

Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers

GEWONE ZITTING 1992-1993 (*)

27 JANUARI 1993

WETSONTWERP

**tot hervorming van de wet van
9 augustus 1963 tot instelling en
organisatie van een regeling voor
verplichte ziekte- en
invaliditeitsverzekering**

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE VOOR DE
SOCIALE ZAKEN

UITGEBRACHT DOOR DE HEER SANTKIN

**Dit wetsontwerp werd besproken in openbare commissie-
vergadering.**

(1) Samenstelling van de Commissie :

Voorzitter : de heer Flamant.

A. — Vaste leden :

C.V.P. HH. Ansoms, Goutry, Mevr.
Nelis-Van Liedekerke, HH.
Olivier, Vandendriessche.
P.S. Mevr. Burgeon (C.), HH.
Minet, Perdieu, Santkin.
V.L.D. HH. Chevalier, Devolder,
Flamant.
S.P. HH. Peeters (J.), Sleetckx,
Van der Sande.
P.R.L. HH. Draps, Severin.
P.S.C. HH. Charlier (Ph.), Hiance.
Ecolo/ HH. Detienne, Geysels.
Agalev
VI. H. Van Hauthem.
Blok
V.U. H. Van Grembergen.

B. — Plaatsvervangers :

HH. Breyne, Demuyt, Mme Leysen,
HH. Schuermans, Taylor, Vanleen-
hoeve.
HH. Collart, Delizée, Namotte, Poty,
Van der Biest.
HH. Daems, De Groot, Mevr. De
Maght-Aelbrecht, H. Van Mechelen.
HH. Dielens, Hostekint, Landuyt,
Peeters (L.).
HH. de Clippele, Ducarme, Hazette.
Mevr. Corbisie, Hagon, HH. Grim-
berghs, Thissen.
HH. Dallons, Defeyt, Mevr. Dua.
HH. Van den Eynde, Wymeersch.
HH. Caudron, Coveliers.

Zie :

- 847 - 92 / 93 :

- N° 1 : Ontwerp overgezonden door de Senaat.
- N° 2 : Amendementen.

(*) Tweede zitting van de 48^e zittingsperiode.

Chambre des Représentants de Belgique

SESSION ORDINAIRE 1992-1993 (*)

27 JANVIER 1993

PROJET DE LOI

**portant réforme de la loi
du 9 août 1963 instituant et
organisant un régime d'assurance
obligatoire contre la maladie
et l'invalidité**

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

PAR M. SANTKIN

**Ce projet de loi a été examiné en réunion publique de
commission.**

(1) Composition de la Commission :

Président : M. Flamant.

A. — Titulaires :

C.V.P. MM. Ansoms, Goutry, Mme
Nelis-Van Liedekerke, MM.
Olivier, Vandendriessche.
P.S. Mme Burgeon (C.), MM.
Minet, Perdieu, Santkin.
V.L.D. MM. Chevalier, Devolder,
Flamant.
S.P. MM. Peeters (J.), Sleetckx,
Van der Sande.
P.R.L. MM. Draps, Severin.
P.S.C. MM. Charlier (Ph.), Hiance.
Ecolo/ MM. Detienne, Geysels.
Agalev
VI. M. Van Hauthem.
Blok
V.U. M. Van Grembergen.

B. — Suppléants :

MM. Breyne, Demuyt, Mme Leysen,
MM. Schuermans, Taylor, Vanleen-
hoeve.
MM. Collart, Delizée, Namotte,
Poty, Van der Biest.
MM. Daems, De Groot, Mme De
Maght-Aelbrecht, M. Van Mechelen.
MM. Dielens, Hostekint, Landuyt,
Peeters (L.).
MM. de Clippele, Ducarme, Hazette.
Mme Corbisier-Hagon, MM. Grim-
berghs, Thissen.
MM. Dallons, Defeyt, Mme Dua.
MM. Van den Eynde, Wymeersch.
MM. Caudron, Coveliers.

Voir :

- 847 - 92 / 93 :

- N° 1 : Projet transmis par le Sénat.
- N° 2 : Amendements.

(*) Deuxième session de la 48^e législature.

DAMES EN HEREN,

Uw Commissie heeft onderhavig wetsontwerp besproken tijdens haar vergaderingen van 12 en 19 januari 1993.

I. — INLEIDENDE UITEENZETTING VAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN

« Onderhavig wetsontwerp maakte reeds het voorwerp uit van een breed debat in de Senaat, zowel in de Commissie als in plenaire vergadering. Het uitstekende verslag der werkzaamheden van de Commissie van Sociale Zaken in de Senaat, opgemaakt door senator Taminiaux, geeft de veelvuldige aspecten van het debat op een voortreffelijke wijze weer.

De Minister wenst in zijn inleiding de fundamentele doelstellingen van het wetsontwerp te herhalen en in het bijzonder te wijzen op de punten die de aandacht van de senatoren weerhielden en de draagwijdte aanduiden van de belangrijkste amendementen die de tekst, ingediend door de Regering, uiteindelijk hebben verbeterd.

Bij de werkzaamheden in de Senaat, hebben sommigen de huidige discussie vergeleken met deze welke plaatsvond bij het ontstaan van de wet van 9 augustus 1963. Zelfs indien de geschiedenis zich nooit volledig herhaalt, dient men wel de analogie van bepaalde episodes vast te stellen. In deze periode waren de hervorming van de ziekteverzekering, evenals de fiscale hervorming en de institutionele problemen, de belangrijkste zorgen van de Regering Lefèvre-Spaak. De hervorming van de ziekteverzekering had sedert verscheidene jaren de publieke opinie gesensibiliseerd ingevolge het chronische onevenwicht van het stelsel op het financiële vlak.

De politieke commentatoren uit die tijd hielden niet na, op te merken dat deze wet van 9 augustus 1963 slechts een hoofdstuk vormde in een lange en bewogen geschiedenis van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Dertig jaar nadien kan men hen slechts bijtreden.

Inderdaad, sedert enkele jaren is de ontwikkeling van de uitgaven voor geneeskundige verzorging bijzonder zorgwekkend, terwijl iedereen het erover eens is dat deze ontwikkeling volkomen onverenigbaar is met de huidige economische financieringsmogelijkheden.

Om slechts één enkel cijfer te citeren : van 1990 tot 1991 zijn de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging van de ZIV met meer dan 11 % toegenomen, terwijl de evolutie 1991-1992 zich geenszins gunstiger aandient. Het probleem bestaat er derhalve in, te weten hoe we het hoofd kunnen bieden aan een uitgaventoename van 11 pct. per jaar. Zoals de Voorzitter van de Commissie voor begrotingscontrole van het RIZIV onlangs aanstipte, « met een ongewijzigd beleid is het onrealistisch en on-

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre Commission a examiné le présent projet de loi au cours de ses réunions des 12 et 19 janvier 1993.

I. — EXPOSE INTRODUCTIF DU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES

« Le projet de loi a fait l'objet d'un large débat tant en Commission qu'en séance plénière du Sénat. L'excellent rapport résumant les travaux de la Commission des Affaires sociales du Sénat, établi par le sénateur Taminiaux, rend parfaitement compte de la richesse de ce débat.

Toutefois, vu l'importance du projet, le Ministre se permet, dans son introduction, de rappeler les objectifs fondamentaux de celui-ci, d'insister plus particulièrement sur les points qui ont retenu l'attention des sénateurs et d'indiquer la portée des principaux amendements qui ont finalement amélioré le texte initial présenté par le Gouvernement.

Lors des travaux au Sénat, certains ont comparé la discussion actuelle à celle qui a eu lieu concernant la loi du 9 août 1963. Même si l'histoire ne se répète jamais entièrement, il faut bien constater la similitude de certains épisodes. A cette époque en effet, la réforme de l'assurance-maladie, en compagnie de la réforme fiscale et des problèmes institutionnels, constituaient les soucis les plus importants du Gouvernement Lefèvre-Spaak. Et cette réforme de l'assurance-maladie avait sensibilisé, depuis plusieurs années, l'opinion publique en raison du déséquilibre chronique que le régime présentait au plan financier.

Et les chroniqueurs politiques de l'époque n'avaient pas manqué de relever que cette loi du 9 août 1983 ne constituerait sans doute qu'un chapitre de la longue et tumultueuse histoire de l'assurance-maladie invalidité.

Trente ans plus tard, on ne peut que leur donner raison.

En effet, depuis quelques années, l'évolution des dépenses en soins de santé est particulièrement préoccupante et chacun s'accorde à dire que cette évolution rompt avec les capacités actuelles de l'économie à en assurer le financement.

Pour ne citer qu'un seul chiffre, entre 1990 et 1991, la croissance des dépenses soins de santé a atteint plus de 11 % et l'évolution 1991-1992 ne s'annonce pas plus modérée. Le problème est donc de savoir comment on peut faire face à une croissance des dépenses de 11 % par an. Comme le soulignait récemment le Président de la Commission de contrôle budgétaire de l'INAMI, « à politique inchangée, c'est irréaliste et intenable. Sans réforme importante, la logique autonome de croissance des dépenses

houdbaar. Zonder belangrijke hervorming zal de autonome logica van de uitgaventoename onverenigbaar zijn met de economische en financiële situatie ».

Deze bedenkingen vormen geenszins een kritisch oordeel ten aanzien van de principes en mechanismen, ingesteld door de wet van 9 augustus 1963.

Deze heeft haar opdracht behoorlijk vervuld en ertoe bijgedragen dat België als voorbeeld wordt gesteld inzake de toegankelijkheid tot de verzorging, de kwaliteit van de verstrekkingen en zelfs de relatief gematigde kostprijs van de verzekering.

De instelling van een conventioneel stelsel in het raam van de verplichte ziekteverzekering, vormde in 1963 het sluitstuk van de hervorming. Het conventionele stelsel bestond in Frankrijk, in Italië en, meer in het algemeen, in de landen van West-Europa, « verdedigers van de vrije geneeskunde ». De toenmalige Franse Eerste Minister, Georges Pompidou, stelde zelfs dat « le régime conventionnel était la chance de la médecine libérale ».

Het conventionele stelsel had echter niet de vermindering van de uitgaven van de ziekteverzekering tot hoofddoel, doch wel de verhoging van de doeltreffendheid ten aanzien van de verzekerden.

Tegenover de zorgwekkende evolutie van de uitgaven is het onze plicht om het systeem inzake ziekteverzekering — welke slechts een middel is voor een doeltreffende gezondheidspolitiek — te handhaven en te versterken. Dit is a fortiori het geval, aangezien de voortdurende kritiek, veroorzaakt door de herhaalde tekorten, van aard is om de positieve resultaten op de achtergrond te schuiven. Bij het overmatig vestigen van de aandacht op de misbruiken, worden de inspanningen vanwege het geneesherenkorps en het verzorgend personeel ten behoeve van de zieken wel eens vergeten.

Teneinde het hoofd te bieden aan de evolutie van de uitgaven, werden diverse punctuele en structurele maatregelen genomen, bij de begrotingscontrole van april 1992 en bij het begrotingsconclaf van juli 1992 voor het opmaken van de begroting voor 1993.

Hierover werd uitvoerig van gedachten gewisseld bij het onderzoek van de begrotingen voor 1992 en 1993, zodat hierop niet moet worden teruggekomen.

Daarenboven heeft de wet van 26 juni 1992 houdende sociale en diverse bepalingen, in diverse mechanismen voorzien om de evolutie der uitgaven op een meer doeltreffende wijze te beheersen, inzonderheid door de mogelijkheid tot het instellen van globale begrotingen voor bepaalde sectoren, door de uitbreiding van het systeem der begrotingsenveloppen en door de uitbreiding van de forfaitaire betaling van bepaalde verstrekkingen.

Het was echter noodzakelijk om een meer fundamentele hervorming uit te werken, teneinde de diverse actoren in de ziekteverzekering op een meer

s'opposera aux contraintes économiques et financières ».

Ces considérations ne constituent en aucune manière un jugement critique à l'égard des principes et des mécanismes instaurés par la loi du 9 août 1963.

Celle-ci a parfaitement rempli son rôle et contribué à faire de la Belgique un pays cité en exemple au niveau de l'accessibilité aux soins, de la qualité des prestations et même du coût relativement modéré de l'assurance.

L'instauration d'un régime conventionnel dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire constituait en 1963 la clé de voûte de la réforme. Ce régime conventionnel existait en France, en Italie et d'une façon générale dans les pays d'Europe occidentale « défenseurs de la médecine libérale ». Le Premier Ministre français de l'époque, Georges Pompidou, n'hésitait pas à dire que « le régime conventionnel était la chance de la médecine libérale ».

Toutefois le régime conventionnel n'avait pas pour objectif fondamental de réduire les dépenses de l'assurance soins de santé mais d'augmenter l'efficacité de l'assurance vis-à-vis des assurés.

Quoiqu'il en soit, face à l'évolution inquiétante des dépenses, il est de notre devoir de maintenir et même de renforcer le système d'assurance-maladie, lequel n'est qu'un instrument au service d'une politique efficace de la santé. Et cela d'autant plus, que la critique dont fait continuellement l'objet l'assurance-maladie, en raison du déficit qu'elle enregistre régulièrement, place trop souvent dans l'ombre les résultats positifs. Les abus sont plus souvent mis en évidence que l'utilisation nécessaire et justifiée de l'assurance-maladie et on oublie trop facilement l'engagement généreux du corps médical et du personnel soignant à l'égard des malades.

Pour faire face à l'évolution des dépenses, diverses mesures tant ponctuelles que structurelles, visant à la fois les recettes et les dépenses, ont été prises lors du contrôle budgétaire d'avril 1992 et lors du conclave de juillet 1992 pour l'élaboration du budget de 1993.

Un large débat a déjà eu lieu à ce sujet à l'occasion de l'examen des budgets de 1992 et 1993 et il ne faut donc pas y revenir.

De plus, dépassant le cadre de ses mesures budgétaires, la loi du 26 juin 1992 portant des dispositions sociales et diverses a prévu divers mécanismes destinés à mieux maîtriser l'évolution des dépenses, par le biais notamment de la possibilité d'instaurer des budgets globaux pour certains secteurs, par l'élargissement du système des enveloppes budgétaires et par l'extension du paiement au forfait de certaines prestations.

Mais, au-delà du renforcement des mécanismes de contrôle des dépenses et au-delà des économies ponctuelles, il convenait, comme le prescrit l'accord de

effectieve wijze te responsabiliseren. Dat is ook bepaald in het Regeerakkoord.

Deze hervorming is echter a fortiori onontbeerlijk, aangezien de sociale zekerheid gedurende de volgende jaren een voortdurende inspanning zal dienen te leveren, teneinde haar financieel evenwicht te waarborgen.

Hierbij is het duidelijk dat de ziekteverzekering, die slechts instaat voor een derde van de totale uitgaven in de sociale zekerheid, niet alle ter beschikking zijnde middelen mag monopoliseren; dit zou immers de fundamentele sociale bescherming, verzekerd door de andere stelsels, in gevaar brengen.

Een fundamentele hervorming is derhalve noodzakelijk, teneinde de handhaving en de duurzaamheid van het systeem te waarborgen.

Een dergelijke hervorming zal ongetwijfeld niet alle problemen kunnen oplossen, doch is het noodzakelijke instrument voor de ziekteverzekering om het hoofd te bieden aan de moeilijkheden in de toekomst.

Gelet op de beperkingen inzake financiering is een grotere efficiëntie noodzakelijk door enerzijds een meer doeltreffende aanwending van de middelen of bij gebreke hiervan, door anderzijds een vermindering van de verzekeringstussenkomsten en de overdracht van een deel van de groei der lasten naar de verbruikers zoals de Syndicale Kamers van dokter Beckers aanbevelen.

De voorgestelde hervorming berust op enkele elementaire basisbeginselen :

- alle partijen in het systeem moeten op hun verantwoordelijkheid gewezen worden, van de Regering tot de patiënt, met daartussen de zorgverstrekkers, de verzekeringsinstellingen en de sociale partners;

- het organisatieschema zelf van de regeling moet hertekend worden en de toekomstige samenwerking tussen de belanghebbenden (Rijk, sociale partners, ziekenfondsen en zorgverstrekkers) moet op een optimale manier georganiseerd worden;

- in het raam van de uitvoering van de begroting zullen de uitgaven in toom gehouden worden in nauwe en bestendige samenwerking met alle verzekeringsinstellingen en betrokken zorgverstrekkers, inrichtingen en sectoren, door het opnemen van de budgettaire doelstellingen in enveloppes waarvan de naleving driemaandelijks door de organen voor begrotingscontrole zal worden opgevolgd;

- de beslissingen moeten zo dicht mogelijk bij de dagelijkse realiteit genomen worden. De Minister van Sociale Zaken mag slechts in allerlaatste instantie optreden;

- de instrumenten voor begrotingscontrole moeten versterkt worden : vooral de Commissie voor begrotingscontrole moet over meer middelen beschikken zodat zij als het ware een soort Inspectie van Financiën op het niveau van het RIZIV kan worden;

Gouvernement, de mettre en œuvre une réforme plus fondamentale, visant à responsabiliser de façon accrue les divers acteurs dans le domaine des soins de santé.

Celle-ci est d'autant plus indispensable que, sur un plan général, la sécurité sociale devra réaliser un effort constant, ces prochaines années, pour assurer son équilibre financier.

Et l'assurance-maladie, laquelle ne représente qu'un tiers des dépenses globales de la sécurité sociale ne peut, à elle seule, monopoliser tous les moyens disponibles, au risque de compromettre fondamentalement la protection sociale assurée par les autres régimes.

L'heure d'une réforme fondamentale est donc venue si on veut assurer à la fois la sauvegarde et la pérennité du système.

Certes, une telle réforme ne permettra sans doute pas de résoudre tous les problèmes mais elle constitue le passage obligé, l'outil nécessaire pour permettre à l'assurance maladie de faire face aux difficultés futures.

Le système de santé est contraint, par les limites de son financement, à davantage d'efficience par une meilleure utilisation de ses ressources ou, à défaut, à réduire son intervention et à transférer une part croissante des charges sur les consommateurs de soins, comme le préconisent d'ailleurs les Chambres syndicales du Docteur Beckers.

La réforme proposée est conçue sur la base de quelques principes élémentaires :

- il faut responsabiliser toutes les parties prenantes du système en partant du Gouvernement pour arriver au patient en passant par les prestataires de soins, les organismes assureurs et les interlocuteurs sociaux;

- il faut redéfinir l'organigramme même du régime et organiser au mieux la manière dont les interlocuteurs en présence (Etat, interlocuteurs sociaux, mutualités et prestataires de soins) seront amenés à collaborer à l'avenir;

- la maîtrise des dépenses dans le cadre de l'exécution du budget sera réalisée en collaboration étroite et constante avec l'ensemble des organismes assureurs et des prestataires de soins, institutions et secteurs concernés, par le biais de l'inscription des objectifs budgétaires dans des enveloppes dont le respect sera suivi trimestriellement par les organes de contrôle budgétaire;

- il faut que les décisions soient prises au niveau le plus proche possible de la réalité quotidienne. Le Ministre des Affaires sociales ne peut intervenir qu'en ultime recours;

- il faut renforcer les instruments de contrôle budgétaire, notamment les moyens de la Commission de contrôle budgétaire, laquelle doit jouer le rôle d'une sorte d'inspection des finances au niveau de l'INAMI;

— het vastleggen van de grote budgettaire enveloppes van de ziekteverzekering moet chronologisch losgekoppeld worden van het budgettair regerings-conclaaf;

— de geneesheer moet op zijn verantwoordelijkheid gewezen worden wanneer zijn voorschrijfgedrag een abnormale verhoging van de consumptie van sommige technische verstrekkingen tot gevolg heeft, inzonderheid op het gebied van de klinische biologie en de medische beeldvorming;

— een financiële aansprakelijkheid van de verzekeringsinstellingen moet georganiseerd worden; deze moet aanzetten tot een goed beheer van de ziekteverzekering.

Eén van de hoofdlijnen van de hervorming is dus de herschikking van het organisatieschema van het stelsel en van de verantwoordelijkheden van de verschillende partijen daarin.

De professionele solidariteit moet primeren; dat wordt in de feiten trouwens bevestigd door de omvang van de inkomsten uit sociale bijdragen. Die solidariteit moet leiden tot een grotere herwaardering van de rol en van de functies van de sociale partners in het beheer van de geneeskundige verzorging.

Vanuit dit oogpunt moet het organisatieschema zelf van de regeling hertekend worden en moet de toekomstige samenwerking tussen de betrokken partijen (Rijk, sociale partners, ziekenfondsen en zorgverstrekkers) op een optimale manier georganiseerd worden met het oog op de handhaving van het stelsel.

In deze optiek zal het aan een sleutelorgaan — de Algemene raad — behoren om de omvang te bepalen van de inkomsten die in het kader van de begroting aan het stelsel worden besteed; deze bepaling mag enkel uitgaan van de grote oriëntaties inzake gezondheidsbeleid en moet rekening houden met alle elementen of factoren die een weerslag hebben op het niveau van de uitgaven en die op het budgettaire evenwicht een invloed zouden kunnen hebben.

Zoals noodzakelijk, maakte de samenstelling van dit sleutelorgaan het voorwerp uit van een bijzonder geanimeerd debat bij de werkzaamheden in de Senaat.

Het oorspronkelijk ontwerp, neergelegd door de Regering, voorzag in een samenstelling bestaande uit 5 leden die de Regering vertegenwoordigen, 5 leden die de werkgevers vertegenwoordigen, 5 leden die de werknemers vertegenwoordigen en 5 leden die de ziekenfondsen vertegenwoordigen, hetzij 20 leden met beslissende stem, anderzijds was de deelname voorzien van 5 leden die de zorgverstrekkers vertegenwoordigen, waarvan 2 de verplegingsinrichtingen vertegenwoordigen, met raadgevende stem.

Bij het onderzoek van de kwestieuze bepaling in de Senaat gingen meerdere stemmen op om, hetzij het aantal leden met beslissende stem, hetzij het aantal leden met raadgevende stem te verhogen. De voorstellen beantwoordden aan diverse doelstellingen;

— il faut découpler chronologiquement la définition des grandes enveloppes budgétaires de l'assurance maladie du « conclave » budgétaire gouvernemental;

— il faut responsabiliser le médecin dont le comportement prescripteur entraînerait une augmentation anormale de la consommation de certaines prestations techniques, notamment en matière de biologie clinique et d'imagerie médicale;

— il faut organiser une responsabilité financière des organismes assureurs, laquelle doit avoir pour objectif d'inciter à la bonne gestion de l'assurance-maladie.

Un des points fondamentaux de la réforme réside donc dans la redéfinition de l'organigramme du régime et des responsabilités exercées par les différentes parties au sein de celui-ci.

Le caractère primordial de la solidarité de type professionnel, confirmé dans les faits par l'importance des ressources issues des cotisations sociales, doit avoir pour conséquence une valorisation plus importante du rôle et des fonctions exercées par les interlocuteurs sociaux sur le plan de la gestion des soins de santé.

De ce point de vue, il s'impose de redéfinir l'organigramme même du régime et d'organiser au mieux la manière dont les interlocuteurs en présence (Etat, interlocuteurs sociaux, mutualités et prestataires de soins) seront amenés à collaborer à l'avenir, pour la sauvegarde du régime.

Dans cette optique, il appartiendra à un organe clé — le Conseil Général — de déterminer l'ampleur des ressources affectées au régime dans le cadre du budget; cette détermination ne pourra être faite que sur base des grandes orientations retenues en matière de politique de santé et en tenant compte de tous les éléments ou facteurs qui ont une incidence sur le niveau des dépenses et qui pourraient influencer l'équilibre budgétaire.

Comme il se doit, la composition de cet organe clé a fait l'objet d'un débat particulièrement animé lors des travaux au Sénat.

Le projet initial, déposé par le Gouvernement, prévoyait qu'il serait composé de 5 membres représentant le Gouvernement, 5 membres représentant les employeurs, 5 membres représentant les travailleurs et 5 membres représentant les mutualités, soit 20 membres avec voix délibérative; d'autre part, il était prévu la participation de 5 membres représentant les dispensateurs de soins, dont 2 représentant les établissements hospitaliers, avec voix consultative.

Lors de l'examen de la disposition concernée, plusieurs voix se sont élevées au Sénat en faveur soit de l'extension du nombre de membres avec voix délibérative, soit de l'extension du nombre de membres avec voix consultative. Les propositions répondaient

bepaalde leden wensten een beslissende stem toe te kennen aan de vertegenwoordigers van het geneesherenkorps en aan de vertegenwoordigers van de verplegingsinrichtingen, terwijl andere leden een verhoging van het aantal beslissende stemmen wensten toe te kennen aan de ziekenfondsen.

Als besluit van dit debat, heeft de Minister erop gewezen dat er geen oplossing bestond die elkeen kan tevreden stellen.

Inderdaad, de verschillende wensen hebben afzonderlijk hun eigen logica, coherentie en legitimiteit; indien deze worden gecombineerd, leiden zij tot een impasse, in die zin dat deze de instelling van een uitgebreide vergadering voor gevolg zou hebben. Hierin zou het onmogelijk zijn om op doelmatige wijze te beslissen, wat wel het geval is in een beperkte Raad, samengesteld uit de belangrijkste partners.

In dat geval zou aan de hervorming een deel van haar substantie worden ontnomen.

Daarenboven dient te worden opgemerkt dat, indien het stemrecht belangrijk is, in het bijzonder op het ogenblik waarop de Algemene raad zich dient uit te spreken over de begroting, het belangrijkste is dat in een dergelijk beperkt orgaan, elkeen die aan de vergadering kan deelnemen, de facto een mogelijkheid heeft om de beslissingen te beïnvloeden, zelfs indien hij slechts raadgevende stem heeft.

Dit is de reden waarom de Minister zich graag heeft aangesloten bij het amendement van verschillende leden van de meerderheid, dat erin bestond het aantal leden, met raadgevende stem van 5 op 8 te brengen, waarvan ten minste 2 het geneesherenkorps en ten minste 2 de verplegingsinrichtingen zouden vertegenwoordigen. Dit amendement dat de fundamentele evenwichten, voorzien in het wetsontwerp handhaaft, geeft bepaalde groepen de mogelijkheid om een meer uitgebreide vertegenwoordiging te verkrijgen.

Daarenboven was dit amendement vergezeld van een voorstel dat even rechtmatig was en de tussenkomst van de vertegenwoordigers van het geneesherenkorps in het Verzekeringscomité betrof, en dit inzake de beslissingen met betrekking tot de medische honoraria.

Rekening houdend met de wens om het geneesherenkorps de mogelijkheid te bieden om zijn standpunt inzake materies die specifiek tot zijn bevoegdheid behoren, behoorlijk toe te lichten, werd voorgesteld om, ingeval er geen akkoord is met de beslissingen inzake medische honoraria, aan de vertegenwoordigers van het geneesherenkorps toe te laten, een schorsing van de beraadslaging terzake van het Verzekeringscomité te vragen gedurende ten hoogste tien dagen om hen in staat te stellen hun verzet te motiveren.

Dit amendement werd eveneens bij ruime meerderheid aangenomen door de Commissie. Het beantwoordt aan een vraag, veelvuldig geuit door het geneesherenkorps; dit wenste dat zijn advies in het Verzekeringscomité in bepaalde gevallen duidelijk kan worden geïdentificeerd.

en fait à des préoccupations diverses; certains souhaitaient conférer une voix délibérative aux représentants du corps médical et aux représentants des établissements hospitaliers, d'autres préconisaient une extension du nombre de voix délibératives accordées aux mutualités.

En conclusion de ce débat, le Ministre a indiqué qu'il n'y avait pas de solution qui puisse satisfaire tout le monde.

En effet, on se trouve devant une série de demandes qui prises isolément, ont leur logique, leur cohérence et leur légitimité; mais lorsqu'elles sont prises ensemble, elles conduisent à une impasse dans la mesure où ceci aboutirait à la constitution d'une vaste assemblée, où il serait impossible de délibérer valablement, plutôt qu'à un Conseil restreint, composé des partenaires fondamentaux.

Dans ce cas, on viderait donc d'une partie de sa substance la réforme proposée.

De plus, si le droit de vote est important, en particulier au moment où le Conseil général doit se prononcer sur le budget, il ne faut pas sous-estimer le fait que dans ce type d'organe restreint, toute personne qui peut participer aux réunions a en fait le pouvoir d'influencer les décisions même si elle n'a que voix consultative.

C'est la raison pour laquelle le Ministre s'est volontiers rallié à l'amendement proposé par plusieurs membres de la majorité et qui consistait à porter de 5 à 8 le nombre de membres avec voix consultative, dont 2 au moins représenteraient le corps médical et 2 au moins représenteraient les établissements hospitaliers. Tout en maintenant les équilibres fondamentaux prévus par le projet de loi, l'amendement permettait d'obtenir une représentation plus large de certains groupes concernés.

Par ailleurs, cet amendement était accompagné d'une proposition tout aussi légitime concernant cette fois l'intervention des représentants du corps médical, au sein du Comité de l'assurance, en ce qui concerne les décisions se rapportant aux honoraires médicaux.

Compte tenu du souci de permettre au corps médical d'exprimer clairement son point de vue dans des matières relevant plus spécifiquement de sa compétence, il était proposé, en cas de désaccord sur les décisions se rapportant aux honoraires médicaux, de permettre aux représentants du corps médical de demander la suspension des délibérations du Comité de l'assurance, pendant une période de 10 jours maximum, et cela afin de leur permettre de communiquer la motivation de leur décision.

Cet amendement a été, lui aussi, accepté par la Commission, à une large majorité. Il répond à une demande souvent formulée par le corps médical qui souhaitait que son avis, au sein du Comité de l'assurance, puisse, dans certains cas, être clairement identifié.

Onafhankelijk van zijn bevoegdheden aangaande de belangrijke oriëntaties en de begrotingsbelissingen, wenst de Minister te herhalen dat de Algemene raad zal worden belast met het opmaken van een omstandig rapport over de eenvormige toepassing van de wetgeving in het ganse land. Dit rapport zal een evaluatie bevatten van eventuele ongerechtvaardigde onevenwichten, evenals voorstellen teneinde deze weg te werken.

Terzake deelt de Minister mee dat hij zich heeft verbonden om spoedig de belangrijkste woordvoerders van de organisaties die zullen zetelen in de toekomstige Algemene raad, samen te roepen, teneinde deze procedure zo spoedig mogelijk in te zetten.

Deze vergadering zal onverwijld worden georganiseerd.

De Minister heeft met voldoening vastgesteld dat alle leden die in de Senaat tussenkwamen, de logica van de solidariteit tussen personen hebben aanvaard en dat alleen de misbruiken in vraag werden gesteld.

Het verzekeringscomité dat zich in de plaats stelt van het huidige Beheerscomité van de dienst voor geneeskundige verzorging, zal in essentie paritair worden samengesteld uit vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en de zorgverstrekkers, met beslissende stem.

Een minderheid, bestaande uit de vertegenwoordigers van de sociale partners, heeft slechts raadgevende stem.

Dit Comité heeft een brede bevoegdheid inzake adviesverstrekking, het formuleren van voorstellen en arbitrage tussen de subsectoren.

Het Verzekeringscomité dient inzonderheid :

- de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de Overeenkomsten- en akkoordencommissies vast te stellen en deze over te zenden aan de Algemene raad, samen met zijn voorstel met het oog op een evenwichtige verdeling van de uitgaven tussen de verschillende sectoren van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

- de overeenkomsten en akkoorden goed te keuren, rekening houdend met de voorstellen van de Algemene raad inzake het financiële kader;

- te beslissen over het overzenden aan de Minister van de voorstellen tot wijziging van de nomenclatuur;

Een ander belangrijk onderdeel van de hervorming bestaat in een versterking van de instrumenten inzake begrotingscontrole.

In dit kader worden de bevoegdheden van de Commissie voor begrotingscontrole versterkt.

Deze zal onder meer om het kwartaal verslag uitbrengen aan de Algemene raad en aan de Minister van Sociale Zaken over het beheer van de sector, over de ontvangsten en uitgaven, en in het bijzonder over het vaststellen van de vooruitzichten ter zake en de verschillende aspecten van de ontwikkeling van de ontvangsten en uitgaven.

Indépendamment de ses compétences en ce qui concerne les grandes options et décisions budgétaires, le Ministre rappelle que le Conseil général sera aussi chargé d'établir un rapport annuel circonstancié sur l'application uniforme de la législation dans l'ensemble du pays. Ce rapport comprendra une évaluation d'éventuelles distorsions injustifiées et des propositions visant à les corriger.

A ce propos, le Ministre tient à signaler qu'il s'est engagé à réunir rapidement les principaux porte-paroles des organisations appelées à siéger au futur Conseil général, dans le souci de mettre en œuvre le plus rapidement possible cette procédure.

Cette réunion sera organisée incessamment.

Le Ministre a constaté avec satisfaction que tous les intervenants au Sénat sont entrés dans la logique de la solidarité entre les personnes et que seuls ont été mis en cause les usages impropres.

Quant au Comité de l'assurance, lequel se substitue à l'actuel Comité de gestion des soins de santé, il sera pour l'essentiel composé paritairement de représentants des organismes assureurs et des dispensateurs de soins, avec voix délibérative.

Une minorité de représentants des interlocuteurs sociaux en fera également partie, mais avec voix consultative.

Ce Comité dispose d'une large compétence d'avis, de proposition et d'arbitrage entre les sous-secteurs.

Il doit notamment :

- fixer les objectifs budgétaires annuels partiels des commissions de conventions et d'accords et les transmettre de manière globale au Conseil général, accompagnées de sa proposition en vue d'une répartition équitable des dépenses entre les différents secteurs de l'assurance soins de santé;

- approuver les conventions et accords, compte tenu des décisions du Conseil général relatives au cadre financier;

- décider de la transmission au Ministre des propositions de modifications de la nomenclature.

Un autre aspect important de la réforme se situe dans le renforcement des instruments de contrôle budgétaire.

Dans ce cadre, les compétences de la commission de contrôle budgétaire seront renforcées.

Elle fera, notamment, trimestriellement rapport au Conseil général et au Ministre des Affaires sociales sur la gestion du secteur, sur les recettes et dépenses, en particulier sur l'établissement des prévisions en la matière et les différents aspects de leur évolution.

Elk voorstel tot wijziging van de nomenclatuur of elk voorstel van overeenkomst en akkoord wordt automatisch aan de Commissie voorgelegd. Deze spreekt zich uit over de inhoud van de correctiemaatregelen.

Deze Commissie zal volkomen operationeel zijn door een snellere overzending van de begrotingsgegevens van de verzekeringsinstellingen.

Volledigheidshalve, dienen met betrekking tot de structuur van het stelsel nog te worden vermeld : de instelling van een Wetenschappelijke Raad, die zal worden belast met het onderzoek van elk wetenschappelijk aspect in verband met de verzekering voor geneeskundige verzorging; het feit dat de verschillende technische raden zullen worden beschouwd als technische instanties ten behoeve van de Overeenkomsten- en akkoordencommissies; de handhaving — en versterking — van de bevoegdheden van de Overeenkomsten- of akkoordencommissies, aangezien deze eveneens zullen tussenkomen in de procedure voor het opmaken van de begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

De Minister snijdt vervolgens een ander belangrijk hoofdstuk van het wetsontwerp aan, namelijk het invoeren van een financiële verantwoordelijkheid van de voorschrijvende geneesheren.

Rekening houdend met het feit dat de voorschrijvende geneesheren belangrijke actoren zijn van de consumptie in diverse sectoren (radiologie, klinische biologie, geneesmiddelen, kinesitherapie), dient een gematigd voorschrijfgedrag te worden gestimuleerd.

In verband hiermee is een consensus tot stand gekomen in de Commissie geneesheren-ziekenfondsen, inzake de ambulante klinische biologie, een bijzonder teken van een mentaliteitswijziging.

Met dit doel werd in het kader van de consensus, gerealiseerd in juni 1992 en los van de invoering van forfaitaire betalingen, besloten om enerzijds over te gaan tot een informatie en sensibilisering van het geneesherenkorps aangaande de evolutie van het aantal voorschriften en anderzijds in een sanctie te voorzien ten aanzien van de geneesheren die zich in het hoogste voorschrijfniveau bevinden.

De sanctie bestaat erin dat deze prestaties niet meer ten laste van het RIZIV zullen zijn. Niettemin zal een Commissie, samengesteld uit magistraten, vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen, worden ingesteld bij de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen om als beroepsinstantie te fungeren, bevoegd om de sanctie op te heffen indien de voorschrijver zijn gedrag kan motiveren.

De in het wetsontwerp voorgestelde bepalingen hebben tot doel deze sanctieprocedure in te voeren, die niet alleen zal kunnen worden toegepast inzake klinische biologie, doch eveneens inzake medische beeldvorming.

Elle est saisie automatiquement de toute proposition de modification de la nomenclature et de toute proposition de convention ou accord. Elle se prononce sur le contenu des mesures de correction.

Le rôle de cette commission sera rendu pleinement opérationnel par une accélération de la transmission des données budgétaires émanant des organismes assureurs.

Enfin, pour être complet sur le plan de la structure du régime, il faut encore mentionner l'institution d'un Conseil scientifique dont le rôle a d'ailleurs été précisé lors du débat au Sénat, Conseil scientifique qui sera chargé d'examiner tout aspect scientifique en relation avec l'assurance soins de santé et la qualité de la dispensation des soins, le fait que les différents Conseils techniques seront désormais considérés comme des instances techniques au service des Commissions de conventions ou d'accords et le maintien et même le renforcement du rôle des commissions de conventions ou d'accords dans la mesure où elles interviendront désormais également dans la procédure d'élaboration du budget des soins de santé.

Le Ministre aborde ensuite un autre chapitre important du projet de loi; il s'agit de celui qui instaure une responsabilité financière des médecins prescripteurs.

Compte tenu du fait que les médecins prescripteurs sont des acteurs importants de la consommation dans divers secteurs (radiologie, biologie clinique, médicaments, kinésithérapie), il faut stimuler une conduite de prescription mesurée.

A cet égard, le consensus réalisé récemment en Commission médico-mutualiste en matière de biologie clinique ambulatoire est particulièrement significatif de l'évolution des mentalités.

En effet, dans le cadre du consensus réalisé en juin 1992, et indépendamment de l'instauration de paiements forfaitaires, il a été décidé de procéder d'une part à une information et à une sensibilisation du corps médical sur l'évolution du nombre de prescriptions et de prévoir d'autre part une sanction pour les médecins qui se situent dans le niveau de prescription le plus élevé.

La sanction consiste dans le fait que ces prestations ne pourront plus être portées en compte à l'INAMI et qu'elles ne pourront de toute façon pas être supportées par le malade. Toutefois, une Commission composée de magistrats, de représentants des organismes assureurs et de représentants des organisations professionnelles sera installée auprès de la Commission nationale médico-mutualiste, en vue d'agir en tant qu'instance d'appel, compétente pour lever la sanction lorsque le prescripteur peut justifier son comportement en matière de prescription.

Les dispositions proposées dans le projet de loi ont précisément pour but de mettre en œuvre cette procédure de sanction qui pourra être appliquée non seulement en matière de biologie clinique mais également en matière d'imagerie médicale.

Teneinde het mogelijk te maken met ingang van 1 juli 1993 eventuele sancties op te leggen, dienden ten spoedigste alle begeleidende maatregelen (informatiebrief aan de geneesheren, toezichtsfase, enzovoort) te worden genomen. Dit verantwoordt de datum van inwerkingtreding op 1 november 1992, onder voorbehoud van de goedkeuring door het Parlement. Niettemin spreekt het vanzelf dat de sancties slechts zullen kunnen worden genomen met ingang van 1 juli 1993 en in elk geval zonder terugwerkende kracht.

Teneinde naast de individuele brieven aan de geneesheren de nodige informatie te verzekeren, heeft de Regering besloten om over te gaan tot de procedure van het « announcement effect ». Op 28 november 1992 werd derhalve een bericht bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Tot besluit behandelt de Minister het moeilijke probleem van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen, en in het bijzonder de bepalingen van de wet van 9 augustus 1963 betreffende de verdeling van de verzekeringsinkomsten onder de verzekeringsinstellingen en het sluiten van de rekeningen.

Er dient te worden opgemerkt dat de deelnemende partijen aan de ronde tafel betreffende de ziekteverzekering in 1989 hebben vastgesteld dat « de voorwaarden, vastgesteld door de wet van 9 augustus 1963 (begrotingsevenwicht en veiligheidscoëfficiënt) niet werden gerealiseerd, wat de toepassing van de terzake voorziene wettelijke bepalingen heeft belet ». De betrokken partners erkenden derhalve dat een aanpassing van desbetreffende bepalingen noodzakelijk was.

De regering is van oordeel dat deze aanpassing een voorafgaande, diepgaande analyse vereist. In deze optiek werd binnen de regering een akkoord bereikt over de volgende principes en de volgende procedure :

— Het oprichten door de Koning van een Commissie belast met het formuleren, binnen een termijn van ten hoogste een jaar na de inwerkingtreding van de nieuwe wet, van voorstellen tot aanpassing en wijziging van de bepalingen met betrekking tot de verdeling der verzekeringsinkomsten onder de verzekeringsinstellingen en het sluiten van de rekeningen.

Over deze voorstellen dienen de Algemene raad en de Raad van de Controledienst voor de ziekenfondsen een advies uit te brengen, en dit binnen twee maanden na de mededeling ervan.

— Op basis van deze voorstellen en adviezen, kan de Koning, bij een in Ministerraad overlegd besluit, tot uiterlijk 31 december 1994 alle bepalingen of een gedeelte ervan wijzigen. Hiertoe dient echter rekening te worden gehouden met een aantal voorwaarden.

In eerste instantie dienen de verzekeringsinstellingen in staat te worden gesteld om hun verplichtingen, voortvloeiend uit hun wettelijke opdrachten, na te komen.

Afin de permettre l'application de sanctions éventuelles et cela à partir du 1^{er} juillet 1993, toutes les mesures d'accompagnement (lettre d'information aux médecins, mise sous surveillance, et cetera) devaient être réalisées le plus rapidement possible. Ceci explique la date d'entrée en vigueur au 1^{er} novembre 1992, sous réserve bien entendu de l'approbation du Parlement. Mais il va de soi que les sanctions ne pourront être prises qu'à partir du 1^{er} juillet 1993 et de toute façon sans effet rétroactif.

Pour assurer l'information nécessaire, outre les lettres individuelles adressées aux médecins concernés, le Gouvernement a décidé de recourir à la procédure de « l'announcement effect ». Un avis a donc été publié au *Moniteur belge* le 28 novembre 1992.

Le Ministre aborde enfin le problème difficile de la responsabilité financière des organismes assureurs et plus particulièrement les dispositions de la loi du 9 août 1963 concernant la répartition des ressources de l'assurance entre les organismes assureurs et la clôture des comptes.

A cet égard, il y a lieu de rappeler que les participants à la table ronde sur l'assurance-maladie ont constaté en 1989 que « les conditions déterminées par la loi du 9 août 1963 (équilibre du budget et coefficient de sécurité) n'ont en fait pas été réalisés, ce qui a fait obstacle à l'application des dispositions légales prévues en cette matière ». Les partenaires concernés reconnaissent dès lors qu'il fallait procéder à une adaptation des dispositions concernées.

Le Gouvernement considère que cette adaptation requiert au préalable une analyse approfondie. Il s'est dès lors mis d'accord sur les principes et la procédure suivante :

— La création par le Roi d'une Commission chargée de formuler, dans un délai maximum d'un an, à compter de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, des propositions visant à adapter ou à modifier les dispositions relatives à la répartition des ressources de l'assurance entre les organismes assureurs et à la clôture des comptes.

Ces propositions doivent faire l'objet dans les deux mois de leur communication d'un avis du Conseil général de l'assurance et du Conseil de l'office de contrôle des mutualités.

— Sur base de ces propositions et avis, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, au plus tard avant le 31 décembre 1994, modifier tout ou partie de ces dispositions. Pour ce faire, il devra toutefois tenir compte d'un certain nombre de conditions.

Tout d'abord, les organismes assureurs devront être placés dans des conditions telles qu'ils soient en mesure de faire face aux obligations découlant de leurs missions légales.

Vervolgens zullen de bepalingen rekening dienen te houden met de verschillen inzake lasten welke dienen te worden gedragen door de verzekeringsinstellingen en welke voortvloeien uit objectieve criteria, in het bijzonder de gezondheidstoestand, de leeftijd en de sociaal-economische situatie van de verzekerde leden.

Deze zullen niet mogen impliceren dat de verzekerden, in het kader van de verplichte ziekteverzekering, verschillend zouden worden behandeld, uitsluitend omdat zij aangesloten zijn bij een bepaalde verzekeringsinstelling.

Daarenboven zullen de verzekeringsinstellingen over de nodige instrumenten dienen te beschikken, teneinde hen in staat te stellen de uitgaven die voortvloeien uit hun wettelijke opdrachten te controleren en te beheersen.

— De Koning kan dan ook, bij een in Ministerraad overlegd besluit, de bijzondere regels vaststellen waardoor tijdelijk kan worden afgeweken van de toepassing van de bepalingen met betrekking tot het sluiten van de rekeningen, en dit tot 31 december 1994.

Deze problematiek maakte uiteraard het voorwerp uit van een breed debat in de Senaat.

Tijdens de bespreking heeft de Minister duidelijk gesteld dat men diende te vermijden, dat de notie « responsabilisering » zou worden vervangen door « culpabilisering ». De verzekeringsinstellingen dienen deze voorstellen niet te beschouwen als een vorm van proces tegen hen, doch wel als een middel opdat elk een meer rationeel en met meer aandacht voor het algemeen belang zou handelen.

Aan hen die nog in de mening verkeren dat zij kunnen ontsnappen aan elke vorm van responsabilisering, wenst hij duidelijk te bevestigen dat zij zich niet houden aan de filosofie van het ontwerp. Aan diegenen die menen dat zij hierdoor elke concurrentie kunnen wegwerken en een monopolie tot stand brengen antwoordt de Minister dat zij zich van doel vergissen. Ter zake citeert hij een uitspraak van Jérôme Dejardin, één van hen die de geschiedenis van de ziekteverzekering van zeer dichtbij hebben meegemaakt.

« Quelle que soit l'opinion que l'on puisse avoir sur le pluralisme, il faut admettre la mutualité comme un fait historique d'abord et comme un élément politique ensuite, qu'il n'est pas plus imaginable de résorber que le pluralisme en matière scolaire ».

Gelet op het belang van de bepalingen aangaande de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen, heeft de Regering een verklaring uitgewerkt waarvan de inhoud zich bevindt op de pagina's 120 en volgende van het verslag van de Commissie van Sociale Zaken in de Senaat; deze werd in extenso opgenomen in het verslag van de openbare zitting. Hij wenst dat dit zich zou bevinden in het verslag van de Commissie.

Ensuite, les dispositions devront tenir compte des différences de charges qui doivent être supportées par les organismes assureurs et qui résultent de critères objectifs en particulier de l'état de santé, de l'âge et de la situation socio-économique des assurés affiliés.

Elles ne pourront avoir pour effet que les assurés sociaux, dans le cadre du régime d'assurance-maladie obligatoire, soient traités différemment uniquement en raison de leur affiliation auprès d'un organisme assureur.

De plus, les organismes assureurs devront disposer des instruments nécessaires leur permettant de contrôler et de maîtriser les dépenses découlant de leurs missions légales.

— Enfin, le Roi pourra, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres fixer des modalités particulières permettant de déroger temporairement à l'application des dispositions relatives à la clôture des comptes, et cela jusqu'au 31 décembre 1994.

Toute cette problématique, vous vous en doutez, a fait l'objet d'un large débat au Sénat.

Lors des discussions, le Ministre a indiqué clairement qu'il fallait éviter de glisser, en cette matière, de la notion de responsabilisation à celle de culpabilisation. Les organismes assureurs ne doivent pas considérer ces propositions comme une forme de procès à leur encontre mais bien comme une manière d'obtenir que chacun agisse avec plus de rationalité et plus de respect pour l'intérêt général.

A ceux qui pensent encore pouvoir échapper à toute forme de responsabilisation, il répond clairement qu'ils ne s'inscrivent pas dans la philosophie des propositions qui sont présentées dans le projet. A ceux qui pensent pouvoir, par ce biais, éliminer la concurrence et établir un monopole à leur profit, le Ministre dit aussi tout aussi clairement qu'ils se trompent d'objectif. A cet égard, il cite une phrase de Jérôme Dejardin, un de ceux qui a vécu de très près toute l'histoire de l'assurance maladie :

« Quelle que soit l'opinion que l'on puisse avoir sur le pluralisme, il faut admettre la mutualité comme un fait historique d'abord et comme un élément politique ensuite, qu'il n'est pas plus imaginable de résorber que le pluralisme en matière scolaire ».

Vu l'importance des dispositions relatives à la responsabilisation des organismes assureurs, le Gouvernement a par ailleurs mis au point une déclaration dont la portée est d'expliciter de façon précise la portée de celles-ci. Cette déclaration figure aux pages 120 et suivantes du rapport des travaux de la Commission des Affaires sociales du Sénat; elle a été reprise in extenso dans le compte-rendu de la séance plénière. Il souhaite qu'elle figure également dans le rapport de la Commission.

Wat de bepaling als dusdanig betreft, dient te worden opgemerkt dat de Senaat twee amendementen heeft aangenomen, waarbij de ene een toevoeging en de andere een precisering van de tekst betreft. De draagwijdte van de tekst wordt derhalve niet gewijzigd.

De toevoeging bestaat erin, de goedkeuring door de Wetgevende Kamer te voorzien van de eventuele koninklijke besluiten die worden genomen bij toepassing van de bevoegdheidsdelegatie aan de Koning voor de aanpassing van de bepalingen betreffende de verdeling der verzekeringsinkomsten en betreffende het afsluiten van de lopende rekeningen van de verzekeringsinstellingen.

De precisering strekt ertoe, aan te wijzen dat de koninklijke besluiten niet tot gevolg kunnen hebben dat de sociaal verzekerden, op het vlak van de sociale zekerheidsbijdragen en prestaties in het kader van het stelsel van de verplichte ziekteverzekering, verschillend behandeld zouden worden enkel en alleen op grond van hun lidmaatschap bij een verzekeringsinstelling.

De woorden « op het vlak van de sociale-zekerheidsbijdragen en prestaties » werden toegevoegd teneinde de tekst te preciseren; dit is eveneens gelijkluidend met de verklaring, uitgewerkt door de Regering. Met eenzelfde doel tot precisering, werd het begrip « ten volle » toegevoegd in § 3, tweede lid.

Anderzijds deelt de Minister mede dat het principe van een responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het bedrag van de administratiekosten werd aanvaard daar de toekenning van het geheel of een gedeelte van de jaarlijkse aanpassing van de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen afhankelijk kan worden gemaakt van de wijze waarop elk van hen zijn wettelijke opdrachten uitvoert.

Deze evaluatieopdracht zal worden vervuld door de Raad van de Controledienst voor de ziekenfondsen.

De memorie van toelichting vermeldt, als evaluatiecriteria, bij wijze van voorbeeld :

- de kwaliteit van de gegevens, overgezonden door de verzekeringsinstellingen aan het RIZIV en de snelheid waarmee deze overdracht geschiedt;
- de wijze waarop de verzekeringsinstellingen hun opdracht inzake medische en administratieve controle vervullen;
- de aansporingen tot het gebruik van minder dure geneeskundige verzorgingsformules, zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit van de verstrekte verzorging.

De Minister vestigt er ten slotte de aandacht op dat het wetsontwerp nog een aantal technische wijzigingen bevat, en dit met betrekking tot de sectoren uitkeringen evenals de administratieve en geneeskundige controle. Aangezien het geen fundamentele wijzigingen zijn zal de Minister hierover slechts uitwijden bij de artikelsgewijze bespreking.

En ce qui concerne la disposition elle-même, le Sénat a adopté deux amendements dont un constitue un ajout et l'autre une précision de texte ne modifiant pas la portée de celui-ci.

L'ajout consiste à prévoir la confirmation par les Chambres législatives des arrêtés royaux éventuels pris en vertu de la délégation de pouvoir au Roi pour l'adaptation des dispositions relatives à la répartition des ressources de l'assurance et à la clôture des comptes courants des organismes assureurs.

La précision a pour objet d'indiquer que les dispositions prises par le Roi ne pourront avoir pour effet que des assurés sociaux, dans le cadre du régime d'assurance-maladie obligatoire, soient traités différemment quant aux cotisations de sécurité sociale et aux prestations sociales uniquement en raison de leur affiliation auprès d'un organisme assureur.

Les mots « quant aux cotisations de sécurité sociale et prestations sociales » ont été ajoutés dans un souci de précision du texte; ceci est, par ailleurs, conforme à la déclaration mise au point par le Gouvernement. Dans un même souci de précision, l'adverbe pleinement a été ajouté au § 3, 2^{ème} alinéa.

Le Ministre signale d'autre part, que le principe d'une responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration a été accepté dans la mesure où on permet de subordonner l'octroi de tout ou partie de l'adaptation annuelle des frais d'administration des organismes assureurs, à la manière dont chacun exécute ses missions légales.

Cette mission d'évaluation sera remplie par le Conseil de l'Office de contrôle des mutualités.

L'exposé des motifs du projet de loi mentionne, à titre exemplatif, pour les critères d'évaluation :

- la qualité des données transmises par les organismes assureurs à l'INAMI et la rapidité avec laquelle elles sont transmises;
- la manière dont les organismes assureurs accomplissent leur mission de contrôle administratif et médical;
- les incitations à recourir à des formules moins onéreuses de soins de santé, sans nuire à la qualité de ceux-ci.

Le Ministre souligne enfin que le projet de loi comprend également un certain nombre de modifications d'ordre technique se rapportant au secteur des indemnités ainsi qu'au contrôle administratif et médical. Certains amendements ont été adoptés par le Sénat. Comme il ne s'agit pas de modifications fondamentales, le Ministre les indiquera lors de la discussion des articles concernés.

Hij sluit deze inleidende uiteenzetting af door aan te dringen op het volgende : Onafhankelijk van de hervorming van de wet van 9 augustus 1963, zijn op heden andere hervormingen, waarvan de Regering het principe reeds heeft aanvaard, in voorbereiding : de beperking van het aanbod der verstrekkingen, de sociale verzekering van het afhankelijkheidsrisico van bejaarden, de hervorming van de wet op de ziekenhuizen, de coördinatie tussen de diensten die bevoegd zijn inzake geneesmiddelen, zullen in de nabije toekomst worden onderzocht.

Deze hervorming kan slechts stapsgewijze geschieden. De ongeduldigen — die in het algemeen geen politieke verantwoordelijkheden hebben — en degenen die nu alles wensen te bereiken — en zich beperken tot het beleven van hun dromen — dienen dit te aanvaarden.

De Minister beweert niet met deze hervorming de oplossing te hebben gevonden voor alle problemen; de sociale kroniek van de volgende maanden zal dit ongetwijfeld bevestigen. Niettemin is deze hervorming het onontbeerlijke instrument voor de ziekteverzekering om, in het belang van de verzekerden, het hoofd te bieden aan toekomstige moeilijkheden. »

*
* *

II. — ALGEMENE BESPREKING

De heer Olivier heeft een aantal opmerkingen van terminologische aard.

Zo stemmen de begrippen « geneesheer » en « tandheelkundige », die op verschillende plaatsen in het ontwerp voorkomen (bv. in artikel 35), niet langer overeen met de begrippen die krachtens de decreten van de Vlaamse Raad dienen te worden gehanteerd in verband met het verlenen van academische graden. In die decreten is immers sprake van « arts » en « tandarts ».

Spreker vraagt zich af of die technische correcties die nodig zijn in de Nederlandse tekst van het ontwerp, al dan niet via een amendement *ad hoc* dienen te worden aangebracht.

De Minister antwoordt dat een onderscheid moet worden gemaakt tussen gewone vertaalfouten, die probleemloos kunnen worden verbeterd, en problemen van terminologische aard, die een passende, wettelijke oplossing vereisen.

Dit ontwerp wijzigt evenwel niet de hele wet van 9 augustus 1963.

In de toekomst zal het taalgebruik van de hele wettekst dan ook van onzuiverheden moeten worden ontdaan, ten einde de gebruikte termen aan te passen aan de ontwikkeling die de bedoelde begrippen hebben ondergaan.

Met dat doel bepaalt artikel 90, 3°, van het ontwerp dat « de Koning (...) de redactie van de te coördineren bepalingen (kan) wijzigen ten einde ze onderling te doen overeenstemmen en eenheid in de

Le Ministre termine son exposé introductif en insistant sur le fait suivant : Indépendamment de la réforme de la loi du 9 août 1963, d'autres réformes, dans le cadre de la politique de santé, dont le principe a été accepté par le Gouvernement, sont actuellement en chantier; maîtrise de l'offre de soins, assurance sociale couvrant le risque de dépendance des personnes âgées, réforme de la loi sur les hôpitaux, coordination des services compétents en matière de médicaments, tels sont les principaux sujets soumis prochainement à l'examen.

Mais à chaque jour suffit sa peine. Les impatients — qui n'ont généralement pas de responsabilités politiques — et les pèlerins de l'absolu — qui se contentent de vivre leurs rêves — doivent se faire une raison. Il faut avancer pas à pas dans la réforme.

Le Ministre ne prétend pas, grâce à celle-ci, avoir trouvé la solution de tous les problèmes et la chronique sociale des prochains mois en apportera sans doute la confirmation mais cette réforme constitue le passage obligé, l'instrument indispensable pour permettre à l'assurance maladie de faire face, dans l'intérêt même des assurés, aux difficultés futures. »

*
* *

II. — DISCUSSION GENERALE

M. Olivier émet certaines remarques d'ordre terminologique.

Ainsi les termes néerlandais « geneesheer » et « tandheelkundige », utilisés dans plusieurs articles du projet (par exemple à l'article 35) ne correspondent plus à la terminologie consacrée par les décrets du « Vlaamse Raad » en ce qui concerne la collation des grades académiques; ces décrets reprennent en effet respectivement les termes « arts » et « tandarts ».

L'intervenant se demande si cette correction terminologique, qui devrait, selon lui, être apportée au texte néerlandais du projet, doit ou non faire l'objet d'un amendement *ad hoc*.

Le Ministre répond qu'une différence doit être faite entre de simples erreurs de traduction, lesquelles peuvent aisément être corrigées, et les problèmes d'évolution terminologique, lesquels nécessitent une solution légale appropriée.

Or, le texte du projet ne modifie pas l'entièreté de la loi du 9 août 1963.

Il faudra dès lors, à l'avenir, procéder à un toilettage de l'ensemble de cette loi de manière à ce que la terminologie qui y est utilisée corresponde à l'évolution des concepts en la matière.

A cet égard, l'article 90, 3° du projet prévoit que « le Roi peut modifier la rédaction des dispositions à coordonner en vue d'assurer leur concordance et d'en vérifier la terminologie sans qu'il puisse être porté

terminologie te brengen, zonder afbreuk te doen aan de beginselen welke in deze bepalingen vervat zijn ».

De heer Olivier wijst erop dat de Koning dat niet binnen een bepaalde tijd hoeft te doen. Spreker acht het evenwel wenselijk dat die aanpassing binnen twee jaar zou gebeuren.

De Minister antwoordt dat de aanpassing van de teksten al gedeeltelijk werd voorbereid en dus redelijkerwijze kan worden aangenomen dat dat werk één jaar na de datum van bekendmaking van die wet zal zijn voltooid.

*
* *

Mevrouw Burgeon beklemtoont dat het probleem van de structuren van de ziekteverzekering en meer bepaald van de verzekering voor geneeskundige verzorging een van de belangrijke aspecten van de hervorming van de ziekte- en invaliditeitsverzekering vormt.

Zij herinnert eraan dat ook het verslag van de Koninklijk Commissaris voor de hervorming van het RIZIV in 1975 en de conclusies van de in 1989 door de toenmalige minister van Sociale Zaken Busquin belegde ronde-tafelvergadering, de nadruk legden op de noodzaak de bij de wet van 9 augustus 1963 opgezette structuren te wijzigen.

Spreekster is het derhalve volkomen eens met de doelstelling van het ontwerp voor zover dat het organisatieschema van de regeling wil hertekenen om tot een betere samenwerking tussen de gesprekspartners en een efficiëntere verdeling van de aan de verschillende niveaus toegewezen taken te komen. Voorts dienen aanvullende inlichtingen te worden verstrekt over de organen die door het ontwerp bij het RIZIV worden opgericht :

1. de Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging (artikel 11 van het ontwerp)

Dat essentiële orgaan zal hoofdzakelijk financiële en budgettaire bevoegdheden hebben.

De samenstelling van die raad weerspiegelt derhalve de overigens gerechtvaardigde bezorgdheid om een beslissende stem toe te kennen aan degenen die de ziekteverzekering financieren, namelijk de sociale partners en de Staat.

Daarnaast moet het de leden van die raad ernst zijn met de onverkorte uitoefening van hun nieuwe taken en moeten zij daarvoor de bevoegdheid krijgen.

Het lid heeft meer bepaald vragen bij de taak die aan de vertegenwoordigers van de regering zal worden opgedragen.

Gaat het om een taak die lijkt op die welke in de diverse organen door de regeringscommissarissen wordt uitgeoefend ?

Bestaat er, aangezien die vertegenwoordigers van de regering verscheidene ministers vertegenwoordigen, in sommige gevallen geen gevaar voor meningsverschillen ? Zal hun mandaat niet gekoppeld wor-

atteinte aux principes inscrits dans ces dispositions ».

M. Olivier signale toutefois qu'aucun délai n'est imposé au Roi à ce propos. Il souhaiterait, pour sa part, qu'un délai de 2 ans soit fixé à ce sujet.

Le Ministre répond que ce travail de toilettage des textes est, en partie déjà, préparé et que l'on peut dès lors raisonnablement envisager un délai d'un an à dater de la publication de cette loi.

*
* *

Mme Burgeon souligne que le problème des structures de l'assurance-maladie et, en particulier, de l'assurance-soins de santé, constitue un des aspects importants de la réforme de l'assurance-maladie-invalidité.

Elle rappelle que le rapport du Commissaire Royal à la réforme de l'INAMI en 1975 ainsi que les conclusions de la table ronde organisée en 1989 par le Ministre des Affaires sociales, M. Busquin, avaient également insisté sur la nécessité de modifier les structures prévues par la loi du 9 août 1963.

L'intervenante souscrit dès lors entièrement à l'objectif poursuivi par le projet dans la mesure où il vise à redéfinir l'organigramme du régime pour obtenir une meilleure collaboration entre les interlocuteurs en présence et une meilleure répartition des responsabilités qui doivent s'exercer à différents niveaux. En outre, il y a lieu d'obtenir certaines informations complémentaires au sujet des organes institués au sein de l'INAMI :

1. Le Conseil général de l'assurance-soins de santé (article 11 du projet)

Cet organe-clé aura essentiellement des compétences financières et budgétaires.

La composition de ce Conseil reflète dès lors le souci — justifié — d'accorder une voix prépondérante à ceux qui financent le régime de l'assurance-maladie; à savoir, les interlocuteurs sociaux et l'Etat.

Encore faut-il que les membres dudit Conseil aient la volonté et le pouvoir d'exercer pleinement leurs nouvelles responsabilités.

L'intervenante s'interroge en particulier sur la mission qui sera impartie aux représentants du Gouvernement.

S'agit-il d'une mission qui s'apparente à celle exercée, au sein de divers organes, par les Commissaires du Gouvernement ?

Comme ces représentants du Gouvernement représentent plusieurs Ministres, ne faut-il pas craindre de voir apparaître, dans certains cas, des divergences de vue ? D'autre part, leur mandat sera-t-il lié

den aan de samenstelling van de regering en aan de duur van een regeerperiode ?

Bovendien lijkt het wenselijk dat de vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van de werkgevers, de werknemers en de zelfstandigen volledige initiatief- en beslissingsbevoegdheid zouden krijgen.

Ook voor de voorzitter van de Algemene raad zal een uiterst belangrijke rol zijn weggelegd.

Nog steeds volgens dezelfde spreekster wordt in het ontwerp echter niet aangegeven of die voorzitter onder de leden van die raad ofwel onder buitenstaanders zal worden gekozen.

Als de voorzitter buiten de leden van de Algemene raad verkozen wordt, biedt zulks wellicht het voordeel dat hij zich onafhankelijk kan opstellen ten aanzien van de betrokken partijen, maar kan hij dan wel echt zijn zeg hebben als er beslissingen moeten worden genomen ?

Wordt hij wel onder de leden van die raad en eventueel om beurten gekozen, dan is daaraan het nadeel verbonden dat hij rechter in eigen zaak is, maar zou hij zich wellicht meer betrokken voelen en sterker gemotiveerd zijn om bepaalde keuzen af te dwingen.

Inzake de vertegenwoordiging, met adviserende stem, van de geneeskundige hulpverleners lijkt de uiteindelijk in de Senaat goedgekeurde oplossing (met name 8 leden van wie ten minste 2 de artsensstand en ten minste 2 de ziekenhuisinstellingen vertegenwoordigen) evenwichtig.

Men kan echter betwijfelen of de artsen wel echt de bedoeling hebben om aan de besprekingen op dat niveau deel te nemen.

2. Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging (artikelen 21 en 22 van het ontwerp)

De vertegenwoordigers van de artsen hebben in dat Comité zitting met raadgevende stem. Het gaat dus om een wezenlijke wijziging in vergelijking met de oplossing die in 1964 is aangenomen en aangezien alle partners hun verantwoordelijkheid willen opnemen, is het van wezenlijk belang dat ook de artsen aanvaarden aldus betrokken te worden bij het beheer van een stelsel waarin zij een voorname rol spelen.

3. De Commissie voor begrotingscontrole (artikelen 14 en 15 van het ontwerp)

Die Commissie brengt om het kwartaal verslag uit over het beheer van de sector van de gezondheidszorg en beschikt over beoordelings- en onderzoeksbevoegdheden.

Spreekster is blij dat de bevoegdheden van die Commissie voortaan zijn verruimd, maar merkt daarbij op dat moet worden nagegaan of de Commis-

sie à la composition gouvernementale et à la durée d'une législature ?

De même, il paraît souhaitable que les représentants des organisations représentatives des employeurs, travailleurs salariés et indépendants disposent d'une pleine capacité d'initiative et de décision.

Le Président de ce Conseil général aura également un rôle fondamental à jouer.

Selon l'intervenante, le projet n'indique cependant pas s'il sera choisi parmi ou en dehors des membres dudit Conseil.

Choisi en dehors des membres du Conseil général, le Président présenterait sans doute l'avantage d'être indépendant des parties en cause mais aurait-il la capacité de s'impliquer réellement dans les décisions à prendre ?

Choisi au sein des membres dudit Conseil, le cas échéant à tour de rôle, il aurait le désavantage d'être juge et partie mais serait peut-être plus concerné et motivé à forcer certains choix.

En ce qui concerne la représentation des prestations de soins, avec voix consultative, la solution finalement adoptée par le Sénat (à savoir 8 membres dont 2 au moins représentant le corps médical et 2 au moins représentant les établissements hospitaliers), apparaît équilibrée.

Toutefois, on peut s'interroger sur la volonté du corps médical de participer aux discussions à ce niveau.

2. Le Comité de l'assurance-soins de santé (articles 21 et 22 du projet)

Les représentants du corps médical y siègent avec voix délibérative. Il s'agit donc d'une modification essentielle par rapport à la solution adoptée en 1964 et, dans le cadre de la volonté de responsabilisation de tous les partenaires, il est fondamental que le corps médical accepte, lui aussi, de participer ainsi à la gestion d'un régime qui le concerne prioritairement.

3. La Commission de contrôle budgétaire (articles 14 et 15 du projet)

Cette Commission devra faire rapport trimestriellement sur la gestion financière du secteur des soins de santé et disposera d'un pouvoir d'appréciation et d'investigation.

L'intervenante se réjouit du fait que les pouvoirs de cette Commission de contrôle soient ainsi désormais renforcés, mais signale également qu'il faudra

sie op administratief en technisch gebied voldoende is uitgerust om al haar verplichtingen na te komen.

4. De Wetenschappelijke Raad (artikelen 17 en 18 van het ontwerp)

Het lid hoopt dat de door het ontwerp aangebrachte vereenvoudiging het eindelijk mogelijk zal maken die Raad op te richten. Gelet op de hoge vlucht van de medische technieken is het immers van wezenlijk belang dat een orgaan binnen het RIZIV zich voortaan met deze problematiek zal bezighouden, niet uit bezorgdheid om de begroting, maar in het kader van de bevordering van het gezondheidsbeleid ten gunste van de verzekerden.

Spreekster betreurt tot slot dat van deze hervorming geen gebruik is gemaakt om het medisch en administratief controlesysteem te wijzigen en werkelijk te komen tot één, volstrekt van de betrokken partners onafhankelijke controle.

*
* *

De heer Goutry brengt in herinnering dat België ondanks zijn begrotingsproblemen een van de beste ziekteverzekeringssystemen ter wereld heeft.

Daar zijn verschillende redenen voor : in de eerste plaats berust het stelsel op een overlegmodel, dat is voortgekomen uit de zogenaamde Sint-Jansakkoorden van 24 juni 1964 en uiteindelijk heeft geleid tot de instelling van een stelsel waarbij na onderhandelingen, overeenkomsten tussen de verzekeringsinstellingen en de zorgverstrekkers worden gesloten. Die waarborgen een doeltreffende dekking van de kosten van de verstrekkingen doordat de afgesproken tegemoetkomingen overeenstemmen met de werkelijk toegepaste tarieven van de honoraria.

In de tweede plaats hebben alle gerechtigden toegang tot alle mogelijke vormen van geneeskundige verzorging, wat ook hun inkomsten of financiële middelen zijn.

Bovendien heeft het stelsel bijgedragen tot de ontwikkeling van een geneeskunde van hoge kwaliteit en bijgevolg tot het welzijn van de bevolking doordat het de hoge vlucht van nieuwe medische technieken en behandelingsmethoden mogelijk heeft gemaakt.

Verder heeft ons stelsel van ziekteverzekering gezorgd voor de uitbouw van de preventieve geneeskunde.

Het stelsel is tot slot gegrond op het beginsel van de verplichte solidariteit tussen alle lagen van de bevolking.

Spreekster pleit in elk geval voor het behoud van het ziekteverzekeringssysteem als dusdanig.

Alle nodige maatregelen, in voorkomend geval zelfs saneringsmaatregelen, moeten worden getroffen om de levensvatbaarheid van dit stelsel te waarborgen.

vérifier si celle-ci est administrativement et techniquement suffisamment équipée pour faire face à toutes ses obligations.

4. Le Conseil scientifique (articles 17 et 18 du projet)

Le membre espère que la simplification apportée par le projet permettra enfin la création de ce Conseil. Etant donné l'évolution importante des techniques médicales, il est en effet fondamental qu'un organe, au sein de l'INAMI, se penche désormais sur cette problématique, non pas dans un souci budgétaire, mais dans le cadre de la promotion de la politique de santé au bénéfice des assurés.

En conclusion, l'intervenante regrette qu'on n'ait pas profité de cette réforme pour modifier le système du contrôle médical et administratif afin d'en arriver à un véritable contrôle unique et tout à fait indépendant des partenaires concernés.

*
* *

M. Goutry rappelle, qu'en dépit des problèmes budgétaires auxquels elle est confrontée, la Belgique connaît un des meilleurs systèmes d'assurance-maladie au monde.

Ceci est dû à de multiples facteurs : en premier lieu, le régime est établi sur base d'un modèle de concertation, issu des accords dits de la Saint-Jean du 24 juin 1964 et qui s'est finalement traduit dans un système de négociations de conventions entre les organismes assureurs et les prestataires de soins, de façon à garantir une couverture efficace du coût des prestations par des interventions correspondant à des tarifs d'honoraires effectivement pratiqués.

Deuxièmement, un accès complet aux soins de santé est garanti à tous les bénéficiaires, quels que soient leurs revenus ou autres moyens financiers.

En outre, le système a contribué au déploiement d'une médecine de qualité et, par conséquent au bien-être de la population, en permettant l'essor de nouvelles techniques médicales et méthodes thérapeutiques.

De plus, notre régime d'assurance-maladie a permis le développement de la médecine préventive.

Enfin, le régime est fondé sur le principe de la solidarité obligatoire entre toutes les composantes de la population.

L'intervenant plaide en tout cas pour le maintien du régime de l'assurance-maladie en tant que tel.

Toutes les mesures nécessaires, le cas échéant d'assainissement, devront dès lors être prises pour en assurer la viabilité.

De huidige hervorming van de wet van 9 augustus 1963 past volkomen in dit kader.

Spreeker hoopt dat de hervorming het mogelijk maakt de stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg (+ 11 % in 1991, + 16 % in 1992) ook echt in toom te houden; mocht dat niet het geval zijn, dan dreigt het stelsel van de ziekte- en invaliditeitsverzekering zelf over de kop te gaan.

De heer Goutry snijdt meer in het bijzonder het knelpunt van de begrotingsoverschrijdingen aan, die zich de jongste tijd stelselmatig lijken voor te doen. Hij onderstreept dat voor elke sector en deelsector van de ziekteverzekering niet alleen rekening moet worden gehouden met de partiële budgettaire doelstellingen, maar tevens met de totale begrotingsenveloppe. Hij hoopt dat zulks kan via de hervorming van de RIZIV-structuren zelf.

De voorgestelde hervorming kan overigens alleen effect sorteren als alle maatregelen waartoe tijdens de « conclaves » en begrotingscontroles werd besloten, ook daadwerkelijk uitgevoerd worden.

Voorts houdt de beheersing van de uitgaven voor gezondheidszorg eveneens verband met een echte responsabilisering van alle subjecten van de ziekteverzekering.

Overigens berust het ontwerp op het principe van de actieve participatie van de sociale partners in de beheersstructuren van het RIZIV, iets waar spreker helemaal achter staat.

De verzekerden wordt aldus opnieuw gewezen op hun verantwoordelijkheidsbesef, onder meer door de regeling van het remgeld.

Ter bevestiging van de desbetreffende bepalingen van de wet van 26 juni 1992 houdende sociale en diverse bepalingen, voorziet het ontwerp tot slot in een financiële verantwoordelijkheid van de voorschrijvende artsen om het aanwenden van bepaalde technische verstrekkingen af te remmen.

Vervolgens brengt spreker de problematiek van de preventieve geneeskunde aan de orde; die is tijdens de in de Senaatscommissie gevoerde besprekingen al uitvoerig aan bod gekomen.

Hij wijst erop dat per inwoner jaarlijks gemiddeld 40 000 frank aan medische hulpverlening wordt besteed, tegenover slechts enkele honderden franken aan preventieve geneeskundige zorg.

Spreeker dringt er dan ook bij de Minister op aan dat hij met voor de preventieve geneeskunde bevoegde gemeenschapsministers overleg zou plegen met het oog op een efficiënter gebruik van de beschikbare middelen.

Welk aandeel van de 370 miljard frank aan uitgaven voor medische hulpverlening wordt aan het beleid inzake preventieve geneeskunde besteed?

Spreeker verzoekt in het bijzonder om informatie waarin die bedragen per categorie van verstrekkingen en per leeftijdscategorie worden uitgesplitst (algemene medische hulpverlening, tandverzorging).

Dank zij de geïnformatiseerde facturatie van de terugbetalingen van de geneeskundige verstrekkingen moet het mogelijk zijn deze bedragen te bepalen.

La présente réforme de la loi du 9 août 1963 s'inscrit parfaitement dans cette perspective.

L'orateur espère qu'elle permettra une maîtrise effective de la croissance des dépenses en soins de santé (+ 11 % en 1991, + 16 % en 1992), sous peine d'entraîner la faillite du système-même de l'assurance maladie-invalidité.

S'attachant plus particulièrement à la problématique des dépassements budgétaires, lesquels apparaissent comme constants ces derniers temps, M. Goutry souligne la nécessité qu'il y a — dans chacun des secteurs et sous-secteurs de l'assurance maladie — de tenir compte non seulement des objectifs budgétaires partiels mais également de l'enveloppe budgétaire globale. Il espère que la réforme des structures-mêmes de l'INAMI y contribuera.

En outre, la réforme proposée ne pourra porter ses fruits que si la totalité des mesures décidées lors des « conclaves » et contrôles budgétaires sont mises en œuvre de manière effective.

Par ailleurs, la maîtrise des dépenses en soins de santé est liée à la responsabilisation réelle de tous les acteurs de l'assurance maladie.

Le projet est, au demeurant, fondé sur le principe de la participation active des interlocuteurs sociaux aux structures de gestion de l'INAMI et le membre ne peut qu'y souscrire.

De même, les assurés se voient rappelés à leur sens des responsabilités, entre autres par le mécanisme du ticket modérateur.

Enfin, le projet, confirmant les dispositions édictées à cet égard par la loi du 26 juin 1992 (portant des dispositions sociales et diverses), instaure une responsabilité financière des médecins prescripteurs afin de limiter la surconsommation de certaines prestations techniques.

L'intervenant aborde ensuite la problématique de la médecine préventive, déjà amplement développée lors des discussions en Commission du Sénat.

Il relève qu'en moyenne 40 000 francs sont dépensés annuellement par habitant en soins de santé curatifs contre quelques centaines de francs seulement à la prévention médicale.

L'orateur souhaite dès lors que le Ministre lance une concertation avec ses homologues des Communautés, compétents en matière de médecine préventive, afin de parvenir à une meilleure utilisation des moyens disponibles.

Des 370 milliards de francs du budget des dépenses en soins de santé, combien sont consacrés à la politique médicale préventive?

L'orateur souhaiterait obtenir, en particulier, une ventilation de ces montants par catégorie de prestation (soins médicaux généraux, soins dentaires) et par tranche d'âge.

L'informatisation de la facturation des remboursements de soins devrait permettre de déterminer ces montants.

Spreker wenst tevens te weten welke financiële weerslag het opsporingsbeleid zal hebben. Dat beleid behelst immers eveneens een soort preventieve geneeskunde en kan, in het bijzonder bij vrouwen, op steeds meer belangstelling rekenen.

Wat de grond van de zaak betreft, wenst *de heer Goutry* een ruimer debat over de gunstige gevolgen van de preventieve geneeskunde op de uitgaven voor medische hulpverlening.

Voorts geeft spreker te kennen verheugd te zijn over het feit dat eindelijk een oplossing is gevonden voor het probleem van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen.

Artikel 81 van het ontwerp bepaalt immers dat de Koning binnen een termijn van ten hoogste een jaar een commissie zal instellen die tot taak heeft voorstellen uit te werken inzake de verdeling van de verzekeringsinkomsten onder de verzekeringsinstellingen, alsmede inzake de afsluiting van de rekeningen.

De Koning kan optreden nadat Hij het advies van de Algemene raad en van de Raad van de Controle-dienst voor de ziekenfondsen heeft ingewonnen, en uiterlijk voor 31 december 1994.

Spreker hoopt dat de diverse, in dit artikel vervatte termijnen zullen worden nageleefd en tastbare resultaten zullen hebben.

Indien er geen betere verdeling van de inkomsten onder de verzekeringsinstellingen tot stand komt, zodat iedere instelling in staat is haar verantwoordelijkheid op te nemen, zal de daadwerkelijke financiële verantwoordelijkheid van deze instellingen altijd een illusie blijven.

Bij de bepalingen inzake de verdeling van de inkomsten dient tevens rekening te worden gehouden met de verschillen inzake de lasten die de verzekeringsinstellingen dragen en die voortvloeien uit objectieve criteria, in het bijzonder de gezondheidstoestand, de leeftijd en de sociaal-economische situatie van de aangesloten verzekerden.

De heer Goutry wijst erop dat deze objectieve criteria door middel van de beschikbare wetenschappelijke studies kunnen worden bepaald. Het is derhalve wenselijk dat het Parlement over deze studies kan beschikken, ten einde te voorkomen dat de voorgestelde hervorming enkele jaren na haar aanneming niet door de feiten is achterhaald.

Voorts vestigt spreker de aandacht op de problematiek van de afsluiting van de lopende rekeningen van de verzekeringsinstellingen, die in § 2 van hetzelfde artikel 1 aan de orde komt. Hij hoopt dat het Parlement de kans zal krijgen om op constructieve wijze zijn samenwerking te verlenen, zodat aan dit probleem een passende en werkbare oplossing kan worden gegeven.

Voorts bepaalt artikel 81 dat de verzekeringsinstellingen over de nodige middelen moeten kunnen beschikken om de met hun wettelijke taken verband houdende uitgaven te kunnen controleren en beheersen. Het spreekt vanzelf dat de ziekenfondsen hun

L'orateur s'interroge également sur les incidences financières de la politique de dépistage, laquelle constitue également une forme de médecine préventive et à laquelle les femmes, en particulier, ont de plus en plus recours.

Plus fondamentalement, *M. Goutry* souhaiterait un débat plus large concernant les effets favorables de la médecine préventive sur les dépenses en matière de soins curatifs.

Par ailleurs, l'orateur se réjouit que le problème de la responsabilité financière des organismes assureurs soit enfin rencontré.

L'article 81 du projet prévoit en effet la création par le Roi d'une commission chargée de formuler, dans un délai maximum d'un an, des propositions concernant la répartition des ressources de l'assurance entre les organismes assureurs et la clôture des comptes.

Après avoir reçu l'avis du Conseil général de l'assurance et du Conseil de l'Office de contrôle des mutualités, le Roi pourra agir au plus tard avant le 31 décembre 1994.

L'orateur espère que les différents délais établis par cette disposition seront respectés et suivis d'effets concrets.

Sans une meilleure répartition des ressources entre organismes assureurs, de manière telle à ce que chacun d'entre eux puisse assumer sa propre responsabilité, l'on ne parviendra jamais à une responsabilisation financière effective de ces organismes.

Les dispositions relatives à cette répartition des ressources devront également tenir compte des différences de charges qui doivent être supportées par les organismes assureurs et qui résultent de critères objectifs, en particulier de l'état de santé, de l'âge et de la situation socio-économique des assurés affiliés.

M. Goutry signale que ces critères objectifs pourront être définis à l'aide des études scientifiques disponibles. Il est dès lors indiqué que ces études soient mises à la disposition du Parlement afin que la réforme proposée ne soit pas dépassée dans les faits quelques années après son adoption.

L'intervenant évoque en outre la problématique de la clôture des comptes courants des organismes assureurs, visée par le § 2 du même article 1. Il espère que le Parlement pourra collaborer de manière constructive afin que ce problème puisse faire l'objet d'une solution qui soit à la fois appropriée et opérationnelle.

L'article 81 prévoit en outre que les organismes assureurs devront disposer des instruments nécessaires leur permettant de contrôler et de maîtriser les dépenses découlant de leurs missions légales. Il est évident que les mutuelles ne pourront procéder à

uitgaven niet kunnen controleren wanneer zij niet over de daartoe geëigende middelen beschikken.

Spreker constateert dat de meeste verzekeringsinstellingen tegenwoordig over doeltreffende computers beschikken waarmee ze alle nuttige informatie kunnen opvragen bij openbare instellingen, zoals de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid.

De vraag rijst echter of bij alle partijen die bij de ziekteverzekering betrokken zijn werkelijk de (politieke) wil bestaat om de controleorganen de nodige informatie te verstrekken.

Spreker denkt hierbij aan de terughoudendheid van de farmaceutische industrie toen de verzekeringsinstellingen, met de rechtmatige bedoeling inlichtingen in te winnen over de toestand inzake geneesmiddelenverbruik, de lijst met verbruik per patiënt opvroegen.

Het lid meent bovendien dat de verzekeringsinstellingen zouden moeten kunnen beschikken over volledige gegevens per patiënt en per arts, zodat er statistieken kunnen worden opgemaakt van hun uitgaven; die statistieken zullen op hun beurt worden beoordeeld door de profielcommissies die bij het RIZIV zullen worden ingesteld.

De heer Goutry vraagt zich af wanneer de commissie ad hoc (belast met het formuleren van voorstellen die ertoe strekken de bepalingen betreffende de verdeling van de verzekeringsmiddelen aan te passen of te wijzigen) zal worden opgericht en hoe ze zal zijn samengesteld.

*
* *

De heer Perdieu wijst op het algemene probleem om iedereen die bij de ziekteverzekering is betrokken, enige verantwoordelijkheidszin bij te brengen. Eerst en vooral denkt hij daarbij aan de financiële verantwoordelijkheid van de voorschrijvende artsen, zoals bepaald in artikel 51 van het ontwerp. Die bepaling moet concreet gestalte geven aan een consensus die is ontstaan binnen de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen, wat toch duidelijk op een mentaliteitsverandering wijst. Voor het eerst in de geschiedenis lijkt de artsenstand er zich rekenschap van te geven dat een te royaal voorschrijfgedrag en bijgevolg een « overproductie » van bepaalde technische verstrekkingen een bedreiging voor de ziekteverzekering vormen. Volgens spreker ziet de toekomst er dan ook eerder gunstig uit, al moeten we natuurlijk nog afwachten welke resultaten de geplande maatregelen zullen opleveren.

In diezelfde context wijst spreker er ook op dat de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen heeft besloten alle artsen wier voorschrijfgedrag bepaalde limieten overschrijdt in de eerste helft van 1993 per brief te zullen waarschuwen dat hun doen en laten wordt nagegaan.

Spreker gaat er wel van uit dat de betrokken artsen zich bij het RIZIV zullen kunnen verdedigen

un contrôle des dépenses si elles ne disposent pas des moyens appropriés à cet effet.

L'orateur constate que la plupart des organismes assureurs disposent, à ce jour, d'un équipement informatisé performant qui leur permet d'obtenir tout renseignement utile auprès des institutions publiques, telle la Banque carrefour de la Sécurité Sociale.

La question se pose toutefois de savoir s'il existe, dans le chef de toutes les parties concernées par l'assurance-maladie une volonté (politique) réelle de fournir aux organismes de contrôle toutes les informations requises par ceux-ci.

L'intervenant songe à cet égard aux réticences exprimées par l'industrie pharmaceutique lorsque les organismes assureurs, dans le souci légitime de s'enquérir de la situation en matière de consommation de médicaments, lui ont réclamé la liste des profils de consommation par patient.

Le membre affirme pour le surplus que les organismes assureurs devraient pouvoir disposer de données complètes par patient et par médecin afin de pouvoir établir les cadres statistiques de leurs dépenses; cadres qui seront à leur tour évalués par les Commissions de profil instituées auprès de l'INAMI.

Enfin, *M. Goutry* se demande quand la commission ad hoc — chargée de formuler des propositions visant à adapter ou à modifier les dispositions relatives à la répartition des ressources de l'assurance — sera instituée et quelle sera sa composition.

*
* *

M. Perdieu évoque la problématique générale de la responsabilisation des différents acteurs en matière d'assurance-maladie. Il fait tout d'abord allusion à la responsabilité financière des médecins prescripteurs telle que prévue à l'article 51 du projet. Cette disposition a pour objectif de concrétiser un consensus réalisé au sein de la Commission nationale médico-mutualiste, ce qui est significatif de l'évolution des mentalités. En effet, pour la première fois sans doute, le corps médical se rend compte des risques que font courir à l'assurance-maladie la surprescription et donc la surproduction de certains actes techniques. Selon l'orateur, ceci est encourageant pour l'avenir, même s'il faudra maintenant apprécier les résultats des mesures qui sont en voie d'exécution.

A cet égard, l'intervenant signale que, conformément aux décisions de la Commission médico-mutualiste, une lettre avait été adressée aux médecins qui dépassaient un certain niveau de prescription en vue de les avertir de leur mise sous surveillance au cours du premier semestre de 1993.

L'orateur suppose que les médecins mis en cause pourront faire valoir leurs arguments auprès de

vooraleer een strafprocedure tegen hen wordt ingesteld.

Ook de patiënten moet, zo vervolgt de heer Perdieu, meer verantwoordelijkheidszin worden bijgebracht. Dit is een nieuw verschijnsel, aangezien sommigen tot nu toe niet aarzelden hun arts om bepaalde verstrekkingen of bepaalde geneesmiddelen te verzoeken. Hoe kan men een dergelijke overconsumptie tegengaan? De veralgemening van het medische dossier biedt misschien een partiële oplossing, maar is als dusdanig niet voldoende. Een andere oplossing zou er volgens sommigen in bestaan de patiënt ertoe aan te zetten niet meer onmiddellijk de hulp van een specialist in te roepen. Om dat te bewerkstelligen zou een ander terugbetalingstarief kunnen gelden als de patiënt zich direct tot de specialist wendt, terwijl dat medisch gezien helemaal niet hoeft. Wat is de mening van de Minister over een dergelijke « trapsgewijze » gezondheidszorg?

Spreeker wijst voorts ook nog op de verantwoordelijkheid van de verzekeraars. Enerzijds wil het ontwerp hen enige verantwoordelijkheidszin bijbrengen in verband met hun administratiekosten. Zo zou men de al dan niet volledige toekenning ervan afhankelijk willen maken van de manier waarop zij hun wettelijke verplichtingen nakomen en wordt het aan de Controledienst van de ziekteverzekering overgelaten zich hierover uit te spreken.

Spreeker is er inderdaad van overtuigd dat men de verzekeraars tot een goed beheer moet aanzetten, maar merkt toch op dat de Controledienst van de ziekteverzekering geen gemakkelijke taak wacht. De doelstellingen die de memorie van toelichting in dat verband ter sprake brengt moeten immers in voldoende duidelijke criteria worden gegoten.

Anderzijds wil het ontwerp de verzekeraars ook wijzen op hun plichten inzake de verdeling van de middelen van de ziekteverzekering. Daartoe wordt in een raamstructuur en in een procedure voorzien. Een bij een koninklijk besluit opgerichte commissie zal de nodige regels vastleggen, zonder evenwel de wettelijk opgelegde voorwaarden uit het oog te verliezen. Volgens spreker laten die voorwaarden aan duidelijkheid niets te wensen over en worden zij bovendien uitvoerig gepreciseerd in de memorie van toelichting. Spreeker onderstreept tot slot dat men er scherp dient op toe te zien dat de bovenbedoelde commissie wordt samengesteld uit deskundigen die over een grote vakkennis beschikken en tegelijkertijd voldoende onafhankelijk zijn.

*
* *

De heer Sleenckx brengt in herinnering dat het Belgische sociale-zekerheidsstelsel is gegroeid uit de strijd van de arbeidersbeweging en nog altijd een van de beste in Europa, zo niet in de hele wereld is. Het steunt op twee pijlers die essentieel zijn voor het voortbestaan ervan : de solidariteit tussen de indivi-

l'INAMI avant qu'une procédure de sanction ne soit éventuellement mise en œuvre à leur égard.

M. Perdieu aborde ensuite la question de la responsabilité des patients eux-mêmes. Il s'agit là d'un phénomène nouveau dans la mesure où certains n'hésitent pas à revendiquer auprès de leurs médecins certaines prestations ou la prescription de certains médicaments. Comment peut-on s'opposer à ce type de surconsommation? La généralisation du dossier médical constitue peut-être un élément de solution mais ceci n'est sans doute pas suffisant. Certains préconisent de décourager l'accès direct au spécialiste par une différenciation dans les taux de remboursement si on s'adresse directement à celui-ci, lorsque cela n'est pas médicalement justifié. Que pense le Ministre de ce système d'échelonnement des soins?

L'orateur évoque également la responsabilité des organismes assureurs. Le projet prévoit, d'une part, la responsabilisation de ces organismes sur le montant de leur frais d'administration, dans la mesure où l'on pourra subordonner l'octroi à leur égard de tout ou partie de ces frais, à la manière dont chacun de ceux-ci exécute ses missions légales. Cette mission d'évaluation sera remplie par l'Office de contrôle des mutualités.

L'intervenant partage entièrement ce souci de prévoir des incitants à la bonne gestion mais relève également que la tâche de l'Office de contrôle des mutualités ne sera pas facile en la matière. Il faudra, en effet, traduire en critères suffisamment précis les objectifs décrits à cet égard dans l'exposé des motifs.

D'autre part, le projet prévoit la responsabilisation des organismes assureurs en ce qui concerne la répartition, entre ces derniers, des ressources de l'assurance-maladie. Un cadre et une procédure sont instaurés à cet effet : une commission, créée par le Roi sera chargée de formuler des propositions et le Roi pourra, sur cette base, prendre les dispositions réglementaires nécessaires, en tenant compte toutefois des conditions définies par la loi. Selon l'intervenant, ces conditions paraissent clairement établies et sont, en outre, précisées dans l'exposé des motifs. L'orateur souligne enfin la nécessité de veiller à ce que cette commission susvisée soit composée d'experts à la fois suffisamment compétents sur le plan technique et suffisamment indépendants des intérêts en présence.

*
* *

M. Sleenckx rappelle que notre système de sécurité sociale est issu de la lutte du mouvement ouvrier et constitue au demeurant un des meilleurs en Europe, sinon au monde. Il est fondé sur deux piliers, essentiels à son maintien : la solidarité interpersonnelle et le droit individuel. Ce système, et en particulier le

duen en het individuele recht. Het aldus opgevatte stelsel en meer bepaald de sector van de ziekteverzekering, hebben vandaag met ernstige financiële moeilijkheden te kampen.

Die problemen mogen echter niet als voorwendsel worden gebruikt om het stelsel af te bouwen. Men moet na rijp beraad de gepaste maatregelen nemen, die het voortbestaan van onze sociale zekerheid kunnen waarborgen.

De sociale zekerheid, en meer bepaald de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, staan immers borg voor een kwaliteitsgeneeskunde die voor iedereen toegankelijk is en vormt daarmee een van de hoekstenen van onze democratie.

Hij is dan ook niet te spreken over de voorstellen om de sociale zekerheid naar Amerikaans model te privatiseren.

Spreker wenst vervolgens de financiële toestand van de ziekte- en invaliditeitsverzekering aan een nader onderzoek te onderwerpen. Hij merkt op dat vooral de sector van de gezondheidszorg noch in 1992, noch in 1993 een financieel evenwicht vertoonde: de begrotingsvoorspellingen voor 1992 dienden zowaar te worden bijgestuurd ten belope van 22,3427 miljard frank. Voor 1993 verwacht men dat de uitgaven 13,0635 miljard frank hoger zullen liggen.

De RIZIV-uitgaven nemen sneller toe dan de groei van het BNP. Belangrijke oorzaken daarvan zijn de nieuwe medische technieken, de vergrijzing van de bevolking en de hogere bezoldiging van het medisch personeel.

Het RIZIV-tekort is niet alleen te wijten aan de bestaande misbruiken, maar tevens aan het feit dat de medische consumptie hand over hand toeneemt, wat dan weer veroorzaakt wordt door diverse factoren zoals de kostprijs van de moderne medische apparatuur.

Vervolgens stelt spreker een aantal maatregelen voor die de uitgaven van de ziekteverzekering zouden moeten doen afnemen.

1° De rechthebbende van de door de ziekteverzekering terugbetaalde verstrekkingen zou een andere houding bijgebracht moeten worden. De herwaardering van de rol van de huisartsen, die aan eerstelijnsgezondheidszorg doen, sluit daar zeker bij aan.

Een mogelijkheid daartoe ware de invoering van een voorkeurtarief bij de terugbetaling aan patiënten die eerst hun huisarts raadplegen vooraleer ze zich, zo nodig, tot een specialist wenden.

2° De artsen zelf behoren anders op te treden. Sommigen houden er uit louter winstbejag immers een al te royaal voorschrijfgedrag op na, anderen verrichten overbodige prestaties om de kop boven water te houden: tal van (vooral jonge) artsen hebben een te beperkt cliënteel, waarbij ze amper 7 à 8, in sommige gevallen zelfs maar 2 patiënten per dag over de vloer krijgen. Die toestand wordt niet in het

secteur de l'assurance maladie-invalidité, traverse actuellement de graves difficultés financières.

Toutefois, ces difficultés ne peuvent pas constituer un prétexte pour démanteler le système mais elles nécessitent la prise de mesures étudiées et appropriées, pour en assurer la sauvegarde.

En effet, la sécurité sociale, et spécialement le régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité constitue, d'une part, une garantie pour un accès généralisé à des soins de qualité et, d'autre part, un pilier de notre système démocratique.

Par ailleurs, l'intervenant n'est nullement partisan de la privatisation de la sécurité sociale, comme certains le préconisent en s'inspirant du modèle américain en la matière.

L'orateur examine ensuite la situation budgétaire de l'assurance maladie-invalidité. Il fait observer que ni en 1992, ni en 1993, l'équilibre budgétaire, spécialement dans le secteur des soins de santé, n'est atteint: en effet, les prévisions budgétaires pour l'année 1992 ont dû être revues à la hausse à concurrence de 22,3427 milliards de francs; de même, l'on prévoit, pour 1993, un surcoût de 13,0635 milliards de francs.

La croissance des dépenses de l'INAMI est plus élevée que celle du PNB: les nouvelles techniques médicales, le vieillissement de la population et la hausse des traitements du personnel médical jouent un rôle important à cet égard.

Le déficit de l'INAMI n'est pas seulement dû aux abus existants, il résulte également d'une consommation médicale croissante, découlant de divers facteurs, telle la technologie médicale moderne coûteuse.

L'intervenant propose alors diverses mesures susceptibles de réduire les dépenses de l'assurance-maladie.

1° Stimuler un changement de comportement dans le chef des bénéficiaires des prestations remboursées par l'assurance. La revalorisation du rôle des médecins généralistes, prestataires de soins de santé primaires, s'inscrit parfaitement dans cette perspective.

Un moyen de revalorisation de ce rôle pourrait consister en l'instauration d'un tarif préférentiel de remboursement en faveur des patients qui consultent d'abord ces médecins avant de se rendre, le cas échéant, chez un spécialiste.

2° Stimuler un changement de comportement dans le chef des médecins eux-mêmes. Certains d'entre eux procèdent en effet à des prescriptions en surnombre, par simple but de lucre. D'autres, par nécessité de subsistance, procèdent à des prestations superflues: en effet de nombreux (jeunes) médecins, ont une pratique largement insuffisante (7 à 8 voire même dans certains cas 2 patients par jour). La

minst in de hand gewerkt door het zeer groot aantal artsen (17 000 huisartsen en 15 000 specialisten).

Er moet in de universiteiten een voorafgaand bekwaamheidsexamen worden georganiseerd teneinde in de toekomst het aantal in België praktiserende artsen, of ze nu Belg zijn of niet, te beperken. In dat verband vraagt spreker tevens welke kostprijs de gemeenschap voor een artsenopleiding betaalt.

3° De veralgemening van het medische dossier is een ander middel om de uitgaven te drukken.

Tot slot raakt de heer Sleenckx de problemen in verband met de eventuele federalisering van de sociale zekerheid aan.

Vooraf in Vlaanderen eisen sommigen die federalisering omdat er belangrijke financiële transfers naar Wallonië plaatsvinden.

Wetenschappelijke onderzoeken, waaronder het onderzoek van professor H. Deleeck, wijzen echter uit dat het bedrag van die transfers, namelijk 3,5 miljard frank, nauwelijks 1 % van de totale begroting van de uitgaven voor de gezondheidszorg uitmaakt.

Er bestaan evenwel scheeftekkingen of zelfs misbruiken die te wijten zijn aan subjectieve factoren, vooral inzake het gebruik van geneesmiddelen.

De minister heeft overigens, overeenkomstig het Regeerakkoord van 9 maart 1992, initiatieven genomen om die situatie te verhelpen.

Die zaak moet verder bespreekbaar blijven.

Dat neemt volgens spreker niet weg dat de sociale zekerheid, die is gegrond op de solidariteit tussen personen, een nationale aangelegenheid moet blijven.

*
* *

De heer Charlier vestigt er op zijn beurt de aandacht op dat iedereen de vrijwaring van de ziekte- en invaliditeitsverzekering nastreeft. Men moet zich bijgevolg verheugen over de hervorming die ter bespreking voorligt. Die strekt er namelijk toe de kosten van de gezondheidszorg te beheersen.

Er zullen weliswaar bijkomende maatregelen moeten worden genomen, inzonderheid voor de ziekenhuissector, waar de uitgaven in de laatste 20 jaar bijna zijn verviervoudigd.

Men moet zich bovendien grondig beraden over het principe zelf van de sociale zekerheid, die wordt gekenmerkt door het wettelijke en verplichte karakter, enerzijds, en de deelname van de sociale partners aan het beheer van de verschillende sectoren via paritaire regelingen, anderzijds.

Spreker vestigt er dan ook de aandacht op dat het ontwerp alle partijen die bij de gezondheidszorg betrokken zijn zelf verantwoordelijk wil maken. Hijzelf is daar trouwens altijd voorstander van geweest.

Vervolgens gaat spreker in op de volgende aspecten van het ontwerp :

pléthore de médecins (17 000 généralistes, 15 000 spécialistes) n'est pas étrangère à cet état de choses.

L'instauration dans les universités d'un examen préalable d'aptitude, pour limiter à l'avenir le nombre de médecins exerçant en Belgique, qu'ils soient belges ou non, s'impose. A cet égard, l'intervenant demande également quel est le prix de revient, pour la collectivité, de la formation d'un médecin.

3° La généralisation du dossier médical est un autre moyen susceptible de réduire les dépenses.

Enfin, M. Sleenckx fait allusion à la problématique de la fédéralisation éventuelle de la sécurité sociale.

Certains, en Flandre principalement, réclament cette fédéralisation, arguant des transferts financiers importants vers la Wallonie.

Toutefois, à la lumière des études scientifiques, dont celle du professeur H. Deleeck, l'on se rend compte que le montant de ces transferts, à savoir 3,5 milliards de francs, représente à peine 1 % du budget général des dépenses en soins de santé.

Certes, des distorsions, voire des abus, dus à des facteurs subjectifs, existent, particulièrement en matière de consommation médicale.

Le Ministre, conformément à l'accord du Gouvernement du 9 mars 1992, a, au demeurant, pris des initiatives pour y remédier.

Par ailleurs, la discussion doit demeurer possible.

Il n'en demeure pas moins, selon l'intervenant, que la sécurité sociale, fondée sur la solidarité entre personnes, doit rester une matière nationale.

*
* *

M. Ph. Charlier souligne à son tour que la sauvegarde de l'assurance maladie-invalidité est un objectif qui est partagé par tous. Il faut donc se réjouir de la réforme soumise à discussion, étant donné qu'elle vise à maîtriser les coûts en matière de soins de santé.

Certes, des mesures complémentaires seront encore nécessaires, en particulier dans les domaines de l'hospitalisation, où les dépenses ont pratiquement quintuplé ces 20 dernières années.

Par ailleurs, une réflexion plus fondamentale devrait avoir lieu en ce qui concerne le principe même de la sécurité sociale dont les deux caractéristiques sont son caractère légal et obligatoire et la participation des interlocuteurs sociaux à la gestion des différentes branches selon des mécanismes paritaires.

Cela étant, l'intervenant souligne que le projet vise à responsabiliser tous les secteurs de la santé, ce qu'il a, au demeurant, personnellement toujours prôné.

L'orateur examine ensuite les points suivants du projet.

1° « Responsabilisering van de zorgverstrekkers »

De heer Ph. Charlier meent dat dank zij de veralgemening van de profielcommissies, die door het ontwerp officiële instellingen worden, vormen van overdreven voorschrijfgedrag individueel zullen kunnen worden vastgesteld. De maatstaven die daarbij worden aangelegd, moeten echter duidelijk worden gedefinieerd.

Bovendien moeten die maatstaven objectief zijn, zodat alleen de artsen die daadwerkelijk voor de voorschriften verantwoordelijk zijn, worden bestraft. Een en ander is zowel in het belang van de verzekerde als van de patiënten zelf.

Uit de recente brief van de Minister aan de artsen kon immers worden afgeleid dat deze systematisch zouden worden bestraft.

Dit gezegd zijnde, kan de toepassing van dit wetsontwerp, gezien de op grond daarvan aan de regering verleende vrijheid van handelen, pas worden beoordeeld nadat de uitvoeringsbesluiten zijn bekendgemaakt.

Aldus kunnen de in artikel 51 vastgestelde straffen voor de voorschrijvende artsen pas vanaf juli 1993 daadwerkelijk worden opgelegd.

2° De financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen

Ofschoon spreker erkent dat de financiële verantwoordelijkheid van primordiaal belang is, mag zij zijns inziens niet betekenen dat de solidariteit wordt verbroken.

De wijze van beheer van de verzekeringsinstellingen moet ter zake in overweging worden genomen.

De wet van 9 augustus 1963 bepaalde in artikel 131 dat ongerechtvaardigde uitgaven uit de eigen middelen of bij wijze van een bijdrageverhoging aan het RIZIV moeten worden terugbetaald.

Dat principe is evenwel nooit toegepast.

3° De instelling van een commissie die tot taak heeft voorstellen uit te werken met het oog op de aanpassing of wijziging van de bepalingen inzake de verdeling van de inkomsten onder de verzekeringsinstellingen, alsmede inzake de afsluiting van de rekeningen (artikel 81 van het ontwerp)

Die commissie dient de verschillen aan lasten aan te geven die door de verzekeringsinstellingen moeten worden gedragen en op objectieve criteria moeten berusten.

De onverantwoorde uitgaven die er dan nog mochten zijn, moeten onvermijdelijk worden terugbetaald.

4° De samenstelling van de Algemene raad van het RIZIV (artikel 11 van het wetsontwerp)

1° La responsabilisation des prestataires de soins

M. Ph. Charlier affirme que la généralisation des commissions de profil, institutionnalisées par le projet, permettra d'établir, de façon individualisée, les types de surprescriptions. Ces critères devront toutefois être clairement définis.

Ils devront également être objectifs afin que seuls les médecins réellement surprescripteurs soient pénalisés, et ce, dans l'intérêt-même de l'assurance-maladie mais aussi des patients eux-mêmes.

En effet, la lettre récemment adressée par le Ministre aux médecins a pu les faire apparaître comme systématiquement pénalisés.

Cela étant, étant donné la latitude laissée au Gouvernement par le projet de loi en discussion, l'évaluation de son application ne pourra se faire qu'après la parution des arrêtés royaux d'exécution.

Ainsi, les sanctions, prévues par l'article 51 à l'égard des médecins surprescripteurs, ne pourront réellement être appliquées qu'à partir de juillet 1993.

2° La responsabilisation financière des organismes assureurs

L'orateur fait observer que si cette responsabilisation est primordiale, elle n'implique toutefois pas que la solidarité interpersonnelle soit rompue.

Le mode de gestion des organismes assureurs doit être pris en compte en la matière.

La loi du 9 août 1963 a au demeurant prévu que les dépenses injustifiées doivent être remboursées à l'INAMI, sur leurs fonds propres ou par le biais d'une cotisation supplémentaire.

Ce principe n'a toutefois jamais été appliqué.

3° L'institution d'une commission chargée de formuler des propositions visant à adapter ou à modifier les dispositions relatives à la répartition des ressources de l'assurance entre les organismes assureurs et à la clôture des comptes (article 81 du projet)

Cette commission devra mettre en évidence les différences de charges qui doivent être supportées par les organismes assureurs et qui résultent de critères objectifs.

Si des dépenses non-justifiées apparaissaient encore, le remboursement serait alors inévitable.

4° La composition du Conseil général de l'INAMI (article 11 du projet)

Spreker steunt het in de Senaat aangenomen amendement, waarmee wordt beoogd het aantal leden met raadgevende stem van 5 tot 8 te verhogen, waarbij telkens ten minste twee van deze leden respectievelijk de medische sector en de ziekenhuizen vertegenwoordigen.

Hij spreekt tevens de wens uit dat de paramedici in de raad zouden zijn vertegenwoordigd.

5° *Het voor de regering bestemde jaarlijkse uitvoerige verslag van de Algemene raad inzake de eenvoudige toepassing van de wetgeving in het hele land (artikel 12, § 2, van het wetsontwerp)*

Dat verslag behelst de evolutie van eventuele onverantwoorde scheeftrekkingen, alsmede voorstellen om deze te verhelpen.

Het lid wenst te weten over welke instrumenten de Algemene raad zal kunnen beschikken om op objectieve wijze en binnen de voorgeschreven termijn verslag uit te brengen. Hij vraagt met name of het niveau en de kosten van de verzekering zullen worden geëvalueerd.

Spreker is voorts van mening dat het wegwerken van onverantwoorde scheeftrekkingen niet beperkt mag zijn tot de analyse van geografische verschillen. Het is zaak dat tevens regionale en zelfs subregionale verschillen in aanmerking worden genomen, aangezien zij reëel zijn.

Tot slot brengt spreker de problematiek van het aanbod in de medische en paramedische sector aan de orde. Hij erkent dat er teveel artsen en kinesitherapeuten zijn, en dat derhalve in overleg met de gemeenschappen een numerus clausus moet worden ingesteld. Zo niet komt de werking van de ziekteverzekering in het gedrang.

Afrondend geeft het lid te kennen dat hij het wetsontwerp ten volle steunt. Niettemin moeten de beslissingen binnen de opgelegde termijnen hun beslag krijgen, om te voorkomen dat de geloofwaardigheid van degenen die in de ziekteverzekering actief zijn en de betrouwbaarheid van het stelsel zelf op het spel komen te staan.

*
* *

De heer Vandendriessche verheugt zich er over dat de voorgestelde hervorming de belangrijkste regelingen van de ziekteverzekering bevestigt en verfijnt en dat voorts stimuli worden ingebouwd om de wet eenvormig toe te passen.

In dat verband moeten eventuele onverantwoorde communautaire scheeftrekkingen met de nodige objectiviteit, zonder vooroordelen noch demagogie, worden weggewerkt.

Aan de hand van concrete maatregelen maakt het voorliggende ontwerp alle, bij de ziekteverzekering betrokken partners zelf verantwoordelijk.

L'orateur souscrit à l'amendement adopté au Sénat qui vise à porter de 5 à 8 le nombre de membres avec voix consultative, dont 2 ou moins représentent le corps médical et 2 au moins les établissements hospitaliers.

Il souhaiterait également que les paramédicaux puissent être représentés au sein de ce Conseil.

5° *La transmission au Gouvernement par le Conseil général d'un rapport annuel circonstancié sur l'application uniforme de la législation dans tout le pays (article 12, § 2, du projet)*

Ce rapport comprend une évaluation d'éventuelles distorsions injustifiées et des propositions visant à les corriger.

Le membre se demande quels seront les outils mis à la disposition du Conseil général afin que ce rapport soit réalisé objectivement et dans les délais prescrits et, en particulier, s'il y aura une évaluation du niveau et de l'évolution des coûts de l'assurance.

L'intervenant estime, de plus, que l'élimination des distorsions injustifiées ne peut se limiter à une analyse des disparités sur le plan géographique; des disparités régionales et même sous-régionales doivent en effet être prises en compte car elles existent.

L'intervenant évoque enfin la problématique de l'offre médicale et paramédicale. Il reconnaît qu'il y a pléthore de médecins et de kinésithérapeutes et qu'un numerus clausus devra dès lors, en accord avec les Communautés, être instauré sous peine d'hypothéquer le fonctionnement du système de l'assurance-maladie.

En conclusion, le membre souscrit pleinement au projet. Les décisions prises devront toutefois être mises en œuvre dans les délais requis; et ce, pour des raisons de crédibilité de tous les acteurs de l'assurance-maladie et de fiabilité du système même.

*
* *

M. Vandendriessche se réjouit, d'une part, que les principaux mécanismes de l'assurance-maladie soient confirmés et affinés par la réforme proposée et, d'autre part, que des incitants à une application uniforme de la législation soient mis en place.

A cet égard, la suppression d'éventuelles distorsions entre communautés injustifiées doit s'effectuer de manière objective, sans préjugés ni démagogie.

Tous les partenaires concernés par l'assurance-maladie sont responsabilisés par le présent projet, à l'aide de mesures concrètes.

Zo kunnen maatregelen worden overwogen tegen de artsen wier voorschrijfsgedrag tot een abnormale stijging van bepaalde verstrekkingen kan leiden, met name inzake klinische biologie en medische beeldvorming.

Wat het in de hand houden van de uitgaven voor gezondheidszorg in het raam van de begrotingsuitvoering betreft, onderschrijft het lid zonder meer het beginsel volgens hetwelk voor de begrotingsdoelstellingen enveloppes worden uitgewerkt, waarbij de commissie voor begrotingscontrole er moet op toezien dat ze niet worden overschreden. Die commissie kan daartoe een beroep doen op deskundigen.

Spreeker vraagt zich evenwel af of de herschikking van het organisatieschema van de bijdrageregeling zal helpen om die uitgaven beter in toom te houden.

De sociale partners, die in de financiering van de regeling bijdragen, zullen ongetwijfeld een belangrijke rol gaan spelen in de Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Die Raad zal namelijk de algemene beleidslijnen moeten vastleggen en de totale jaarlijkse begrotingsdoelstelling bepalen.

Als die beginselen eenmaal zullen zijn vastgelegd en als de financiële bakens eenmaal zijn uitgezet, krijgt de uitgavenbeheersing evenwel prioriteit; spreker gelooft niet dat de sociale partners de meest aangewezen personen zijn om aan die doelstelling de hand te houden.

Vervolgens vraagt spreker aan de minister welke maatregelen hij overweegt in het raam van de hervorming van de ziekenhuizen en hoe hij de uitgaven in de geneesmiddelensector wil drukken.

In verband met het verzorgingsaanbod merkt het lid op dat er een overaanbod van zorgverstrekkers is. Bijgevolg informeert hij bij de minister hoever het staat met het aan de gang zijnde overleg met de gemeenschappen dat er op gericht is hun aantal te beperken.

Tot besluit dringt spreker aan op de noodzaak de wet tot hervorming van de ziekteverzekering zo spoedig mogelijk goed te keuren en de uitvoeringsbesluiten ervan snel uit te vaardigen. Zo kunnen alle dienstige maatregelen worden getroffen om te voorkomen dat de uitgaven voor geneeskundige verzorging verder ontsproten.

*
* *

De heer Devolder is van mening dat de inleidende toespraak van de Minister in de Senaatscommissie historisch gezien onvolledig is.

Die inleiding heeft immers nagelaten de conclusies te vermelden van het rapport dat in 1988 werd opgesteld door het adviesbureau « Arthur Andersen en Co » en gewijd was aan de werkingskosten van de ziekenfondsen.

Ainsi, des mesures pourront être prises à l'égard des médecins dont le comportement prescripteur entraînerait une augmentation anormale de la consommation de certaines prestations, notamment en matière de biologie clinique et d'imagerie médicale.

En ce qui concerne la maîtrise des dépenses en soins de santé dans le cadre de l'exécution du budget, le membre souscrit pleinement au principe suivant lequel les objectifs budgétaires seront inscrits dans des enveloppes, dont le respect sera suivi par la Commission de contrôle budgétaire; laquelle pourra, à cette fin, faire appel à des experts.

L'intervenant se demande cependant si la redéfinition de l'organigramme du système contribuera à une meilleure maîtrise de ces dépenses.

Les interlocuteurs sociaux, qui participent au financement du régime, joueront sans doute un rôle important au sein du Conseil général de l'assurance soins de santé. Ce Conseil devra en effet déterminer les orientations de politique générale et fixer l'objectif budgétaire annuel global.

Toutefois, une fois ces principes établis et ces objectifs financiers définis, c'est la maîtrise des dépenses qui sera l'objectif prioritaire, et l'intervenant ne croit pas que les partenaires sociaux soient les personnes les mieux indiquées pour assurer cet objectif.

L'orateur demande ensuite au Ministre quelles sont les mesures qu'il compte prendre dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux et quelles sont celles qu'il compte adopter pour limiter les dépenses dans le secteur des produits pharmaceutiques.

Evoquant la question de la maîtrise de l'offre de soins, le membre fait, lui aussi, observer qu'il y a pléthore de prestataires médicaux. Il demande dès lors au Ministre ce qu'il en est de la concertation en cours avec les Communautés en vue d'aboutir à une limitation de leur nombre.

En conclusion, l'intervenant insiste sur la nécessité d'adopter le plus rapidement possible la loi de réforme de l'assurance-maladie ainsi que ses arrêtés royaux d'exécution; et ce, afin que toutes les mesures utiles puissent être prises en vue d'éviter tout dérapage ultérieur des dépenses en soins de santé.

*
* *

M. Devolder estime, quant à lui, que l'exposé introductif du Ministre devant la Commission du Sénat est, du point de vue historique, incomplet.

En effet, les conclusions du rapport, établi en 1988 par la firme d'audit « Arthur Andersen en Co » et consacré aux frais d'administration des mutuelles, n'y sont pas mentionnées.

Dit rapport wees op het oneigenlijke gebruik dat bepaalde verzekeringsinstellingen maakten van de middelen die hen werden toegekend.

De Minister heeft evenmin melding gemaakt van de officieuze beslissingen die werden genomen te Poupehan, waar wijlen ACV-voorzitter Jef Houthuys op had gewezen.

Spreker verwijst vervolgens naar de statistieken inzake uitgaven in de gezondheidszorg in de publikatie van het Belgisch Instituut voor de Gezondheids-economie, « Compendium met statistieken betreffende de volksgezondheid 1992 » (blz. 78 en volgende).

Daaruit blijkt namelijk dat de uitgaven voor gezondheidszorg de afgelopen 20 jaar zijn verdrievoudigd.

Terloops verzekert spreker de heer Goutry dat de huidige technologie perfect in staat is om per zorgverstrekker het verbruiksprofiel te bepalen.

De tarifieringsdiensten van de verzekeringsinstellingen kennen namelijk een codenummer toe aan elke arts en aan elke patiënt.

Zo kan per verzekeringsinstelling een duidelijk overzicht worden opgevraagd van het voorschrijf- en consumptiegedrag op medisch vlak.

Vroeger had men een sleutel om toegang te krijgen tot die codenummers, zodat het medisch geheim werd gerespecteerd.

Nu echter kan men direct toegang krijgen tot die codes en is het privéleven van de arts en van de patiënt in kwestie niet meer gewaarborgd, met alle risico's vandien.

Spreker heeft het vervolgens over de verschillen die tussen de gewesten bestaan, zowel inzake de sociologische samenstelling van de patiëntengroep als inzake de houding ten opzichte van de gezondheidszorg.

Hij is van oordeel dat er zowel in Vlaanderen als in Wallonië dergelijke gewestelijke en zelfs streekgebonden verschillen bestaan. Soms duiken er zelfs binnen een stad verschillen op. Daarom mogen er niet blindelings sancties worden opgelegd aan artsen die teveel geneesmiddelen voorschrijven.

Het lid behandelt tot slot het probleem van de terugbetaling van de magistrale bereidingen, dat hem na aan het hart ligt. Daarbij verwijst hij bovendien naar het voornoemde compendium met statistieken betreffende de volksgezondheid (statistische tabellen op bladzijde 98 en volgende). De cijfers die in dit onderzoek worden vermeld, tonen aan dat de magistrale bereidingen een relatief klein aandeel in de kosten van de ziekteverzekering hebben en de heer Devolder concludeert daaruit dat het nodig is de terugbetaling van die bereidingen opnieuw te bekijken.

Spreker meent tot slot dat dit ontwerp niet alle problemen van de ziekteverzekering zal oplossen. De Minister moet zelf de nodige maatregelen nemen ten

Ce rapport avait mis en lumière l'usage impropre, dans le chef de certains organismes assureurs, des fonds qui leur étaient alloués.

Le Ministre n'a pas davantage fait état des décisions officielles prises à Poupehan, mentionnées par feu Jef Houthuys, Président de la CSC.

L'intervenant fait ensuite référence aux statistiques en matière de dépenses de soins de santé, reprises dans l'ouvrage de l'Institut belge de l'Economie de la Santé (IBES), « Compendium des statistiques de la Santé 1992 » (pages 78 et suivantes).

Il y apparaît notamment que les dépenses de soins de santé ont triplé, ces 20 dernières années.

S'adressant par ailleurs à M. Goutry, l'intervenant affirme que la technologie existante permet parfaitement d'établir les profils de consommation médicale par dispensateur de soins.

Les services de tarification des organismes assureurs attribuent en effet un numéro de code par médecin et par patient.

De telle sorte que l'on peut obtenir, par organisme assureur, un aperçu clair des profils de prescription et de consommation médicales.

Dans le passé, l'accès à ces numéros de code précités nécessitait l'utilisation d'une clé, de telle sorte que le secret médical était respecté.

Actuellement toutefois, cet accès est immédiat et le respect de la vie privée du médecin et du patient concernés n'est plus garanti, avec tous les risques que cela suppose.

L'intervenant fait ensuite allusion aux disparités régionales qui existent, tant au niveau de la composition sociologique de la clientèle que des modes de comportement à l'égard des soins médicaux.

Il est d'avis que de telles disparités régionales et même sous-régionales existent, tant en Flandre qu'en Wallonie. Elles existent même à l'intérieur d'une même ville. Il faut dès lors veiller à ne pas appliquer des sanctions aveugles à l'égard des médecins surprescripteurs.

Le membre évoque enfin la problématique du remboursement des préparations magistrales, qui lui tient particulièrement à cœur. Il se réfère également à cet égard au Compendium des statistiques de la santé précité (tableaux statistiques des pages 98 et suivantes). Les chiffres cités dans cette étude montrent la relative modicité du coût, pour l'assurance-maladie, des préparations magistrales et M. Devolder en conclut à la nécessité de réévaluer le remboursement de ces préparations.

En conclusion, l'intervenant ne croit pas que ce projet de loi résoudra tous les problèmes de l'assurance-maladie. Le Ministre devra en effet lui-même

einde een doelmatig en rationeel gebruik van de beschikbare begrotingsmiddelen te waarborgen.

*
* *

De heer Santkin brengt in herinnering dat de wet van 9 augustus 1963 bepaalde dat de verhoudingen tussen de medewerkers en de gerechtigden op de verzekering bij overeenkomst zouden worden geregeld. De invoering van deze regeling bij wijze van overeenkomst werd toen als het belangrijkste aspect van de hervorming aangemerkt. Deze verwezenlijking was overigens mogelijk geworden door de totstandkoming van ware medische vakorganisaties.

Dertig jaar later kan objectief worden geconcludeerd dat de regeling relatief goed heeft gewerkt, dat ze heeft bijgedragen tot het evenwicht tussen de tarieven van de honoraria en de tarieven voor terugbetaling en dat ze zowel voor de medische hulpverleners als voor de verzekerden enige vastigheid inzake tarieven heeft meegebracht.

Deze regeling bij wijze van overeenkomsten had weliswaar niet tot hoofddoel de kosten van de ziekteverzekering te drukken.

Met dit wetsontwerp worden de aan het systeem van overeenkomsten ten grondslag liggende beginselen gehandhaafd, ook al is voorzien in de nodige mechanismen om sneller en strikter in te spelen op de budgettaire gevolgen van de overeenkomsten en akkoorden.

Het lid is het volkomen eens met het beginsel dat de dialoog en de consensus moeten worden bevorderd.

Rekening houdend met de onrustwekkende ontwikkeling van de uitgaven gedurende de afgelopen jaren, de ontwikkeling van de medische technieken, de doorgedreven specialisering van de medische hulpverleners en de steeds verder uiteenlopende belangen van deze laatste, kunnen terecht vragen worden gesteld bij de werkwijze en het belang van de artsenstand.

Leidt het verschil in bekommernissen van huisartsen en specialisten niet tot de wenselijkheid van verschillende overeenkomsten per categorie? Daarbij bestaat vanzelfsprekend het gevaar op versnippering van de onderhandelingen, maar daartegenover staat dat deze wellicht coherenter en sloter zullen verlopen.

Hoe kan evenwel worden nagegaan in welke mate de medische hulpverleners de bij akkoord vastgestelde verbintenissen, met name inzake de honoraria, naleven?

Heeft de in de achtereenvolgende akkoorden vastgestelde limiet nog zin, en is het nog langer verantwoord dat onverschillig welk aanvullend honorarium kan worden gevraagd van patiënten die bij opname in een ziekenhuis om persoonlijke redenen een eenpersoonskamer wensen?

prendre les mesures appropriées pour une utilisation efficiente et rationnelle des moyens budgétaires disponibles.

*
* *

M. Santkin rappelle que la loi du 9 août 1963 avait prescrit que les rapports entre les collaborateurs de l'assurance et les bénéficiaires de l'assurance seraient réglés par conventions. L'instauration de ce régime conventionnel était considérée à l'époque comme l'aspect le plus important de la réforme intervenue. Cette réalisation avait au demeurant été rendue possible par la constitution d'un véritable syndicalisme médical.

Si l'on fait le bilan, 30 ans plus tard, on doit objectivement constater que ce régime a relativement bien fonctionné, qu'il a été un facteur d'équilibre entre les tarifs d'honoraires et les tarifs de remboursement et qu'il a permis une certaine sécurité tarifaire tant pour les prestataires que pour les assurés.

Certes, ce régime conventionnel n'avait pas pour objectif fondamental de réduire les dépenses de l'assurance-maladie.

Le projet de loi maintient quant à lui les principes de ce régime conventionnel même s'il prévoit les mécanismes nécessaires pour suivre de façon plus immédiate et plus rigoureuse les conséquences budgétaires des conventions et des accords.

Le membre souscrit entièrement à cette optique qui consiste à privilégier le dialogue et le consensus.

Toutefois, face à l'évolution inquiétante des dépenses ces dernières années, compte tenu de l'évolution des techniques médicales, de la spécialisation accrue du corps médical et des divergences d'intérêt qui apparaissent de plus en plus au sein de celui-ci, il est légitime de s'interroger sur les règles de fonctionnement de celui-ci et sur l'intérêt qu'il présente encore pour les uns et pour les autres.

D'une part, vu les préoccupations différentes souvent exprimées par les médecins généralistes et par les spécialistes, ne serait-il pas indiqué de prévoir une convention distincte pour ces deux catégories de médecins? Ceci présente évidemment le risque d'une fragmentation de la négociation mais celle-ci serait peut-être plus cohérente et plus facile.

D'autre part, comment vérifie-t-on le respect par le corps médical des engagements prévus par l'accord, notamment en ce qui concerne le tarif des honoraires?

La limite de revenus prévue par les accords successifs a-t-elle encore un sens et est-il encore justifié de pouvoir demander n'importe quel supplément d'honoraires en cas d'hospitalisation en chambre particulière pour raisons de convenances personnelles.

Tot slot vraagt spreker zich af of het niet wenselijk is dat in het kader van dit hoofdzakelijk door werknemers- en werkgeversbijdragen gefinancierde stelsel van verplichte ziekteverzekering het aangaan van overeenkomsten wordt begunstigd. Zulks is mogelijk door te voorzien in een begunstigde terugbetalingsregeling voor patiënten die een beroep doen op een arts die de overeenkomst heeft onderschreven.

Een dergelijk idee werd in 1963 als een inbreuk op de keuzevrijheid van de patiënt opgemerkt. De vraag is evenwel of de patiënt momenteel werkelijk vrijelijk kan kiezen tot welke arts hij zich wendt, wanneer rekening wordt gehouden met de veralgemening van het systeem van extra-honoraria.

Vervolgens maakt spreker een aantal opmerkingen inzake de budgettaire problemen van de ziekteverzekering. De toekomstige Algemene Raad van het RIZIV zal ter zake een essentiële rol vervullen, en daarbij rekening houden met de moeilijke economische, demografische en sociale situatie.

Sinds ettelijke jaren worden naar aanleiding van de opeenvolgende begrotingen en programmawetten gerichte en soms structurele maatregelen besproken en goedgekeurd inzake alle sectoren van de ziekteverzekering, geneesmiddelen, klinische biologie, technische verrichtingen, rusthuizen, enzovoort. Men zit tegen de grens van het mogelijke en het haalbare aan, aangezien de uitgaven voor gezondheidszorg de jongste jaren met meer dan 11 % zijn toegenomen.

De heer Santkin weet vanzelfsprekend dat het ter tafel liggende ontwerp een aantal structurele maatregelen bevat die precies tot doel hebben die uitgaven in de hand te houden; toch is hij ervan overtuigd dat een ombuiging van die uitgaven op korte termijn uitgesloten is.

In afwachting dient een oplossing te worden gevonden voor het tekort van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Het probleem doet zich des te scherper voor daar men niet alle beschikbare middelen kan inzetten voor dat soort van verzekering. Andere sociale voorzieningen (pensioenen, werkloosheid, uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid) hebben met evenveel behoeften te kampen. Moet men dus elke ontwikkeling in die sectoren aftoppen ten voordele van de ziekteverzekering?

Twee oplossingen liggen voor de hand om die stijging voor geneeskundige verzorging tegen te gaan: een verhoging van de sociale-zekerheidsbijdragen of een inkrimping van de tegemoetkoming van de verzekering.

Volgens spreker kan een dergelijke keuze niet lang meer uit de weg worden gegaan. Daarom ware het aangewezen nu al te preciseren tot welk type van solidariteit men wil komen.

*
* *

Enfin, l'orateur se demande si dans le cadre de ce régime d'assurance obligatoire financé essentiellement par les cotisations des travailleurs et des employeurs, il ne serait pas indiqué de privilégier le conventionnement par l'instauration d'un remboursement préférentiel suivant que l'assuré s'adresse à un médecin conventionné ou non.

Une telle idée avait été considérée en 1963 comme une atteinte à la liberté de choix du médecin. Mais la question est de savoir si le patient a réellement cette liberté de choix à l'heure actuelle, compte tenu des suppléments d'honoraires qui se généralisent.

L'intervenant émet ensuite quelques considérations sur les problèmes budgétaires de l'assurance-maladie. Le futur conseil général de l'INAMI aura un rôle fondamental à jouer en la matière, et ce, compte tenu des circonstances économiques, démographiques et sociales difficiles.

Depuis plusieurs années, au fil des budgets et des lois-programmes successifs, des mesures ponctuelles et parfois même structurelles visant tous les secteurs de l'assurance-maladie, médicaments, biologie clinique, prestations techniques, maisons de repos, et cetera sont discutées et adoptées. La limite du possible et du réalisable est atteinte alors que l'évolution des dépenses en soins de santé dépasse ces dernières années les 11 %.

M. Santkin est certes conscient du fait que ce projet en discussion contient un ensemble de mesures structurelles visant précisément à maîtriser ces dépenses mais il n'en demeure pas moins convaincu que cette maîtrise ne se fera pas en un jour.

En attendant, il faudra faire face au déficit de l'assurance soins de santé. Le problème est d'autant plus aigu qu'on ne peut affecter tous les moyens disponibles à l'assurance soins de santé; les besoins sont tout aussi légitimes dans les autres régimes tels celui des pensions, du chômage, des indemnités d'incapacité de travail. Faut-il sacrifier toute évolution dans ces secteurs au profit de l'assurance-maladie?

Pour contrecarrer cet accroissement des dépenses en soins de santé, deux solutions sont envisageables: soit augmenter les cotisations de sécurité sociale, soit réduire l'intervention de l'assurance.

Selon l'intervenant, l'on devra bientôt procéder à un tel choix. Il est dès lors indiqué de préciser, dès à présent, dans quel type de solidarité il est souhaitable de s'inscrire.

*
* *

De heer Detienne onderstreept dat dit ontwerp tot hervorming wordt ingediend in een hachelijke budgettaire context, te wijten aan de impact van de overheidsschuld maar ook van politieke keuzes, met name de inachtneming van het door het Verdrag van Maastricht opgelegde Convergenceplan.

Bovendien heeft het wetsontwerp ook een politieke invalshoek, met name ideologisch geladen geschillen, zoals het separatisme dat de kop opsteekt of het feit dat men tersluiks de solidariteit tussen zieken en gezonden op de helling wil zetten.

De moeilijkheden worden veroorzaakt door de kloof tussen de aanzwellende uitgaven en een kwalitatief betere gezondheidszorg alsook door de mogelijkheden daarop een beroep te doen. Daarover behoort een ruimer debat te worden gevoerd en spreker wenst, in voorkomend geval, dat daartoe een werkgroep wordt opgericht.

Vervolgens schetst de heer Detienne de krachtlijnen van de hervorming.

Het ontwerp, dat de beheerstructuren van het RI-ZIV wijzigt, bevestigt opnieuw het beginsel van het overleg dat kenmerkend is voor onze sociale organisatie.

Spreker maakt evenwel voorbehoud bij de rol van de verzekeringsinstellingen in die structuren.

De ziekenfondsen verdedigen immers de belangen van de sociaal verzekerden, maar beheren tegelijk ziekenhuizen, apotheken en laboratoria, en de belangen van de verzekerde komen daardoor niet noodzakelijk op de eerste plaats.

Het lid vraagt zich bovendien af of iedere partner van de ziekteverzekering in voornoemde structuren wel op de juiste plaats zit en de passende rol vervult.

Hij constateert immers dat bepaalde vertegenwoordigers geen zitting hebben in sommige organen en dat anderen tegelijk rechter en partij zijn.

Vervolgens snijdt spreker het probleem van de verantwoordelijkheid van de verschillende partners van de ziekteverzekering aan.

1° Het financieel verantwoordelijk maken van de voorschrijvende artsen kan niet beperkt worden tot het gebied van de klinische biologie en de medische beeldvorming, en voorts moet de wijze van uitvoering nog nader worden bepaald.

Het probleem van het overdreven voorschrijfgedrag wordt door het ontwerp evenmin opgelost.

2. Het lid verheugt zich over het feit dat het mee verantwoordelijk maken van de verzekeringsinstellingen niet tot gevolg mag hebben dat de verzekerden uitsluitend op grond van hun lidmaatschap van een bepaald ziekenfonds een verschillende behandeling inzake sociale voorzieningen krijgen.

Tot slot merkt de heer Detienne op dat het ontwerp, dat de beslissings- en beoordelingsstructuren

M. Detienne souligne que ce projet de réforme est déposé dans un contexte budgétaire difficile, et ce, en raison de l'importance de la dette publique mais aussi des choix politiques, à savoir le respect du plan de convergence prévu par le traité de Maastricht.

D'autre part, ce projet de loi se situe également dans un contexte politique, caractérisé par certains tiraillements dans le domaine idéologique, comme les menaces de séparatisme ou la remise en question, insidieuse, de la solidarité entre malades et non malades.

Les problèmes se situent au niveau de la distorsion entre la croissance des dépenses et le progrès en termes de qualité des soins et de possibilités d'y accéder. Un débat plus large reste ouvert en la matière et l'intervenant souhaite, le cas échéant, la création d'un groupe de travail à cet égard.

M. Detienne décrit ensuite les lignes directrices de la loi réforme.

Le projet, qui modifie les structures de gestion de l'INAMI, réaffirme le principe de la concertation, caractéristique de notre organisation sociale.

L'orateur émet toutefois certaines réserves quant au rôle des organismes assureurs dans ces structures.

Les mutuelles, en effet, défendent les intérêts des assurés sociaux mais, dans le même temps, procèdent à la gestion d'hôpitaux, d'officines et de laboratoires, ce qui ne garantit pas nécessairement le fait que les intérêts des usagers soient pris en première considération.

En outre, le membre se demande si chaque acteur de l'assurance-maladie se situe, dans ces structures précitées, à une place adéquate et revêt le rôle qu'il convient.

Il constate en effet que certains représentants ne figurent pas dans certains organes et que d'autres, par contre, sont à la fois juges et parties.

L'intervenant aborde ensuite la problématique de la responsabilisation des divers acteurs de l'assurance-maladie.

1° La responsabilité financière des médecins prescripteurs, n'est pas limitée aux domaines de la biologie clinique et de l'imagerie médicale mais ses modalités d'application devront encore être précisées.

La question de la surprescription médicale n'est pas, elle non plus, entièrement résolue par le projet.

2. La responsabilité des organismes assureurs, quant à elle, ne peut avoir pour effet, ce dont le membre se rejouit, que les assurés soient traités différemment quant aux prestations sociales, uniquement en raison de leur affiliation auprès d'une mutuelle déterminée.

En conclusion, M. Detienne fait observer que ce projet, qui affine les structures de décision et d'éva-

van de ziekteverzekering vastlegt, op het gepaste ogenblik komt, maar dat de wijze van uitvoering nog uitgewerkt en nader bepaald moet worden. Het debat dat door deze hervorming op gang is gebracht, moet uitmonden in een grondige bespreking over alle beginselen die aan het beheer van de gezondheidszorg ten grondslag moeten liggen.

*
* *

De heer Collart onderstreept de recente zorgwekkende ontwikkeling van de uitgaven van het ziekteverzekeringstelsel. Er moeten niet alleen maatregelen worden genomen om inzonderheid de controlemechanismen op die uitgaven te versterken, maar ook de ziekteverzekering zelf moet grondig worden hervormd, zodat ze de komende uitdagingen aankan.

Een van de fundamentele beginselen van die hervorming is de verantwoordelijkheidszin die alle betrokken partners en meer bepaald de verzekeringsinstellingen broodnodig moet worden bijgebracht.

Spreeker wijst er in dat verband op dat niet alleen bepalingen worden ingevoegd krachtens welke de verzekeraars verantwoordelijk worden voor de administratiekosten. Het ontwerp voorziet ook in de teamstructuur die nodig is om de bepalingen van de wet van 9 augustus 1963 in verband met de verdeling van de middelen van de ziekteverzekering over de verschillende verzekeringsinstellingen en het afsluiten van rekeningen aan te passen.

Spreeker herinnert er ook aan dat de minister terecht heeft aangedrongen op het feit dat de verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen niets met schuld heeft te maken. De verzekeringsinstellingen blijven immers van het allergrootste belang voor ons sociale zekerheidsstelsel.

Hij moet tot zijn grote tevredenheid ook vaststellen dat rekening wordt gehouden met de verschillende lasten die de verzekeringsinstellingen moeten dragen. Daarbij wordt uitgegaan van objectieve criteria zoals gezondheidstoestand, leeftijd en sociaal economische positie van de leden. Er moet immers naar een verantwoorde solidariteit worden gestreefd. Daarom was het onaanvaardbaar geweest indien de nieuwe bepalingen er toe hadden geleid dat de sociaal verzekerden verschillend zouden worden behandeld, alleen maar omdat ze toevallig bij een ander ziekenfonds zijn aangesloten.

Spreeker merkt voorts op dat financiële verantwoordelijkheid alleen maar kan worden overwogen als voor de verzekeringsinstellingen de omstandigheden werden gecreëerd die hen in staat zouden stellen om hun verplichtingen na te komen. In dat verband bevat het voorliggende ontwerp een aantal doeltreffende maatregelen.

luation de l'assurance-maladie, vient certes à son heure mais que ses modalités de réalisation devront encore être définies et précisées. Par ailleurs, le débat, ouvert par cette réforme, devra trouver un prolongement dans une discussion plus fondamentale relative à l'ensemble des principes qui doivent présider à la gestion des soins de santé.

*
* *

M. Collart souligne le caractère préoccupant de l'évolution récente des dépenses dans le régime de l'assurance-maladie. En plus des mesures prises notamment pour renforcer les mécanisme de contrôle de ces dépenses, il était indiqué de mettre en œuvre une réforme plus profonde de l'assurance-maladie afin de lui permettre de relever les défis à venir.

Un des principes fondamentaux de cette réforme est l'indispensable responsabilisation de tous les partenaires concernés et plus particulièrement celle des organismes assureurs.

L'intervenant signale à cet égard qu'indépendamment des dispositions instaurant un mécanisme de responsabilité de ces organismes sur le plan des frais d'administration, d'autres mesures visent à créer le cadre nécessaire à l'adaptation des dispositions contenues dans la loi du 9 août 1963, relatives à la répartition des ressources de l'assurance entre les organismes assureurs et à la clôture des comptes.

L'orateur rappelle également que le Ministre a insisté, à juste titre, sur le fait que la responsabilisation des organismes assureurs ne signifiait pas leur culpabilisation. Ces organismes restent en effet essentiels dans notre système de sécurité sociale.

Il constate également avec satisfaction qu'il sera tenu compte des différences de charges supportées par les différents organismes assureurs en fonction de critères objectifs tels que l'état de santé, l'âge et la situation socio-économique des personnes affiliées. En effet, il était impératif d'entrer dans la logique de la solidarité responsable et il était inconcevable que les nouvelles dispositions aient pour effet que les assurés sociaux soient traités différemment en fonction uniquement de leur affiliation auprès de telle ou telle mutuelle.

L'intervenant fait par ailleurs observer que la responsabilité financière ne pouvait s'envisager que si les organismes assureurs étaient placés dans des conditions telles qu'ils soient en mesure de faire face à leurs obligations. A cet égard, le projet à l'examen prévoit des mesures efficaces.

Tot slot wijst het lid er nog op dat het hervormingsontwerp het vruchtbare resultaat is van veel hard werk in zowel de commissie als de plenaire vergadering van de Senaat. Tal van amendementen hebben de oorspronkelijke tekst waar nodig bijgestuurd.

*
* *

De heer Van Grembergen brengt in herinnering hoe groot het belang is van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Dat stelsel, dat een grote maatschappelijke keuze weerspiegelt, steunt op het solidariteitsbeginsel. Die solidariteit is volgens spreker veel meer dan een louter theoretisch beginsel. Niet alleen is zij noodzakelijk tussen zieken en gezonden, maar moet ook iemand met een vooral ruime financiële armslag solidair kunnen zijn met een ander die door welke sociale omstandigheden ook minder goed af is.

Daarmee doelt spreker op de welgestelden die naar verhouding een grotere solidariteit dan de overigen aan de dag moeten leggen. Zulks is mogelijk door middel van de invoering van hogere bijdragen of franchises.

Het door de heer Sleetckx genoemde individuele recht als tweede pijler van de sociale zekerheid is niet onbegrensd. Het is precies aan de door het lid omschreven solidariteit onderworpen.

Bovendien mag deze solidariteit niet in het gedrang komen door ongewenste of onrechtmatige praktijken, die in de volgende vijf categorieën kunnen worden ondergebracht : de welgestelde verzekerden, de fictieve patiënten, de verzekeringsinstellingen, de medische hulpverleners, de farmaceutische industrie en alle aanverwante sectoren (laboratoria, apotheken enzovoort).

Vervolgens behandelt spreker de federalisering van de ziekteverzekering. Hij stelt vast dat de schéef-trekkingen inzake voorschrijfgedrag en medische consumptie tussen Vlaanderen en Wallonië niet alleen het gevolg zijn van objectieve factoren, zoals het industriële verleden en de demografische structuur. Zij resulteren tevens uit subjectieve factoren, zoals bijvoorbeeld de verschillen in gedragspatroon.

Om die reden moeten uit deze verschillen de nodige conclusies worden getrokken, of moet voor het hele land in objectieve en eenvormige normen en in een eenvormige beoordeling en rechtspraak worden voorzien.

Ten slotte snijdt spreker het probleem van het grote aantal zorgverstrekkers aan.

Zijns inziens moet de federale regering in overleg met de gemeenschappen ter zake haar verantwoordelijkheid opnemen.

*
* *

En conclusion, le membre signale que le projet de réforme a fait l'objet d'un fructueux travail parlementaire tant en commission qu'en séance plénière du Sénat et que plusieurs amendements sont venus améliorer le texte initial.

*
* *

M. Van Grembergen rappelle le caractère primordial de l'assurance maladie invalidité. Ce système, qui est un reflet des grands choix de société, est fondé sur le principe de la solidarité. Cette solidarité ne constitue pas, selon l'intervenant, un principe purement théorique, elle doit en effet jouer, non seulement entre personnes biens-portantes et malades, mais également entre personnes disposant de moyens, notamment financiers, et celles qui sont moins fortunées, en raison de circonstances sociales diverses.

L'orateur entend par là que les personnes fortunées doivent, proportionnellement, faire preuve d'une plus grande solidarité que les autres; celle-ci pouvant se traduire sous forme de cotisations plus élevées ou de franchises.

Le droit individuel, invoqué par M. Sleetckx comme deuxième fondement de la sécurité sociale, n'est pas un droit illimité, il est assujéti, précisément, à cette solidarité telle que définie par l'intervenant.

En outre, cette solidarité ne doit pas être hypothéquée par des pratiques inappropriées ou abusives. De telles pratiques peuvent en effet exister au sein de cinq groupes précis à savoir : les assurés fortunés, les patients fictifs, les organismes assureurs, les prestataires de soins, l'industrie pharmaceutique et tous les secteurs connexes comme les laboratoires, officines et cetera.

L'orateur évoque ensuite la problématique de la fédéralisation de l'assurance-maladie. Il constate en effet des distorsions au niveau de la prescription et de la consommation médicales entre la Flandre et la Wallonie; distorsions dues non seulement à des facteurs objectifs, comme le passé industriel, la structure démographique, mais également à des facteurs subjectifs comme les modes de comportement.

Par conséquent, soit l'on tire les conclusions de ces comportements différenciés, soit l'on édicte des normes uniformes objectives pour l'ensemble du pays, avec unité d'appréciation et de jurisprudence.

L'intervenant fait enfin allusion au problème du nombre élevé de prestataires de soins.

Il est nécessaire, selon lui, que le gouvernement fédéral, en concertation avec les Communautés, prenne ses responsabilités en la matière.

*
* *

De heer Chevalier geeft vooraf toe in deze materie geen specialist te zijn, hetgeen anderzijds wel een onbevooroordeelde kijk op de zaak kan meebrengen.

Spreker is in de eerste plaats teleurgesteld, omdat zal blijken dat voorliggend wetsontwerp — dat misschien de « wet Moureaux » zal worden genoemd — niet van hetzelfde kaliber is als de zogenaamde « wet Leburton » uit 1963, die erdoor wordt gewijzigd. Deze wet zal de tand des tijds niet weerstaan, omdat met name een aantal elementen werden ingebouwd, die een herziening over enkele jaren noodzakelijk zullen maken.

Tijdens de tussenkomsten van vorige sprekers werden een aantal principes onderstreept, waarover een consensus lijkt te bestaan en die ook door de heer Chevalier worden onderschreven. Spreker vermeldt onder meer de solidariteit, de verwerping van een privatisering zoals in de VSA, het principe van de draagkracht en, meer algemeen, de noodzaak van een, zij het ordentelijke, verzekering tegen ziekte en invaliditeit. Daartegenover echter staat ook een grote mate van onenigheid, niet alleen tussen de verschillende sprekers in deze Commissie maar ook tussen wat bepaalde fracties hier verkondigen en wat ze op congressen verklaren. Zo stelt spreker binnen dezelfde fractie tegengestelde ideeën vast inzake selectiviteit. Daarnaast circuleren tegenstrijdige meningen in verband met het overaanbod van geneesheren. Wat de rol van de ziekenfondsen tenslotte betreft, stelt spreker vast dat de verschillende meerderheidspartijen buiten het Parlement wel al eens kritische geluiden durven laten horen, maar dat zij zich in deze Commissie doorgaans ontpoppen als volgzaame vertegenwoordigers en verdedigers van alle belangengroepen. Ook de discussie over de regionale onevenwichten blijkt het voorwerp van ernstige meningsverschillen binnen één fractie, naargelang de betrokkenen deel uitmaken van een regionale dan wel van de federale regering.

Gevolg van dit alles is dan ook dat alle belangengroepen aan bod komen in de diverse structuren die door het ontwerp worden gecreëerd : het lid vreest dan ook dat deze wet een maat voor niks zal worden.

Zijn fractie is ook ontgoocheld omdat de reële problemen van de ZIV niet worden aangepakt, met name de beheersing van de steeds stijgende kosten. In dit verband vraagt de heer Chevalier of de Minister en de Commissieleden er een idee van hebben welke kosten een gewone verkoudheid met zich meebrengt, zowel voor de gewone man zelf, als voor de ziekteverzekering.

De heer Chevalier herhaalt dat het essentiële probleem bestaat in de kosten van de ziekteverzekering : hoe lang nog en voor wie blijft dit stelsel betaalbaar? Hiertegenover stelt het wetsontwerp alleen nieuwe structuren, comités en raden. De aldus bekomen eindstructuur is nog logger dan de huidige, zodat men zich afvraagt wanneer uiteindelijk de ontworpen reglementering zal worden uitgevoerd.

M. Chevalier reconnaît tout d'abord qu'il n'est pas un spécialiste en la matière, ce qui lui permet toutefois de poser un regard objectif sur la question.

L'intervenant se déclare déçu, dans la mesure où le projet de loi à l'examen — que l'on appellera peut-être la « loi Moureaux » après son adoption — n'aura pas la même envergure que la loi dite « Leburton » de 1963, qu'il modifie. La loi en projet ne résistera pas à l'épreuve des temps, étant donné qu'elle comporte une série d'éléments qu'il faudra revoir d'ici quelques années.

Au cours des interventions précédentes, on a mis en exergue une série de principes, au sujet desquels un consensus paraît se dégager et auxquels *M. Chevalier* peut aussi souscrire. L'intervenant cite à cet égard la solidarité, le rejet d'une privatisation sur le modèle américain, le principe de la capacité contributive et, de manière générale, la nécessité d'une assurance contre la maladie et l'invalidité, gérée avec vigueur. Il existe par contre de nombreuses divergences de vue, non seulement entre les différents intervenants au sein de cette Commission mais aussi entre ce que certains groupes proclament dans cette enceinte et ce qu'ils déclarent à l'occasion de certains congrès. C'est ainsi que l'intervenant constate que des idées opposées existent au sein du même groupe en matière de sélectivité. Les avis sont également partagés en ce qui concerne le nombre trop élevé de médecins. Enfin, en ce qui concerne le rôle des mutualités, l'intervenant constate que si les différents partis de la majorité émettent parfois des critiques en dehors du Parlement, ils se révèlent être des représentants dociles et des défenseurs de ces groupes d'intérêts au sein de cette Commission. Il semble aussi y avoir de graves divergences de vue au sein d'un groupe au sujet des déséquilibres régionaux, entre les membres du Gouvernement régional et ceux du Gouvernement fédéral.

Il en résulte par conséquent que tous les groupements d'intérêts trouvent leur compte dans les diverses structures créées par le projet : le membre craint par conséquent que le projet à l'examen manque son objectif.

Son groupe déplore également que l'on ne cherche pas à résoudre les problèmes réels de l'assurance maladie-invalidité, entre autres la maîtrise des coûts qui sont en augmentation constante. *M. Chevalier* demande à ce propos si le Ministre et les membres de la commission ont une idée de ce que coûte un simple rhume, et ce, aussi bien au patient qu'à l'assurance maladie.

M. Chevalier répète que le nœud du problème est le coût de l'assurance maladie : pendant combien de temps et par qui le régime pourra-t-il encore être financé? Le projet de loi ne répond à cette question qu'en créant de nouvelles structures et de nouveaux comités et conseils, ce qui ne fait qu'alourdir encore les structures existantes, de sorte qu'on peut se demander quand la réglementation en projet sera exécutée.

De ingevoerde verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen is volgens onder meer de heer Goutry een goede zaak. Spreker stelt hiertegenover een artikel van journalist Guy Tegenbos in *De Standaard* van 31 december 1992. Deze laatste illustreert met voorbeelden dat deze notie vooral negatief wordt omschreven. De journalist concludeert dat de senatoren het antwoord schuldig bleven op de vraag waartoe deze financiële verantwoordelijkheid dan uiteindelijk nog kan of mag leiden. Luidens het ontwerp zelf mag dit alleszins niet ten laste van de sociaal verzekerden komen.

Vervolgens vraagt het lid, in verband met de Controledienst, die nog door de voorganger van de Minister werd opgericht, welke de concrete resultaten hiervan zijn : hoeveel dossiers werden tot nu toe onderzocht?

Ten slotte gaat spreker in op twee uitspraken van de heer Sleetckx. Deze laatste sprak van een « privatisering op zijn Amerikaans ». Over welk Amerika gaat het hier? Het gezondheidszorgensysteem verschilt namelijk van staat tot staat in de VS.

Bovendien vraagt de heer Chevalier wie zich eigenlijk zou hebben uitgesproken voor een privatisering. De heer Sleetckx verklaart zich ook voorstander van een zogenaamde « échelonnement » in de gezondheidszorg, waardoor de huisarts een hoofdrol krijgt toebedeeld. Welnu, de heer Chevalier heeft een amendement met deze strekking ingediend en nodigt de Commissieleden uit het mee te ondertekenen.

*
* *

Mevrouw Spaak stelt de vraag naar de parlementaire controle op dit wetsontwerp. Volgens haar is dit immers de les die men dient te trekken uit de wet van 9 augustus 1963 : ofwel is men er niet in geslaagd een gedegen, sluitende constructie op poten te zetten, ofwel heeft de toen ontworpen constructie niet de verhoopte resultaten opgeleverd. Zo leest spreker in het Senaatsverslag, dat de geplande registratie van de zorgenverstrekkers nooit werkelijkheid is geworden. Kan het Parlement hierin werkelijk geen rol spelen?

Spreekster voegt hieraan toe dat artikel 77 (personeelsleden van de Hulpkas) van het wetsontwerp beter uitgewerkt en meer substantieel had moeten zijn.

Zij sluit zich verder aan bij de opmerking van bepaalde leden dat het pluralisme door dit wetsontwerp in het gedrang wordt gebracht : de twee grote bonden worden teveel bevoordeeld. Spreekster betreurt eveneens dat de vertegenwoordigers van de geneesheren in de Algemene Raad slechts raadgevende bevoegdheid zullen hebben. Was de discussie hierover afgesloten of is nog een verbetering mogelijk?

Ten slotte is spreekster benieuwd de antwoorden van de Minister te vernemen inzake de financiële

La responsabilisation des mutualités est une bonne chose, notamment pour M. Goutry. L'intervenant évoque cependant un article de M. Guy Tegenbos, journaliste, qui a été publié dans le *Standaard* du 31 décembre 1992. Ce journaliste affirme, exemples à l'appui, que cette notion est définie essentiellement de manière négative et conclut que les sénateurs n'ont pas répondu à la question de savoir où peut mener cette responsabilité financière. Il ressort du projet même que l'assuré social ne peut en aucune façon être amené à en supporter la charge.

Le membre s'enquiert ensuite des résultats concrets obtenus par l'Office de contrôle, qui a été institué par le prédécesseur du Ministre : combien de dossiers a-t-on examiné jusqu'à présent?

L'intervenant se penche enfin sur deux déclarations de M. Sleetckx. Celui-ci a évoqué une « privatisation à l'américaine ». De quelle Amérique s'agit-il en l'occurrence? Le système des soins de santé est en effet différent dans chacun des Etats.

M. Chevalier demande par ailleurs qui se serait prononcé en faveur d'une privatisation. M. Sleetckx se dit partisan d'un « échelonnement » dans les soins de santé, en vertu duquel le médecin traitant se verrait attribuer le rôle principal. M. Chevalier a présenté un amendement dans ce sens et invite les membres de la Commission à le cosigner.

*
* *

Mme Spaak pose le problème du contrôle parlementaire sur la loi en projet. Elle estime qu'il faut tirer la leçon de la loi du 9 août 1963 : ou l'on n'est pas parvenu à élaborer une construction solide et efficace, ou la construction élaborée à l'époque n'a pas donné les résultats escomptés. L'intervenante souligne que l'on peut lire dans le rapport du Sénat que l'enregistrement des prestataires de soins n'a jamais été réalisé. Le Parlement n'a-t-il vraiment aucun rôle à jouer à ce niveau?

L'intervenante estime par ailleurs que l'article 77 du projet de loi à l'examen (agents de la Caisse auxiliaire) aurait dû être mieux conçu et plus substantiel.

Elle se rallie en outre à la remarque formulée par certains membres, selon laquelle le projet de loi à l'examen compromet le pluralisme : les deux unions principales sont trop avantagées. L'intervenante déplore également que les représentants des médecins ne siègeront au Conseil général qu'à titre consultatif. La discussion sur ce point est-elle close ou peut-on encore apporter des améliorations au système élaboré?

Enfin, l'intervenante aimerait connaître le point de vue du Ministre en ce qui concerne la responsabi-

verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen en inzake de solidariteit tussen personen.

*
* *

De heer Wymeersch beseft een open deur in te trappen door te verklaren dat de toename van de kosten van de ziekte- en invaliditeitsverzekering verontrustend is. Zijn fractie is bijgevolg voorstander van hervormingen voor zover de kwaliteit van de geneeskundige verzorging wordt gewaarborgd. Hij onderstreept dat een aantal misbruiken dienen te worden aangepakt. Zo dient de regeling derde betalende gereserveerd te worden voor minvermogende patiënten.

Daarnaast is er het uitblijven van een degelijke numerus clausus-regeling. In dit verband betreurt spreker de grote aantal buitenlandse, vooral Nederlandse, studenten. Verder zijn er de te hoge administratiekosten van de ziekenfondsen, zoals bleek uit de studie van het adviesbureau Andersen.

Er is inderdaad ook sprake van overconsumptie, zowel in het noorden als in het zuiden van het land, maar wel vooral in Wallonië. Dit dient onmiddellijk te worden rechtgetrokken, vooral inzake klinische biologie en inzake medische beeldvorming. Daartegenover staat dat ook de totale inkomsten van het stelsel moeten worden verhoogd. Ook hier zijn er trouwens regionale verschillen : spreker verwijst naar de Commissie voor de Vrijstelling, die veel vlotter een vrijstelling toekent aan een zelfstandige in Wallonië dan in Vlaanderen.

Spreker stelt vast dat er wel sprake is van een toename van de feitelijke macht van de zuilen : dit blijkt onder meer uit de samenstelling van de Algemene Raad. Zijn fractie zal hier het amendement n°7 van de heren Detienne en Geysels steunen.

Wat de zogenaamde responsabilisering betreft, stelt de heer Wymeersch vast dat de ettelijke miljarden voorschotten, die de ziekenfondsen nog verschuldigd zijn, blijkbaar in de doofpot verdwijnen.

De voorgestelde hervormingen zullen slechts effect kunnen sorteren na verscheidene jaren en zijn bovendien verwerpelijk voorzover mogelijk wordt gemaakt dat ziekenhuiskosten ten laste van de geneesheren worden gelegd.

Spreker besluit dat noch sprake is van een rechtvaardige participatie van alle partners in de beheersstructuren, noch van een rechtvaardige verdeling van inkomsten en uitgaven. Zijn fractie zal dan ook tegen stemmen.

*
* *

lité financière des mutualités et la solidarité entre les personnes.

*
* *

M. Wymeersch sait pertinemment qu'il ne fait qu'« enforcer une porte ouverte » en soulignant le caractère inquiétant de l'augmentation des coûts dans le secteur de l'assurance maladie-invalidité. Son groupe est dès lors partisan de réformes dans ce secteur, à condition toutefois que la qualité des soins médicaux soit garantie. Il souligne qu'il faut s'attaquer à certains abus et estime notamment que le régime du tiers-payant doit être réservé aux malades dépourvus de ressources.

Il souligne en outre l'absence d'un numerus clausus adéquat dans les facultés et déplore à cet égard que les universités belges accueillent encore un grand nombre d'étudiants étrangers, essentiellement hollandais. L'intervenant évoque ensuite le problème des frais d'administration des mutualités, qui, comme le montre l'étude de la firme d'audit Andersen, sont trop élevés.

S'il est vrai qu'il y a également surconsommation médicale tant dans le nord que dans le sud du pays, cette surconsommation se constate cependant surtout en Wallonie. Il faut remédier sans tarder à cette distorsion, surtout en matière de biologie clinique et d'imagerie médicale tout en augmentant par ailleurs parallèlement les recettes totales du régime. Dans ce domaine, on enregistre du reste également des différences régionales. L'intervenant fait observer à cet égard que la Commission des dispenses est beaucoup plus complaisante à l'égard des indépendants wallons qu'à l'égard de leurs collègues flamands.

L'intervenant constate que les dispositions en projet aboutissent au renforcement du pouvoir réel des grandes familles idéologiques. Cela apparaît notamment au niveau de la composition du Conseil général. C'est la raison pour laquelle son groupe apportera son soutien à l'amendement n° 7 de MM. Detienne et Geysels.

En ce qui concerne la responsabilisation, M. Wymeersch constate que les milliards dont les mutualités sont encore redevables ont manifestement été « enterrés ».

Les réformes proposées ne pourront avoir d'effets qu'après plusieurs années et sont en outre mauvaises dans la mesure où elles permettent de faire supporter les déficits des hôpitaux par les médecins.

L'intervenant souligne en guise de conclusion qu'il n'est question ni d'une participation équitable de tous les partenaires dans les structures de gestion, ni d'une répartition équitable des recettes et des dépenses. Son groupe votera dès lors contre le projet.

*
* *

verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen en inzake de solidariteit tussen personen.

*
* *

De heer Wymeersch beseft een open deur in te trappen door te verklaren dat de toename van de kosten van de ziekte- en invaliditeitsverzekering verontrustend is. Zijn fractie is bijgevolg voorstander van hervormingen voor zover de kwaliteit van de geneeskundige verzorging wordt gewaarborgd. Hij onderstreept dat een aantal misbruiken dienen te worden aangepakt. Zo dient de regeling derde betalende gereserveerd te worden voor minvermogene patiënten.

Daarnaast is er het uitblijven van een degelijke numerus clausus-regeling. In dit verband betreurt spreker de grote aantal buitenlandse, vooral Nederlandse, studenten. Verder zijn er de te hoge administratiekosten van de ziekenfondsen, zoals bleek uit de studie van het adviesbureau Andersen.

Er is inderdaad ook sprake van overconsumptie, zowel in het noorden als in het zuiden van het land, maar wel vooral in Wallonië. Dit dient onmiddellijk te worden rechtgetrokken, vooral inzake klinische biologie en inzake medische beeldvorming. Daartegenover staat dat ook de totale inkomsten van het stelsel moeten worden verhoogd. Ook hier zijn er trouwens regionale verschillen: spreker verwijst naar de Commissie voor de Vrijstelling, die veel vlotter een vrijstelling toekent aan een zelfstandige in Wallonië dan in Vlaanderen.

Spreker stelt vast dat er wel sprake is van een toename van de feitelijke macht van de zuilen: dit blijkt onder meer uit de samenstelling van de Algemene Raad. Zijn fractie zal hier het amendement n°7 van de heren Detienne en Geysels steunen.

Wat de zogenaamde responsabilisering betreft, stelt de heer Wymeersch vast dat de ettelijke miljarden voorschotten, die de ziekenfondsen nog verschuldigd zijn, blijkbaar in de doofpot verdwijnen.

De voorgestelde hervormingen zullen slechts effect kunnen sorteren na verscheidene jaren en zijn bovendien verwerpelijk voorzover mogelijk wordt gemaakt dat ziekenhuiskosten ten laste van de geneesheren worden gelegd.

Spreker besluit dat noch sprake is van een rechtvaardige participatie van alle partners in de beheersstructuren, noch van een rechtvaardige verdeling van inkomsten en uitgaven. Zijn fractie zal dan ook tegen stemmen.

*
* *

lité financière des mutualités et la solidarité entre les personnes.

*
* *

M. Wymeersch sait pertinemment qu'il ne fait qu'« enforcer une porte ouverte » en soulignant le caractère inquiétant de l'augmentation des coûts dans le secteur de l'assurance maladie-invalidité. Son groupe est dès lors partisan de réformes dans ce secteur, à condition toutefois que la qualité des soins médicaux soit garantie. Il souligne qu'il faut s'attaquer à certains abus et estime notamment que le régime du tiers-payant doit être réservé aux malades dépourvus de ressources.

Il souligne en outre l'absence d'un numerus clausus adéquat dans les facultés et déplore à cet égard que les universités belges accueillent encore un grand nombre d'étudiants étrangers, essentiellement hollandais. L'intervenant évoque ensuite le problème des frais d'administration des mutualités, qui, comme le montre l'étude de la firme d'audit Andersen, sont trop élevés.

S'il est vrai qu'il y a également surconsommation médicale tant dans le nord que dans le sud du pays, cette surconsommation se constate cependant surtout en Wallonie. Il faut remédier sans tarder à cette distorsion, surtout en matière de biologie clinique et d'imagerie médicale tout en augmentant par ailleurs parallèlement les recettes totales du régime. Dans ce domaine, on enregistre du reste également des différences régionales. L'intervenant fait observer à cet égard que la Commission des dispenses est beaucoup plus complaisante à l'égard des indépendants wallons qu'à l'égard de leurs collègues flamands.

L'intervenant constate que les dispositions en projet aboutissent au renforcement du pouvoir réel des grandes familles idéologiques. Cela apparaît notamment au niveau de la composition du Conseil général. C'est la raison pour laquelle son groupe apportera son soutien à l'amendement n° 7 de MM. Detienne et Geysels.

En ce qui concerne la responsabilisation, M. Wymeersch constate que les milliards dont les mutualités sont encore redevables ont manifestement été « enterrés ».

Les réformes proposées ne pourront avoir d'effets qu'après plusieurs années et sont en outre mauvaises dans la mesure où elles permettent de faire supporter les déficits des hôpitaux par les médecins.

L'intervenant souligne en guise de conclusion qu'il n'est question ni d'une participation équitable de tous les partenaires dans les structures de gestion, ni d'une répartition équitable des recettes et des dépenses. Son groupe votera dès lors contre le projet.

*
* *

Antwoorden van de Minister van Sociale Zaken

Vooraf verklaart de Minister zich verheugd over de constructieve discussie die heeft plaatsgevonden en waarin nagenoeg alle sprekers de nadruk hebben gelegd op de noodzaak aan solidariteit.

Hij benadrukt dat voorliggend wetsontwerp een hervorming inhoudt van de structuren van de ziekten en invaliditeitsverzekering en dus niet een aantal budgettaire maatregelen. Vele sprekers hebben nochtans terecht de nadruk gelegd op de financiële problemen van de ziekteverzekering.

Deze budgettaire imperatieven vormen trouwens de reden voor het feit dat de Minister in de Senaat om een snelle behandeling van het ontwerp heeft verzocht. Als dit ontwerp gestemd zal zijn, zullen de budgettaire problemen dus nog moeten worden aangepakt. De Minister kondigt aan dat hij op dit punt snel een aantal concrete voorstellen zal doen, zodat hij het verwijt zal kunnen wegnemen zich in de greep te vinden van machtige belangengroepen.

Betreffende de rol van de vertegenwoordigers van de Regering en de manier waarop ze worden aangesteld respectievelijk vervangen, antwoordt de Minister dat het niet gaat om regeringscommissarissen: de betrokkenen zullen volwaardig participeren aan de discussie. Bijgevolg is het ook wenselijk dat de vertegenwoordigers van de Regering in de Algemene Raad zich aanpassen aan eventuele wijzigingen in de politieke meerderheid, anders kan de Minister niet in vertrouwen werken.

Aangaande het voorzitterschap van de Algemene Raad, voorziet het ontwerp expliciet 2 mogelijkheden: ofwel een externe figuur ofwel één van de leden van de Raad. De Minister geeft de voorkeur aan de tweede mogelijkheid.

Vele spreker zijn, zoals in de Senaat, ingegaan op de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen. De Minister wenst hier vooraf te onderstrepen dat in voorliggend wetsontwerp een bepaling werd opgenomen die een beperkt systeem van verantwoordelijkheid voor hun beheerskosten instelt in hoofde van de verzekeringsinstellingen. Daarnaast dient men zich te realiseren dat de voorgestelde wijzigingen gebaseerd zijn op de ideeën die de laatste jaren circuleren en deels zelfs van het voormelde Andersen-rapport. Samen met bepaalde interveniënten geeft de Minister toe dat dit ontwerp niet zozeer een nieuw systeem creëert, dan wel een procedure om tot een nieuw systeem te komen; het risico bestaat hier inderdaad altijd dat men niet tot een volledige uitvoering komt.

Inzake onze tradities met betrekking tot ideologisch pluralisme, merkt de Minister op dat beide grote ziekenfondsen een ernstige inspanning zullen moeten leveren, zoniet zal de hervorming niet slagen. Indien met name het grootste ziekenfonds een monopolie nastreeft, dan zal dit resulteren in het einde van de verzekeringsinstellingen als zodanig.

Réponses du Ministre des Affaires sociales

Le Ministre se réjouit tout d'abord du débat constructif qui a eu lieu et au cours duquel pratiquement tous les intervenants ont souligné le besoin de solidarité.

Il souligne que le projet de loi à l'examen vise à réformer les structures de l'assurance maladie-invalidité et ne contient donc pas de mesures budgétaires. De nombreux intervenants ont néanmoins mis l'accent, à juste titre, sur les problèmes financiers de l'assurance-maladie.

Ces impératifs budgétaires sont d'ailleurs la raison pour laquelle le Ministre a demandé au Sénat d'examiner le projet dans les meilleurs délais. Une fois le projet voté, il faudra donc encore s'attaquer aux problèmes budgétaires. Le Ministre annonce qu'il fera rapidement de propositions concrètes en la matière, de sorte qu'on ne pourra plus lui reprocher d'être sous l'emprise de puissants groupes de pression.

En ce qui concerne le rôle des représentants du Gouvernement et la manière dont ils seront désignés ou remplacés, le Ministre répond qu'il ne s'agit pas de commissaires du Gouvernement: les intéressés seront étroitement associés aux discussions. Par conséquent, il est souhaitable que les représentants du Gouvernement au sein du Conseil général tiennent compte des modifications qui interviendraient au sein de la majorité politique, sans quoi le Ministre ne pourra travailler en confiance.

En ce qui concerne la présidence du Conseil général, le projet prévoit explicitement deux possibilités: soit une personnalité extérieure, soit un des membres du Conseil. Le Ministre donne sa préférence à la deuxième possibilité.

Tout comme au Sénat, de nombreux intervenants se sont penchés sur la question de la responsabilisation des organismes assureurs. Le Ministre tient d'abord à souligner que le projet de loi à l'examen contient une disposition qui instaure un système de responsabilité limitée dans le chef des organismes assureurs, au niveau de leurs frais de gestion. Il fait par ailleurs observer que les modifications proposées s'inspirent des idées qui ont cours depuis un certain nombre d'années et même en partie du rapport Andersen précité. A l'instar de certains intervenants, le Ministre reconnaît que ce projet ne crée pas tant un nouveau système qu'une procédure débouchant sur un nouveau système. Ce projet risque en effet de ne pas être mis totalement en œuvre.

En ce qui concerne nos traditions en matière de pluralisme idéologique, le Ministre fait observer que les deux grandes mutualités devront consentir un effort important, sans quoi la réforme n'aboutira pas. Si la principale mutualité cherche à s'assurer un monopole, ce sera la fin des organismes assureurs en tant que tels.

Ter attentie van Mevrouw Spaak antwoordt de Minister in dit verband dat er geen sprake is van het uitsluiten van andere dan de 2 grote ziekenfondsen : anderzijds kan men uiteraard niet naast de huidige machtsverhoudingen in deze sector kijken. In deze context bestaat trouwens het gevaar dat de link wordt gelegd tussen het debat over ideologisch pluralisme en dat over de regionale distorsies : een oplossing dient dus ernstig te worden nagestreefd.

Ten slotte antwoordt de Minister dat ideaal zou zijn dat specialisten in de materie zouden zetelen, die veel dossierkennis hebben, maar tegelijk onafhankelijk zijn. Hij realiseert zich dat deze combinatie uiteraard zeldzaam is.

De responsabilisering van de andere actoren in het stelsel is niet minder wenselijk. Het is inderdaad nodig in te gaan op de responsabilisering van de patiënt, maar dit houdt een aantal risico's in. Wat daarnaast het voorschrijfgedrag van de zorgenverstrekker aangaat, heeft het RIZIV een aantal artsen aangeschreven die zich in de hoogste klasse bevinden wat betreft het aantal voorschriften, meer bepaald inzake klinische biologie. Welnu dit voorstel is niet afkomstig van de Minister of zijn medewerkers, maar uit de onderhandelingen tussen de syndicale artsenkamers en de ziekenfondsen. De Minister heeft zich hiermee akkoord verklaard voor zover aan dit principe een wettelijke basis werd gegeven : op basis van de huidige wetgeving leek een dergelijke maatregel al te delicaat.

Deze percentages in verband met « over »-voorschrijvingsgedrag werden berekend aan de hand van gegevens over het aantal raadplegingen en over het aantal voorschriften met betrekking tot verstrekkingen inzake klinische biologie. Er is wel een zekere mate van soepelheid noodzakelijk bij de toepassing en de interpretatie.

Zo kunnen bepaalde geneesheren vanwege hun specialiteit of hun cliënteel, meer voorschriften in de klinische biologie hebben dan andere. Dit dient uiteraard te worden ingecalculeerd. Daarnaast is bijvoorbeeld ook regelmatig sprake van betaalde raadplegingen door dezelfde patiënt van verschillende geneesheren voor hetzelfde probleem. Dit stelt uiteraard ook het probleem van de individuele medische dossiers.

De Minister besluit dat de responsabilisering van de geneesheren het debat in elk geval zal aanzwengelen.

Inzake de zogenaamde « échelonnement » van de gezondheidszorgen verklaart de Minister zich ten volle voorstander van de herwaardering van de huisarts. Hij verwijst in dit verband naar zijn voorstellen voor de honoraria 1993 en ook naar wat hij reeds in de Senaat heeft voorgesteld : een gedifferentieerde terugbetaling naargelang al dan niet een specialist werd geraadpleegd. Ter attentie van de heer Chevalier wijst de Minister erop dat dit reeds mogelijk is op basis van de huidige wetgeving : er dient hiervoor geen nieuwe wettelijke basis te worden gecreëerd,

Répondant à Mme Spaak, le Ministre précise qu'il n'est pas question d'exclure d'autres mutualités que les deux grandes mutualités; il faut néanmoins tenir compte des rapports de force actuels dans ce secteur. Dans le contexte actuel, un lien risque d'ailleurs d'être établi entre le débat sur le pluralisme idéologique et celui sur les distorsions régionales : il faut donc s'atteler à trouver une solution.

Le Ministre déclare enfin que l'idéal serait que des spécialistes en la matière, qui ont une grande expérience tout en étant indépendants, puissent siéger dans cet organe, mais il reconnaît qu'il est très difficile de trouver des personnes répondant à ces deux critères.

La responsabilisation des autres acteurs du système n'est pas moins souhaitable. Il faut en effet responsabiliser le patient, mais cela implique certains risques. En ce qui concerne par ailleurs les habitudes de prescription des prestataires de soins, l'INAMI a adressé une lettre à certains médecins en raison du nombre élevé de leurs prescriptions, spécialement dans le domaine de la biologie clinique. Or, cette proposition n'émane pas du Ministre ou de ses collaborateurs : elle est le fruit des négociations entre les chambres syndicales de médecins et les mutualités. Le Ministre a marqué son accord sur ce principe, à condition qu'on lui confère un fondement légal : une telle mesure s'avérerait trop délicate dans l'état actuel de la législation.

Les pourcentages de « surprescription » ont été calculés sur la base des données relatives au nombre de consultations et au nombre de prescriptions de biologie clinique. Il convient cependant de faire preuve d'une certaine souplesse dans l'application et l'interprétation de celles-ci.

Ainsi, en fonction de leur spécialité ou de leur type de clientèle, certains médecins seront amenés à prescrire plus d'exams de biologie clinique que d'autres. Il va de soi qu'il faut tenir compte de ces éléments. Par ailleurs, il 'est pas rare, par exemple, que le même patient consulte différents praticiens pour le même problème de santé. Cela pose également le problème du dossier médical individuel.

Le Ministre conclut en faisant observer que la responsabilisation des praticiens lancera en tout cas le débat.

Quant à ce qu'il est convenu d'appeler l'« échelonnement » des soins de santé, le Ministre précise qu'il est un fervent partisan de la revalorisation du rôle du médecin généraliste. Il renvoie à cet égard à ses propositions en matière d'honoraires pour 1993 et rappelle qu'il a déjà proposé au Sénat l'instauration d'un remboursement différencié selon que le patient consulte ou non un spécialiste. En réponse à l'observation de M. Chevalier, le Ministre fait observer que la législation actuelle permet déjà l'instauration d'un tel système et qu'aucune nouvelle base

zodat diens amendement n° 5 (Stuk n° 847/2) overbodig is.

Inzake de tegenstellingen tussen noord en zuid verklaart de Minister dat het hem ernst is met zijn pogingen om opnieuw tot een betere coherentie te komen ten behoeve van alle burgers van dit land. Het is geen toeval dat de Algemene raad ook tot taak zal hebben om zich over die kwestie te buigen en zich over eventuele ongerechtvaardigde distorsies zal moeten uitspreken. Daarnaast kan aan die raad worden gevraagd voorstellen te formuleren als die nog nodig zouden zijn om die grove onbillijkheid uit de wereld te helpen. De Minister meent evenwel dat in dat dossier duidelijkheid vereist is. Als men het heeft over verschillen en over de politieke wil om daar een einde aan te maken, is hij uit de aard der zaak niet alleen solidair met het regeerakkoord maar er tevens van overtuigd dat orde op zaken moet worden gesteld. Zelf is hij daar al enkele maanden actief mee bezig en hij wil daarmee voortgaan als blijkt dat men te goeder trouw is. Heeft de discussie evenwel betrekking op de respectieve inkomstenverschillen, dan ziet de Minister zich evenwel verplicht om af te haken, want dan gaat het over iets helemaal anders. In dat geval worden immers solidariteitsfactoren, waarover in dit land mettertijd een zekere consensus ontstaan is, opnieuw ter discussie gesteld. Het ligt voor de hand dat de Minister dan de mogelijkheid heeft zijn standpunt te herzien. Met betrekking tot de klinische ziekenhuisbiologie liggen er voorstellen klaar die dat dossier moeten afsluiten en verder gaan dan die van het beheerscomité. De Minister wenst niettemin dat men aan beide kanten blijkt geeft van goede trouw.

*
* *

De heer Van Grembergen verklaart dat zijn fractie bereid is een gunstige instelling aan te nemen ten opzichte van deze verklaringen van de Minister en dat zij bijgevolg het Sint-Michielsakkoord over de staatshervorming zal stemmen.

In geen geval echter mag zich een herhaling voordoen, wat de sociale zekerheid betreft, van datgene wat zich sinds 1991 heeft voorgedaan voor de wapen-exportdossiers, met name een sluipende de facto-federalisering op het terrein. Dit is voor spreker totaal onaanvaardbaar.

Indien de Minister verklaart dat de politieke wil bestaat om ongerechtvaardigde verschillen weg te werken, dan zijn er ter zake beslissingen nodig en niet alleen intentieverklaringen.

*
* *

De Minister antwoordt dat met de desbetreffende toepassing van het regeerakkoord reeds vóór de Sint-Michielsakkoorden een aanvang werd gemaakt. In

legale n'est requise pour sa mise en œuvre, de sorte que l'amendement n° 5 (Doc. n° 847/2) de l'orateur précité est superflu.

En ce qui concerne les problèmes Nord-Sud, le Ministre déclare qu'il y a de sa part une volonté de retrouver une meilleure cohérence pour l'ensemble des citoyens de ce pays. Ce n'est pas par hasard si on donne au Conseil général aussi un rôle de réflexion sur ce problème et qu'on lui fait évaluer d'éventuelles distorsions injustifiées. Et si on lui demande de faire, le cas échéant, les propositions qui seraient encore nécessaires pour lever cet iniquité. Mais le Ministre croit qu'il faut être clair dans ce dossier. Quand on parle de différences et d'une volonté politique d'y mettre fin, il est non seulement solidaire par définition de l'accord de Gouvernement mais il est tout à fait convaincu qu'il faut y mettre fin. Et personnellement, depuis quelques mois, il a déjà en cette matière posé des actes et il est prêt à continuer à le faire si la bonne foi existe de toute façon. Mais si le débat porte sur la différence de revenus des uns et des autres, là le Ministre se déclare désolé. Là on est devant toute autre chose. On est alors devant une remise en cause d'éléments de solidarité sur lesquels s'est construit un certain consensus dans ce pays et il est évident qu'à ce moment-là, le Ministre a la possibilité de revoir sa position. Il y a des propositions en biologie clinique hospitalière qui sont prêtes et qui doivent clôturer ce dossier et qui vont plus loin que ce que le comité de gestion proposait. Mais le Ministre souhaite que la bonne foi existe des deux côtés.

*
* *

M. Van Grembergen déclare que son groupe est disposé à adopter une attitude favorable à l'égard de ces déclarations du Ministre et qu'il votera par conséquent l'accord de la Saint-Michel sur la réforme de l'Etat.

Il est cependant hors de question que ce qui se pratique depuis 1991 en matière d'exportations d'armes, c'est-à-dire une fédéralisation sournoise se reproduise dans le domaine de la sécurité sociale. L'intervenant estime que ce serait totalement inadmissible.

Si, comme le Ministre l'affirme, la volonté politique de faire disparaître des disparités injustifiées existe, l'on ne peut se contenter de faire des déclarations d'intention, il faut prendre des décisions.

*
* *

Le Ministre répond que la mise en œuvre de l'accord de Gouvernement en cette matière a commencé avant les accords de la Saint-Michel. Il considère

verband met de rusthuizen meent hij de passende en logische maatregelen te hebben genomen. Men zou zelfs de indruk kunnen hebben dat hij het noorden des lands heeft willen bevoordelen, maar dat is helemaal niet zo want het was hem alleen om meer objectieve maatregelen op het gebied van het gezondheidsbeleid te doen.

De klinische ziekenhuisbiologie is een dossier waaraan al een tijd lang gesleuteld wordt; de getroffen regeling is billijk en de Minister zou niet de indruk willen wekken dat het om een koehandel gaat. Zolang er een klimaat van vertrouwen heerst, zal hij op dezelfde weg verder gaan.

In zijn antwoord aan de heer Chevalier bevestigt de Minister dat de uitvoeringsbesluiten zo snel mogelijk zullen worden genomen om te beletten dat de wet dode letter zou blijven.

Ter attentie van de heer Vandendriessche, die vreesde dat de sociale partners in de structuur van de Algemene Raad wellicht zwaar kunnen doorwegen, wijst de Minister erop dat het Verzekeringscomité, dat eveneens essentiële bevoegdheden heeft, juist een omgekeerde structuur heeft, waarin de sociale partners slechts een raadgevende stem hebben. Men beseft eveneens dat het wetsontwerp louter een structuur creëert : veel zal afhangen van de personen die de vakbonden en werkgeversorganisaties naar deze organen sturen en van de voorstellen die deze personen zullen doen.

Ter attentie van de heer Devolder antwoordt de Minister dat voorliggend wetsontwerp niets wijzigt aan de bestaande regelingen in verband met de bescherming van de privacy.

De heer Santkin stelde voor een onderscheid te maken in de terugbetalingstarieven naargelang het gaat om een specialist dan wel een huisarts en naargelang betrokkene al of niet geconventioneerd is. De Minister antwoordt dat hij hierover binnenkort op zijn kabinet een gesprek heeft met alle betrokkenen.

Een aantal leden, onder meer de heer Detienne, hechtten hun goedkeuring aan de in het wetsontwerp opgenomen principes inzake de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen. De Minister geeft toe dat de rol van deze laatste ondanks alles zeer aanzienlijk zal blijven. Men mag zich als politicus niet te veel illusies maken : deze sector wordt beheerst door zeer machtige belangengroepen. Voorliggend schema is uiteraard niet het theoretisch ideale schema, maar het meest realistische, dat de Minister dan ook ten volle blijft verdedigen.

Inzake de budgettaire problemen, antwoordt de Minister dat het debat over selectiviteit onvermijdelijk is geworden.

Ter attentie van Mevrouw Spaak antwoordt de Minister dat de parlementaire controle op het hele stelsel door dit ontwerp in niets wordt gewijzigd of verminderd. Sommige verslagen (onder meer van het Algemeen Comité van het RIZIV) over de uitvoering van de begroting zullen zijn inziens aan het Parlement moeten worden meegedeeld.

qu'il a pris des mesures adéquates et logiques en ce qui concerne les maisons de repos. Il déclare qu'on pourrait même avoir l'impression qu'il ait voulu favoriser le Nord du pays. Mais c'était son but de prendre des mesures plus objectives dans une politique de santé.

La biologie clinique hospitalière est un dossier en préparation depuis un certain temps et il s'agit d'une mesure équitable mais le Ministre ne voudrait pas que l'on ait l'impression qu'il s'agit de marchandage. Il continuera à avancer dans la mesure où il y a une atmosphère de confiance.

Répondant à M. Chevalier, le Ministre confirme que les arrêtés d'exécution seront pris le plus rapidement possible afin d'éviter que la loi ne demeure lettre morte.

A l'intention de M. Vandendriessche, qui craint que les partenaires sociaux ne pèsent d'un trop grand poids dans la structure du Conseil général, le Ministre fait observer que le Comité de l'assurance, dont les compétences sont également essentielles, est doté d'une structure exactement inverse, dans laquelle les partenaires sociaux n'ont qu'une voix consultative. Il convient également de noter que le projet de loi se borne à créer une structure : beaucoup dépendra des personnes que les syndicats et les organisations patronales désigneront pour siéger dans ces organes et des propositions qu'elles feront.

Répondant à M. Devolder, le Ministre souligne que le projet de loi à l'examen ne modifie en rien la législation relative à la protection de la vie privée.

A M. Santkin, qui a proposé d'appliquer des tarifs de remboursement différents selon qu'il s'agit d'un spécialiste ou d'un généraliste et selon que l'intéressé est conventionné ou non, le Ministre répond qu'une discussion à ce sujet doit avoir lieu bientôt à son cabinet avec tous les intéressés.

Plusieurs membres, dont M. Detienne, ont témoigné leur adhésion aux principes que le projet de loi établit concernant la responsabilisation des organismes assureurs. Le Ministre reconnaît que le rôle de ces derniers restera, malgré tout, très important. En tant qu'homme politique, on ne doit pas se faire trop d'illusions : ce secteur est sous l'emprise de puissants groupes de pression. Le schéma proposé ne constitue évidemment pas le schéma théorique idéal mais le schéma le plus réaliste, que le Ministre continue dès lors de soutenir sans réserve.

En ce qui concerne les problèmes budgétaires, le Ministre répond que le débat sur la sélectivité est devenu inévitable.

Répondant à Mme Spaak, le Ministre précise que le projet à l'examen ne modifie ni ne réduit en rien le contrôle qu'exerce le Parlement sur l'ensemble du système. Il estime que certains rapports (notamment ceux du Comité général de l'INAMI) sur l'exécution du budget devront être soumis au Parlement.

Samen met het lid betreurt hij dat bepaalde delen van de wet van 9 augustus 1963 niet werden uitgevoerd : dit is inderdaad een nederlaag voor de democratie. Dit mag dan ook zo weinig mogelijk gebeuren.

Wat de toegang tot het medisch beroep betreft, is de Minister een overtuigd voorstander van de numerus clausus en hij heeft hiervan ook de Regering kunnen overtuigen. Hij heeft dan ook aan de Gemeenschappen gevraagd om vanaf volgend academisch jaar (1993-1994) maatregelen te treffen.

Wat de rol van de geneesheren in het stelsel in het algemeen betreft, stelt de Minister vast — op basis van veelvuldige contacten — dat een buitengewone verwarring en ongerustheid schijnt te heersen in het corps.

Zo blijkt bijvoorbeeld dat diegenen die aankondigen de voorgelegde conventie niet te zullen tekenen, dit doen op basis van zeer uiteenlopende soms zelfs contradictorische motieven. Dit geldt ook voor de standpunten ingenomen ten opzichte van voorliggende hervorming, onder meer wat betreft de aanwezigheid, met raadgevende stem, van de geneesheren in bepaalde organen.

*
* *

Replieken

De heer Devolder stelt vast dat het werk van de tarificatiediensten van de apothekers een, zij het onrechtstreeks, verband heeft met artikel 79 van dat wetsontwerp, dat handelt over de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen. Welnu, deze tarificatiediensten werken tegen een kostprijs die 1 à 1,5 % bedraagt van de totale kostprijs van de aan de apothekers terugbetaalde geneesmiddelen. Indien dit laatste totaal 45 miljard frank bedraagt en in de hypothese van 1 %, dan rekenen de tarificatiediensten 450 miljoen frank aan aan de aangesloten apothekers.

Daartegenover staat de zogenaamde responsabilisering van de ziekenfondsen. Welnu, in de beleidsnota van de Minister van Sociale Zaken (Stuk, 646/1, blz. 14) kondigt men een verhoging van de administratiekosten van de ziekenfondsen aan van niet minder dan 1 miljard (weliswaar uit te betalen in 2 schijven).

De heer Goutry herhaalt zijn vragen in verband met de preventie : kan de Minister hierover documentatiemateriaal ter beschikking stellen? Kan hierover in de toekomst een zinvol en ernstig debat worden gehouden?

Ter attentie van de heer Devolder merkt hij op alle respect te hebben voor de tarificatiediensten van de farmaceutische sector, maar hij betreurt de door de heer Devolder steeds opnieuw gemaakte vergelijking, die helemaal niet opgaat omdat beide instellingen totaal niets met elkaar te maken hebben en dus

A l'instar du membre, il déplore que certaines parties de la loi du 9 août 1963 n'aient pas été exécutées : il s'agit en effet d'une défaite de la démocratie. Il faut dès lors éviter que cela se reproduise.

En ce qui concerne (l'accès à) la profession médicale, le Ministre est un partisan convaincu du numerus clausus et il a réussi à convaincre le Gouvernement de la nécessité de son application. Il a dès lors demandé aux Communautés de prendre des mesures en ce sens à partir de la prochaine année académique (1993-1994).

En ce qui concerne le rôle des médecins dans le système en général, le Ministre a pu constater, au cours de ses nombreux contacts, que la confusion et l'inquiétude semblent régner au sein du corps médical.

Il s'avère, par exemple, que le refus de certains de signer la convention se fonde sur des motifs très divergents, voire contradictoires. Il en va de même pour les points de vue exprimés à propos de la réforme à l'examen, notamment en ce qui concerne la présence, avec voix consultative, de médecins dans certains organes.

*
* *

Répliques

M. Devolder constate que le travail des services de tarification des pharmaciens a un rapport indirect avec l'article 79 du projet de loi, qui traite des frais d'administration des organismes assureurs. Or, le coût facturé par les services de tarification représente 1 à 1,5 % du coût total des médicaments remboursés aux pharmaciens. Dans l'hypothèse où ce coût total s'élève à 45 milliards et où le coût de la tarification représente 1 % de ce coût total, les services de tarification facturent 450 millions aux pharmaciens affiliés.

On entend par ailleurs responsabiliser les mutualités. Or, dans la note de politique du Ministre des Affaires sociales (Doc. n° 646/1, p. 14), on annonce une augmentation des frais d'administration des mutualités à concurrence de 1 milliard (payable, il est vrai, en deux tranches).

M. Goutry réitère ses questions concernant la prévention. Le Ministre pourrait-il fournir de la documentation à ce sujet? Pourrait-on organiser un débat de fond à ce sujet?

S'adressant ensuite à M. Devolder, il fait observer que la mission des services de tarification du secteur pharmaceutique, pour lesquels il a le plus grand respect, n'est en rien comparable avec celle des mutualités et que cet exemple, souvent utilisé par ce membre, n'est donc guère pertinent. La mission des

niet te vergelijken zijn. De ziekenfondsen vervullen met name oneindig veel meer taken dan louter tarificaties.

De heer Sleetx drukt zijn voldoening uit over de duidelijke verklaring van de Minister dat ongerechtvaardigde regionale verschillen kordaat zullen worden rechtgetrokken. Vervolgens wenst hij te vernemen wat de intenties van de Minister zijn inzake preventieve geneeskunde, zelfs al beseft hij dat het hier om een Gemeenschapsbevoegdheid gaat.

Verder verklaarde de Minister dat een debat over selectiviteit onvermijdelijk wordt. Graag kreeg het lid een zeer duidelijke omschrijving van dit begrip: wordt hier bijvoorbeeld bedoeld een franchise inzake de kosten voor gezondheidszorgen?

Ten slotte apprecieert hij dat de Minister voorstander is van een numerus clausus voor de studenten geneeskunde en dat hierover reeds contact met de Gemeenschappen werd genomen. Hij stelt echter nadrukkelijk dat willekeur in deze moet worden gebannen.

Mevrouw Spaak stelt vast dat luidens de antwoorden van de Minister een bepaald aantal patiënten soms vrij snel en meerdere malen van arts veranderen. Hangt dit samen met leeftijd, sociale klasse, geslacht? Bestaan hier studies over?

De Minister antwoordt dat hierover bij zijn weten geen studies bestaat.

Bovendien is er een zeer grote terughoudendheid van de syndicale kamers ten aanzien van het bijhouden (en doorsturen) van een medisch dossier, hetgeen dergelijke studies uiteraard zeer moeilijk maakt. Meestal gaat het echter wel om zeer fragiele mensen, die cultureel zwak staan.

Verder bevestigt de Minister de uitspraak van *Mevrouw Spaak* dat de consumptie van gezondheidszorgen snel stijgt eens de pensioenleeftijd is bereikt. Hier zijn uiteraard ook sterke psychologische factoren (wegvallen dagelijkse routine, enzovoort) in het spel.

Aangaande de preventie, antwoordt de Minister aan de heer Goutry dat deze in de strikte zin van het woord inderdaad werd overgedragen aan de gemeenschappen. Toch lijkt het de Minister een goed idee hierover eens van gedachten te wisselen. In elk geval zullen eventuele cijfergegevens terzake, voor zover ze bestaan, aan het lid worden overgezonden.

De Minister besluit dat het in de praktijk onmogelijk is om exact te bepalen welk deel van de gezondheidsuitgaven naar preventie gaat en welk deel aan curatieve doeleinden wordt besteed.

mutualités va en effet bien au-delà de la simple tarification.

M. Sleetx se félicite que le ministre ait déclaré sans ambages qu'il était fermement décidé à mettre un terme aux différences régionales injustifiées. Il demande ensuite quelles sont les intentions du Ministre en matière de médecine préventive, bien qu'il n'ignore pas qu'il s'agisse d'une compétence communautaire.

Par ailleurs, le Ministre a déclaré que l'on ne pourrait éviter le débat sur la sélectivité. Le membre demande que cette notion soit définie très clairement: s'agit-il, par exemple, d'instaurer une franchise en matière de coût des soins de santé?

Enfin, l'intervenant se réjouit que le Ministre soit partisan d'instaurer un numerus clausus dans les facultés de médecine et qu'il ait déjà pris contact avec les Communautés à cet effet. L'intervenant insiste toutefois pour que toute forme d'arbitraire soit bannie dans ce domaine.

Mme Spaak constate que, dans ses réponses, le Ministre a laissé entendre qu'un certain nombre de patients changent très vite de médecin, et ce, de manière répétée. Ce comportement est-il lié à l'âge, à la classe sociale ou au sexe du patient? Existe-t-il des études sur ce phénomène?

Le Ministre répond qu'il n'existe, à sa connaissance, aucune étude sur le sujet.

En outre, les chambres syndicales se montrent très réticentes quant aux propositions de tenir (et de transmettre) un dossier médical, si bien qu'il est très difficile de réaliser de telles études. Tout ce que l'on peut dire, c'est que ces patients sont généralement des personnes fragiles de faible niveau culturel.

Par ailleurs, le Ministre confirme que, comme le faisait observer à juste titre *Mme Spaak*, la consommation en matière de soins de santé croît très vite dès que la personne a atteint l'âge de la retraite. Il est vrai que ce phénomène s'explique également en partie par l'influence de certains facteurs psychologiques profonds tels que la disparition de la routine quotidienne, et cetera.

Répondant à *M. Goutry*, le Ministre précise que la prévention, au sens strict du mot, a en effet été transférée aux Communautés. Le Ministre estime néanmoins qu'il serait bon que cette question fasse l'objet d'un échange de vues. Des chiffres, s'il en existe, seront en tout cas communiqués au membre.

Le Ministre conclut en déclarant qu'il est pratiquement impossible de déterminer avec exactitude quelle partie des dépenses en soins de santé est affectée à la prévention et quelle partie est affectée à des fins curatives.

ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING

Art. 1

De heer Chevalier en Devolder dienen een amendement n° 10 in, strekkende tot schrapping van artikel 1. Volgens de auteurs is er immers geen sprake van een ernstige en fundamentele hervorming van onze wetgeving op de ziekte- en invaliditeitsverzekering : het gaat enkel om louter technische aanpassingen en verfijningen aan de structuren van het RIZIV of aan de procedureregels.

De heer Chevalier voegt hieraan toe dat als men zich bejammert om een verschil in medisch consumptiegedrag tussen Vlaanderen en Wallonië, men dan ook vlug zal uitkomen bij substantiële subregionale verschillen terzake. In dit verband vraagt hij zich af of het in artikel 12, § 2, voorziene jaarlijkse rapport van de Algemene Raad geen dubbel gebruik maakt met de studieopdracht die Prof. Pieters (KUL) hierover zou hebben ontvangen.

De heer Sleenckx benadrukt dat de essentiële vraag in dit debat steeds gaat over welk bedrag naar voor wordt geschoven als niet-gerechtvaardigd verschil tussen Vlaanderen en Wallonië. Volgens Prof. Deleeck (UIA) gaat het hierbij over niet meer dan 3,5 miljard frank.

De heer Chevalier is van mening dat het zeer moeilijk, zonet onmogelijk is om hierover juiste cijfers op te stellen. Hij vermeldt bij wijze van voorbeeld het probleem van de grensarbeiders : aan welk Gewest moeten deze worden toegerekend?

De heer Devolder wijst erop dat de enige steekhoudende en haalbare benadering de uitgaven sector per sector bekijkt, zoals bijvoorbeeld is gebeurd voor de klinische biologie.

De heer Geysels stelt vast dat zowel de budgettaire gevolgen als het concept zelf (inkomsten, uitgaven, structuur) van de sociale zekerheid ter discussie staan. Dit debat is eigenlijk reeds geopend in de jaren zeventig, onder meer met het toonaangevend verslag van de heer Dillemans. Welnu, het lid stelt vast dat dit levensbelangrijke debat nu wordt gecompromitteerd door een communautair opbod. De sociale zekerheid is hiervoor echter te belangrijk. Spreker vreest dat de onwil en de onmogelijkheid om de problemen van de sociale zekerheid nationaal aan te pakken een perfect alibi zullen vormen voor een goedkoop communautair opbod en voor de eisen tot splitsing.

Het lid besluit dat hij de uitdaging wenst aan te gaan om de sociale zekerheid te hervormen. Bij gevolg verwerpt hij het amendement.

*
* *

DISCUSSION DES ARTICLES

Art. 1^{er}

MM. Chevalier et Devolder présentent un amendement (n° 10) tendant à supprimer l'article 1^{er}. Les auteurs estiment en effet que le projet n'introduit pas une réforme radicale et fondamentale de notre législation sur l'assurance maladie-invalidité : il ne fait qu'adapter et affiner les structures de l'INAMI ou les règles de procédure sur le plan technique.

M. Chevalier ajoute que si l'on se lamente déjà à propos d'une distorsion entre la Flandre et la Wallonie dans le domaine de la consommation médicale, on finira vite par dénoncer des distorsions importantes à l'intérieur des régions. Il demande à ce propos si le rapport annuel du Conseil général, qui est visé à l'article 12, § 2, ne fera pas double emploi avec l'étude que le professeur Pieters de la KUL aurait été chargé de réaliser à ce sujet.

M. Sleenckx souligne que la question essentielle dans ce débat tourne toujours autour du montant des transferts injustifiés entre la Flandre et la Wallonie. Selon le professeur Deleeck (UIA), ce montant ne serait pas supérieur à 3,5 milliards de francs.

M. Chevalier fait observer qu'il est très difficile, sinon impossible d'avancer des chiffres précis. Il cite à titre d'exemple le problème des travailleurs frontaliers : à quelle Région doivent-ils être imputés?

M. Devolder estime que la seule approche valable et possible consiste à analyser les dépenses secteur par secteur, comme cela a été fait par exemple pour la biologie clinique.

M. Geysels constate que ce sont les conséquences budgétaires mais aussi le concept même (recettes, dépenses, structure) de la sécurité sociale qui sont au centre du débat. Celui-ci s'est engagé en fait dès les années septante, notamment à la suite du rapport de M. Dillemans qui a d'emblée donné le ton. Or, le membre constate que ce débat vital est aujourd'hui compromis par une surenchère communautaire. La sécurité sociale est cependant trop importante pour être l'objet d'un marchandage. L'intervenant craint que la mauvaise volonté et l'impuissance à s'attaquer au niveau national aux problèmes de la sécurité sociale constituent un parfait alibi pour engager une surenchère communautaire bon marché et pour exiger la scission.

Le membre souligne en guise de conclusion qu'il souhaite relever le défi de réformer la sécurité sociale et qu'il ne votera dès lors pas l'amendement.

*
* *

Artikel 1 wordt aangenomen met 10 tegen 4 stemmen en 1 onthouding.

Art. 2

Artikel 2 geeft geen aanleiding tot opmerkingen en wordt aangenomen met 12 tegen 1 stem en 5 onthoudingen.

Art. 3

De heer Vandendriessche vraagt waarom het begrip « Algemene diensten », waarvan sprake in artikel 7 van onderhavig wetsontwerp, niet wordt opgenomen in deze lijst van definities.

De Minister antwoordt dat hiervoor geen specifieke reden kan worden opgegeven.

Artikel 3 wordt aangenomen met 12 tegen 1 stem en 5 onthoudingen.

Artt. 4 en 5

Deze artikelen geven geen aanleiding tot bespreking en worden aangenomen met 12 tegen 1 stem en 5 onthoudingen.

Art. 6

De heren Chevalier en Devolder dienen een amendement n° 11 in ertoe strekkend te preciseren dat in het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV elke verzekeringsinstelling recht heeft op minstens één vertegenwoordiger.

In de huidige formulering is het namelijk niet duidelijk hoeveel vertegenwoordigers van de ziekenfondsen zullen worden aangeduid. De indieners vrezen dat de meerderheid van de vertegenwoordigers zullen bestaan uit vertegenwoordigers van de christelijke en socialistische mutualiteit en dat de kleine mutualiteiten in de kou zullen blijven staan.

Het amendement n° 11 van de heren Chevalier en Devolder wordt verworpen met 12 tegen 4 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 6 wordt aangenomen met 11 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Artt. 7 tot 9

Deze artikelen geven geen aanleiding tot opmerkingen en worden aangenomen met 11 tegen 1 stem en 5 onthoudingen.

L'article 1^{er} est adopté par 10 voix contre 4 et une abstention.

Art. 2

Cet article ne fait l'objet d'aucune observation et est adopté par 12 voix contre une et 5 abstentions.

Art. 3

M. Vandendriessche demande pourquoi la notion de « Services généraux » dont il est question à l'article 7 du projet de loi à l'examen n'est pas reprise dans la liste des définitions.

Le Ministre répond qu'aucune raison spécifique ne le justifie.

L'article 3 est adopté par 12 voix contre une et 5 abstentions.

Art. 4 en 5

Ces articles ne donnent pas lieu à discussion et sont adoptés par 12 voix contre une et 5 abstentions.

Art. 6

MM. Chevalier et Devolder présentent un amendement (n° 11) visant à préciser que chaque organisme assureur a droit à au moins un représentant au sein du Comité général de gestion de l'INAMI.

La formulation actuelle n'est en effet pas très claire pour ce qui est du nombre de représentants des mutuelles à désigner. Les auteurs craignent que la majorité des représentants ne soient issus des mutualités chrétienne et socialiste et que les petites mutualités ne soient laissées pour compte.

L'amendement n° 11 de MM. Chevalier et Devolder est rejeté par 12 voix contre 4 et une abstention.

L'article 6 est adopté par 11 voix contre 4 et 2 abstentions.

Art. 7 à 9

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation et sont adoptés par 11 voix contre une et 5 abstentions.

Art. 10

Artikel 10 geeft geen aanleiding tot bespreking en wordt aangenomen met 14 stemmen en 3 onthoudingen.

Art. 11

In artikel 11 wordt de oprichting voorgesteld van een Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging die onder meer zal bestaan uit vijf leden die de Regering vertegenwoordigen, vijf leden die de werkgevers vertegenwoordigen, vijf leden die de werknemersorganisaties vertegenwoordigen, vijf leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen en acht leden die de zorgverstrekkers vertegenwoordigen.

De heer Draps dient een amendement n° 1 in ertoe strekkend te preciseren dat elke van de vijf landbonden in deze Algemene Raad moet vertegenwoordigd zijn. Het aantal leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen kan dan op vijf behouden blijven.

Volgens de auteur is dit noodzakelijk voor een objectieve en volledige vertegenwoordiging van alle ziekenfondsen. Het pluralisme moet gewaarborgd worden.

De Minister antwoordt dat hij voor wat de vertegenwoordiging van de verzekeringsinstellingen betreft, in contact zal treden met het Intermutualistisch College.

De heren Detienne en Geysels dienen een amendement n° 6 in ertoe strekkend de acht leden die de zorgverstrekkers vertegenwoordigen, in plaats van raadgevende stem, beslissende stem toe te kennen zoals voor de andere leden van de Algemene Raad.

Volgens de indieners moeten de zorgverstrekkers bij de algemene beslissingen betrokken worden. Zoniet zullen alle bronnen van spanning blijven bestaan bij de tenuitvoerlegging van de beslissingen van de Raad. Bovendien is deze uitsluiting van de zorgverstrekkers, die een hoofdrol spelen bij het uitbouwen van een algemeen gezondheidsbeleid, in tegenspraak met de filosofie van solidariteit die ten grondslag ligt aan de organisatie van het sociale zekerheidsstelsel.

Met dezelfde bedoeling zijn de ziekenfondsen vertegenwoordigd; het is dus niet logisch dat deze vertegenwoordiging niet in evenwicht wordt gebracht met die van de zorgverstrekkers.

*
* *

Amendement n° 1 van de heer Draps wordt verworpen met 12 tegen 5 stemmen en 1 onthouding.

Amendement n° 6 van de heren Detienne en Geysels wordt verworpen met 12 tegen 6 stemmen.

Artikel 11 wordt aangenomen met 12 tegen 6 stemmen.

Art. 10

Cet article ne donne lieu à aucune observation et est adopté par 14 voix et 3 abstentions.

Art. 11

L'article 11 prévoit la création d'un Conseil général de l'assurance-soins de santé, qui sera composé, notamment, de cinq membres représentant le Gouvernement, de cinq membres représentant les employeurs, de cinq membres représentant les organisations représentatives des travailleurs salariés, de cinq membres représentant les organismes assureurs et de huit membres représentant les prestataires de soins.

M. Draps présente un amendement (n° 1) tendant à préciser que chacune des cinq unions nationales doit être représentée au sein du Conseil général. Le nombre de membres représentant les organismes assureurs peut donc être maintenu à cinq.

L'auteur estime que cette précision est indispensable pour assurer une représentation à la fois objective et complète de l'ensemble des organisations mutualistes. Le pluralisme doit être garanti.

Le Ministre répond qu'il consultera le Collège intermutualiste à propos de la représentation des organismes assureurs.

MM. Detienne et Geysels présentent un amendement (n° 6) tendant à donner voix délibérative, au lieu de voix consultative, aux huit membres représentant les prestataires de soins, comme aux autres membres du Conseil général.

Les auteurs estiment que les prestataires de soins doivent être associés à la décision générale, faute de quoi toutes les sources de tension subsisteront lors de la mise en application des décisions du Conseil. De plus, cette non-association des prestataires de soins, auteurs principaux dans l'élaboration d'une politique générale de santé, est en contradiction avec la philosophie de solidarité inhérente à l'organisation du système de la sécurité sociale.

C'est bien dans cette même perspective que sont présents les représentants des mutualités. Il est donc illogique de ne pas équilibrer cette représentation avec les prestataires de soins.

*
* *

L'amendement n° 1 de M. Draps est rejeté par 12 voix contre 5 et une abstention.

L'amendement n° 6 de MM. Detienne et Geysels est rejeté par 12 voix contre 6.

L'article 11 est adopté par 12 voix contre 6.

Art. 12

In het voorgestelde artikel 12, § 2, wordt de Algemene Raad ermee belast jaarlijks een omslachtig rapport over de eenvormige toepassing van de wetgeving aan de Regering over te zenden.

De heren Chevalier en Devolder dienen een amendement n° 12 in ertoe strekkend deze bepaling als volgt aan te vullen :

« Bij de vaststelling van ongerechtvaardigde verschillen worden de voorstellen van de Algemene Raad tot wegwerking ervan door de Regering binnen de 6 maanden omgezet in een wetgevend initiatief. »

De heer Chevalier beklemtoont dat het onvoldoende is verslagen te maken over het bestaan van ongerechtvaardigde verschillen in de toepassing van de wetgeving in het land. De voorstellen tot wegwerking van deze verschillen moeten omgezet worden in concrete maatregelen die kunnen afgedwongen worden. Daarom wordt voorgesteld dat de Regering de voorstellen van de Algemene Raad in wetgeving zou omzetten.

De heer Vandendriessche wijst erop dat artikel 12, § 3, bepaalt dat voor de bevoegdheden met budgettaire weerslag, de voorstellen slechts worden goedgekeurd indien zij de meerderheid van de stemmen met beslissende stem halen, met inbegrip van de stemmen van alle leden die de Regering vertegenwoordigen. Een van de vertegenwoordigers van de Regering kan dus zijn veto stellen.

Krachtens het voorgestelde artikel 25^{quater}, § 2, (artikel 44 van het wetsontwerp) zal, wanneer de begrotingsdoelstelling niet wordt goedgekeurd, de Ministerraad, op voorstel van de Minister, het bedrag van de begrotingsdoelstelling vaststellen.

De heer Vandendriessche meent hieruit te mogen opmaken dat een vertegenwoordiger van de Regering een voorstel kan blokkeren en het hierdoor de Minister mogelijk kan maken zelf een voorstel te doen. Een Minister die niet ter goeder trouw is kan zulks suggereren aan zijn vertegenwoordiger en de Algemene Raad buiten spel zetten.

De Minister antwoordt dat de vertegenwoordigers van de Regering in dat geval over een collectieve stem beschikken. Het vetorecht moet door de vijf vertegenwoordigers worden uitgeoefend.

*
* *

Amendement n° 12 van de heren Chevalier en Devolder wordt verworpen met 12 tegen 5 stemmen.

Artikel 12 wordt aangenomen met 11 tegen 5 stemmen en 1 onthouding.

Art. 13

Dit artikel geeft geen aanleiding tot opmerkingen en wordt aangenomen met 13 tegen 1 stem en 2 onthoudingen.

Art. 12

L'article 12, § 2, proposé prévoit que le Conseil général transmet annuellement au Gouvernement un rapport circonstancié sur l'application uniforme de la législation dans tout le pays.

MM. Chevalier et Devolder présentent un amendement (n° 12) visant à compléter cette disposition comme suit :

« Les propositions du Conseil général visant à supprimer les distorsions injustifiées qui ont été constatées sont coulées dans les six mois, par le Gouvernement, dans une initiative législative. »

M. Chevalier souligne qu'il ne suffit pas de rédiger des rapports sur l'existence de distorsions injustifiées en ce qui concerne l'application de la législation dans notre pays. Les propositions visant à les supprimer doivent être traduites en mesures concrètes dont il faut pouvoir forcer le respect. Aussi est-il proposé que le Gouvernement coule les propositions du Conseil général dans des initiatives législatives.

M. Vandendriessche fait observer que l'article 12, § 3, prévoit que pour les compétences qui ont une incidence budgétaire, les propositions ne sont approuvées que lorsqu'elles obtiennent la majorité des voix des membres ayant voix délibérative, en ce compris les voix de tous les membres qui représentent le Gouvernement. Un des représentants du Gouvernement peut donc opposer son veto.

L'article 25^{quater} proposé, § 2 (article 44 du projet de loi) prévoit qu'en cas de non-approbation de l'objectif budgétaire, le Conseil des Ministres fixe le montant de cet objectif budgétaire sur proposition du Ministre.

M. Vandendriessche croit pouvoir en déduire qu'un des représentants du Gouvernement pourrait bloquer une proposition et permettre ainsi au Ministre de formuler lui-même une proposition. Un Ministre qui ne serait pas de bonne foi pourrait même suggérer à son représentant d'agir de la sorte afin de court-circuiter le Conseil général.

Le Ministre répond que dans ce cas, les représentants du Gouvernement disposent d'une voix collective. Le droit de veto doit être exercé collectivement par les cinq représentants.

*
* *

L'amendement n° 12 de MM. Chevalier et Devolder est rejeté par 12 voix contre 5.

L'article 12 est adopté par 11 voix contre 5 et une abstention.

Art. 13

Cet article ne donne lieu à aucune observation et est adopté par 13 voix contre une et 2 abstentions.

Art. 14

Artikel 14 heeft betrekking op de samenstelling van de Commissie voor begrotingscontrole en bepaalt onder meer dat alle leden stemgerechtigd zijn.

De heren Detienne en Geysels dienen een amendement n° 7 in ertoe strekkend de leden die de verzekeringsinstellingen en de zorgverstrekkers vertegenwoordigen slechts raadgevende stem toe te kennen.

Volgens *de heer Geysels* moet voor de geloofwaardigheid van de begrotingscontrole die met deze hervorming wordt beoogd en met het oog op een strenger beleid op dat vlak, de bevoegdheidsverdeling binnen die Commissie gewijzigd worden.

Aangezien de verzekeringsinstellingen en de zorgverleners zelf de gebruikers zijn van de te controleren begroting, moeten zij zelf worden gecontroleerd en mogen zij in die Commissie niet stemgerechtigd zijn. Alleen de geldschietters mogen voor die controle instaan.

De heer Vandendriessche stipt aan dat de Commissie voor begrotingscontrole onder meer samengesteld is uit de begrotings- en financieel adviseur voor zover hij is aangewezen door de Minister van Sociale Zaken en door de Minister van Begroting. Uit de woorden « voor zover hij is aangewezen » kan worden geconcludeerd dat deze aanduiding facultatief is. Is die interpretatie correct?

De Minister antwoordt dat die aanwijzing van dwingende aard is.

De heer Geysels begrijpt niet waarom de woorden « voor zover » in dit artikel worden ingevoegd.

De Minister wijst erop dat artikel 120bis in de wet van 9 augustus 1963 werd ingevoegd bij de wet van 29 december 1990. Dit artikel bepaalt dat de Minister van Sociale Zaken en de Minister van Begroting een begrotings- en financieel adviseur kunnen aanwijzen.

In 1990 werd die aanwijzing veeleer als een mogelijkheid maar niet als een verplichting beschouwd. Intussen is er een begrotings- en financieel adviseur aangesteld en bij het verstrijken van zijn mandaat zal er een nieuwe aanwijzing gebeuren. De facto heeft die aanwijzing een verplicht karakter gekregen.

In het voorgestelde artikel 12bis wordt de terminologie van het huidige artikel 120bis overgenomen. De Minister geeft toe dat men voor een meer dwingende formulering had kunnen opteren. Maar hiervoor zal aan de feitelijke toestand niets worden gewijzigd.

Amendement n° 7 van de heren Detienne en Geysels wordt verworpen met 16 tegen 2 stemmen.

Artikel 14 wordt aangenomen met 12 tegen 2 stemmen en 4 onthoudingen.

Art. 14

Cet article a trait à la composition de la Commission de contrôle budgétaire et prévoit notamment que tous les membres ont voix délibérative.

MM. Detienne et Geysels présentent un amendement n° 7 prévoyant que les membres représentant les organismes assureurs et les prestataires de soins ont seulement voix consultative.

M. Geysels estime que pour la crédibilité de l'objectif de maîtrise budgétaire, qui est primordial dans cette réforme, et, dans la perspective d'une rigueur accrue qui s'impose dans le contrôle budgétaire, il importe de modifier la répartition des pouvoirs au sein de cette commission.

Les organismes assureurs et les prestataires de soins étant les utilisateurs des budgets à contrôler, doivent donc faire l'objet du contrôle et il ne s'indique pas qu'ils gardent une voix délibérative au sein de cette commission. Il se justifie que seuls les bailleurs de fonds aient la maîtrise de ce contrôle.

M. Vandendriessche souligne que la Commission de contrôle budgétaire compte notamment parmi ses membres le conseiller budgétaire et financier, dans la mesure où il est désigné par le Ministre qui a la Prévoyance sociale dans ses attributions et le Ministre qui a le Budget dans ses attributions. On peut déduire des mots « dans la mesure où il est désigné » que cette désignation est facultative. Cette interprétation est-elle correcte?

Le Ministre répond que cette désignation est obligatoire.

M. Geysels ne comprend dès lors pas pourquoi les mots « dans la mesure où » ont été insérés dans cet article.

Le Ministre fait observer que l'article 120bis a été inséré dans la loi du 9 août 1963 par la loi du 29 décembre 1990. Cet article prévoit que les ministres qui ont respectivement la Prévoyance sociale et le Budget dans leurs attributions peuvent désigner un conseiller budgétaire et financier.

En 1990, cette désignation était considérée comme une possibilité plutôt que comme une obligation. Depuis lors, un conseiller budgétaire et financier a été nommé et, au terme de son mandat, il sera procédé à une nouvelle désignation. Cette désignation a acquis de facto un caractère obligatoire.

L'article 12bis proposé reprend la terminologie de l'article 120bis actuel. Le Ministre reconnaît que l'on aurait pu opter pour une formulation plus contraignante. Cela ne changera cependant rien à la situation de fait.

L'amendement n° 7 de *MM. Detienne et Geysels* est rejeté par 16 voix contre 2.

L'article 14 est adopté par 12 voix contre 2 et 4 abstentions.

Art. 15

Dit artikel geeft geen aanleiding tot opmerkingen en wordt aangenomen met 12 tegen 1 stem en 5 onthoudingen.

Artt. 16 tot 19

De heer Draps dient een amendement n° 2 in ertoe strekkend de artikelen 16 tot 19 weg te laten.

De indiener herinnert eraan dat de wet van 9 augustus 1963 een aantal wetenschappelijke raden heeft ingesteld die aan verschillende bijzondere aspecten van de geneeskunde en de geneeskundige verzorging beantwoorden.

De vervanging van die raden door één raad lijkt hem geen goede oplossing, want ofwel telt die nieuwe raad slechts een beperkt aantal leden die, ongeacht hun bekwaamheid, nooit het geheel kunnen behandelen van de medische aspecten waarmee de huidige raden zich bezighouden, ofwel wordt die samenstelling voldoende uitgebreid om al die geneeskundige taken aan te kunnen. In dat geval zullen in die ene raad een massa mensen moeten worden opgenomen, wat uiteraard niet aan te bevelen is. Daarom valt de huidige regeling die een aantal raden omvat, te verkiezen.

De heer Draps wenst derhalve de bestaande toestand te handhaven.

De heer Chevalier bestempelt de oprichting van de wetenschappelijke raad als positief. De technische commissies bekijken de problematiek vanuit een ander standpunt. Van de wetenschappelijke raad kan worden verwacht dat hij meer rekening zal houden met de wetenschappelijke en medische behoeften.

Alleen vreest hij dat deze raad, ingevolge de versnippering van de bevoegdheden inzake wetenschappelijk onderzoek, weinig werkzaam zal zijn.

De Minister wijst erop dat in de vroegere wetgeving reeds in de oprichting van wetenschappelijke raden voorzien was. Die hebben evenwel nooit gefunctioneerd. Het doel is te komen tot één Wetenschappelijke Raad die belast zal worden met het onderzoek van elk wetenschappelijk aspect in verband met de verzekering voor geneeskundige verzorging. Er werd geopteerd voor een vereenvoudiging van de werkingsregels precies met de bedoeling van de raad een werkzaam instrument te maken.

Op de vraag van *de heer Draps* uit hoeveel personen de Wetenschappelijke Raad zal bestaan antwoordt *de Minister* dat nog geen precies cijfer werd vooropgesteld maar dat het aantal wellicht 10 tot 15 zal bedragen.

De heer Devolder vraagt of alle specialisaties in de Wetenschappelijke Raad zullen vertegenwoordigd zijn.

De Minister merkt op dat de leden van deze Raad voornamelijk moeten worden aangewezen op basis van hun wetenschappelijke kennis. De Raad heeft

Art. 15

Cet article ne donne lieu à aucune observation et est adopté par 12 voix contre une et 5 abstentions.

Art. 16 à 19

M. Draps présente un amendement (n° 2) visant à supprimer les articles 16 à 19.

L'auteur rappelle que la loi du 9 août 1963 institue divers conseils scientifiques correspondant à divers aspects particuliers de la médecine et des soins de santé.

Leur remplacement par un conseil unique ne lui semble pas judicieux, car ou bien la composition du nouveau conseil unique sera restreinte et ses membres, aussi compétents soient-ils, ne pourront appréhender l'ensemble des aspects médicaux dont s'occupent les conseils actuels, ou bien cette composition sera élargie de manière suffisante pour recouvrir l'ensemble de ces préoccupations médicales et, dans ce cas, ce conseil unique devra être pléthorique, ce qui ne serait évidemment pas heureux. L'actuelle solution de diversification prévalant en ce cas.

M. Draps souhaite donc le maintien de la situation actuelle.

M. Chevalier se réjouit de la création du Conseil scientifique. Les commissions techniques considèrent la problématique sous un angle différent. On peut attendre du Conseil scientifique qu'il tienne davantage compte des besoins scientifiques et médicaux.

Il craint uniquement que, par suite du morcellement des compétences en matière de recherche scientifique, ce Conseil soit peu efficace.

Le Ministre fait observer que la législation antérieure prévoyait déjà la création de conseils scientifiques, mais que ces derniers n'ont jamais fonctionné. L'objectif est à présent d'instituer un Conseil scientifique unique chargé d'examiner tout aspect scientifique en relation avec l'assurance soins de santé. On a choisi de simplifier les règles de fonctionnement du Conseil afin d'en faire précisément un instrument efficace.

M. Draps s'étant enquis du nombre de membres que comptera ce Conseil, *le Ministre* répond qu'aucun chiffre précis n'a encore été avancé, mais que ses membres seront probablement au nombre de 10 à 15.

M. Devolder demande si toutes les spécialisations seront représentées au sein du Conseil scientifique.

Le Ministre fait observer que les membres de ce Conseil seront désignés essentiellement sur la base de leurs connaissances scientifiques. Le Conseil a

een zeer algemene opdracht en een belangrijk initiatiefrecht. Er werd gekozen voor een ruime formulering van de bevoegdheden. De Raad zal onder meer alle aanbevelingen kunnen doen inzake toepassing van de wetenschappelijke vooruitgang op het vlak van geneeskundige verzorging.

De heer Vandendriessche vraagt volgens welke criteria de leden van de Raad zullen worden benoemd.

De Minister antwoordt dat deze leden wel over een wetenschappelijk curriculum zullen moeten beschikken waarmee hij niet wil zeggen dat het noodzakelijk om universiteitsprofessoren moet gaan.

*
* *

De artikelen 16 tot 19 worden aangenomen met 15 tegen 1 stem en 1 onthouding.

Amendement n° 2 van de heer Draps ertoe strekkend deze artikelen weg te laten, is bijgevolg verworpen.

Art. 20

Dit artikel geeft geen aanleiding tot opmerkingen en wordt aangenomen met 15 tegen 1 stem.

Art. 21

Dit artikel regelt de samenstelling van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Het aantal vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen is volgens het voorgestelde artikel 15, § 1, tweede lid, gelijk aan het aantal vertegenwoordigers van alle andere groepen samen.

De heer Draps dient een amendement n° 3 in ertoe strekkend die verhouding te halveren. Volgens de indiener wijkt de verhouding waarin de verschillende groepen in het voorgestelde Comité vertegenwoordigd zijn gevoelig af van de verhouding waarin die groepen vertegenwoordigd zijn in het huidige Beheerscomité, dat zijn bevoegdheden zal afstaan aan het nieuwe orgaan.

De verzekeringsinstellingen zijn in ruime mate oververtegenwoordigd, aangezien zij alleen al evenveel vertegenwoordigers hebben als alle andere groepen samen die in het Comité zitting hebben. In het huidige Beheerscomité dat gedoemd is te verdwijnen, zijn de verzekeringsinstellingen slechts voor 27 procent vertegenwoordigd. Het is wenselijk die verhouding te handhaven en het gewicht van de verzekeringsinstellingen, zoals bepaald in het ontwerp, te beperken.

De heer Vandendriessche vraagt uitleg over het voorgestelde artikel 15, § 2, tweede lid, dat bepaalt dat er bij het benoemen van de leden van het Verze-

une mission très générale et dispose d'un important droit d'initiative. On a opté pour une formulation large des compétences. Le Conseil pourra notamment faire toute suggestion en ce qui concerne l'application des progrès scientifiques dans le domaine des soins de santé.

M. Vandendriessche demande quels critères seront retenus pour la nomination des membres du Conseil.

Le Ministre répond que les membres devront avoir un curriculum scientifique, ce qui ne signifie pas qu'il devra nécessairement s'agir de professeurs d'université.

*
* *

Les articles 16 à 19 sont adoptés par 15 voix contre une et une abstention.

L'amendement n° 2 de *M. Draps*, visant à supprimer ces articles, est par conséquent rejeté.

Art. 20

Cet article ne donne lieu à aucune observation et est adopté par 15 voix contre une.

Art. 21

Cet article règle la composition du Comité de l'assurance-soins de santé. L'article 15, § 1^{er}, deuxième alinéa, proposé prévoit que le nombre de représentants des organismes assureurs est égal au nombre de représentants de tous les autres groupes.

M. Draps présente un amendement n° 3 tendant à réduire de moitié le nombre de représentants des organismes assureurs. L'auteur estime que la proportion des groupes représentés au sein du Comité proposé est sensiblement différente de celle de l'actuel Comité de gestion dont l'organe nouveau reprend pourtant les conséquences.

Le poids des organismes assureurs y est abusivement prépondérant puisqu'ils représentent à eux seuls l'équivalent de l'ensemble des autres groupes siégeant au sein du Comité. Dans l'actuel Comité de gestion, appelé à disparaître, les organismes assureurs ne représentent que 27 % de l'ensemble. Il y a lieu de maintenir cette proportion actuelle et donc de réduire le poids des organismes assureurs tel que prévu dans le projet.

M. Vandendriessche demande des précisions à propos du deuxième alinéa de l'article 15, § 2, proposé, qui dispose que lors de la nomination des mem-

keringscomité op toegezien zal worden dat de vertegenwoordiging van eventuele minderheden verzekerd is.

In de Commissie voor de Sociale Aangelegenheden van de Senaat heeft de Minister onderstreept « dat de tekst van de oude wetgeving werd overgenomen en er een historische uitleg is om sommige vertegenwoordigers van het medisch korps niet te verwijderen. » (Stuk Senaat, n° 579/2, blz. 87). Kan de Minister hierover enige toelichting verstrekken? Welke zijn die minderheden?

De Minister legt uit dat de voorgestelde bepaling ertoe strekt te voorkomen dat de vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van de geneesheren van een en dezelfde organisatie deel zouden uitmaken. Ook de minderheden moeten deel uitmaken van deze vertegenwoordiging in het Verzekeringscomité. Deze opmerking geldt eveneens voor de samenstelling van de vertegenwoordiging van de andere groepen.

De heer J. Peeters hoopt dat de Minister een doeltreffende formule zal vinden voor de vaststelling van de representativiteit van de organisaties van zorgverstrekkers. Dat is momenteel niet het geval.

De representativiteit van de organisaties van geneesheren kan bijvoorbeeld niet worden nagegaan bij ontstentenis van verkiezingen of tellingen. Ook in de representatieve organisaties van tandartsen zou men moeten komen tot een aanpassing van de vertegenwoordiging. Het gaat niet op dat de Vereniging voor Sociale Tandheelkunde hierin niet is vertegenwoordigd.

De heer Peeters voegt eraan toe dat die representativiteit op regelmatige tijdstippen zal moeten worden nagegaan.

Amendement n° 3 van de heer Draps wordt verworpen met 12 tegen 4 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 21 wordt aangenomen met 12 tegen 2 stemmen en 3 onthoudingen.

Art. 22

Dit artikel geeft geen aanleiding tot opmerkingen en wordt aangenomen met 12 tegen 1 stem en 4 onthoudingen.

Art. 23

Dit artikel geeft geen aanleiding tot opmerkingen en wordt aangenomen met 14 tegen 1 stem en 1 onthouding.

Artt. 24 en 25

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt. Zij worden aangenomen met 12 tegen 1 stem en 4 onthoudingen.

bres, il sera veillé à ce que la représentation d'éventuelles minorités soit assurée.

En Commission des Affaires sociales du Sénat, le Ministre a souligné que l'on avait repris le texte de l'ancienne législation et qu'il y avait une explication historique pour ne pas écarter certains représentants du corps médical (Doc. Sénat n° 579/2, p. 87). Le Ministre pourrait-il préciser ses propos? De quelles minorités s'agit-il?

Le Ministre précise que la disposition proposée vise à éviter que les représentants des organisations représentatives du corps médical ne fassent partie d'une seule et même organisation. Les minorités doivent également pouvoir être représentées au sein du Comité de l'assurance-soins de santé. Cette observation vaut aussi pour la composition de la représentation des autres groupes.

M. J. Peeters espère que le Ministre trouvera une formule efficace pour déterminer la représentativité des organisations de prestataires de soins, ce qui n'est pas du tout le cas pour l'instant.

La représentativité des organisations représentatives du corps médical ne peut par exemple être vérifiée en l'absence d'élections ou de recensements. Il conviendrait aussi d'adapter la représentation des organisations représentatives des praticiens de l'art dentaire. Il est inadmissible que la « Vereniging voor Sociale Tandheelkunde » n'en passe pas partie.

M. Peeters ajoute que cette représentativité devra régulièrement être vérifiée.

L'amendement n° 3 de M. Draps est rejeté par 12 voix contre 4 et une abstention.

L'article 21 est adopté par 12 voix contre 2 et 3 abstentions.

Art. 22

Cet article ne donne lieu à aucune observation et est adopté par 12 voix contre une et 4 abstentions.

Art. 23

Cet article ne donne lieu à aucune observation et est adopté par 14 voix contre une et une abstention.

Art. 24 et 25

Ces articles ne font l'objet d'aucune observation et sont adoptés par 12 voix contre une et 4 abstentions.

Artt. 26 en 27

Deze artikelen geven geen aanleiding tot opmerkingen en worden aangenomen met 15 tegen 1 stem en 1 onthouding.

Art. 28

Artikel 28 wordt zonder opmerkingen eenparig aangenomen.

Art. 29

De heer Vandendriessche stipt aan dat uit het verslag van de Senaatscommissie blijkt dat in de begroting 1993 100 miljoen frank wordt uitgetrokken voor het Bijzonder Solidariteitsfonds.

Spreker wenst te vernemen voor welke bedragen dat Fonds in 1991 en 1992 tegemoetkomingen heeft verstrekt.

De Minister antwoordt dat in de begrotingen 1991 en 1992 een krediet van 250 miljoen frank was ingeschreven maar dat de tussenkomsten lager waren dan 31 miljoen frank per jaar. Vandaar dat voor 1993 het krediet tot 100 miljoen frank herleid werd.

De Voorzitter, de heer Flamant, merkt op dat de Koning kan bepalen in welke omstandigheden een adviserend geneesheer kan beslissen de aanvraag om tegemoetkoming van het solidariteitsfonds niet door te sturen voor het College van geneesheren-directeurs.

Hij wenst te vernemen of betrokkene tenger gelijke beslissing van een adviserend geneesheer verhaal heeft. In dat geval moet de aanvraag immers als afgewezen worden beschouwd.

De Minister antwoordt dat voor die gevallen in geen bijzondere beroepsprocedure voorzien is.

De heer Goutry is verwonderd dat het bedrag van de tegemoetkomingen door het Solidariteitsfonds zo laag blijft. Kan de Minister dit bedrag van 31 miljoen frank uitsplitsen volgens de aard van de aanvragen?

De Minister verstrekt volgende gegevens betreffende de werking van het Bijzonder Solidariteitsfonds (1991).

Art. 26 et 27

Ces articles ne donnent lieu à aucune discussion et sont adoptés par 15 voix contre une et une abstention.

Art. 28

Cet article ne donne lieu à aucune observation et est adopté à l'unanimité.

Art. 29

M. Vandendriessche souligne qu'il ressort du rapport de la commission du Sénat qu'un montant de 100 millions de francs a été inscrit au budget pour 1993 en faveur du fonds spécial de solidarité.

L'intervenant s'enquiert du montant des interventions de ce fonds en 1991 et 1992.

Le Ministre répond qu'un crédit de 250 millions de francs avait été inscrit aux budgets de 1991 et 1992 mais que le montant des interventions a été inférieur à 31 millions de francs par an. C'est la raison pour laquelle le crédit pour 1993 a été ramené à 100 millions de francs.

Le président, M. Flamant, fait observer que le Roi peut déterminer les circonstances dans lesquelles un médecin-conseil peut décider de ne pas transmettre la demande d'intervention du fonds de solidarité au Collège des médecins-directeurs.

Il demande si l'intéressé a un recours contre une telle décision du médecin-conseil, puisque, dans ce cas, la demande doit en effet être considérée comme rejetée.

Le Ministre répond qu'aucune procédure particulière de recours n'est prévue pour ces cas.

M. Goutry s'étonne que le montant des interventions du fonds de solidarité soit si peu élevé. Le Ministre peut-il ventiler ce montant de 31 millions de francs selon la nature des demandes?

Le Ministre fournit les données suivantes, relatives au fonctionnement du Fonds spécial de solidarité (1991).

	Algemeen stelsel — <i>Régime général</i>		Zelfstandigen — <i>Travailleurs indépendants</i>		Totaal — <i>Total</i>	
	Aantal — <i>Nombre dossiers</i>	Bedrag — <i>Montant</i>	Aantal — <i>Nombre dossiers</i>	Bedrag — <i>Montant</i>	Aantal — <i>Nombre dossiers</i>	Bedrag — <i>Montant</i>
Principiële akkoorden. — <i>Accords de principe ...</i>	86	12 611 108	5	378 005	91	12 989 113
Gunstige beslissingen. — <i>Décisions favorables ...</i>	130	17 625 502	3	329 364	133	17 954 866
Ongunstige beslissingen. — <i>Décisions défavorables</i>	109	—	10	—	119	—
Algemeen totaal. — <i>Total général</i>	325	30 236 610	18	707 369	343	30 943 979

Bovenstaande tabel laat toe volgende vaststellingen te doen :

- globaal bekeken wordt in ongeveer 2/3 van de dossiers gunstig beslist;
- iets meer dan 10 % van de behandelde aanvragen betreft behandelingen in het buitenland;
- iets meer dan 5 % van de aanvragen wordt ingediend door zelfstandigen en die zijn daarmee goed voor ongeveer 2 % van de totale uitgaven in het kader van het fonds.

Artikel 29 wordt aangenomen met 15 tegen 1 stem.

Art. 30

Artikel 30 geeft geen aanleiding tot bespreking en wordt eenparig aangenomen.

Art. 31

Artikel 31 geeft geen aanleiding tot opmerkingen en wordt aangenomen met 15 stemmen en 1 onthouding.

Art. 32

Artikel 32 geeft geen aanleiding tot opmerkingen en wordt aangenomen met 12 stemmen en 4 onthoudingen.

Art. 33

Dit artikel geeft geen aanleiding tot opmerkingen en wordt aangenomen met 15 stemmen en 1 onthouding.

Ce tableau permet de tirer les conclusions suivantes :

- globalement, une décision favorable a été prise dans 2/3 des cas;
- un peu plus de 10 % des demandes examinées se rapportaient des traitements à l'étranger;
- un peu plus de 5 % des demandes sont introduites par des travailleurs indépendants et ceux-ci bénéficient de 2 % environ du total des dépenses dans le cadre du Fonds.

L'article 29 est adopté par 15 voix contre une.

Art. 30

L'article 30 ne donne lieu à aucune observation et est adopté à l'unanimité.

Art. 31

L'article 31 ne donne lieu à aucune observation et est adopté par 15 voix et une abstention.

Art. 32

L'article 32 ne donne lieu à aucune observation et est adopté par 12 voix et 4 abstentions.

Art. 33

Cet article ne donne lieu à aucune observation et est adopté par 15 voix et une abstention.

Art. 34

Dit artikel geeft geen aanleiding tot opmerkingen en wordt aangenomen met 12 stemmen en 4 onthoudingen.

Art. 35

De heer Vandendriessche doet opmerken dat, overeenkomstig het voorgestelde artikel 20bis, § 2, derde lid, de technische raden zullen worden voorgezeten door een lid van het Verzekeringscomité, doctor in de geneeskunde.

Hij vraagt of de titel « doctor in de geneeskunde » niet moet vervangen worden door de officiële benaming « doctor in de genees-, heel- en verloskunde » of door het woord « arts ».

De Minister antwoordt dat aan deze opmerking kan worden toegemoet gekomen door de in artikel 90 aan de Koning geboden mogelijkheid om eenheid in de terminologie van deze wet te brengen.

Artikel 35 wordt aangenomen met 12 stemmen en 3 onthoudingen.

Art. 36

De heer Goutry merkt op dat verzekeringsinstellingen over de nodige instrumenten dienen te beschikken ten einde de uitgaven die uit hun wettelijke opdrachten voortvloeien, te kunnen controleren en beheersen. De profielcommissies waarvan sprake in artikel 36, zijn hierbij van essentieel belang.

De samenstelling en de werkingsregelen van die commissies moeten door de Koning worden bepaald. Spreker drukt de hoop uit dat deze uitvoeringsbesluiten niet lang op zich zullen laten wachten.

Artikel 36 wordt aangenomen met 11 tegen 1 stem en 3 onthoudingen.

Art. 37

Dit artikel geeft geen aanleiding tot opmerkingen en wordt aangenomen met 14 stemmen en 1 onthouding.

Art. 38

De heren Chevalier en Devolder dienen een amendement n° 13 in ertoe strekkend in het voorgestelde artikel 24, § 1, het laatste lid dat handelt over de bronkuren, weg te laten.

Volgens de indieners zijn bronkuren luxebehandelingen die niet voor terugbetaling in aanmerking moeten komen.

Art. 34

Cet article ne donne lieu à aucune observation et est adopté par 12 voix et 4 abstentions.

Art. 35

M. Vandendriessche fait observer qu'en vertu du troisième alinéa de l'article 20, § 2, proposé, les conseils techniques seront présidés par un membre du Conseil de l'assurance, docteur en médecine.

L'intervenant demande s'il n'y a pas lieu de remplacer le titre de « docteur en médecine » par la dénomination officielle « docteur en médecine, chirurgie et accouchements » ou par le mot « médecin ».

Le Ministre répond que l'on pourra tenir compte de cette observation en usant de la faculté offerte par l'article 90, qui autorise le Roi à modifier la terminologie de la loi en vue d'en assurer l'uniformité.

L'article 35 est adopté par 12 voix et 3 abstentions.

Art. 36

M. Goutry fait observer que les organismes assureurs doivent disposer des instruments nécessaires pour pouvoir contrôler et maîtriser les dépenses qui découlent de leurs missions légales. Les commissions de profils prévues à l'article 36 sont essentielles à cet égard.

La composition et les règles de fonctionnement de ces commissions doivent être déterminées par le Roi. L'intervenant espère que ces arrêtés d'exécution ne se feront pas trop attendre.

L'article 36 est adopté par 11 voix contre une et 3 abstentions.

Art. 37

Cet article ne donne lieu à aucune observation et est adopté par 14 voix et une abstention.

Art. 38

MM. Chevalier et Devolder présentent un amendement n° 13 tendant à supprimer le dernier alinéa — relatif aux cures thermales — du § 1^{er} de l'article 24 proposé.

Les auteurs estiment que les cures thermales constituent des traitements de luxe qui ne doivent pas être remboursés.

De heer Sleenckx merkt op dat ook minder-begoeden en gehandicapten van deze bronkuren gebruik maken.

De heren Chevalier en Devolder dienen een amendement n° 5 in ertoe strekkend het voorgestelde artikel 24, § 1, aan te vullen met een bepaling die de Koning toelaat lagere terugbetalingstarieven vast te stellen voor de verstrekkingen verleend door geneesheren-specialisten tot wie de patiënt zich zou gewend hebben zonder doorverwijzing door de huisarts. Uitzonderingen zouden mogelijk zijn, bijvoorbeeld in geval van raadpleging van een gynaecoloog.

Dit amendement beantwoordt aan een noodzaak.

Volgens de heer Chevalier blijkt uit studies dat het aantal prestaties van de huisartsen de jongste jaren niet noemenswaardig gestegen is. De kostenstijging van de sector der geneeskundige verzorging vloeit dus hoofdzakelijk voort uit de technische prestaties in grote instellingen.

De huisarts moet een centrale plaats in de gezondheidszorg innemen. Andere leden hebben eveneens hiervoor gepleit. Hij hoopt op voldoende steun voor dit amendement te kunnen rekenen.

De Minister antwoordt dat hij voorstander is van de invoering van een gedifferentieerde terugbetaling. Het probleem wordt momenteel bestudeerd. Naar alle waarschijnlijkheid zal die maatregel binnen enige tijd bij koninklijk besluit worden ingevoerd. Het is niet nodig deze mogelijkheid in onderhavig wetsontwerp in te schrijven.

De heren Chevalier en Devolder handhaven hun amendement. Zij zijn van mening dat de uitvoering ervan een wettelijke basis moet hebben.

De amendementen n°s 5 en 13 van de heren Chevalier en Devolder worden verworpen met 13 tegen 4 stemmen.

Artikel 38 wordt aangenomen met 13 tegen 3 stemmen en 1 onthouding.

Art. 39

Dit artikel geeft geen aanleiding tot opmerkingen en wordt aangenomen met 16 stemmen en 1 onthouding.

Art. 40

De heren Chevalier en Devolder dienen een amendement n° 14 in ertoe strekkend in het voorgestelde artikel 25, § 1,3 weg te laten.

Volgens deze bepaling kan de Koning de tegemoetkoming inzake bronkuren vaststellen.

De heer Chevalier herhaalt dat dergelijke verstrekkingen niet voor terugbetaling in aanmerking mogen komen. Vandaar het voorstel om artikel 25, § 13 weg te laten.

De heren Chevalier en Devolder dienen vervolgens een amendement n° 15 in ertoe strekkend het voorgede-

M. Sleenckx fait observer que les moins favorisés et les handicapés font aussi des cures dans les stations thermales.

MM. Chevalier et Devolder présentent un amendement (n° 5) visant à compléter l'article 24, § 1^{er}, proposé par une disposition habilitant le Roi à fixer des tarifs de remboursement moins élevés pour les prestations dispensées par des médecins spécialistes auxquels le patient s'adresse sans être envoyé par son médecin traitant. Des exceptions seraient possibles, par exemple en cas de consultation d'un gynécologue.

Cet amendement répond à une nécessité.

M. Chevalier souligne qu'il ressort de plusieurs études que le volume des prestations des généralistes n'a pas augmenté notablement ces dernières années. L'augmentation du coût du secteur des soins de santé découle donc essentiellement des prestations techniques effectuées dans de grands établissements.

Le médecin généraliste doit jouer un rôle central dans les soins de santé. D'autres membres se sont également exprimés en ce sens. Le membre espère trouver un appui suffisant pour cet amendement.

Le Ministre répond qu'il est favorable à l'instauration d'un remboursement différencié. Le problème est actuellement à l'étude. Selon toute probabilité, cette mesure sera instaurée dans quelque temps par voie d'arrêté royal. Il n'est pas nécessaire d'inscrire cette possibilité dans le projet de loi à l'examen.

MM. Chevalier et Devolder maintiennent leur amendement. Ils estiment que cette différenciation des remboursements doit avoir une base légale.

Les amendements n°s 5 et 13 de *MM. Chevalier et Devolder* sont rejetés par 13 voix contre 4.

L'article 38 est adopté par 13 voix contre 3 et une abstention.

Art. 39

Cet article ne donne lieu à aucune observation et est adopté par 16 voix et une abstention.

Art. 40

MM. Chevalier et Devolder présentent un amendement (n° 14) tendant à supprimer l'article 25, § 13, proposé.

Cette disposition permet au Roi de fixer l'intervention pour les cures thermales.

M. Chevalier répète que de telles prestations ne peuvent faire l'objet d'un remboursement. C'est la raison pour laquelle il est proposé de supprimer l'article 25, § 13.

MM. Chevalier et Devolder présentent ensuite un amendement (n° 15) tendant à compléter l'article 25

stelde artikel 25 met een § 18 aan te vullen. Met deze bepaling wordt de invoering van een franchise in de ziekteverzekering voorgesteld.

Volgens de heer Chevalier moet om een ernstige financiële gezondmaking van de ziektekostenverzekering te bekomen, het begrip « franchise » in de wetgeving worden ingebracht. Hij herinnert eraan dat naast de VLD ook de socialistische Domino-groep gewonnen is voor een dergelijke aanpak. De concrete uitwerking wordt aan de Koning overgelaten die echter één directieve meekrijgt : de hoogte van de franchise moet afhankelijk zijn van het inkomen. Hoe lager het inkomen hoe lager de franchise moet zijn.

Spreker hoopt op de steun van verscheidene leden te kunnen rekenen aangezien steeds meer, onder meer op politieke congressen, voor de invoering van een franchise wordt gepleit.

De Voorzitter, de heer Flamant, stelt vast dat het voorgestelde artikel 25, § 5, het bestaande artikel 25, § 4 van de wet van 9 augustus 1965 herneemt. In de bestaande tekst wordt de verzekerings-tegemoetkoming bepaald op 100 % van de honoraria van de verstrekkingen bedoeld in artikel 23, 2°, 3°, 4° 4°bis en 6°. In de voorgestelde tekst is echter geen sprake meer van de verstrekkingen bedoeld in artikel 23, 6°. (dit zijn de behandelingen van de geestesziekten, tuberculose, kanker, poliomyelitis en de aangeboren aandoeningen en misvormingen).

Volgens spreker kan het niet de bedoeling zijn geen verzekerings-tegemoetkoming meer te verlenen voor deze soort aandoeningen.

In het *Belgisch Staatsblad* van 16 januari 1993 verscheen trouwens nog een koninklijk besluit waarin naar artikel 23, 6° van de wet van 9 augustus 1963 wordt verwezen.

De Minister is van oordeel dat het een overbodige verwijzing betreft. In het nieuwe artikel 25, § 5, zou kunnen worden verwezen naar de verstrekkingen, bedoeld in artikel 23, 2°, 3°, 4°, 4°bis en die bedoeld in artikel 23, 6°.

Mits akkoord van de Senaatsvoorzitter, is de Commissie het ermee eens artikel 25, § 5, in die zin aan te passen.

Ter zake wijst uw rapporteur erop dat de Senaatsvoorzitter bij brief van 22 januari 1993 heeft meegedeeld dat hij zijn akkoord niet kan betuigen met de voorgestelde wijziging.

Uit een door de Minister van Sociale Zaken ter beschikking gestelde nota van 22 januari 1993 van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering blijkt anderzijds dat door het ontbreken van de verwijzing naar artikel 23, 6°, van de wet van 9 augustus 1993 het recht op terugbetaling van de sociaal verzekerde geenszins wordt beperkt.

De amendementen n^{os} 14 en 15 van de heren Chevalier en Devolder worden verworpen met 13 tegen 3 stemmen.

Artikel 40 wordt aangenomen met 13 tegen 3 stemmen.

proposé par un § 18 prévoyant l'instauration d'une franchise en matière d'assurance-maladie.

M. Chevalier estime que pour pouvoir assainir sérieusement les finances de l'assurance-maladie, il est nécessaire d'inscrire la notion de franchise dans la législation. Il rappelle qu'outre le VLD, le groupe socialiste Domino partage ce point de vue. L'exécution concrète est confiée au Roi, mais une directive lui est donnée, à savoir celle de veiller à ce que le niveau de la franchise dépende des revenus. Moins le revenu est élevé, moins la franchise doit l'être.

L'intervenant espère pouvoir compter sur le soutien de plusieurs membres, étant donné que l'instauration d'une franchise répond à un souhait de plus en plus général, exprimé notamment lors du congrès politique.

Le président, M. Flamant, constate que l'article 25, § 5, proposé, reprend l'actuel article 25, § 4, de la loi du 9 août 1963. Dans le texte actuel, l'intervention de l'assurance est fixée à 100 % des honoraires pour les prestations visées à l'article 23, 2°, 3°, 4°, 4°bis et 6°. Dans le texte proposé, il n'est toutefois plus question des prestations visées à l'article 23, 6° (c'est-à-dire le traitement des maladies mentales, de la tuberculose, du cancer, de la poliomyélite, des affections et des malformations congénitales).

L'intervenant estime qu'il ne peut être question de supprimer l'intervention de l'assurance pour ces affections.

Un arrêté royal faisant référence à l'article 23, 6°, de la loi du 9 août 1963 a d'ailleurs encore été publié dans le *Moniteur belge* du 16 janvier 1993.

Le Ministre estime qu'il peut s'agir en l'occurrence d'une référence superflue. Dans le nouvel article 25, § 5, on pourrait renvoyer aux prestations visées à l'article 23, 2°, 3°, 4°, 4°bis et à celles visées à l'article 23, 6°.

Moyennant l'accord du président du Sénat, la Commission accepte de modifier l'article 25, § 5 en ce sens.

Votre rapporteur fait observer à cet égard que le Président du Sénat a fait savoir, par lettre datée du 22 janvier 1993, qu'il ne pouvait marquer son accord sur la modification proposée.

Au demeurant, il ressort d'une note de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité datée du 22 janvier 1993 et mise à la disposition de la Commission par le Ministre des Affaires sociales, que l'absence de renvoi à l'article 23, 6°, de la loi du 9 août 1993 ne limite en aucune façon le droit au remboursement de l'assuré social.

Les amendements n^{os} 14 et 15 de MM. Chevalier et Devolder sont rejetés par 13 voix contre 3.

L'article 40 est adopté par 13 voix contre 3.

Art. 41 en 42

Deze artikelen worden zonder opmerkingen aangenomen met 15 stemmen en 1 onthouding.

Art. 42 tot 47

Deze artikelen geven geen aanleiding tot opmerkingen en worden aangenomen met 14 stemmen en 3 onthoudingen.

Art. 48

De heer Goutry merkt op dat de derdebetalersregeling een wezenlijk element is in de discussie over de kostenbeheersing in de sector van de geneeskundige verzorging.

Gelet op de voortdurende wijzigingen die de jongste maanden in deze regeling betalende derde werden aangebracht, vraagt spreker uitleg over het desbetreffende standpunt van de Minister.

De Minister herinnert eraan dat hij, na goedkeuring van de recente overeenkomst tussen de tandheelkundigen en de verzekeringsinstellingen, de partijen er toch nog om verzocht heeft de derdebetalersregeling te willen toepassen voor de patiënten met een gering inkomen en voor de werklozen.

Dezelfde situatie doet zich voor inzake de overeenkomst kinesitherapeuten-mutualiteiten. Ook hier heeft de Minister gevraagd de derdebetalersregeling tot voornoemde categorieën uit te breiden.

De heren Detienne en Geysels dienen een amendement n° 8 in ertoe strekkend de zorgverstrekkers het voor de verrichte verstrekkingen ontvangen bedrag te doen vermelden op het getuigschrift dat zij aan de rechthebbenden en aan de verzekeringsinstellingen moeten uitreiken.

Volgens *de heer Detienne* zal dit de doorzichtigheid bevorderen en de betrekkingen tussen de zorgverleners en de patiënten verbeteren.

Het amendement n° 8 van de heren Detienne en Geysels wordt verworpen met 13 tegen 2 stemmen en 1 onthouding.

Artikel 48 wordt aangenomen met 13 stemmen en 4 onthoudingen.

Art. 49

Artikel 49 wordt zonder opmerkingen aangenomen met 13 stemmen en 3 onthoudingen.

Art. 50

Artikel 50 wordt zonder bespreking aangenomen met 15 stemmen en 1 onthouding.

Art. 41 et 42

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation et sont adoptés par 15 voix et une abstention.

Art. 42 à 47

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation et sont adoptés par 14 voix et 3 abstentions.

Art. 48

M. Goutry fait observer que le régime du tiers payant est une donnée essentielle dans le débat sur la maîtrise des coûts dans le secteur des soins de santé.

Compte tenu des nombreuses modifications qui ont été apportées à ce régime du tiers payant au cours des derniers mois, l'intervenant demande au Ministre de préciser son point de vue en la matière.

Le Ministre rappelle qu'après l'adoption du récent accord dento-mutualiste, il a demandé aux parties de bien vouloir appliquer le régime du tiers payant pour les patients à revenus modestes et les chômeurs.

Il en va de même dans le cadre de l'accord entre les kinésithérapeutes et les mutualités. Le Ministre a aussi demandé en l'occurrence d'étendre le régime du tiers payant aux catégories précitées.

MM. Detienne et Geysels présentent un amendement (n° 8) visant à obliger les prestataires de soins à indiquer la somme perçue pour les prestatitaires effectuées sur l'attestation qu'ils doivent remettre aux bénéficiaires et aux organismes assureurs.

M. Detienne estime que cette disposition accroîtra la transparence et améliorera les relations entre les prestataires de soins et les patients.

L'amendement n° 8 de *MM. Detienne et Geysels* est rejeté par 13 voix contre 2 et une abstention.

L'article 48 est adopté par 13 voix et 4 abstentions.

Art. 49

L'article 49 est adopté sans discussion par 13 voix et 3 abstentions.

Art. 50

L'article 50 est adopté sans discussion par 15 voix et une abstention.

Art. 51 tot 53

Deze artikelen geven geen aanleiding tot opmerkingen en worden aangenomen met 13 stemmen en 3 onthoudingen.

Art. 54 tot 61

Deze artikelen worden zonder opmerkingen aangenomen met 15 stemmen en 1 onthouding

Art. 62 tot 65

Deze artikelen geven geen aanleiding tot bespreking en worden aangenomen met 13 stemmen en 3 onthoudingen.

Art. 66

Artikel 66 wordt zonder opmerkingen aangenomen met 15 stemmen en 1 onthouding.

Art. 67 en 68

Deze artikelen worden zonder opmerkingen aangenomen met 13 stemmen en 3 onthoudingen.

Art. 69 en 70

Deze artikelen geven geen aanleiding tot bespreking en worden aangenomen met 15 stemmen en 1 onthouding.

Art. 71

Dit artikel wordt zonder bespreking aangenomen met 13 stemmen en 3 onthoudingen.

Art. 72 en 73

Deze artikelen worden zonder opmerkingen aangenomen met 15 stemmen en 1 onthouding.

Art. 74 tot 78

Deze artikelen geven geen aanleiding tot opmerkingen. Zij worden aangenomen met 13 stemmen en 3 onthoudingen.

Art. 51 à 53

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation et sont adoptés par 13 voix et 3 abstentions.

Art. 54 à 61

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation et sont adoptés par 15 voix et une abstention.

Art. 62 à 65

Ces articles ne donnent lieu à aucune discussion et sont adoptés par 13 voix et 3 abstentions.

Art. 66

Cet article est adopté sans discussion par 15 voix et une abstention.

Art. 67 et 68

Ces articles sont adoptés sans discussion par 13 voix et 3 abstentions.

Art. 69 et 70

Ces articles ne donnent lieu à aucune discussion et sont adoptés par 15 voix et une abstention.

Art. 71

Cet article est adopté sans discussion par 13 voix et 3 abstentions.

Art. 72 et 93

Ces articles sont adoptés sans discussion par 15 voix et une abstention.

Art. 74 à 78

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation et sont adoptés par 13 voix et 3 abstentions.

Art. 79

De heer Draps dient een amendement n° 4 in ertoe strekkend het bedrag van de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen voor het jaar 1993 te beperken tot het in 1992 toegestane bedrag van 20 057 miljoen frank.

De indiener merkt op dat nu de regering heeft besloten de indexering van de belastingschalen af te schaffen, en zo de belastingdruk voor de belastingplichtigen verhoogt door hen een belangrijk deel van de vrucht van hun arbeid te ontnemen, het onbetaamelijk is dat de vergoeding voor administratiekosten die de ziekenfondsen genieten, zo fors stijgt dat deze verhoging proportioneel ver boven het inflatiepeil uitkomt. Uit hoofde van billijkheid jegens alle belastingplichtigen, dient deze vergoeding te worden beperkt tot het in 1992 toegestane bedrag.

Dit amendement strekt er, in bijkomende orde toe, het bedrag van de administratiekosten op 21 054 miljoen frank vast te stellen.

Amendement n° 16 van de heer Draps strekt er in bijkomende orde toe het bedrag voor 1992 te verhogen met het inflatiepercentage van 2,4 %. De verhoging met 5 % zoals door de Regering wordt voorgesteld, is totaal onaanvaardbaar.

De Minister herinnert eraan dat de Koning, krachtens artikel 79, de toekenning van het geheel of een gedeelte van de jaarlijkse aanpassing afhankelijk kan maken van de wijze waarop de verzekeringsinstellingen hun wettelijke opdrachten uitvoeren.

Het deel dat voorwaardelijk zal worden toegekend zal gelijk zijn aan de helft van de aanpassing.

Het ligt in de bedoeling van de Minister met die nieuwe regeling te starten vanaf 1993.

De amendementen n° 4 en 16 van de heer Draps worden verworpen met 13 tegen 2 stemmen en 1 onthouding.

Het artikel wordt aangenomen met 13 tegen 2 stemmen en 1 onthouding.

Art. 80

Dit artikel wordt zonder opmerkingen aangenomen met 15 stemmen en 1 onthouding.

Art. 81

Overeenkomstig het voorgestelde artikel 133bis, § 3, tweede lid, zal bij de verdeling van de verzekeringsinkomsten tussen de verzekeringsinstellingen rekening moeten worden gehouden met de lasten die deze instellingen dragen en die voortvloeien uit objectieve criteria zoals de gezondheidstoestand, leeftijd en sociaal-economische situatie van de aangesloten verzekerden.

De heren Detienne en Geysels dienen een amendement n° 9 in ertoe strekkend het woordt « criteria » te

Art. 79

M. Draps présente un amendement (n° 4) visant à limiter le montant des frais d'administration des organismes assureurs pour l'année 1993 au montant de 20 057 millions de francs, accordé en 1992.

L'auteur de l'amendement fait observer qu'au moment où le Gouvernement décide de supprimer l'indexation des barèmes fiscaux, alourdissant ainsi la fiscalité des contribuables et les privant d'une partie importante du fruit de leur travail, il est indécent que ce même Gouvernement décide d'augmenter les indemnités revenant aux mutuelles au titre de frais d'administration dans les proportions qui vont même jusqu'à dépasser largement le taux de l'inflation. Par équité avec l'ensemble des contribuables, il s'indique de limiter ces frais d'indemnité au montant accordé en 1992.

Cet amendement vise subsidiairement à fixer le montant des frais administratifs à 21 059 millions de francs.

L'amendement n° 16 de M. Draps vise subsidiairement à adapter le montant de 1992 en fonction du taux de l'inflation, soit 2,4 %. L'augmentation de 5 % proposée par le Gouvernement est tout à fait inacceptable.

Le Ministre rappelle qu'en outre de l'article 79, le Roi peut subordonner l'octroi de tout ou partie de l'adaptation annuelle à chaque organisme assureur, à la manière dont il exécute ses missions légales.

La partie qui sera octroyée conditionnellement sera égale à la moitié de l'adaptation.

Le Ministre se propose d'instaurer ce nouveau régime à partir de 1993.

Les amendements n° 4 et 16 de M. Draps sont rejetés par 13 voix contre 2 et une abstention.

L'article est adopté par 13 voix contre 2 et une abstention.

Art. 80

Cet article est adopté, sans observation, par 15 voix et une abstention.

Art. 81

Conformément à l'article 133bis, § 3, deuxième alinéa, proposé, il faudra tenir compte, lors de la répartition des ressources de l'assurance entre organismes assureurs, des différences de charges qui doivent être supportées par ces organismes et qui résultent de critères objectifs tels que l'état de santé, l'âge et la situation socio-économique des assurés affiliés.

MM. Detienne et Geysels présentent un amendement (n° 9) tendant à remplacer le mot « critères »

vervangen door « risico's » en de gevolgen van de industriële of milieuhinder eveneens in aanmerking te doen nemen.

De heer Detienne wijst erop dat deze vorm van hinder in hoge mate de gezondheidstoestand van bepaalde bevolkingsgroepen beïnvloedt, wat voor de verzekeringsinstellingen gewettigde verschillen inzake kosten meebrengt.

Volgens de Minister is dit probleem geregeld door het begrip « sociaal-economische toestand ». Het is dus niet nodig de milieuhinder als afzonderlijk criterium in de wet te vermelden.

Volgens de heer Detienne is dit niet zo evident en is het wenselijk dit risico uitdrukkelijk in de wet op te nemen.

De heer Devolder is van oordeel dat milieuproblemen vaak grensoverschrijdend zijn. Hij denkt bijvoorbeeld aan de gevolgen van de Tsjernobylramp.

Op welke wijze zal in die gevallen bepaald worden welk landsgedeelte de gevolgen van deze milieuhinder zal hebben ondergaan?

Spreker meent dat de interpretatie van de Minister voor tal van moeilijkheden kan zorgen.

De heer Goutry wijst erop dat het wetsontwerp in geen enkele sanctie voorziet indien de Commissie die voorstellen moet doen inzake de verdeling van de verzekeringsinkomsten niet binnen een redelijke termijn door de Koning wordt opgericht of indien de adviezen van de Algemene Raad of van de Raad van de Controledienst voor de Ziekenfondsen niet binnen de twee maanden worden uitgebracht.

De Minister antwoordt dat de wetgever steeds kan ingrijpen indien hij vaststelt dat de wet niet wordt nageleefd. Maar hij voegt eraan toe dat het zijn bedoeling is voornoemde Commissie in te stellen binnen de twee maanden van de afkondiging van deze wet.

De heer Goutry stipt aan dat de Koning bij in Ministerraad overlegd besluit, uiterlijk voor 31 december 1994 de wetgeving kan wijzigen op basis van de uitgebrachte voorstellen of adviezen.

Hij vraagt zich af wat er zal gebeuren indien intussen een nieuwe Regering wordt samengesteld. Blijft de vooropgestelde procedure ook in dat geval gelden?

De Minister antwoordt dat die situatie in principe geen invloed heeft op de uitvoering van de wet.

Een nieuwe Regering kan natuurlijk, indien zij een andere mening is toegedaan of een andere kijk op het probleem heeft, wetswijzigingen voorstellen.

Het amendement n° 9 van de heren Detienne en Geysels wordt verworpen met 13 tegen 1 stem.

Artikel 81 wordt aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

par le mot « risques » et à faire prendre également en considération les effets des nuisances industrielles ou environnementales.

M. Detienne fait observer que cette forme de nuisances influence dans une large mesure l'état de santé de populations particulières, entraînant des différences de charges justifiées pour les organismes assureurs.

Le Ministre estime que la notion de « situation socio-économique » englobe ce risque. Il n'est dès lors pas nécessaire d'inscrire les nuisances industrielles ou environnementales dans la loi en tant que critère distinct.

M. Detienne rétorque que cela ne lui paraît pas aussi évident qu'au Ministre et qu'il serait souhaitable de mentionner expressément ce type de risque dans la loi en projet.

M. Devolder estime que les nuisances écologiques sont souvent des phénomènes transfrontaliers. Il a notamment à l'esprit les conséquences de la catastrophe de Tchernobyl.

Comment identifier, en pareil cas, la région qui a subi les effets de ces nuisances?

L'intervenant estime que l'interprétation donnée par le Ministre est de nature à susciter bon nombre de difficultés.

M. Goutry fait observer que le projet de loi ne prévoit aucune sanction pour le cas où le Roi n'instituerait pas, dans un délai raisonnable, la commission chargée de formuler des propositions concernant la répartition des recettes de l'assurance ni pour le cas où les avis du Conseil général ou du Conseil de l'Office de contrôle des mutualités ne seraient pas déposés dans les deux mois.

Le Ministre répond que le législateur peut toujours intervenir s'il constate que la loi n'est pas respectée. Il précise néanmoins qu'il a l'intention d'instituer la commission précitée dans les deux mois de la publication de la loi en projet.

M. Goutry souligne que le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, au plus tard avant le 31 décembre 1994, modifier la législation sur la base des propositions et avis émis.

Il demande ce qu'il adviendrait si un nouveau gouvernement était formé entre-temps. La procédure prévue s'appliquerait-elle encore dans ce cas?

Le Ministre répond qu'une telle situation n'a, en principe, aucune incidence sur l'exécution de la loi.

Un nouveau gouvernement peut évidemment proposer d'apporter des modifications à la législation s'il a un avis différent sur la question ou une vision différente du problème.

L'amendement n° 9 de MM. Detienne et Geysels est rejeté par 13 voix contre une.

L'article 81 est adopté par 13 voix et une abstention.

Art. 82

Dit artikel geeft geen aanleiding tot opmerkingen en wordt aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 83 tot 87

Deze artikelen worden zonder opmerking aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

Art. 88

Artikel 88 wordt zonder bespreking aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 89

Dit artikel 89 wordt zonder bespreking aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

Art. 90

De Voorzitter vraagt of in de Franse tekst van het tweede lid, 3°, het woord « Vérifier » niet moet worden vervangen door het woord « Unifier » ten einde de Nederlandse en Franse tekst te laten overeenstemmen.

De Minister acht dit niet nodig en vraagt het behoud van de bestaande tekst.

Artikel 90 wordt ongewijzigd aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 91

De Voorzitter stelt voor de woorden « artikel 48 » door de woorden « artikel 51 » te vervangen.

Ingevolge de invoeging van nieuwe artikelen tijdens de bespreking van onderhavig wetsontwerp in de Senaat werd tot een henummering overgegaan. In artikel 91 werd hiermee geen rekening gehouden.

De Minister sluit zich hierbij aan.

Artikel 91, zoals gewijzigd, wordt aangenomen met 13 stemmen en 2 onthoudingen.

*
* *

Het gehele wetsontwerp wordt aangenomen met 13 tegen 1 stem en 1 onthouding.

De Rapporteur,

J. SANTKIN

De Voorzitter,

E. FLAMANT

Art. 82

Cet article ne donne lieu à aucune observation et est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

Art. 83 à 87

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation et sont adoptés par 13 voix et une abstention.

Art. 88

Cet article est adopté, sans discussion, par 12 voix et 2 abstentions.

Art. 89

Cet article est adopté, sans discussion, par 13 voix et une abstention.

Art. 90

Le Président demande s'il ne convient pas de remplacer, dans le deuxième alinéa, 3°, le mot « vérifier » par le mot « unifier », afin d'assurer la concordance des textes français et néerlandais.

Le Ministre estime que ce n'est pas nécessaire et demande le maintien du texte existant.

L'article 90 est adopté, sans modification, par 13 voix et 2 abstentions.

Art. 91

Le Président propose de remplacer les mots « de l'article 48 » par les mots « de l'article 51 ».

Les articles ont été renumérotés par suite de l'insertion du nouveau article au cours de la discussion du projet de loi au Sénat. Il n'en a pas été tenu compte à l'article 91.

Le Ministre marque son accord sur ce point.

L'article 91, ainsi modifié, est adopté par 13 voix et 2 abstentions.

*
* *

L'ensemble du projet de loi est adopté par 13 voix contre une abstention.

Le Rapporteur,

J. SANTKIN

Le Président,

E. FLAMANT

ERRATUM

Art. 91

Op de tweede regel leze men « artikel 51 » in plaats van « artikel 48 ».

ERRATUM

Art. 91

A la deuxième ligne lire « l'article 51 » au lieu de « l'article 48 ».