

de longue durée, handicapés, malades chroniques, etc.) ne paient pas de suppléments d'honoraires. Le projet de loi à l'examen prévoit d'étendre cette suppression de suppléments d'honoraires à tous les patients. De l'avis de l'intervenant, la mesure préconisée n'est pas en cela une mesure sociale.

Il rappelle que la plupart des patients bénéficient d'une assurance hospitalisation ou d'avantages salariaux. La suppression des suppléments d'honoraires dans les chambres à deux lits (qui concerne 20 % du parc hospitalier) bénéficiera principalement aux assureurs qui pratiquent les assurances hospitalisation. Etant donné que les suppléments d'honoraires que perçoivent les médecins sont taxés à plus de 50 %, la suppression des suppléments entraînera une perte de revenus pour l'État.

La moitié de ces suppléments d'honoraires sert au financement hospitalier (24 millions d'euros sur un total de 50 millions). Le système de financement des hôpitaux n'est pas très clair et le groupe de l'intervenant souhaite que l'on réforme le système. Il convient de réfléchir à la manière de garantir à l'avenir un système performant et accessible. Il faut également repenser les relations entre les gestionnaires d'hôpitaux et les médecins et éviter l'assujettissement total du corps médical aux gestionnaires dans une relation à sens unique (art.155 de la loi du 10 juillet 2008 relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008). Cela nuirait à une évolution favorable de la qualité des soins. Pour M. Bacquelaine, la question des suppléments d'honoraires est liée à la réforme des relations entre médecins et gestionnaires. Il rappelle que c'est d'ailleurs l'esprit de l'accord de gouvernement.

En ce qui concerne le tiers payant, l'orateur rappelle qu'actuellement un médecin peut appliquer le tiers payant pour des raisons sociales. Il tient à rappeler qu'il ne connaît aucun médecin qui refuse de soigner un patient pour des raisons financières. Il estime abusif de vouloir imposer le système du tiers payant pour tous les patients, même ceux qui ne rencontrent pas de problèmes financiers. Il s'agit même d'une entorse à la liberté de pratique de la médecine et cela revient à une fonctionnarisation de la profession. En outre, la mesure préconisée entraînera une nouvelle charge administrative. Les médecins sont déjà surchargés de tâches administratives au détriment des soins. A tout le moins, la mesure devrait être accompagnée d'une prime de secrétariat adaptée. En outre, la mesure met le médecin dans une position difficile en terme de contrôle de l'assurabilité de son patient. Enfin, la mesure va

met een handicap, chronisch zieken enzovoort) geen honorariussupplementen. Het ter bespreking voorliggende wetsontwerp voorziet erin dat die afschaffing van honorariussupplementen voortaan zal gelden voor alle patiënten. Volgens de spreker is de bepleite maatregel in dat opzicht geen sociale maatregel.

Hij herinnert eraan dat de meeste patiënten een hospitalisatieverzekering of loonvoordelen genieten. De afschaffing van de honorariussupplementen voor tweepersoonskamers (die 20 % van het ziekenhuisbestand uitmaken) zal in de eerste plaats ten goede komen aan de verzekeraars die hospitalisatieverzekeringen aanbieden. Omdat de honorariussupplementen die de artsen ontvangen tegen meer dan 50 % worden belast, zal de afschaffing ervan leiden tot een ontvangstenverlies voor de Staat.

De helft van die honorariussupplementen dient voor de financiering van de ziekenhuizen (24 miljoen euro op een totaal van 50 miljoen euro). De financieringsregeling voor de ziekenhuizen is niet erg duidelijk, en de fractie waartoe de spreker behoort, wenst dat de regeling wordt hervormd. Er moet worden nagedacht over hoe in de toekomst een efficiënt en toegankelijk systeem kan worden gewaarborgd. Voorts moeten de verhoudingen tussen de ziekenhuisbeheerders en de artsen worden bijgestuurd, en dient te worden voorkomen dat het volledige artsenkorps aan de ziekenhuisbeheerders is onderworpen binnen een eenrichtingsrelatie (cf. artikel 155 van de wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008). Dat zou een gunstige evolutie van de zorgkwaliteit schaden. Volgens de heer Bacquelaine gaat het vraagstuk van de honorariussupplementen hand in hand met de bijsturing van de verhoudingen tussen de artsen en de beheerders. Hij herinnert eraan dat dit ook overeenstemt met de strekking van het regeerakkoord.

In verband met de derdebetalersregeling herinnert de spreker eraan dat een arts die momenteel kan toepassen om sociale redenen. Hij herhaalt dat hij geen enkele arts kent die om financiële redenen weigert een patiënt te behandelen. Hij vindt het onheus de derdebetalersregeling te willen opleggen voor alle patiënten, ook degenen die niet met financiële moeilijkheden te kampen hebben. Zulks houdt zelfs een schending in van de vrijheid van geneeskundebeoefening, en komt neer op een verambtelijking van het beroep. Daarenboven zal de bepleite maatregel resulteren in nieuwe administratieve rompslomp. De artsen zijn nu al overbelast met administratieve taken, wat ten koste gaat van de zorgverstrekking. Op zijn minst zou de maatregel vergezeld moeten gaan van een passende secretariaatspremie. Bovendien brengt de maatregel de arts in een lastig parket wat de controle inzake de verzekeraarbaarheid van

inciter à la surconsommation. En effet, l'élargissement du tiers payant pourrait rendre payants toute une série d'actes actuellement gratuits.

L'intervenant conclut que le fait que l'on ne fasse pas de différence entre médecins conventionnés ou non en matière de tiers payant constitue une entorse au système conventionnel et met à mal un équilibre nécessaire en matière de soins de santé dans notre pays. Les amendements qui seront déposés devraient rééquilibrer les choses.

*Mme Nathalie Muylle (CD&V)* déclare que son groupe soutient la mesure préconisée en matière de tiers payant. Il a d'ailleurs déjà déposé plusieurs propositions de loi dans ce sens.

L'oratrice se réjouit que le système du tiers payant soit généralisé pour les groupes de patients les plus vulnérables, comme par exemple les bénéficiaires de l'intervention majorée et les bénéficiaires du statut affection chronique. En ce qui concerne ces derniers, l'intervenante plaide pour un contrôle des critères qui seront fixés par arrêté royal pour l'obtention du statut.

Au nom de son groupe, Mme Muylle insiste afin que le système soit mis en place le plus rapidement possible. Il semblerait, en effet, que les données issues du système *MyCareNet/web-service* ne soient disponibles qu'à partir de 2014 et ne permettent une mise en œuvre du système qu'en 2015.

L'intervenante se réjouit également de la suppression des suppléments d'honoraires, comme le préconisait sa proposition de loi jointe DOC 53 0808/001. Cette proposition allait même plus loin et préconisait une suppression des suppléments dans les chambres individuelles. Toutefois, force est de constater qu'aucune majorité ne se dégage au sein de la commission pour aller dans ce sens. Mme Muylle plaide afin que le gouvernement continue à réfléchir à ce problème.

La suppression des suppléments pour les chambres à deux lits représente un budget de 50 millions d'euros sur un total de 300 millions.

Contrairement à M. Bacquelaine, Mme Muylle estime que la mesure préconisée constitue bien une mesure sociale. Son groupe a toujours voulu garantir la sécurité des tarifs pour les patients. Mme Muylle signale que certains patients ne disposent pas d'une bonne couverture

de patiente. Ten slotte zal de maatregel aanzetten tot overconsumptie. De verruimde toepassing van de derdebetalersregeling zou er immers toe kunnen leiden dat voor een hele reeks momenteel kosteloze prestaties voortaan zal moeten worden betaald.

De spreker besluit dat het feit dat voor de derdebetalersregeling geen onderscheid wordt gemaakt tussen geconventioneerde en niet-geconventioneerde artsen, een schending van de conventieregeling inhoudt en dat dit het evenwicht dat in ons land op het stuk van de gezondheidszorg moet bestaan op de helling zet. De amendementen die zullen worden ingediend, zouden een en ander opnieuw in balans moeten brengen.

*Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V)* stelt dat haar fractie haar steun toezegt aan de maatregel die wordt bepleit aangaande de derdebetalersregeling. Haar fractie heeft trouwens al verscheidene wetsvoorstellen in die zin ingediend.

De spreekster is opgetogen dat de derdebetalersregeling wordt veralgemeend voor de kwetsbaarste patiëntengroepen, zoals de patiënten die een verhoogde tegemoetkoming ontvangen en de rechthebbenden op de status van persoon met een chronische aandoening. In verband met de laatstgenoemden pleit de spreekster voor een controle op de criteria tot verkrijging van die status, die bij koninklijk besluit zullen worden vastgelegd.

Namens haar fractie dringt mevrouw Muylle erop aan dat de regeling zo spoedig mogelijk wordt ingesteld. Kennelijk zullen de van *MyCareNet/web-service* afkomstige gegevens immers pas beschikbaar zijn vanaf 2014, en zal dit een implementatie van het systeem pas mogelijk maken in 2015.

De spreekster is ook verheugd over de afschaffing van de honorariumsupplementen, zoals zij heeft bepleit in haar wetsvoorstel DOC 53 0808/001, dat aan deze bespreking werd toegevoegd. Haar wetsvoorstel ging zelfs verder en stond een afschaffing voor van de supplementen voor patiënten in individuele kamers. Het is echter duidelijk dat er in de commissie geen meerderheid is om in die richting te gaan. De spreekster pleit ervoor dat de regering aan dat pijnpunt blijft werken.

De afschaffing van de supplementen voor patiënten in tweepersoonskamers vertegenwoordigt een budget van 50 miljoen euro, op een totaal van 300 miljoen euro.

In tegenstelling tot de heer Bacquelaine vindt mevrouw Muylle de voorgestelde maatregel wel degelijk een sociale maatregel. Haar fractie heeft voor de patiënten altijd al tariefzekerheid willen garanderen. De spreekster meldt dat sommige patiënten geen goede

de leur assurance et doivent malgré tout payer une partie des suppléments d'honoraires eux-mêmes. La mesure préconisée vise les excès réalisés par 17 hôpitaux pour un budget de 50 millions d'euros.

L'intervenante se rallie au précédent orateur lorsqu'il préconise un débat plus large sur le financement structurel des hôpitaux et sur la révision de la nomenclature. Elle relève notamment les différences d'honoraires médicaux entre les hôpitaux et la différenciation nécessaire entre les prestations intellectuelles et techniques.

*Mme Catherine Fonck (cdH)* souligne que l'obligation du tiers payant social entraîne des charges administratives importantes (3 % à 3,5 % des honoraires lorsque cette administration est confiée à un sous-traitant du secteur privé). Cette obligation entraînera également un déplacement plus systématique du médecin au domicile du patient même pour des pathologies bénignes. Les amendements déposés (DOC 53 2524/003) permettront cependant d'éviter ces visites à domicile et permettront de reporter la mesure à 2015 afin de le joindre au système *MyCareNet* /webservice pour éviter aux médecins des charges administratives trop importantes lorsqu'ils doivent s'assurer de l'assurabilité du patient.

Mme Fonck rappelle que la suppression des suppléments d'honoraires dans les chambres à deux lits concerne un hôpital sur dix. Si certains suppléments sont raisonnables, d'autres le sont moins. Par ailleurs, il est inacceptable que le patient soit pris par surprise ou pire encore, soit pris en otage et qu'on lui refuse une intervention s'il refuse de payer les suppléments d'honoraires.

Le groupe de l'intervenante est favorable au principe de la suppression des suppléments d'honoraires mais Mme Fonck insiste pour qu'on y associe trois garanties afin que la mesure bénéficie aux patients.

La première garantie concerne les primes d'assurances hospitalisation. Actuellement, les suppléments d'honoraires sont pris en charge par les assurances hospitalisation et ce sont elles qui bénéficieront en premier lieu de la mesure. Force est de constater que la prime des assurances hospitalisation privées a littéralement explosé ces dernières années (de 40 % à 60 % les quatre dernières années). Les primes augmentent d'autant plus que le patient est âgé et qu'il n'est pas en bonne santé. 80 % des Belges ont une assurance hospitalisation; la plupart du temps, il s'agit d'une assurance groupe conclue par l'employeur. Il conviendrait que le

verzekeringsdekking hebben en ondanks alles zelf een deel van de honorariasupplementen moeten betalen. Met de voorgestane maatregel wordt ingegaan tegen de excessen van 17 ziekenhuizen, goed voor 50 miljoen euro.

De spreekster sluit zich aan bij de vorige spreker, waar die pleit voor een ruimer debat over de structurele financiering van de ziekenhuizen en over de herziening van de nomenclatuur. Zij wijst meer bepaald op de verschillen in medische honoraria tussen de ziekenhuizen, en op het verschil dat moet worden gemaakt tussen intellectuele en technische verstrekkingen.

*Mevrouw Catherine Fonck (cdH)* benadrukt dat de verplichting inzake de sociale derdebetalersregeling aanzienlijke administratieve lasten met zich brengt (3 tot 3,5 % van de honoraria, als die administratie wordt uitbesteed aan de privésector). Die verplichting zal ook meer huisbezoeken van de arts aan de patiënt vergen, zelfs voor goedaardige aandoeningen. Met de ingediende amendementen (DOC 53 2524/003) kunnen die huisbezoeken echter worden voorkomen en kan de maatregel worden uitgesteld tot 2015, zodat hij kan worden toegevoegd aan *MyCareNet*, een webdienst waarmee de artsen administratieve werkoverlast kunnen voorkomen als zij zich van de verzekeraarheid van de patiënt moeten vergewissen.

De spreekster herinnert eraan dat de afschaffing van de honorariasupplementen voor patiënten in tweepersoonskamers betrekking heeft op 10 % van de ziekenhuizen. Sommige supplementen zijn weliswaar redelijk, andere dan weer minder. Voorts is het onaanvaardbaar dat de patiënt voor verrassingen komt te staan of erger nog, voor het blok wordt gezet, waarbij hem een verstrekking wordt geweigerd als hij de honorariasupplementen niet wil betalen.

De fractie van de spreekster steunt het principe van de afschaffing van de honorariasupplementen, maar zij dringt erop aan dat dit gepaard gaat met drie waarborgen, zodat de maatregel de patiënten ten goede komt.

De eerste waarborg betreft de premie voor de hospitalisatieverzekering. Nu vallen de honorariasupplementen ten laste van de hospitalisatieverzekeraars en de maatregel zal in de eerste plaats hen ten goede komen. Feit is dat de premie voor de privéhospitalisatieverzekering de afgelopen jaren enorm is gestegen (met 40 % tot 60 % de jongste vier jaar). De premies stijgen als de patiënten ouder zijn en in minder goede gezondheid verkeren. 80 % van de Belgen hebben een hospitalisatieverzekering; meestal gaat het om een door de werkgever gesloten groepsverzekering. De regering zou de evolutie van de voor de hospitalisatieverzekering

gouvernement balise l'évolution des primes demandées en matière d'assurance hospitalisation, afin d'en faire profiter les 80 % de Belges qui sont assurés.

La seconde garantie consiste à veiller à ce que la mesure ne mette pas à mal le financement des hôpitaux, ce qui serait préjudiciable à tout le corps médical. Dès 2013, la crise va se marquer au niveau des hôpitaux. Mme Fonck se réjouit malgré tout qu'un budget de 12,3 millions d'euros soit prévus pour les médecins spécialistes.

Enfin, la troisième garantie consiste à ne pas déposer la concertation Médicomut de son sens. Un des amendements déposés prévoit de consulter la Médicomut pour l'hospitalisation de jour mais il sera important à l'avenir de l'impliquer lors de l'élaboration des arrêtés royaux d'exécution qui pourraient être pris.

En conclusion, Mme Fonck insiste auprès de la ministre afin qu'un accord medicomut puisse intervenir dans les prochains jours. Il faut éviter que le patient soit pénalisé en cas d'absence d'accord. En déclarant dans la presse qu'un accord était possible sans l'ABSYM, la ministre a jeté de l'huile sur le feu plutôt que de fédérer. Les suppléments d'honoraires ne sont pas la seule pierre d'achoppement avec les syndicats médicaux; mais il y a aussi la problématique des gardes et l'indexation. Le secteur médical reconnaît qu'il existe des avancées mais Mme Fonck demande avec insistance à la ministre qu'elle multiplie les initiatives afin d'arriver à un accord medicomut avec l'ensemble des acteurs et ce dans l'intérêt des patients.

*Mme Maya Detiège (sp.a)* rappelle que, pour le sp.a, la qualité et l'accessibilité des soins de santé sont des éléments essentiels. Les progrès technologiques ont permis d'améliorer la qualité des soins de santé et il convient de veiller à ce que ces soins restent abordables. À l'heure actuelle, les prix dépendent encore trop de l'hôpital, de la région ou du choix de la chambre.

Les différences de coûts pour un même traitement sont dues aux suppléments d'honoraires des médecins. C'est source d'insécurité pour les patients. Les personnes qui disposent de revenus modestes reportent souvent leurs visites chez le médecin et le dentiste parce qu'elles sont trop chères.

L'intervenant estime que les articles en projet vont dans le sens de l'accessibilité financière des soins de santé. La suppression des suppléments en chambre double est une bonne chose mais il faut encore aller plus

gevraagde premie aan banden moeten leggen, zodat de 80 % verzekerde Belgen er baat bij hebben.

De tweede waarborg is ervoor te zorgen dat de maatregel de financiering van de ziekenhuizen niet in gevaar brengt, wat nadelig zou zijn voor het hele medische korps. Vanaf 2013 zal de crisis invloed hebben op de ziekenhuisbegrotingen. De spreekster verheugt er zich niettemin over dat voor de specialisten in een budget van 12,3 miljoen euro is voorzien.

De derde waarborg ten slotte bestaat erin het overleg tussen artsen en ziekenfondsen niet van zijn betekenis te ontdoen. Een van de amendementen voorziet in de raadpleging van artsen en ziekenfondsen aangaande de "daghospitalisatie", maar in de toekomst zal het belangrijk zijn die overlegcommissie te betrekken bij de opstelling van eventuele uitvoeringsbesluiten.

Tot besluit dringt mevrouw Fonck er bij de minister op aan dat een overeenkomst tussen artsen en ziekenfondsen eerstdaags tot stand zou komen. Men moet voorkomen dat de patiënt nadeel ondervindt omdat er geen overeenkomst is. Door in de pers te beweren dat een akkoord zonder de BVAS mogelijk was, heeft de minister olie op het vuur gegoten in plaats van mensen te verenigen. De honorarijsupplementen zijn niet het enige struikelblok met de artsenbonden; er is ook het vraagstuk van de wachtdiensten en de indexering. De medische sector erkent dat er vooruitgang is, maar de spreekster vraagt met klem aan de minister dat zij haar initiatieven zou opvoeren om tussen artsen en ziekenfondsen tot een overeenkomst te komen, met alle belanghebbenden en in het belang van de patiënten.

*Mevrouw Maya Detiège (sp.a)* herinnert eraan dat voor de sp.a de kwaliteit van de gezondheidszorg en de betaalbaarheid ervan centraal staan. De kwaliteit van de gezondheidszorg is er met de technologische vooruitgang op verbeterd en er moet op worden toegezien dat ook de betaalbaarheid ervan kan worden behouden. Voor het ogenblik is dit nog te zeer afhankelijk van het ziekenhuis, de regio of de kamerkeuze.

Het kostenverschil voor eenzelfde behandeling is te wijten aan de ereloonsupplementen van de artsen. Dit leidt tot onzekerheid bij de patiënten. Mensen met een laag inkomen stellen hun bezoek aan de arts en tandarts vaak uit ten gevolge van de te hoge kosten.

De spreker is van oordeel dat de ontworpen artikelen een stap vooruit zijn in de richting van de betaalbaarheid van de gezondheidszorg. Het afschaffen van kamersupplementen in tweepersoonskamers is goed,

loin. À terme, l'interdiction de suppléments d'honoraires doit également s'appliquer aux chambres individuelles.

L'interdiction et l'élargissement du régime du tiers payant aux groupes vulnérables est une bonne proposition.

Mme Detiège comprend qu'il convient d'amender le projet initial, mais souhaite toutefois formuler deux observations importantes à propos des amendements à l'examen.

L'amendement à l'article 27 dispose qu'aucun supplément ne peut être appliqué aux patients hospitalisés admis en hospitalisation de jour. Cette disposition s'applique aux traitements déterminés par le Roi après que l'avis de la Commission nationale médico-mutualiste aura été recueilli. Ne s'expose-t-on dès lors pas au risque que le débat sur les suppléments soit remis *sine die*? La ministre peut-elle envisager de partir du principe de base qu'il est interdit d'appliquer des suppléments et que les exceptions à cette règle seront prévues après que l'avis de la Commission nationale médico-mutualiste aura été recueilli?

La réglementation actuelle sur l'hospitalisation de jour ne permet pas aux médecins conventionnés de demander des suppléments, sauf en chambre individuelle, tandis que les médecins non conventionnés sont autorisés à le faire. Un arrêté royal énumère les traitements pour lesquels il n'est pas permis de demander des suppléments. La réglementation en projet interdit désormais également aux médecins non conventionnés de demander des suppléments. Ne pourrait-on pas limiter la liste des traitements pour lesquels il n'est pas permis de demander des suppléments?

Le membre déplore d'autant plus l'attitude de certains médecins dans le dossier des suppléments de chambre que certains hôpitaux n'appliquent aucun supplément en chambre double.

Mme Ine Somers (*Open Vld*) se rallie aux observations de M. Bacquellaine à propos du conventionnement et du non-conventionnement des médecins. La liberté de choix doit être préservée dans le secteur des travailleurs indépendants. Cela importe également pour le maintien de la qualité dans le secteur de la santé. La membre est cependant favorable à la suppression des suppléments de chambre, car elle améliorerait l'accessibilité des soins de santé. Cette suppression rend les choses plus transparentes pour le patient, car, grâce à elle, il est clair, pour le patient, que les suppléments ne peuvent plus être demandés qu'en chambre individuelle.

mais er moet nog verder worden gegaan. Op termijn moet dit verbod van ereloon-supplementen ook voor eenpersoonskamers gelden.

De verplichting en de uitbreiding van het derdebetaler systeem voor kwetsbare groepen is een goed voorstel.

Mevrouw Detiège verstaat dat het oorspronkelijk ontwerp geamendeerd moet worden. Ze wenst echter twee belangrijke opmerkingen met betrekking tot deze amendementen te formuleren.

Het amendement op artikel 27 bepaalt dat er geen supplementen mogen worden aangerekend voor gehospitaliseerde patiënten voor daghospitalisatie. Dit geldt voor de door de Koning bepaalde behandelingen en dit na advies van de nationale commissie geneesheren - ziekenfondsen. Bestaat hier niet het risico dat het debat over de supplementen op de lange baan zal worden geschoven? Kan de minister overwegen om uit te gaan van het basisprincipe dat er geen supplementen mogen worden aangerekend en dat de uitzonderingen daarop zullen worden bepaald na advies van de medico-mut?

In de huidige regelgeving voor daghospitalisatie mogen geconventioneerde artsen geen supplement vragen behalve voor een eenpersoonskamer. De niet geconventioneerde artsen mogen dit wel doen. Een koninklijk besluit bepaalt voor welke behandeling geen supplementen mogen worden gevraagd. De ontworpen regeling bepaalt dat ook niet geconventioneerde artsen geen supplementen meer mogen vragen. Is het niet mogelijk om de lijst waarvoor geen supplementen mogen worden gevraagd te beperken?

Het lid betreurt de houding van sommige artsen in het dossier van de kamersupplementen temeer dat in een aantal hospitalen helemaal geen supplementen worden aangerekend in tweepersoonskamers.

Mevrouw Ine Somers (*Open Vld*) gaat akkoord met de opmerkingen van de heer Bacquellaine in verband met de al dan niet conventionering van de artsen. De vrijheid van keuze moet bewaard blijven in de sector van de zelfstandigen. Dit is ook van belang voor het behoud van de kwaliteit in de gezondheidsector. Het lid is echter wel voorstander van de afschaffing van de kamersupplementen in tweepersoonskamers omdat dit de gezondheidszorg toegankelijker maakt. Dit maakt het geheel transparanter voor de patiënt, want daardoor is het voor hem duidelijk dat enkel nog voor een eenpersoonskamers supplementen mogen worden gevraagd.

Ce débat est indissociable du débat sur le financement des hôpitaux. Il importe de le mener afin de rendre le système transparent, efficace et accessible. Le débat sur la nomenclature médecins-hôpitaux fait également partie de cette discussion.

L'intervenant estime que l'on ne peut imposer le régime du tiers-payant qu'aux médecins conventionnés et que ce régime ne peut pas être imposé aux médecins non conventionnés. Le patient sera ainsi incité à chercher un médecin qui respecte les tarifs convenus. Tout le monde y a intérêt. Les mutualités doivent en informer leurs membres.

*Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen)* se réjouit que les dispositions du projet de loi afférentes aux suppléments d'honoraires et au tiers payant permettent l'ouverture d'un débat plus large sur l'accessibilité aux soins de santé, en ambulatoire et dans les hôpitaux.

à l'instar d'autres membres de la commission, l'intervenante est d'avis qu'il convient de limiter les suppléments d'honoraires, en combinaison avec une réforme des règles de financement des hôpitaux. Des solutions structurelles à cette fin sont nécessaires. Le groupe auquel le membre appartient a formulé des propositions en repartant des bassins de soins et en réintégrant la médecine ambulatoire de première ligne.

La fuite des spécialistes des hôpitaux attire aussi l'attention du membre. Leur dispersion accentuée en effet le recours des patients à ces spécialistes dans des cas relevant souvent de la médecine générale. Cela engendre d'importants surcoûts à charge des patients et de la sécurité sociale mais aussi des pénuries graves dans certains hôpitaux et, dès lors, des concurrences malsaines entre hôpitaux.

Cette fuite des spécialistes s'explique par les raisons suivantes:

- le financement à l'acte des hôpitaux, encore trop important, amène ceux-ci à exiger des rétrocessions financières importantes à leurs médecins pour garantir le financement de leurs installations et de leur personnel;
- les rémunérations insuffisantes accordées aux prestataires de soins "intellectuels" qui doivent pourtant souvent assurer des permanences dans les hôpitaux.

Pour l'oratrice, il est urgent de modifier le financement des hôpitaux car interdire légitimement des suppléments d'honoraires se justifie mais ne suffit pas pour assurer leur pérennité et éviter les surcoûts. Ce financement doit

Dit hele debat kan niet los worden gezien van de discussie over de ziekenhuisfinanciering. Dit is belangrijk om het systeem transparant, doeltreffend en toegankelijk te maken. Ook het debat over de nomenclatuur artsen — ziekenhuizen maakt deel uit van deze discussie.

De spreker is van oordeel dat het opleggen van de regeling inzake de derdebetaler enkel kan voor geconventioneerde artsen. Deze regeling kan niet worden opgelegd aan niet — geconventioneerde artsen. De patiënt zal op deze wijze ertoe aangezet worden om de artsen op te zoeken die de afgesproken tarieven respecteren en dit is het belang van iedereen. De ziekenfondsen moeten hun leden hierover informeren.

*Mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen)* is verheugd dat de bepalingen van het wetsontwerp die betrekking hebben op de honorariussupplementen en op de derdebetaler de mogelijkheid bieden een ruimer debat aan te vatten over de toegankelijkheid van de ambulante zorg en van de ziekenhuiszorg.

Net als andere commissieleden vindt de spreekster dat de honorariussupplementen moeten worden beperkt, in combinatie met een hervorming van de financieringsregels van de ziekenhuizen. Dat vereist structurele oplossingen. De fractie waartoe het lid behoort, heeft voorstellen gedaan die de zorgregio's opnieuw als uitgangspunt nemen en de ambulante eerstelijns geneeskunde weer in aanmerking willen nemen.

Het lid heeft ook aandacht voor de zogenaamde specialistenvlucht uit de ziekenhuizen. Hun vertrek leidt er immers toe dat de patiënten frequenter een beroep gaan doen op die specialisten in gevallen die vaak onder de algemene geneeskunde vallen. Dat zorgt voor aanzienlijk hogere kosten voor de patiënten en voor de sociale zekerheid, maar ook voor ernstige tekorten in bepaalde ziekenhuizen en dus voor ongezonde concurrentie tussen ziekenhuizen.

Voor de specialistenvlucht kunnen de volgende redenen worden opgegeven:

- de nog al te ruime financiering per prestatie van de ziekenhuizen brengt die ertoe aanzienlijke financiële bijdragen te eisen van hun artsen om hun voorzieningen en hun personeel te kunnen financieren;
- de ontoereikende bezoldigingen van de verstrekkers van "intellectuele" zorg, die nochtans 24-uursdiensten moeten presteren in de ziekenhuizen.

Volgens de spreekster moet dringend het roer worden omgegooid in de ziekenhuisfinanciering. De honorariussupplementen bij wet verbieden, is gerechtvaardigd, maar het volstaat niet om het voortbestaan van de

être organisé sur des bases forfaitaires. Il est en effet prioritaire de réformer en profondeur, en concertation avec les médecins hospitaliers, les dispositions qui règlent le système des rétrocessions des honoraires médicaux au sein des hôpitaux. Le système de financement forfaitaire "par pathologie" doit également être affiné et être suffisamment flexible pour assurer des prises en charge de qualité et tenant compte des caractéristiques socio-économiques des publics accueillis.

L'intervenante souscrit cependant aux mesures prévues dans le projet de loi à propos des suppléments d'honoraires. Ces mesures vont dans le sens d'une meilleure accessibilité financière aux soins de santé. Elles ont une dimension sociale évidente. Ces mesures vont également dans le sens d'une meilleure transparence. Dans le système actuel, un patient ignore à combien s'élèvera sa facture hospitalière. Dans une certaine mesure, le patient est captif car il ne choisit pas d'entrer à l'hôpital et car des relations privilégiées de confiance avec certains prestataires se sont établies.

Pour le membre, il convient aussi de réguler les assurances couvrant les suppléments d'honoraires. Si le risque de supplément d'honoraires disparaît, il ne se justifie nullement que les primes restent inchangées.

En ce qui concerne le statut des malades chroniques, lié au tiers payant, l'intervenante voudrait surtout s'assurer que toutes les mesures ont été prises pour éviter les surconsommations. Dans le régime du tiers payant, le malade ne doit pas avancer l'argent. Il conviendrait de prendre le temps de réfléchir de manière plus globale sur le remboursement des actes. Un remboursement forfaitaire par pathologie semble, pour l'oratrice, plus intelligent.

*Mme Marie-Claire Lambert (PS)* note que, par ce projet de loi, le gouvernement a voulu réduire les inégalités, assurer plus de transparence et garantir l'accessibilité aux soins de santé.

De plus en plus de patients renoncent à des soins ou remettent ceux-ci à plus tard, en raison d'une absence de certitude quant au coût final d'une hospitalisation. Le contentieux des hôpitaux, qui ne cesse de croître, est l'une des démonstrations de l'impossibilité, pour une frange chaque jour plus grande de la population, de faire face aux coûts d'une prise en charge en institution de soins. La classe moyenne et les petits indépendants éprouvent à ce titre les plus grandes difficultés. Malgré les mesures prises ces dernières années, l'intervention majorée de l'assurance est fixée en dessous du seuil de pauvreté.

ziekenhuizen te garanderen en om hogere kosten te voorkomen. Die financiering moet op forfaitaire basis worden georganiseerd. Het is immers prioritair de bepalingen die het afstaan van honoraria in de ziekenhuizen regelen grondig te hervormen in overleg met de ziekenhuisartsen. Ook de forfaitaire financieringsregeling "per pathologie" moet worden verfijnd en moet voldoende soepel zijn om kwaliteitsvolle tenlastenemingen te waarborgen, rekening houdend met de sociaaleconomische kenmerken van de opgenomen mensen.

De spreekster is het echter eens met de in het wetsontwerp vervatte maatregelen in verband met de honorariaspecten. Die maatregelen gaan in de zin van een betere financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Ze hebben een voor de hand liggende sociale dimensie. Die maatregelen gaan ook in de zin van meer transparantie. In de huidige regeling weet de patiënt niet hoeveel de ziekenhuisfactuur zal bedragen. De patiënt is in zekere zin gevangen omdat hij er niet voor kiest in het ziekenhuis te worden opgenomen en omdat met sommige zorgverstrekkers bevoorrechte vertrouwensbanden tot stand zijn gekomen.

Het lid vindt dat ook de verzekeringen die de honorariaspecten dekken, moeten worden gereguleerd. Als het risico van honorariaspecten verdwijnt, valt het hoegenaamd niet te verantwoorden dat de premies ongewijzigd blijven.

Wat het aan de derdebetaler gerelateerde statuut van de chronisch zieken betreft, wenst de spreekster er zich vooral van te vergewissen dat alle maatregelen werden genomen om overconsumptie te voorkomen. In de derdebetalersregeling moet de patiënt het geld niet voorschieten. Men zou de nodige tijd moeten uittrekken voor een meer algemene reflectie over de terugbetaling van de prestaties. Een forfaitaire terugbetaling per pathologie lijkt de spreekster verstandiger.

*Mevrouw Marie-Claire Lambert (PS)* merkt op dat de regering aan de hand van dit wetsontwerp de ongelijkheden wil beperken, voor meer transparantie wil zorgen en de zorgtoegankelijkheid wil waarborgen.

Almaar meer patiënten zien af van verzorging of stellen die uit wegens de onzekerheid over de uiteindelijke kosten van een ziekenhuisopname. Het voortdurend toenemend aantal geschillen met de ziekenhuizen is een van de bewijzen dat het voor een almaar groter deel van de bevolking onmogelijk is de kosten voor een opname in een zorginstelling te dragen. De middenklasse en de kleine zelfstandigen hebben in dat opzicht met de grootste moeilijkheden te kampen. Ondanks de maatregelen die de jongste jaren werden genomen, ligt de verhoogde verzekeringstegemoetkoming onder de armoedegrens.



Les assurances de type mutuelliste ne couvrent jamais la totalité des suppléments d'honoraires. Ces assurances ne bénéficient par ailleurs pas à la totalité de la population. L'intervenante ne peut admettre l'affirmation suivant laquelle seul le secteur libre tirerait la science médicale vers le haut. Les hôpitaux académiques, où les suppléments d'honoraires sont rares, contribuent eux aussi aux finalités de l'art médical.

Une réforme du financement des hôpitaux doit se faire avec les acteurs du secteur. Le financement actuel n'est pas idéal, mais ceci ne suffit pas en soi pour justifier une refonte complète des règles en la matière. Il convient pour le membre de respecter les engagements de l'accord de gouvernement sur ce point.

Le membre n'aperçoit pas non plus ce qui justifie l'assertion suivant laquelle le régime du tiers payant inciterait à la surconsommation.

Enfin, l'oratrice critique l'absence d'une partie aux concertations au sein de la Commission nationale médico-mutualiste. La concertation doit y reprendre.

*Mme Rita De Bont (VB)* revient sur les dispositions de la loi déjà examinées en commission des Affaires sociales concernant la création d'un statut "Patients chroniques" (article 16 du projet de loi), qui sont liées à la généralisation du tiers payant en raison de l'article 17 du projet de loi. Pour l'intervenante, il faut tenir compte des demandes du Centre fédéral d'expertise des soins de santé d'impliquer plus encore les patients chroniques dans la confection et la mise en œuvre des normes encadrant leur statut.

Le membre comprend la préoccupation des auteurs de la proposition de loi modifiant, en ce qui concerne les suppléments d'honoraires, la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 (DOC 53 0808/001). À juste titre, ces auteurs mettent en évidence le lien entre la suppression et la limitation des suppléments d'honoraires et le refinancement des hôpitaux et des institutions de soins. De nouvelles règles en la matière sont nécessaires.

Si l'oratrice souscrit aux grandes lignes de la réforme envisagée concernant ces suppléments d'honoraires,

Verzekeringen van het type "onderlinge risico-veraarborging" dekken de honorariasupplementen nooit volledig. Bovendien is niet de hele bevolking door die verzekeringen gedekt. De spreekster kan het niet eens zijn met de bewering dat alleen de vrije sector ervoor zorgt dat de medische wetenschap verbetert. De academische ziekenhuizen, waar honorariasupplementen zeldzaam zijn, dragen evengoed bij tot de doelstellingen van de geneeskunde.

Een hervorming van de ziekenhuisfinanciering moet in overleg met de actoren van de sector geschieden. Hoewel de huidige financieringswijze niet ideaal is, houdt zulks op zich niet in dat de desbetreffende regeling volledig moet worden omgegooid. Het lid meent dat de verbintenissen van het regeerakkoord in dat verband in acht moeten worden genomen.

Voorts ziet het lid niet in waarom de derdebetalersregeling tot overconsumptie zou aanzetten, zoals sommige beweren.

Ten slotte betreurt de spreekster dat een partij niet heeft deelgenomen aan het overleg in de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen. Het overleg in die commissie moet worden hervat.

*Mevrouw Rita De Bont (VB)* gaat in op de reeds in de commissie voor de Sociale Zaken besproken wetsbepalingen betreffende de instelling van een "statuut chronische aandoening" (artikel 16 van het ter bespreking voorliggende wetsontwerp), die op grond van artikel 17 van het wetsontwerp verband houden met de veralgemening van de derdebetalersregeling. Volgens de spreekster moet rekening worden gehouden met de wens van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg om nog meer chronisch zieke patiënten te betrekken bij de uitwerking en tenuitvoerlegging van de criteria om aan hun statuut te voldoen.

Het lid heeft begrip voor de bekommelingen van de indieners van het wetsvoorstel tot wijziging, wat de honorariumsupplementen betreft, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 (DOC 53 0808/001). De indieners van dat wetsvoorstel wijzen volkomen terecht op het verband tussen de afschaffing en de inperking van de honorariasupplementen en de herziening van de financiering van de ziekenhuizen en de zorginstellingen. Er moet daarvoor een nieuwe regeling op de sporen worden gezet.

Hoewel de spreekster zich kan vinden in de krachtlijnen van de in uitzicht gestelde hervorming van deze

elle estime cependant aussi que cette réforme va trop loin lorsqu'elle concerne aussi les médecins non conventionnés. Supprimer pour ces médecins le droit de demander de tels suppléments apporte une trop grande limitation à la liberté thérapeutique. Il est cependant pertinent de déterminer un plafond pour ces suppléments pour éviter les abus, et d'informer le patient de manière nettement plus précise sur le montant final de la facture hospitalière.

## 2. Réponses de la ministre

### a) Observations générales

*La ministre* tient à corriger l'affirmation de Monsieur Bacquelaine sur la part des suppléments d'honoraires prélevée par l'hôpital : il ne s'agit pas de la moitié. Ce pourcentage varie d'un hôpital à l'autre. On enregistre des prélèvements moyens à 5, 10, et plus rarement 30%.

Lors de l'exposé introductif, la ministre a dit entendre la préoccupation formulée par certains au sujet des répercussions de l'interdiction des suppléments d'honoraires, sur les relations entre médecins et gestionnaires hospitaliers, en tout cas dans les 20 institutions qui pratiquent encore ces suppléments. Notre financement hospitalier s'illustre par une mécanique complexe, avec des équilibres et des jeux de vases communicants entre les différentes sources de financement de l'hôpital.

Les honoraires et les suppléments d'honoraires font ainsi l'objet, par le gestionnaire, d'un prélèvement variable selon les hôpitaux,

Mais notre système s'illustre également par un cadre légal, élaboré peu à peu au cours des décennies, et dans lequel les acteurs concernés, médecins et gestionnaires, sont appelés à fixer ensemble leur mode de fonctionnement par des accords locaux. Ce qui explique qu'on rencontre sur le terrain des régimes financiers très variés.

Cette autonomie est importante. La ministre n'a par ailleurs jamais caché son attachement à une vision de l'hôpital dans lequel les médecins sont fortement intégrés, comme partenaires, dans l'intérêt de la performance et de la qualité. Personne ne prône un hôpital qui ne serait qu'une juxtaposition de pratiques médicales individuelles utilisant une infrastructure, un plateau technique.

honorariasupplementenregeling, is zij desondanks de mening toegedaan dat die hervorming te ver gaat wanneer ze tevens geldt voor de artsen zonder overeenkomst. Als men deze artsen het recht ontnemt dergelijke supplementen aan te rekenen, brengt dat de therapeutische vrijheid al te zeer in het gedrang. Om misbruik te voorkomen, is het echter zinvol een limietbedrag voor deze supplementen te bepalen en de patiënt veel nauwkeuriger te informeren over het uiteindelijke bedrag van zijn ziekenhuisrekening.

## 2. Antwoorden van de minister

### a) Algemene opmerkingen

*De minister* wil de bewering van de heer Bacquelaine over het per ziekenhuis ingehouden aandeel van de honorariasupplementen bijsturen: het gaat immers niet om de helft. Dat percentage wijkt af van ziekenhuis tot ziekenhuis. Gemiddeld bedraagt die inhouding 5 % of 10 %, maar zelden 30 %.

Tijdens de inleidende toespraak heeft de minister gezegd dat zij de bezorgdheid begrijpt die sommigen uiten in verband met de gevolgen van het verbod op ereloon-supplementen op de ziekenhuisfinanciering, in elk geval in de twintig instellingen waar die toeslagen nog worden toegepast. Onze ziekenhuisfinanciering vormt een ingewikkeld mechanisme, met evenwichten en een spel van communicerende vaten tussen de verschillende bronnen van de ziekenhuisfinanciering.

Zo past de beheerder op de erelonen en de ereloon-supplementen een naargelang het ziekenhuis variabele heffing toe.

Maar ons systeem heeft ook een wettelijk kader, dat in de loop der jaren stap voor stap werd uitgewerkt, en waarin de betrokken actoren — artsen en beheerders — worden gevraagd om hun werking via lokale overeenkomsten samen vast te leggen. Dat verklaart waarom we op het terrein op zeer verscheiden financieringsregelingen stoten.

Die autonomie is belangrijk. De minister heeft er trouwens nooit een geheim van gemaakt dat zij verknocht ben aan een ziekenhuisvisie waarin de artsen sterk betrokken worden, als partners, in het belang van de prestaties en de kwaliteit. Niemand pleit voor een ziekenhuis dat niet meer is dan een plek waar individuele medische verrichtingen samenkomen en daarvoor een infrastructuur, een technisch platform ter beschikking stelt.

Ces considérations suffisent-elles à balayer d'un revers de la main les préoccupations exprimées par des médecins hospitaliers en ce domaine ? La ministre ne le pense pas.

L'autonomie précitée a permis que des choix de gestions aient été posés de par le passé, notamment en matière de suppléments. La perte de recettes pour les finances hospitalières impliquera de nouvelles décisions, et de la même manière que la volonté n'est pas que ces choix pèsent uniquement sur les patients, ou le personnel, il ne me semblerait pas opportun que le corps médical soit le seul à faire des efforts. C'est une question d'équilibre.

C'est pourquoi la ministre est ouverte au débat dans ce domaine. Il a déjà été réfléchi au niveau du gouvernement sur certaines adaptations au cadre légal des relations médecins-gestionnaires. Cet exercice peut et doit être poursuivi, de concert avec le secteur.

Les bassins de soins sont une piste intéressante. Ce chantier devrait être initié. Des expériences malheureuses du passé, où l'implantation d'une structure dépendait plus de certains piliers que de nécessités médicales, doivent être évitées. Une première ébauche figurera dans la note de politique générale afférente à l'exercice 2013.

La ministre plaide pour le rétablissement rapide d'une concertation optimale au sein de la Commission nationale médico-mutualiste. L'intervenante assure n'avoir pas ménagé ses efforts à cette fin et regrette l'absence annoncée d'une des parties à la discussion. Cette absence n'est pas favorable aux intérêts des mandants de la partie absente. De nouvelles convocations seront envoyées par le président de la Commission précitée. Les nouveaux éléments, tels que les amendements annoncés, devraient inciter toutes les parties à reprendre part à la concertation. Si tel ne devait pas être le cas, le défaut éventuel d'un accord collectif n'empêche pas la conclusion d'accords individuels avec les prestataires de soins.

L'oratrice critique la comparaison tracée entre une prétendue absence d'indexation et les sommes touchées par le CEO de Belgacom. À titre personnel, elle a toujours plaidé pour une réforme en profondeur des rémunérations des plus hautes fonctions des entreprises à participation publique. L'absence d'indexation est par ailleurs contestée. En dix ans, les médecins ont vu une augmentation de 55 %, ce qui ne s'explique pas uniquement par les effets de volumes. Les professions médicales ne sont pas oubliées dans la conclusion des accords interprofessionnels. L'indexation sera octroyée

Volstaan die bedenkingen om de bezorgdheden die ziekenhuisartsen in dat verband opperen zo maar van tafel te vegen? De minister is er niet mee eens.

De voornoemde autonomie heeft ervoor gezorgd dat er in het verleden bepaalde beleidskeuzes werden gemaakt, in het bijzonder op het gebied van de toeslagen. Het inkomstenverlies voor de ziekenhuisfinanciën zal tot nieuwe beslissingen leiden. En net zoals het niet de bedoeling is dat die keuzes alleen op de patiënten of het personeel zouden wegen, lijkt het mij niet opportuun dat alleen het medisch korps inspanningen zou moeten leveren. Het is een kwestie van evenwichten.

Daarom staat de minister open voor het debat op dat gebied. In de regering is er al nagedacht over bepaalde aanpassingen aan het wettelijk kader van de betrekkingen tussen artsen en beheerders. We kunnen en moeten die oefening voortzetten, in overleg met de sector.

De zorgregio's zijn een interessante denkspise waarvan werk zou moeten worden gemaakt. Een herhaling van de slechte ervaringen in het verleden, toen het instellen van een structuur veeleer gestoeld werd op welbepaalde pijlers dan op medische behoeften, moet worden voorkomen. Een eerste aanzet zal worden opgenomen in de daarover gaande beleidsnota voor 2013.

De minister pleit ervoor dat het overleg in de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen spoedig weer optimaal moge verlopen. Ze heeft daartoe hemel en aarde bewogen en betreurt dat een van de partijen aangekondigd heeft van de besprekingen te zullen wegblijven. De belangen van de mandaatgevers van de afwezige partij zullen daardoor niet worden gediend. De voorzitter van de genoemde Commissie zal nieuwe uitnodigingen rondsturen. De nieuwe elementen, zoals de aangekondigde amendementen, zouden alle partijen ertoe moeten overhalen opnieuw om de onderhandelingsstafel te gaan zitten. Mocht dat laatste niet het geval zijn, zal het eventueel uitblijven van een collectief akkoord niet beletten dat individuele akkoorden worden gesloten met de medische hulpverleners.

De minister hekelt de vergelijking die wordt gemaakt tussen een vermeende niet-indexering en de bedragen die de CEO van Belgacom opstrijkt. Persoonlijk heeft zij altijd gepleit voor een grondige hervorming van de topfuncties in de ondernemingen waarin de overheid participeert. Dat er geen indexering komt, is overigens niet zeker. De artsen kenden in tien jaar tijd een verhoging met 55 %, en dat heeft niet alleen te maken met de volume-effecten. De medische beroepen worden bij het sluiten van centrale akkoorden niet over het hoofd gezien. De indexering zal worden toegekend op

suite aux décisions de la Commission nationale médico-mutualiste, après imputation sur l'enveloppe des avances déjà octroyées quant à l'indexation.

#### b) Régime du tiers payant

L'application du régime du tiers payant sera étendue aux bénéficiaires du statut "Patients chroniques". Plusieurs membres de la commission ont attiré l'attention, à juste titre, sur la nécessité de mieux protéger la catégorie des patients atteints d'une maladie chronique. Les initiatives prises par la ministre à ce titre sont nombreuses.

Les statistiques apprennent que 26 % des médecins généralistes ne pratiquent jamais le régime du tiers payant. Parfois, cette situation s'explique par leur patientèle; parfois cependant, elle trouve sa source dans une volonté du prestataire. L'accessibilité aux soins de santé justifie une augmentation des bénéficiaires de l'application automatique du régime du tiers payant. Cette mesure profitera aux prestataires de soins qui soignent des populations moins favorisées.

La ministre concède cependant que les prestataires de soins ont raison lorsqu'ils émettent la préoccupation concernant l'absence de connaissance du profil d'assurabilité des patients. L'amendement annoncé sur l'article 17, qui couplera la mesure à l'avancement du programme *MyCareNet*, lui semble donc pertinent.

L'intervenante ne sous-estime pas la charge administrative du nouveau régime. Cependant, elle rappelle l'institution des fonds *Impulseo*, lesquels ont eu pour objectif et pour effet d'aider les prestataires de soins dans la gestion de ces charges. Ainsi, une aide a été octroyée pour l'embauche d'un secrétariat pour les médecins généralistes et pour l'externalisation de certaines tâches administratives.

L'amendement annoncé vise aussi à éviter certains effets pervers mis en évidence par des membres quant à la surconsommation. Les visites à domicile sont donc soustraites aux applications obligatoires du régime du tiers payant. Il convient de lutter contre le réflexe intempêtif d'appeler les prestataires de soins à domicile, quelle que soit la gravité de la situation.

#### c) Suppléments d'honoraires

Pour la ministre, il est erroné de croire que la limitation des suppléments d'honoraires n'aurait aucune visée sociale. Les suppléments d'honoraires ont pour effet d'alourdir dans des proportions inadmissibles une

basis van de beslissingen van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen en rekening houdend met de enveloppe van de indexeringsvoorschotten.

#### b) Derdebetalersregeling

De toepassing van de derdebetalersregeling zal worden uitgebreid tot de personen die recht hebben op het statuut van "chronische patiënten". Verschillende commissieleden hebben er terecht op gewezen dat de categorie van patiënten met een chronische aandoening beter moet worden beschermd. De minister heeft in dat verband talrijke initiatieven genomen.

De statistieken wijzen uit dat 26 % van de huisartsen de derdebetalersregeling nooit toepast. In sommige gevallen ligt dat aan het profiel van hun patiënten, maar soms doet de arts zulks willens en wetens. De toegankelijkheid van de gezondheidszorg rechtvaardigt dat de derdebetalersregeling voor meer rechthebbenden automatisch wordt toegepast. De medische hulpverleners die minder goeude bevolkingsgroepen behandelen, zullen bij die maatregel gebaat zijn.

De minister geeft de hulpverleners wel gelijk, wanneer zij aangeven dat ze het verzekeringsprofiel van de patiënten niet kennen. Het aangekondigde amendement op artikel 17, waarbij de maatregel gelinkt wordt aan de voortgang van het *MyCareNet*-programma, lijkt haar dan ook relevant.

Het administratieve werk dat bij de nieuwe regeling komt kijken, onderschat de minister niet. Ze herinnert echter aan de oprichting van de *Impulseo*-fondsen, die tot doel hadden – en met succes – de hulpverleners te helpen bij het beheer van dat werk. Zo werd in ondersteuning voorzien voor het opzetten van een secretariaat voor de huisartsen en voor de externe uibesteding van sommige administratieve taken.

Het aangekondigde amendement strekt er ook toe bepaalde door leden aangehaalde nadelige neveneffecten inzake overconsumptie te voorkomen. Voor de huisbezoeken zal de verplichte toepassing van de derdebetalersregeling dus niet gelden. De misplaatste reflex om de medische hulpverleners aan huis te laten komen, ongeacht de ernst van de situatie, moet worden bestreden.

#### c) Honorariasupplementen

Volgens de minister is het verkeerd te denken dat de beperking van de honorariasupplementen geen enkel sociale bedoeling zou hebben. Die supplementen verhogen de ziekenhuisfacturen op onredelijke wijze.

facture d'hôpital. Des exemples sont donnés sur des accouchements et des appendicectomies.

Pour pouvoir bénéficier de l'intervention majorée de l'assurance, une personne doit réunir une série de conditions, dont celle de ses revenus: toucher moins de 1386 euros bruts imposables par mois. Le niveau de cette condition exclut l'application de ce régime à des familles dont les revenus sont moyens, voire faibles.

Les assurances les plus usuelles ne couvrent que de manière fort imparfaite les coûts des suppléments d'honoraires. Des plafonds et des franchises sont institués et les primes ne sont pas d'une faible valeur. Ces primes sont payées par les patients. Le projet de loi doit avoir pour conséquence que ces primes seront réduites. La ministre a pris contact avec son collègue en charge de l'Economie pour organiser un observatoire des primes d'assurance dans ce secteur. L'intervenante ne saurait admettre que les assurances profitent de l'adoption du projet de loi pour moins intervenir et demander autant de primes.

### C. Discussion des articles

#### Art. 3

*Mme Reinilde Van Moer (N-VA)* estime que le sevrage tabagique concerne la prévention en matière de santé et appartient à la compétence des Communautés. Il est cependant vrai que les interventions de l'assurance maladie-invalidité relèvent pour l'instant des compétences de l'État fédéral. Dans la mesure où la Sixième Réforme de l'État se donne pour objectif de transférer cette matière aux entités fédérées, le membre se demande si cette disposition du projet de loi est encore réellement nécessaire.

*La ministre* souligne que l'intervention de l'assurance maladie-invalidité relève encore toujours des compétences de l'État fédéral. Cette disposition s'impose dès lors, selon elle, même s'il est question dans le futur de communautariser la compétence en la matière.

#### Art. 4 à 6

Ces dispositions n'appellent aucun commentaire.

Het volstaat te denken aan bevallingen en appendixverwijderingen.

Om recht te hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming moet de patiënt aan een aantal voorwaarden voldoen, onder meer wat zijn belastbaar inkomen betreft: minder verdienen dan 1 386 euro bruto per maand. De hoogte van dat bedrag belet dat die regeling wordt toegepast voor gezinnen met een middeninkomen of zelfs een laag inkomen.

De meest courante verzekeringen dekken de aan de honorariasupplementen verbonden kosten verre van volledig. Niet alleen gelden er bovengrenzen en het eigen risico, maar bovendien zijn de premies niet gering. Die premies worden door de patiënten betaald. Het wetsontwerp moet ertoe leiden dat de premies voortaan lager liggen. De minister heeft aan haar collega van Economie voorgesteld een observatorium op te richten voor de verzekeringspremies in die sector. Minister Onkelinx zou niet dulden dat de verzekeringsfirma's van de aanneming van dit wetsontwerp profiteren om minder te vergoeden maar even hoge premies te vragen.

### C. Artikelsgewijze bespreking

#### Art. 3

*Mevrouw Reinilde Van Moer (N-VA)* is van mening dat tabaksontwenning onder gezondheidspreventie valt en tot de bevoegdheid van de gemeenschappen behoort. Wel ressorteren de tegemoetkomingen van de ziekten invaliditeitsverzekering onder de bevoegdheden van de federale Staat. Aangezien dat beleidsterrein in het raam van de zesde Staatshervorming zou worden overgeheveld naar de deelgebieden, vraagt het lid zich af of deze bepaling van het wetsontwerp nog werkelijk noodzakelijk is.

*De minister* onderstreept dat de tegemoetkomingen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering vooralsnog tot de bevoegdheden van de federale Staat behoren. Die bepaling is dus volgens haar noodzakelijk, al is er sprake van om de bevoegdheid terzake in de toekomst te regionaliseren.

#### Art. 4 tot 6

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

## Art. 7

*Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen)* demande plus d'explications sur la portée de cette disposition, et, plus généralement, de toute la section 4 du chapitre 2.

*La ministre* indique que l'article 7 et les autres dispositions de ladite section visent à mettre en place une nouvelle procédure concernant les radio-isotopes, comprenant de meilleurs contrôles et un système comparable aux spécialités pharmaceutiques inscrites par produit. Les compétences du Conseil technique des radio-isotopes sont affinées. Des délais contraignants sont par ailleurs institués.

## Art. 8 à 12

Ces dispositions n'appellent aucun commentaire.

## Art. 17

*Mme Reinilde Van Moer (N-VA)* souscrit à un régime de tiers payant plus généralisé pour les médecins généralistes, mais pas à un tel régime qui s'appliquerait aux médecins spécialistes. Ce régime présente plusieurs avantages. Le premier d'entre eux consiste en ce que le médecin généraliste est ainsi conforté dans sa position centrale dans le système des soins de santé et peut exercer son rôle de première porte d'entrée dans l'assurance maladie-invalidité.

Par contre, si le médecin spécialiste est également concerné par le régime du tiers payant, ce rôle de première porte d'entrée n'est joué par personne. Les coûts pour l'assurance maladie-invalidité risquent donc d'être plus élevés si les bénéficiaires se dirigent directement vers le spécialiste.

Un ticket modérateur raisonnable pourrait éviter ce genre d'abus. Même une augmentation d'un à deux euros pourrait rapporter à l'assurance maladie-invalidité de l'ordre de 14 millions d'euros sur une base annuelle. Une telle somme ne devrait pas poser de problème majeur pour la grande partie de la population. Cette augmentation serait même à son avantage, si le ticket modérateur était déconnecté de toute condition d'appartenance à un statut.

Le régime du tiers payant présente un autre avantage pour le médecin traitant, à savoir qu'il circule en son cabinet moins d'argent comptant.

## Art. 7

*Mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen)* vraagt meer uitleg over de strekking van deze bepaling en meer algemeen van afdeling 4 van hoofdstuk 2.

*De minister* licht toe dat artikel 7 en de andere bepalingen van voornoemde afdeling de instelling beogen van een nieuwe procedure voor radio-isotopen, met inbegrip van betere controles en een systeem dat vergelijkbaar is met dat voor de per product ingeschreven farmaceutische specialiteiten. De bevoegdheden van de Technische Raad voor radio-isotopen worden nader bepaald. Overigens wordt voorzien in dwingende termijnen.

## Art. 8 tot 12

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

## Art. 17

*Mevrouw Reinilde Van Moer (N-VA)* kan zich vinden in een meer veralgemeende derdebetalersregeling voor de huisartsen, maar niet voor de artsen-specialisten. De derdebetalersregeling voor de huisartsen biedt heel wat voordelen. Ze versterkt de centrale positie van de huisarts in ons gezondheidszorgsysteem, zodat die zijn rol kan vervullen als eerste toegangsverschafter tot de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Uiteraard belangt de derdebetalersregeling ook de artsen-specialisten aan, maar geen enkele specialist fungeert als eerste toegangsverschafter tot de ziekte- en invaliditeitsverzekering. De kosten voor die verzekering dreigen dus op te lopen, mochten de begunstigen zich rechtstreeks tot een specialist wenden.

Dergelijke misbruiken kunnen worden tegengegaan door een redelijk remgeld toe te passen. Een verhoging van dat remgeld met amper 1 à 2 euro zou de ziekte- en invaliditeitsverzekering jaarlijks circa 14 miljoen euro kunnen opbrengen. Voor de meeste mensen blijft dat bedrag min of meer betaalbaar. Die stijging kan de patiënt zelfs ten goede komen, indien het remgeld zou worden losgekoppeld van elke statuutgerelateerde voorwaarde.

De derdebetalersregeling heeft voor de huisarts het bijkomend voordeel dat er in zijn praktijk minder contant geld omgaat.

\*

*Mme Marie-Claire Lambert (PS) et consorts* introduisent l'amendement n° 1 (DOC 53 2524/003), qui remplace l'article 17 projeté.

*Mme Marie-Claire Lambert (PS)* indique le système de tiers payant obligatoire doit être précisé. Les principes de la concertation doivent être garantis. Il doit en outre être tenu compte de la réalité sur le terrain quant à l'introduction du système *MyCareNet*. Pour le surplus, il est renvoyé à la justification de l'amendement.

*La ministre* souscrit à cet amendement.

*Mme Ine Somers (Open Vld)* souscrit à l'amendement, entre autres car il aura pour effet d'éviter des visites à domicile intempestives. Celles-ci prennent en effet beaucoup de temps. Cependant, comment le groupe des patients faibles et moins valides sera-t-il protégé?

*La ministre* constate que si le régime du tiers payant n'est pas applicable *obligatoirement* dans ce cas, il est encore applicable *facultativement*.

#### Art. 18

*Mme Marie-Claire Lambert (PS) et consorts* introduisent l'amendement n° 2 (DOC 53 2524/003), qui supprime cette disposition du projet de loi. Ceci constitue la suite logique de l'amendement n° 1, déposé sur l'article 17. Il est donc renvoyé à la justification de cet amendement.

*La ministre* approuve cet amendement.

#### Art. 19 à 26

Ces dispositions n'appellent aucun commentaire.

#### Art. 27

*Mme Marie-Claire Lambert (PS) et consorts* introduisent l'amendement n° 3 (DOC 53 2524/003), qui précise le champ d'application de l'article 152 nouveau, tel que projeté.

*Mme Marie-Claire Lambert (PS)* indique ainsi que l'avis de la Commission nationale médico-mutualiste sera sollicité pour ce qui est de la définition de

\*

*Mevrouw Marie-Claire Lambert (PS) c.s.* dient amendement nr. 1 (DOC 53 2524/003) in, ter vervanging van het ontworpen artikel 17.

*Mevrouw Marie-Claire Lambert (PS)* vindt het noodzakelijk de verplichte derdebetalersregeling nader te preciseren. De beginselen inzake overleg moeten worden gehandhaafd. Bovendien moet bij de invoering van *MyCareNet* rekening worden gehouden met de realiteit in het veld. Voor het overige verwijst de spreekster naar de verantwoording van het amendement.

*De minister* schaaft zich achter dit amendement.

Ook *mevrouw Ine Somers (Open Vld)* is het met dat amendement eens, onder meer omdat het onnodige huisbezoeken helpt te voorkomen. Dergelijke huisbezoeken zijn immers zeer tijdrovend. Wel wenst ze te vernemen hoe de zwakke patiënten en de mindervaliden zullen worden beschermd.

*De minister* stelt vast dat indien in dat geval de derdebetalersregeling niet *moet* gelden, zulks nog *kan*.

#### Art. 18

*Mevrouw Marie-Claire Lambert (PS) c.s.* dient amendement nr. 2 (DOC 53 2524/003) in, dat ertoe strekt dit artikel weg te laten. Dit amendement vloeit voort uit het op artikel 17 ingediende amendement nr. 1. Voor de verantwoording wordt bijgevolg verwezen naar de verantwoording van dat amendement nr. 1.

*De minister* schaaft zich achter amendement nr. 2.

#### Art. 19 tot 26

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

#### Art. 27

*Mevrouw Marie-Claire Lambert (PS) c.s.* dient amendement nr. 3 (DOC 53 2524/003) in, dat strekt tot precisering van het toepassingsgebied van artikel 152 (*nieuw*) in ontwerp.

*Mevrouw Marie-Claire Lambert (PS)* geeft aan dat in verband met de beperking van de honorariumsupplementen, het advies van de Nationale commissie

l'hospitalisation de jour dans le cadre de la limitation des suppléments d'honoraires.

*La ministre* soutient cet amendement.

*Mme Nathalie Muylle (CD&V)* approuve l'amendement, sous la seule réserve qu'il convient de ne pas interpréter l'avis demandé à la Commission nationale médico-mutualiste en ce sens que la sécurité tarifaire pour les patients pourrait être mise en cause par des exceptions trop larges à la suppression des suppléments d'honoraires.

*Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen)* demande quelle est la différence entre l'avis visé à l'amendement n° 3 et celui visé à l'amendement n° 4 (introduction d'un nouvel article 30/1).

*La ministre* considère que l'avis visé à l'amendement n° 3 est spécifique et ne concerne que la définition susdite de l'hospitalisation de jour, tandis que l'avis visé à l'amendement n° 4 est transversal et concerne toute modification législative apportée à l'avenir à l'article 152 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008.

*Mme Reinilde Van Moer (N-VA)* se demande quelles seront les conséquences budgétaires de la mesure visée à l'article 27 du projet de loi.

*La ministre* évalue que les conséquences ne seront pas pour le budget de l'État, mais pour le budget des médecins et des institutions de soins visés par cette disposition. L'intervenante, qui rappelle que seuls 10 % de ces hôpitaux et institutions de soins pratiquent les suppléments d'honoraires, estime que c'est à eux d'en gérer les conséquences.

#### Art. 28 à 30

Ces dispositions n'appellent aucun commentaire.

#### Art. 30/1

*Mme Marie-Claire Lambert (PS) et consorts* introduisent l'amendement n° 3 (DOC 53 2524/003), qui vise à insérer une nouvelle disposition dans le projet de loi, prévoyant que toute modification législative à l'article 152 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établis-

artsen-ziekenfondsen dient te worden ingewonnen over de bepaling van het begrip "daghospitalisatie".

*De minister* schaarst zich achter amendement nr. 3.

*Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V)* steunt amendement nr. 3, maar alleen met dien verstande dat het aan de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen gevraagde advies niet mag worden opgevat als zou de tariefzekerheid voor de patiënten kunnen worden ondergraven door te ruim opgevatte uitzonderingen op de opheffing van de honorariasupplementen.

*Mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen)* informeert naar het verschil tussen het in amendement nr. 3 bedoelde advies en het advies dat wordt bedoeld in amendement nr. 4, tot invoeging van een artikel 30/1 (*nieuw*).

*De minister* wijst erop aan het in amendement nr. 3 bedoelde advies een specifiek advies is en louter die definitie van het begrip "daghospitalisatie" betreft, terwijl het in amendement nr. 4 bedoelde advies een transversaal advies is en betrekking heeft op alle latere wijzigingen van artikel 152 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008.

*Mevrouw Reinilde Van Moer (N-VA)* informeert naar de budgettaire gevolgen van de in dit artikel 27 bedoelde maatregel.

*De minister* stelt dat de uitgaven niet door de Rijksbegroting zullen worden gedragen, maar ten laste zullen komen van het budget van de door die bepaling bedoelde arts en verzorgingsinstellingen. De minister brengt in herinnering dat amper 10 % van de ziekenhuizen en verzorgingsinstellingen honorariasupplementen aanrekenen; het komt derhalve die ziekenhuizen en verzorgingsinstellingen toe de gevolgen van hun aanpak te dragen.

#### Art. 28 tot 30

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

#### Art. 30/1

*Mevrouw Marie-Claire Lambert (PS) c.s.* dient amendement nr. 4 (DOC 53 2524/003) in, dat ertoe strekt in het wetsontwerp een artikel 30/1 (*nieuw*) in te voegen, waarbij wordt bepaald dat vóór elke wijziging van artikel 152 van de wet betreffende de ziekenhuizen



sements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008 doit être précédée d'un avis de la Commission nationale médico-mutualiste.

*La ministre* souscrit à cet amendement.

#### D. Votes

##### Art. 3

L'article est adopté par 12 voix et 3 abstentions.

##### Art. 4 tot 12

Ces articles sont successivement adoptés à l'unanimité.

##### Art. 17

L'amendement n° 1 tendant à remplacer l'article est adopté par 11 voix et 3 abstentions.

##### Art. 18

L'amendement n° 2 tendant à supprimer l'article est adopté par 11 voix et 3 abstentions.

##### Art. 19

L'article est adopté à l'unanimité.

##### Art. 20

L'article est adopté par 13 voix et une abstention.

##### Art. 21 tot 24

Ces articles sont successivement adoptés à l'unanimité.

##### Art. 25

L'article est adopté par 11 voix et 3 abstentions.

en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, het advies van de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen moet worden ingewonnen.

*De minister* schaart zich achter amendement nr. 4.

#### D. Stemmingen

##### Art. 3

Het artikel wordt aangenomen met 12 stemmen en 3 onthoudingen.

##### Art. 4 tot 12

Deze artikelen worden achtereenvolgens eenparig aangenomen.

##### Art. 17

Amendement nr. 1 ter vervanging van het artikel wordt aangenomen met 11 stemmen en 3 onthoudingen.

##### Art. 18

Amendement nr. 2 dat ertoe strekt het artikel op te heffen wordt aangenomen met 11 stemmen en 3 onthoudingen.

##### Art. 19

Het artikel wordt eenparig aangenomen.

##### Art. 20

Het artikel wordt aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

##### Art. 21 tot 24

Deze artikelen worden achtereenvolgens eenparig aangenomen.

##### Art. 25

Het artikel wordt met 11 stemmen en 3 onthoudingen aangenomen.

## Art. 26

L'article est adopté à l'unanimité.

## Art. 27

L'amendement n° 3 est adopté par 9 voix et 5 abstentions.

L'article, ainsi modifié, est adopté par 9 voix et 5 abstentions.

## Art. 28 en 29

Ces articles sont successivement adoptés à l'unanimité.

## Art. 30

L'article est adopté par 10 voix et 4 abstentions.

## Art. 30/1

L'amendement n° 4 tendant à insérer l'article 30/1 est adopté par 11 voix et 3 abstentions.

## II. — DISPOSITIONS AFFÉRENTES AUX SECOURS ACCORDÉS PAR LES CPAS

### A. Exposé introductif du projet de loi portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé (articles 31 à 37)

*Mme Maggie De Block, secrétaire d'État à l'Asile et à la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté, adjointe à la ministre de la Justice, fait observer que le chapitre 4 à l'examen du projet de loi portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé trouve son origine dans l'accord de gouvernement. Le projet contient des mesures relatives à la réforme du remboursement de l'aide médicale par le biais des CPAS et à son remplacement par un système simplifié de remboursement par le biais de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) et, par la suite, par le biais des mutualités.*

La secrétaire d'État fait observer qu'une des priorités de sa politique porte sur l'amélioration du fonctionnement des CPAS. Les CPAS et les travailleurs sociaux

## Art. 26

Het artikel wordt eenparig aangenomen.

## Art. 27

Het amendement nr. 3 wordt aangenomen met 9 stemmen en 5 onthoudingen.

Het aldus geamendeerd artikel wordt aangenomen met 9 stemmen en 5 onthoudingen.

## Art. 28 en 29

Deze artikelen worden achtereenvolgens eenparig aangenomen.

## Art. 30

Het artikel wordt met 10 stemmen 4 onthoudingen aangenomen

## Art. 30/1

Amendement nr. 4 tot invoeging van art 30/1 wordt met 11 stemmen en 3 onthoudingen aangenomen.

## II. — BEPALINGEN IN VERBAND MET DE DOOR DE OCMW'S VERLENDE HULP

### A. Inleidende uiteenzetting over het wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg (artikelen 31 tot 37)

*Mevrouw Maggie De Block, staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding, toegevoegd aan de minister van Justitie, wijst erop dat het voorliggend hoofdstuk 4 van het wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg zijn oorsprong vindt in het regeerakkoord. Het ontwerp bevat maatregelen met betrekking tot de hervorming van de terugbetaling van de geneeskundige hulp via de OCMW's en de vervanging ervan door een vereenvoudigd systeem via de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (HZIV) en later de ziekenfondsen.*

De staatssecretaris merkt op dat één van de prioriteiten van haar beleid de verbetering van de werking van de OCMW's is. De OCMW's en maatschappelijke werkers

doivent pouvoir mieux se consacrer à leurs missions fondamentales, à savoir l'enquête sociale et l'aide aux personnes vivant dans la pauvreté. Cet objectif peut être réalisé entre autres par une simplification administrative.

La procédure de remboursement des frais médicaux par les CPAS est une des procédures qui sera simplifiée. Les factures de frais d'aide médicale (urgente) ne seront plus remboursées par les CPAS mais par le biais de la CAAMI.

Les fondements du projet sont les suivants:

- L'enquête sociale sera garantie;
- Les engagements de prise en charge des frais médicaux seront informatisés;
- Le contrôle et les paiements seront effectués par des spécialistes.

La gestion sera améliorée grâce à un système informatique centralisé.

Le projet de loi à l'examen crée la base légale pour mettre en oeuvre ce projet. La loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les CPAS doit être adaptée à cet effet.

Un article *9bis* et un § 2 sont insérés dans l'article 10. Ils prévoient qu'une enquête sociale est obligatoire lorsque les frais sont à charge de l'État et qu'une sanction est prévue en cas de non-respect de cette obligation.

L'article *9ter* proposé définit la procédure visant à ancrer la première phase. Il s'agit des frais médicaux exposés au sein d'un établissement de soins et facturés par celui-ci. Il s'applique aux personnes indigentes qui ne bénéficient pas d'une assurance maladie couvrant les risques en Belgique et qui ne peuvent s'affilier à une mutualité.

Des délais sont fixés pour l'application de la procédure:

- 45 jours (entre le début de l'aide et la décision du CPAS);
- 8 jours (entre l'introduction de la décision dans la base de données centrale, la période entre la décision et sa notification).

Dans un premier temps, des projets-pilotes seront lancés en novembre 2012, notamment à l'AZ Groeninghe à Courtrai, à l'Hôpital Saint-Pierre à Bruxelles, au CHU à Charleroi et à l'AZ Jan Portaels à Zaventem.

moeten zich meer kunnen toeleggen op hun kerntaken namelijk het sociaal onderzoek en mensen in armoede helpen. Dit kan onder meer worden gerealiseerd door een administratieve vereenvoudiging.

De terugbetalingsprocedure van de medische kosten door de OCMW's is een van de procedures die zal worden vereenvoudigd. De facturen van (dringende) medische kosten zullen niet meer door de OCMW's terugbetaald worden maar wel via de HZIV.

De uitgangspunten van het project zijn de volgende:

- Het sociaal onderzoek zal worden gewaarborgd;
- De verbintenissen tot de tenlasteneming ervan worden geïnformatiseerd;
- De controle en betalingen worden door specialisten uitgevoerd.

Het beheer zal verbeterd worden door een gecentraliseerd informaticasysteem.

Dit wetsontwerp voorziet in de wettelijke basis om dit project in te voeren. Hiertoe moet de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de OCMW's aangepast worden.

Er wordt een artikel *9bis* en een paragraaf twee in artikel 10 ingevoegd. Dit houdt in dat het sociaal onderzoek wordt verplicht voor kosten ten laste van de Staat en dat een sanctie wordt bepaald bij niet-naleving ervan.

Het ontworpen art *9ter* bepaalt de procedure om fase één te verankeren. Het betreft de medische kosten gemaakt in en gefactureerd door een verpleeginstelling. Het is van toepassing voor de behoeftige personen die niet over een ziektekostenverzekering beschikken die de risico's in België dekt en die ook niet kunnen aangesloten worden bij een mutualiteit.

Voor de toepassing van de procedure worden termijnen vastgelegd.

- 45 dagen (tussen begin van de steun en OCMW-beslissing);
- 8 dagen (tussen het inbrengen van de beslissing in de centrale databank, de periode tussen de beslissing en de kennisgeving ervan).

In een eerste fase worden pilootprojecten opgestart in november 2012 met name in AZ Groeninghe in Kortrijk, Sint-Pietersziekenhuis in Brussel, het CHU in Charleroi en het AZ Jan Portaels in Zaventem.

Le système sera testé entre novembre 2012 et janvier 2013; il sera procédé ensuite à une évaluation, après quoi le système sera appliqué dans tout le pays. Le système sera mis en œuvre en trois phases, associant successivement les hôpitaux, les mutualités et les autres dispensateurs de soins.

Les mesures visées permettront aux CPAS de faire des économies de personnel et d'améliorer leur contrôle. Le contrôle devra nécessairement être effectué par un médecin-contrôleur, ce qui pourra se faire par l'intermédiaire de la CAAMI. Les abus seront ainsi endigués et il sera veillé à ce que les soins soient dispensés aux bons bénéficiaires.

## B. Discussion générale

### 1. Interventions des membres

*Mme Reinilde Van Moer (N-VA)* estime qu'il s'agit d'un bon projet. Les modifications proposées permettront de combler les lacunes du système actuel. L'instauration graduelle permettra d'empêcher l'apparition de problèmes. Le secrétaire d'État peut-il expliquer de manière encore plus détaillée comment le contrôle des médecins généralistes sera amélioré, car ces derniers sont souvent mis sous pression pour délivrer des attestations pour l'octroi d'une aide médicale urgente.

*Mme Colette Burgeon (PS)* estime que la prise en charge des soins médicaux et pharmaceutiques pour les plus démunis constitue un problème important. L'absence d'accès aux soins médicaux est en effet l'une des causes principales de l'exclusion sociale. Depuis un certain temps, les CPAS proposent d'utiliser des cartes médicales. Ce système de cartes médicales électroniques garantit la collaboration entre différents partenaires concernés. Cette collaboration devrait pouvoir mieux fonctionner grâce au système proposé. Le paiement des factures pour soins médicaux devrait alors pouvoir se dérouler de la même manière pour tous les CPAS.

L'intervenante surveillera l'instauration et la généralisation future du système.

*Mme Marie-Martine Schyns (cdH)* souscrit aux articles en projet. Elle souhaiterait obtenir plus d'explications sur la planification des activités. Des projets pilotes sont entamés et l'on prévoit ensuite encore deux phases. Comment les choses se dérouleront-elles?

Quel est l'impact budgétaire des mesures proposées?

Tussen november 2012 en januari 2013 zal het systeem getest worden, er volgt een evaluatie en nadien zal het in heel het land van toepassing worden. Het systeem zal in drie fases verlopen waarbij achtereenvolgens de hospitalen de mutualiteiten en de overige zorgverleners erbij worden betrokken.

Door de beoogde maatregelen zullen de OCMW's personeel kunnen besparen en hun controle verbeteren. De controle moet noodzakelijk door een controlerende arts worden uitgevoerd en dit zal mogelijk zijn via de HVIZ. Daardoor worden de misbruiken ingedijkt en wordt erover gewaakt dat de zorg bij de juiste bestemmingen terecht komt.

## B. Algemene bespreking

### 1. Betogen van de leden

*Mevrouw Reinilde Van Moer (N-VA)* is van oordeel dat het een goed ontwerp is. De voorgestelde wijzigingen zullen toelaten de tekortkomingen van het huidige systeem op te lossen. De gefaseerde invoering zal toelaten problemen te verhinderen. Kan de staatsecretaris nog verder ingaan op hoe de controle op de huisartsen beter zal verlopen omdat deze vaak onder druk staan om attesten afleveren voor het verlenen van dringende medische hulp.

*Mevrouw Colette Burgeon (PS)* is van oordeel dat de tenlasteneming van de medische en farmaceutische zorg voor de minst bedeelden een belangrijk knelpunt is. Het gebrek aan toegang tot medische zorg is immers een van de hoofdoorzaken van sociale uitsluiting. Sedert geruime tijd stellen de OCMW's het gebruik van medische kaarten voor. Dit systeem van elektronische medische kaarten verzekert de samenwerking tussen verschillende betrokken partners. Deze samenwerking zou door het voorgestelde systeem beter kunnen verlopen. De betaling van de facturen voor geneeskundige zorg zou dan voor alle OCMW's op dezelfde manier kunnen verlopen.

De spreekster zal toezien op de invoering en verdere veralgemening van het systeem.

*Mevrouw Marie-Martine Schyns (cdH)* gaat akkoord met de ontworpen artikelen. Ze wenst meer uitleg over de planning van de activiteiten. Er worden pilootprojecten gestart en nadien wordt nog in twee fases voorzien. Hoe zal dit verlopen?

Wat is de budgettaire impact van de voorgestelde maatregelen?

*M. Yvan Mayeur (PS)* soutient les mesures en projet, mais se pose quelques questions en ce qui concerne leur mise en œuvre pratique. La tâche principale des CPAS n'est pas de mener des enquêtes sociales, mais, conformément à l'article 1er de la loi organique des CPAS du 4 avril 1965, de veiller à ce que les personnes puissent mener une vie conforme à la dignité humaine. Cela figure également à l'article 23 de la Constitution.

L'intervenant indique qu'il est parfois difficile, voire pratiquement impossible d'effectuer des enquêtes sociales. Comment faut-il commencer cette enquête sociale lorsque le patient, avec ou sans statut, est hospitalisé d'urgence? Le problème, c'est qu'aucune allocation n'est octroyée si l'enquête sociale est incomplète. En outre, le CPAS ne dispose que de 45 jours pour réunir les informations et les introduire dans le système. Ce délai est cependant trop court. Les personnes qui ne sont pas en mesure de payer une facture contactent souvent trop tardivement le CPAS, de sorte que ce dernier ne dispose plus d'un temps suffisant pour prendre la décision et introduire la demande d'aide dans le système dans le délai de 45 jours. Cette situation peut donner lieu à une sanction pour les CPAS qui décident d'accorder une allocation mais qui ne disposent pas d'un temps suffisant pour suivre la procédure.

C'est la raison pour laquelle l'intervenant estime que le délai ne doit commencer à courir qu'à partir du moment de la décision du CPAS. Il faudra en tenir compte lors de l'élaboration des arrêtés royaux nécessaires. Il peut être intéressant d'autoriser les CPAS à prendre une décision globale et d'introduire celle-ci dans le système dans les délais fixés par le projet de loi à l'examen.

Il convient en outre de préciser la situation des maisons médicales. Dans certaines maisons médicales, les remboursements sont effectués par prestation médicale, alors que d'autres travaillent sur une base forfaitaire. Il faut également associer les maisons médicales à cette réglementation pour éviter que celle-ci ne se traduise par un recul de l'accès aux soins de santé.

Les hôpitaux et les CPAS utilisent souvent déjà des programmes informatiques pour leur facturation. Lors de l'élaboration des arrêtés d'exécution, il faut tenir compte de ces systèmes déjà opérationnels afin d'éviter des frais inutiles.

*M. Kristof Waterschoot (CD&V)* adhère, lui aussi, aux articles du projet qui vont dans le sens d'une simplification administrative. L'intervenant souhaite un complément d'informations sur leur mise en œuvre pratique et souscrit aux observations formulées par M. Mayeur. Un

*De heer Yvan Mayeur (PS)* steunt de ontworpen maatregelen, maar heeft een aantal vragen bij de praktische uitwerking ervan. De belangrijkste taak van het OCMW is niet om sociale onderzoeken uit te voeren, maar conform artikel 1 van de organieke wet 4 april 1965 op de OCMW is dit ervoor te zorgen dat de personen in menswaardige omstandigheden kunnen leven. Dit is ook opgenomen in artikel 23 van de Grondwet.

De spreker wijst erop dat het soms moeilijk en bijna onmogelijk is om sociale onderzoeken uit te voeren. Hoe moet men dit sociaal onderzoek beginnen wanneer de patiënt, met of zonder statuut, op spoed binnen wordt gebracht? Het probleem is dat er geen toelage wordt toegekend indien het sociaal onderzoek onvolledig is. Bovendien beschikt het OCMW slecht over 45 dagen om de informatie bijeen te zoeken en in het systeem in te voegen. Deze termijn is echter te kort. Vaak nemen de personen die een rekening niet kunnen betalen te laat contact op met het OCMW zodat dit niet meer over voldoende tijd beschikt om binnen de termijn van 45 dagen de beslissing te nemen en de vraag tot steun in het systeem in te voeren. Dit kan leiden tot een sanctionering voor de OCMW's die beslissen om een toelage toe te kennen maar die over onvoldoende tijd beschikten om de procedure te volgen.

Daarom is de spreker van oordeel dat de termijn slechts moet beginnen te lopen vanaf het ogenblik van de beslissing van het OCMW. Bij het uitwerken van de noodzakelijke Koninklijke besluiten zal hiermee rekening moeten worden gehouden. Het kan interessant zijn om de OCMW's toe te laten om een globale beslissing te nemen en deze binnen de door het wetsontwerp bepaalde termijnen in het systeem in te voeren.

Bovendien moet de situatie met de medische huizen worden uitgeklaard. In sommige medische huizen worden de terugbetalingen uitgevoerd voor medische prestaties terwijl andere op forfaitaire basis werken. Het is noodzakelijk dat ook de medische huizen bij deze regeling worden betrokken om te verhinderen dat de regeling tot een vermindering van toegang tot gezondheidszorg zou leiden.

Vaak hebben de ziekenhuizen en OCMW's reeds computerprogramma's voor de facturatie. Bij de uitwerking van de uitvoeringsbesluiten moet met deze reeds bestaande systemen rekening worden gehouden om nodeloze kosten te voorkomen.

Ook *de heer Kristof Waterschoot (CD&V)* is het eens met de ontworpen artikelen die zorgen voor een administratieve vereenvoudiging. De spreker wenst meer uitleg over de praktische uitvoering ervan en gaat akkoord met de opmerkingen van de heer Mayeur. Er

large pouvoir est accordé au Roi dans le cadre de l'exécution du projet de loi. De quelle manière ces mesures seront-elles transposées en pratique?

Comment se déroulera l'informatisation du système? Les informations à ce sujet doivent être communiquées à temps pour éviter des dépenses inutiles.

Selon l'exposé des motifs, la mise en oeuvre des mesures se ferait en 3 phases. Les articles du projet ne prévoient que deux phases. La secrétaire d'État peut-elle fournir des précisions à ce sujet?

*Le président, M. Hans Bonte*, souscrit aux articles du projet qui garantissent une plus grande transparence, simplification administrative et possibilité de contrôle. Lors de l'élaboration des arrêtés d'exécution, il faut éviter d'entraver l'accès à l'aide médicale urgente. Il s'indique d'améliorer la base légale, compte tenu du rôle et du bon fonctionnement des CPAS en la matière. Il convient de tenir compte du fait qu'en ce qui concerne l'aide médicale urgente, les besoins augmentent et qu'il convient de soutenir encore davantage l'aide en matière de soins aigus.

## 2. Réponses de la secrétaire d'État

La secrétaire d'État à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté, adjointe à la Ministre de la Justice, confirme que le contrôle des médecins de la caisse auxiliaire sera réglé. L'objectif des articles du projet est d'améliorer l'organisation de l'accès à l'aide médicale urgente et de rendre cette organisation plus transparente, ainsi que de limiter les abus et la surconsommation.

Un projet pilote sera d'abord mis sur pied. Après qu'il aura été évalué et que les adaptations nécessaires y auront été apportées, le système sera installé dans tous les CPAS en 2013, durant la première phase. Durant la seconde phase, après 2013, les autres prestataires de soins seront également repris dans le système compatible. L'ensemble du système doit être entièrement opérationnel pour 2014.

Les mesures visent surtout la simplification administrative et il ne s'agit pas de mesures budgétaires. Les besoins budgétaires en la matière ne diminueront certainement pas ces prochaines années.

La secrétaire d'État confirme que la tâche principale des CPAS est d'apporter de l'aide. La réalisation d'enquêtes sociales n'est pas facile, mais c'est précisément pour cette raison que l'on met d'abord sur pied

wordt een ruime bevoegdheid verleend aan de Koning voor de uitvoering van het wetsontwerp. Op welke wijze zullen deze maatregelen in de praktijk worden omgezet?

Hoe zal de informatisering van het systeem verlopen? Het is noodzakelijk om daar tijdig over te communiceren om te voorkomen dat nodeloze kosten worden gemaakt.

In de memorie van toelichting wordt er gesproken van 3 fases voor de invoering van de maatregelen. In de ontworpen artikelen is er slechts in twee fases voorzien. Kan de staatssecretaris daar dieper op ingaan?

*Voorzitter Hans Bonte* gaat akkoord met de ontworpen artikelen die meer transparantie, administratieve vereenvoudiging en mogelijkheid tot controle verzekeren. Bij het uitwerken van de uitvoeringsbesluiten moet een vernauwing van de toegang tot de dringende geneeskundige zorg worden vermeden. Het is opportuun om een wettelijke basis te verbeteren doch in overeenstemming met de rol en de goede werking van de OCMW's in deze materie. Er moet rekening mee worden gehouden dat de nood aan dringende geneeskundige zorg toeneemt en dat de hulpverlening in de acute zorg nog meer moet worden ondersteund.

## 2. Antwoorden van de staatssecretaris

*De staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding, toegevoegd aan de minister van Justitie*, beaamt dat de controle op de artsen van de hulpkas zal worden geregeld. Het doel van de artikelen in het ontwerp is om de toegankelijkheid tot dringende geneeskundige zorg beter en transparanter te organiseren en misbruik en overconsumptie in te dijken.

Er zal eerst een proefproject worden opgezet. Na de evaluatie hiervan en het aanbrengen van de noodzakelijke aanpassingen zal het systeem in de eerste fase in 2013 ingevoerd worden bij alle OCMW's. In de tweede fase na 2013 zullen ook de overige zorgverstrekkers in het compatible systeem worden opgenomen. Het gehele systeem moet in 2014 volledig operationeel zijn.

De maatregelen beogen vooral administratieve vereenvoudiging en het gaat niet om budgettaire maatregelen. De budgettaire noden in deze materie zullen zeker niet verminderen in de volgende jaren.

De staatssecretaris beaamt dat de voornaamste taak van de OCMW's het verlenen van hulp is. Het uitvoeren van sociale onderzoeken is niet gemakkelijk maar net daarom worden eerst pilootprojecten opgezet onder

des projets pilotes, notamment à l'hôpital Saint-Pierre. Cela doit permettre d'élaborer une procédure correcte.

Le SPP Intégration sociale a déjà créé des templates. Des informations minimales y sont déjà reprises dès l'admission à l'hôpital. Ces informations sont envoyées au CPAS afin qu'il puisse déjà ouvrir un dossier en vue de l'octroi d'une allocation. Ces templates ont également pour objectif d'améliorer la collaboration entre les établissements de soins et les CPAS. Ils contiennent en outre des éléments pouvant être utilisés dans le cadre de l'enquête sociale. L'enquête sociale est réalisée conjointement par plusieurs services et un projet pilote est prévu afin que les CPAS et les autres services concernés puissent tester le système.

Les délais instaurés par les articles en projet sont plus souples que le système qui est actuellement d'application. S'il ressort des projets pilotes qu'il convient d'apporter des modifications, on le fera.

Les arrêtés d'exécution sont élaborés conjointement avec le secteur et ils seront ensuite appliqués partout. Les maisons médicales seront intégrées au cours de la deuxième phase du projet. Les systèmes existants entre hôpitaux et CPAS, comme c'est le cas à l'hôpital Saint-Pierre, servent de base et sont conservés dans la mesure du possible pour éviter des frais inutiles et assurer tout de même une compatibilité entre les différents systèmes informatiques.

La secrétaire d'État confirme qu'un nombre important d'arrêtés d'exécution doivent être pris. Ceux-ci seront cependant rédigés conjointement avec le secteur afin d'assurer leur efficacité. En décembre, un manuel sera déjà disponible sur le site internet et pourra être consulté par les CPAS et toutes les personnes travaillant sur le terrain. Le but est de bien préparer la mise en œuvre du système, afin de faciliter son application.

La secrétaire d'État souligne que l'accessibilité aux soins de santé sera en tout cas maintenue et même améliorée. Le système mis en place vise à comprimer les coûts en améliorant l'efficacité et en mettant fin aux abus. Les mesures portent uniquement sur une simplification administrative.

### C. Discussion des articles

#### Art. 31

*M. Yvan Mayeur (PS)* répète que l'enquête sociale doit être élaborée de concert avec les gens du terrain. En outre, il ne peut s'agir d'une enquête très approfondie

meur in het Sint — Pieter ziekenhuis. Dit moet het mogelijk maken om een correcte procedure op te stellen.

De POD Maatschappelijke Integratie heeft reeds templates opgesteld. Daarin wordt reeds bij opname in het ziekenhuis een minimum aan informatie opgenomen. Deze informatie wordt naar het OCMW gezonden zodat ze reeds een dossier met het oog op het verlenen van een toelage kunnen openen. Deze templates heeft ook als doel de samenwerking tussen de zorginstellingen en de OCMW's te verbeteren. Bovendien bevatten deze templates elementen die in het sociale onderzoek kunnen worden gebruikt. Het sociale onderzoek wordt door verschillende diensten samen uitgevoerd en er wordt een proefproject ingelast zodat de OCMW's en de andere betrokken diensten het systeem kunnen proberen.

De door de ontworpen artikelen ingevoerde termijnen zijn soepeler dan het systeem dat nu van toepassing is. Indien uit de pilootprojecten blijkt dat er wijzigingen moeten worden aangebracht zal dit gebeuren.

De uitvoeringsbesluiten worden samen met de sector uitgewerkt en nadien zullen ze overal worden toegepast. De medische huizen worden in de tweede fase van het project opgenomen. De reeds bestaande systemen tussen hospitalen en OCMW's, zoals het geval is in het Sint-Pietersziekenhuis worden als basis gebruikt en zo mogelijk behouden om nodeloze kosten te voorkomen en toch een compatibiliteit tussen de verschillende informaticasystemen te verzekeren.

De staatssecretaris bevestigt dat een belangrijk aantal uitvoeringsbesluiten moet worden genomen. Deze zullen echter samen met de sector worden opgesteld om doeltreffend te zijn. In december zal er al een handleiding op de website voorhanden zijn die consulteerbaar is voor de OCMW's en alle terreinwerkers. Het doel hiervan is dat de implementatie van het systeem goed wordt voorbereid en dan ook gemakkelijk toepasbaar zal zijn.

De staatssecretaris onderstreept dat de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in ieder geval zal worden behouden en zelfs zal verbeteren. Het systeem beoogt de kosten te drukken door doeltreffender te werken en misbruiken te bannen. De maatregelen gaan enkel om een administratieve vereenvoudiging.

### C. Artikelsgewijze bespreking

#### Art. 31

*De heer Yvan Mayeur (PS)* herhaalt dat de uitwerking van het sociale onderzoek samen met de terreinmensen moet gebeuren. Bovendien mag het niet om een

die, son objectif n'étant pas que moins de fonds soient transférés des autorités fédérales vers les CPAS.

La secrétaire d'État observe qu'il est dans l'intérêt de tout le monde d'élaborer un système d'enquête sociale opérationnel. L'enquête sociale sera menée avec souplesse et n'entravera pas le remboursement. On procédera désormais à une enquête sociale uniforme.

*M. Yvan Mayeur (PS)* se réjouit que la secrétaire d'État ait répondu que l'enquête sociale sera définie de façon claire et précise.

#### Art. 32

*M. Yvan Mayeur (PS)* demande que la secrétaire d'État confirme que l'allocation octroyée par le CPAS sera considérée comme une aide sociale, même s'il s'agit d'une hospitalisation, et même si le délai de 45 jours a été dépassé.

*La secrétaire d'État* souligne que tel est déjà le cas et que cela le restera également à l'avenir.

#### Art. 33 à 37

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

#### D. Votes

#### Art. 31 à 37

Les articles sont successivement adoptés à l'unanimité, y compris les corrections d'ordre légistique.

\*  
\* \*

Des corrections techniques sont apportées.

\*  
\* \*

zeer doorgedreven onderzoek gaan. Het doel van dit onderzoek is niet dat er minder fondsen van de federale overheid naar de OCMW's zouden doorstromen.

De staatssecretaris merkt op dat het in ieders belang is om een werkbaar systeem van sociaal onderzoek uit te werken. Het sociaal onderzoek zal soepel gebeuren en zal de terugbetaling niet in de weg staan. Er zal nu een eenvormig sociaal onderzoek worden uitgevoerd.

*De heer Yvan Mayeur (PS)* is tevreden met het antwoord van de staatssecretaris dat het sociaal onderzoek klaar en duidelijk zal worden gedefinieerd.

#### Art. 32

*De heer Yvan Mayeur (PS)* wenst de bevestiging van de staatssecretaris dat de toelage door het OCMW als sociale hulp zal worden aanzien, zelfs als het gaat om een hospitalisatie, en ook indien de termijn van 45 dagen werd overschreden.

*De staatssecretaris* wijst erop dat dit nu reeds het geval is en dat dit in de toekomst zeker ook nog zo zal zijn.

#### Art. 33 tot 37

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

#### D. Stemmingen

#### Art. 31 tot 37

De artikelen worden achtereenvolgens eenparig aangenomen, met inbegrip van de wetgevingstechnische verbeteringen.

\*  
\* \*

Er worden technische correcties aangebracht.

\*  
\* \*



**III. — VOTE SUR L'ENSEMBLE  
DES DISPOSITIONS RENVOYÉES  
EN COMMISSION**

L'ensemble des dispositions du projet de loi DOC 53 2524/001 renvoyées en commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société, ainsi amendées et corrigées, est adopté par 10 voix et 4 abstentions.

En raison de l'adoption du projet de loi DOC 53 2524/001, sont devenus sans objet:

1° la proposition de loi modifiant, en ce qui concerne les suppléments d'honoraires, la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 (DOC 53 0808/001);

2° la proposition de loi modifiant la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 1<sup>er</sup> juillet 2008 (DOC 53 0854/001).

*Le rapporteur,*

Marie-Claire LAMBERT

*Le président,*

Hans BONTE

Dispositions nécessitant des mesures d'exécution:

— en vertu de l'article 105 de la Constitution: art. 32;

— en vertu de l'article 109 de la Constitution: art. 32, 37.

**III.— STEMMING OVER HET GEHEEL  
VAN DE AAN DE COMMISSIE  
OVERGEZONDEN BEPALINGEN**

Het geheel van de aan de commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing overgezonden bepalingen van wetsontwerp DOC 53 2524/001 wordt, aldus geamendeerd en verbeterd, aangenomen met 10 stemmen en 4 onthoudingen.

Door de aanneming van wetsontwerp DOC 53 2524/001 komen te vervallen:

1° het wetsvoorstel tot wijziging, wat de honorarium-supplementen betreft, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 (DOC 53 0808/001);

2° het wetsvoorstel tot wijziging van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 1 juli 2008 (DOC 53 0854/001).

*De rapporteur,*

Marie-Claire LAMBERT

*De voorzitter,*

Hans BONTE

Bepalingen die uitvoeringsmaatregelen vereisen:

— krachtens artikel 105 van de Grondwet: art. 32;

— krachtens artikel 109 van de Grondwet: art. 32, 37.