

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

10 juli 2002

WETSONTWERP
houdende maatregelen inzake
gezondheidszorg

VERSLAG

NAMENS DE VERENIGDE COMMISSIES VOOR
DE SOCIALE ZAKEN EN DE VOLKSGEZONDHEID,
HET LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING
UITGEBRACHT DOOR
MEVROUW **Magda DE MEYER**

INHOUD

I. Procedure	3
II. Inleidende uiteenzettingen van de heer Frank Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken en Pensioenen en mevrouw Magda Aelvoet, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu	3
III. Algemene bespreking	7
IV. Artikelsgewijze bespreking	24
V. Stemmingen	72
Bijlage	80

Voorgaande documenten :

Doc 50 **1905/ (2001/2002)** :
001 : Wetsontwerp.
002 en 003 : Amendementen.

Zie ook :

005 : Tekst aangenomen door de commissie.

**TER VERVANGING VAN HET VROEGER RONDGEDEELDE
STUK**

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

10 juillet 2002

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

RAPPORT

FAIT AU NOM DES COMMISSIONS RÉUNIES
DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE,
DE L'ENVIRONNEMENT ET DU RENOUVEAU DE LA
SOCIÉTÉ
PAR
MME. **Magda DE MEYER**

SOMMAIRE

I. Procédure	3
II. Exposés introductifs de M. Frank Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et des Pensions et de Mme Magda Aelvoet, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement	3
III. Discussion générale	7
IV. Discussion des articles	24
V. Votes	72
Annexe	80

Documents précédents :

Doc 50 **1905/ (2001/2002)** :
001 : Projet de loi.
002 et 003 : Amendements.

Voir aussi :

005 : Texte adopté par la commission.

**EN REMPLACEMENT DU DOCUMENT DISTRIBUÉ
PRÉCÉDEMMENT**

5183

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

Voorzitter / Président : Joos Wauters

A. — Vaste leden / Titulaires

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

B. — Plaatsvervangers / Suppléants

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

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

Voorzitter / Président : Yolande Avontroodt

A. — Vaste leden / Membres titulaires

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

B. — Plaatsvervangers / Membres suppléants

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

DAMES EN HEREN,

Uw commissies hebben dit wetsontwerp besproken tijdens hun vergaderingen van 2, 3, 5, 8, 9 en 10 juli 2002.

I. — PROCEDURE

Oorspronkelijk werd aan dit wetsontwerp het wetsvoorstel tot wijziging van de ziekenhuiswet, wat de inning van door gehospitaliseerde patiënten verschuldigde betalingen betreft (DOC 50 1294/001) toegevoegd. De commissie heeft vervolgens het verzoek ingewilligd van *de heer Jo Vandeurzen (CD&V), mede-indiener*, om dat wetsvoorstel apart te bespreken in november 2002, naar aanleiding van de belofte van de minister van Sociale Zaken en Pensioenen om terzake een debat te houden in de commissie.

Wat de aanwijzing van de rapporteur betreft, werden drie leden voorgedragen : mevrouw Magda De Meyer (SP.A), de heer Luc Goutry (CD&V) en de heer Koen Bultinck (Vlaams Blok).

Het voorstel van mevrouw Maggie De Block (VLD) om een rapporteur aan te wijzen, werd aangenomen met 11 tegen 8 stemmen en 3 onthoudingen. Mevrouw Magda De Meyer werd als rapporteur aangewezen met 14 stemmen tegen 1 en 4 onthoudingen.

De heer Goutry heeft zijn kandidatuur terzake ingetrokken. De kandidatuur van de heer Koen Bultinck werd verworpen met 10 tegen 2 stemmen en 1 onthouding.

II. — INLEIDENDE UITEENZETTINGEN VAN DE HEER FRANK VANDENBROUCKE, MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN EN PENSIOENEN, EN MEVROUW MAGDA AELVOET, MINISTER VAN CONSUMENTENZAKEN, VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

Dit wetsontwerp met betrekking tot de gezondheidszorg vormt een van de hoekstenen van het beleid van de regering. Dit ontwerp wenst de nodige wettelijke instrumenten te creëren die nodig zijn om de agenda voor verandering in de gezondheidszorg uit te voeren.

Titel II heeft betrekking op Sociale Zaken.

Hoofdstuk 1 bevat een aantal bepalingen die een onderdeel vormen van een toekomstplan voor de huisartsgeneeskunde.

Hoofdstuk 2 betreft de sector van de klinische biologie, de medische beeldvorming en de dialyse.

MESDAMES, MESSIEURS,

Vos commissions ont examiné le présent projet de loi lors de leurs réunions des 2, 3, 5, 8, 9 et 10 juillet 2002.

I. — PROCÉDURE

A ce projet était initialement jointe la proposition de loi (DOC 50 1294/001) modifiant la loi sur les hôpitaux, en ce qui concerne la perception des montants dus par les patients hospitalisés. La commission a ensuite acquiescé à la demande de *M. Jo Vandeurzen (CD&V), coauteur*, tendant à dissocier l'examen de cette proposition et à reporter celui-ci en novembre 2002, suite à l'engagement du ministre des Affaires sociales et des Pensions de procéder à un débat en commission en la matière.

En ce qui concerne la désignation du rapporteur, trois membres ont été présentés : Mme Magda De Meyer (SP.A), M. Luc Goutry (CD&V) et M. Koen Bultinck (Vlaams Blok).

Par 11 voix contre 8 et 3 abstentions, la proposition de Mme Maggie De Block (VLD) visant à ne désigner qu'un rapporteur a été adoptée. Par 14 voix contre une et 4 abstentions, Mme Magda De Meyer a été désignée comme rapporteuse.

M. Goutry a retiré sa candidature. Quant à la candidature de M. Koen Bultinck, elle a été rejetée par 10 voix contre 2 et une abstention.

II. — EXPOSES INTRODUCTIFS DE M. FRANK VANDENBROUCKE, MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DES PENSIONS ET DE MME MAGDA AELVOET, MINISTRE DE LA PROTECTION DE LA CONSOMMATION, DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT

Le présent projet de loi relatif aux soins de santé constitue une des clés de voûte de la politique du gouvernement. Il entend créer les instruments légaux nécessaires pour permettre la mise en œuvre du changement dans le secteur des soins de santé.

Le titre II concerne les Affaires sociales.

Le Chapitre 1 comporte une série de dispositions constituant une partie du plan d'avenir pour la médecine générale.

Le chapitre 2 concerne le secteur de la biologie clinique, l'imagerie médicale et la dialyse.

In hoofdstuk 3 wordt voorzien in maatregelen om praktijkverschillen bij standaardprocedures die in het ziekenhuis worden uitgevoerd, weg te werken.

Hoofdstuk 4 heeft tot doel de financiering van experimentele modellen van voorschrijven mogelijk te maken.

In hoofdstuk 5 wordt een administratieve geldboete ingesteld voor zorgverleners die de wettelijk of conventioneel vastgestelde honoraria niet naleven.

Hoofdstuk 6 bevat een geheel van financiële bepalingen.

Tenslotte wordt in hoofdstuk 7 bepalingen voorzien met het oog op de invoering vanaf 2003 van een nieuw financieringssysteem in de rustoorden en in de rust- en verzorgingstehuizen.

Hoofdstuk 8 betreft de aanpassing van de vertegenwoordiging in de RIZIV-organen. Het is noodzakelijk dat een vertegenwoordiger van de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen de vergaderingen van de Comités ingesteld in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de Beheerscomit  s van de uitkeringsverzekering voor werknemers en voor zelfstandigen) kan bijwonen.

Hoofdstuk 9 heeft betrekking op projecten voor zorgvernieuwing.

Ten slotte bevat hoofdstuk 10 een aantal bepalingen van verschillende strekking.

Titel III heeft betrekking op Sociale zaken en Volksgezondheid

Het eerste hoofdstuk van deze Titel omvat een aantal wijzigingen van de Ziekenhuiswet.

De voorgestelde wijzigingen in de artikelen 86, 107 en 115 van de ziekenhuiswet hebben tot doel een wettelijk kader te creëren waardoor de adviserende geneesheren van de verzekeringsinstellingen kunnen betrokken worden bij de controle op de doelmatigheid van gezondheidszorg in de ziekenhuizen. Daartoe wordt voorzien dat de adviserend geneesheren op intermutualistisch niveau meewerken aan een auditing die gecoördineerd wordt door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu, hierna «FOD Volksgezondheid» genaamd en die tot doel heeft de rea-

Le chapitre 3 prévoit des mesures visant à supprimer les différences de pratiques dans les procédures standard appliquées dans les hôpitaux.

Le chapitre 4 a pour objectif de permettre le financement des modèles de prescription expérimentaux.

Le chapitre 5 instaure une amende administrative pour les dispensateurs de soins qui ne respectent pas les honoraires fixés légalement ou conventionnellement.

Le chapitre 6 comporte un ensemble de dispositions financières.

Des dispositions sont prévues dans le chapitre 7 visant à instaurer, à partir de 2003 un nouveau système de financement pour les maisons de repos et maisons de repos et de soins.

Le chapitre 8 concerne l'adaptation de la représentation au sein des organes de l'INAMI. Il est nécessaire qu'un représentant de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités puisse assister aux réunions des Comités institués au sein de l'assurance obligatoire soins santé et indemnités (Comité de l'assurance soins de santé et Comités de gestion de l'assurance soins de santé et Comités de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants).

Le chapitre 9 concerne les projets dans le cadre de la réforme des soins.

Enfin, le chapitre 10 prévoit une série de dispositions à finalités diverses.

Le titre III concerne les Affaires sociales et la Santé publique

Le chapitre 1^{er} du présent Titre comporte un certain nombre de modifications de la loi sur les hôpitaux.

Les modifications proposées dans les articles 86, 107 et 115 de la loi sur les hôpitaux visent à créer un cadre légal permettant d'associer les médecins-conseils des organismes assureurs au contrôle de l'efficacité des soins de santé dans les hôpitaux. A cet effet, il est prévu que les médecins-conseils collaborent, au niveau intermutuelliste, au système d'audit coordonné par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, appelé ci-dessous « SPF Santé publique » et visant à contrôler la réalité, la conformit   et l'opportunité de la politique diagnostique et th  rapeuti-

liteit, conformiteit en opportuniteit van het diagnostisch en therapeutisch beleid in de ziekenhuizen te controleren op basis van de gegevens aanwezig in het medisch dossier en in de medische registratie (*post admission review*). Deze opdrachten zullen progressief worden uitgebouwd, te beginnen met controle op en validering van de registratie van de minimale klinische gegevens. In een volgende stap zal dit ook de evaluatie van het opnamebeleid omvatten, gevolgd door de evaluatie van de medische praktijk (verrichte prestaties en verbruikte geneesmiddelen in relatie tot de behandelde aandoeningen).

In het kader van de dynamische uitbouw van deze opdrachten wordt in een tussentijdse evaluatie van de werking van dit controlesysteem voorzien. Deze evaluatie zal plaatsvinden in de Multipartite-structuur, die overigens ook bevoegd wordt voor de evaluatie van de medische praktijk (in plaats van de profielencommissie verzekeringsinstellingen-verpleeginrichtingen). Deze evaluatie zal plaatsvinden twee jaar na de oprichting van de commissie voor de controle der registratie van de minimale klinische gegevens. De finaliteit van de aan de adviserend geneesheren overgemaakte gegevens beperkt zich tot hun controle-opdracht die steeds in intermutualistisch verband gebeurt. De vaststellingen van de adviserend geneesheren staan niet in rechtstreeks verband met de financiering van het ziekenhuis. De eventuele beslissing tot en toepassing van de sanctie-maatregelen worden genomen door de FOD Volksgezondheid.

In aansluiting tot het voorgaande, wordt bij de FOD Volksgezondheid een Commissie ingesteld die ondermeer tot taak heeft een methodologie voor te stellen voor de controle van de gegevens die betrekking hebben op de medische activiteit in een ziekenhuis, evenals voor de evaluatie van het opnamebeleid. Zij zal ook voorstellen kunnen formuleren voor de uitvoering en organisatie van deze controles en evaluaties en zal, op vraag van de Voorzitter van de Commissie, adviezen kunnen uitbrengen in individuele dossiers ingevolge een controle of evaluatie.

Het ontwerp voorziet in dit hoofdstuk in een regeling tot verrekening aan de artsen van het systeem waarbij bepaalde verschillen tussen werkelijke uitgaven en referentieuitgaven in mindering worden gebracht van de aan de verzekering geneeskundige verzorging aangerekende bedragen (zoals voorzien in het ontworpen artikel 56ter van de wet betreffende de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen).

Het ontwerp voorziet eveneens in de instelling, per

que menée dans les hôpitaux, et ce sur la base des données contenues dans le dossier médical et l'enregistrement médical (*post admission review*). Ces missions seront développées progressivement, en commençant par le contrôle et la validation de l'enregistrement du résumé clinique minimum. Dans une phase ultérieure, cela englobera également l'évaluation de la politique en matière d'admissions et, enfin, l'évaluation de la pratique médicale (prestations effectuées et médicaments consommés en rapport avec les affections traitées).

Dans le cadre du développement dynamique de ces missions, une évaluation intermédiaire du fonctionnement de ce système de contrôle est prévue. Celle-ci sera effectuée par la Structure multipartite, laquelle devient en outre compétente pour l'évaluation de la pratique médicale (en lieu et place de la Commission des profils organismes assureurs-établissements de soins). Cette évaluation aura lieu deux ans après l'instauration de la Commission de contrôle de l'enregistrement du résumé clinique minimum. La finalité des données transmises aux médecins-conseils se limite à la mission de contrôle de ces derniers, laquelle s'exerce toujours dans un cadre intermutuelliste. Les constatations faites par les médecins-conseils n'ont aucun lien direct avec le financement des hôpitaux. La décision et l'application éventuelles de sanctions relèvent de la compétence du SPF Santé publique.

Dans le cadre de ce qui précède, il est institué auprès du SPF Santé publique une commission chargée notamment de proposer une méthodologie relative au contrôle des données concernant l'activité médicale des hôpitaux ainsi qu'à l'évaluation de la politique en matière d'admissions. Elle pourra également formuler des propositions en ce qui concerne l'exécution et l'organisation des contrôles et évaluations précitées et, à la demande du président de la Commission, émettre des avis dans des dossiers individuels à la suite d'un contrôle ou d'une évaluation effectués.

Le projet prévoit dans ce chapitre un règlement visant à imputer aux médecins certaines différences, constatées entre les dépenses réelles et les dépenses de référence, portées en déduction des montants imputés à l'assurance soins de santé (tel que prévu dans l'article 56ter en projet de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités).

Le projet prévoit également l'instauration, par hôpital,

ziekenhuis, van een Commissie met het oog op de financiële doorzichtigheid van de geldstromen binnen het ziekenhuis. Deze Commissie is samengesteld uit een delegatie van de beheerder en een delegatie van de medische raad.

Het tweede hoofdstuk wijzigt de wet van 29 april 1996 houdende sociale en diverse bepalingen.

In het bijzonder betreft dit de Overlegstructuur, bedoeld in Hoofdstuk XII van deze wet, welke hernoemd wordt tot «Multipartite-structuur betreffende het ziekenhuisbeleid» of «Multipartite-structuur».

Deze Multipartite-Structuur wordt bekleed met een aantal adviserende bevoegdheden, zowel op het niveau van het ziekenhuisbeleid als op het niveau van de verzameling, verwerking, verspreiding (...) van de gegevens. Wat dit laatste betreft, kan inzonderheid worden verwezen naar de huidige bevoegdheden van de Commissie voor het toezicht en de evaluatie van de statistische gegevens die verband houden met de ziekenhuisactiviteit, die in een later stadium zal worden opgeheven.

Wat het ziekenhuisbeleid betreft, wordt een adviesbevoegdheid gegeven, onder meer in een aantal materies waarin nu zowel in de ziekenhuiswet als in de wet betreffende de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, een regeling is voorzien. Dit betreft met name de financiering (nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen, budget van financiële middelen), erkenningsnormen, programmatiecriteria. Het is uiteraard de bedoeling om de bevoegde ministers meer in hun globaliteit te kunnen adviseren. Onder meer met betrekking tot bepaalde apparatuur of technieken, is een dergelijke aanpak inzake beleidsvoorbereiding, absoluut noodzakelijk.

De bevoegdheid inzake evaluatie van de medische praktijk – met name inzake het genereren van uitgaven – wordt ook geëxpliciteerd. Onder meer worden de bevoegdheden van de Profielencommissies, die zullen worden opgeheven, overgenomen voor wat betreft de medische praktijk in de ziekenhuizen.

Ten slotte, worden een aantal beperkte wijzigingen voorzien inzake de samenstelling, onder meer door een aanpassing van het aantal leden en wijziging van de samenstelling voor wat betreft de deskundigen.

De ministers verwijzen voorts naar de memorie van toelichting (zie DOC 50 1905/001).

d'une Commission en vue de la transparence des flux financiers au sein de l'hôpital. Cette Commission est composée d'une délégation du gestionnaire et d'une délégation du conseil médical.

Le chapitre II modifie la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales.

Cela concerne plus particulièrement la Structure de concertation, visée au Chapitre XII de la présente loi, qui est désormais appelée « Structure multipartite relative à la politique hospitalière » ou « Structure multipartite ».

Cette Structure multipartite se voit conférer un certain nombre de compétences consultatives tant sur le plan de la politique hospitalière que sur celui de la collecte, du traitement, de la diffusion (...) des données. En ce qui concerne ce dernier aspect, on peut notamment renvoyer aux compétences actuelles de la Commission pour la supervision et l'évaluation des données statistiques qui concernent les activités médicales dans les hôpitaux, laquelle sera abrogée dans un stade ultérieur.

En ce qui concerne la politique hospitalière, on confère une compétence d'avis, entre autres dans une série de matières pour lesquelles une réglementation est actuellement prévue tant dans la loi sur les hôpitaux que dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Cela concerne notamment le financement (nomenclature des prestations médicales, budget des moyens financiers), les normes d'agrément et les critères de programmation. L'objectif est évidemment de pouvoir donner un avis de manière plus globale aux ministres compétents. Une telle approche en matière de préparation de la politique est absolument indispensable, entre autres pour ce qui est de certains appareils ou techniques.

La compétence en matière d'évaluation de la pratique médicale – notamment l'engendrement de dépenses – est également explicitée. Les compétences des Commissions des profils, qui seront abrogées, seront entre autres reprises pour ce qui concerne la pratique médicale dans les hôpitaux.

Enfin, un certain nombre de modifications limitées de la composition sont prévues, entre autres par une adaptation du nombre de membres et une modification de la composition pour ce qui est des experts.

Les ministres renvoient pour le surplus à l'exposé des motifs (cf. DOC 50 1905/001).

De minister voor Sociale Zaken en Pensioenen verstrekt tenslotte een voorbeeld van de berekening per groep van prestaties per chirurgische APR-DRG.

Per APR-DRG wordt per severity klasse, een nationaal gemiddelde berekend voor de technische prestaties, de klinische biologie en de medische beeldvorming.

De berekening van dit nationaal gemiddelde houdt geen rekening met de outliers : outliers zijn de opnames waarvoor de uitgaven in de beschouwde categorie van prestaties strikt genomen hoger zijn dan $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$.

Dit nationale gemiddelde wordt berekend per APR-DRG en per severity-klasse. Het wordt vermeerderd met 10 % (kolom 1 en 3).

Vervolgens wordt dit bedrag vermenigvuldigd met het aantal opnames dat het ziekenhuis voor die APR-DRG heeft gerealiseerd (kolom 2 en 4).

In deze berekening wordt per ziekenhuis geen rekening gehouden met de opnames die voor dat ziekenhuis outliers uitmaken (opnieuw berekend volgens de formule $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$).

Het resultaat is een referentiebedrag voor het ziekenhuis per APR-DRG.

Het referentiebedrag voor het ziekenhuis wordt verkregen door het aantal «inlier»-opnames wordt vermenigvuldigd met het nationaal gemiddelde vermeerderd met 10 %, per APR-DRG en per severity-klasse.

Hierin wordt per APR-DRG severity klasse 1 en 2 gegroepeerd (kolom 5) : beide severity niveaus kunnen zichzelf dus binnen het ziekenhuis compenseren. Het referentiebedrag per APR-DRG van het ziekenhuis wordt verhoogd met 10%. Dit verhoogde referentiebedrag wordt afgetrokken van het reële bedrag.

Dit wordt vermenigvuldigd met een factor 1.1 en vervolgens afgetrokken van het door het ziekenhuis gerealiseerd reële bedrag (Kolom 7).

Per ziekenhuis wordt dan de som gemaakt van de positieve bedragen (kolom 7). Dit is het te recuperen bedrag. Deze berekening wordt per APR-DRG toegepast voor elk van de 3 groepen (technische prestaties, klinische biologie, medische beeldvorming).

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions fournit enfin un exemple du calcul par groupe de prestations pour les APR-DRG chirurgicaux.

Par groupe de prestations : biologie clinique, imagerie médicale et prestations techniques, une moyenne nationale est calculée.

Cette moyenne nationale est calculée sans les outliers: les outliers sont les admissions dont les dépenses dans la catégorie de prestations étudiée sont strictement supérieures à $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$.

Cette moyenne nationale est calculée par APR-DRG et par niveau de sévérité. Cette moyenne nationale est majorée de 10 % (colonnes 1 et 3).

Le montant est ensuite multiplié par le nombre d'admissions que l'hôpital a réalisées par les APR-DRG (colonnes 2 et 4).

Au niveau de l'hôpital, on élimine les admissions, par groupe de prestation, dont les dépenses dans la catégorie de prestations étudiée sont strictement supérieures à $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$ pour l'hôpital en question.

Le résultat est un montant de référence pour l'hôpital par APR-DRG.

Le montant de référence de l'hôpital est obtenu en multipliant le nombre d'admissions « inliers » par la moyenne nationale majorée de 10 %, ceci par APR-DRG et niveau de sévérité.

Par APR-DRG, on obtient les 2 niveaux de sévérité, un niveau de sévérité peut donc compenser l'autre (colonne 5). Le montant de référence par APR-DRG de l'hôpital est majoré de 10 %. On soustrait du montant réel ce montant de référence majorée.

Le résultat est multiplié par un facteur 1.1 et ensuite déduit du montant réel réalisé dans l'hôpital (colonne 7).

Par hôpital, on additionne les différences qui sont positives (colonne 7). Ce montant constitue le montant récupérable de l'hôpital. Il peut donc exister 3 montants récupérables (biologie clinique, imagerie médicale et prestations techniques).

BEREKENINGEN PER PRESTATIE GROEP* VOOR DE CHIRURGISCHE APR-DRG**

APR-DRG	Ref. Gem. Klin. ernst 1*	Aantal Verb. Klin. ernst 1**	Ref. Gem. Klin. ernst 2*	Aantal Verb. Klin. ernst 2**	Referentiebegrag Ziekenhuis (R)	Werkelijke uitgaven Ziekenhuis (B)	B – (R x 1.1)
073 ingrepen op de lens met of zonder vitrectomie	A1	N1	W1	Z1	(A1xN1)+(W1xZ1)=R1	B1	B1 - [R1x1.1]
097 adenoid & amygdalectomie	A2	N2	W2	Z2	(A2xN2)+(W2xZ2)=R2	B2	B2 - [R2x1.1]
179 onderbinden en strippen van venen	A3	N3	W3	Z3	(A3xN3)+(W3xZ3)=R3	B3	B3 - [R3x1.1]
225 appendectomie	A4	N4	W4	Z4	(A4xN4)+(W4xZ4)=R4	B4	B4 - [R4x1.1]
228 ingrepen voor hernia inguinalis en cruris	A5	N5	W5	Z5	(A5xN5)+(W5xZ5)=R5	B5	B5 - [R5x1.1]
263 laparoscopische cholecystectomie	A6	N6	W6	Z6	(A6xN6)+(W6xZ6)=R6	B6	B6 - [R6x1.1]
302 majeure ingrepen op gewrichten & heraanhechten onderste ledematen behalve bij trauma, code 289085	A7	N7	W7	Z7	(A7xN7)+(W7xZ7)=R7	B7	B7 - [R7x1.1]
302 majeure ingrepen op gewrichten & heraanhechten onderste ledematen behalve bij trauma, code 290286	A8	N8	W8	Z8	(A8xN8)+(W8xZ8)=R8	B8	B8 - [R8x1.1]
313 ingrepen onderste extremititeiten knie en onderbeen, behalve voet, code 300344	A9	N9	W9	Z9	(A9xN9)+(W9xZ9)=R9	B9	B9 - [R9x1.1]
318 locale excisie en verwijderen van inwendige fixatoren van de heup en femur	A10	N10	W10	Z10	(A10xN10)+(W10xZ10)=R10	B10	B10 - [R10x1.1]
482 transurethrale prostatectomie	A11	N11	W11	Z11	(A11xN11)+(W11xZ11)=R11	B11	B11 - [R11x1.1]
513 ingrepen op uterus/adnexen voor carcinoom in situ en benigne aandoeningen ,code 431281	A12	N12	W12	Z12	(A12xN12)+(W12xZ12)=R12	B12	B12 - [R12x1.1]
513 ingrepen op uterus/adnexen voor carcinoom in situ en benigne aandoeningen, 431325	A13	N13	W13	Z13	(A13xN13)+(W13xZ13)=R13	B13	B13 - [R13x1.1]
516 laparoscopie en onderbreken tubae	A14	N14	W14	Z14	(A14xN14)+(W14xZ14)=R14	B14	B14 - [R14x1.1]
540 keizersnede	A15	N15	W15	Z15	(A15xN15)+(W15xZ15)=R15	B15	B15 - [R15x1.1]
560 vaginale bevalling	A16	N16	W16	Z16	(A16xN16)+(W16xZ16)=R16	B16	B16- [R16x1.1]

* Referentie gemiddelde = 1.1 * nationale gemiddelde zonder outliers

** Na weglating van de outliers van het ziekenhuis

*** Afzonderlijk voor klinische biologie, medische beeldvorming en technische verstrekkingen

Recuperatie per ziekenhuis: positieve bedragen van de laatste kolom optellen

CALCUL PAR GROUPE DE PRESTATIONS* POUR LES APR-DRG CHIRURGICAUX**

APR-DRG	Moy de réf niv sev 1*	Nbre d'adm niv sev 1**	Moy de réf niv sev 2*	Nbre d'adm niv sev 2**	Montant de référence hôpital	Mont réel hôpital**	(Montant référence hôpital x 1.1) – montant réel hôpital
073 interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	A1	N1	W1	Z1	(A1xN1)+(W1xZ1)=R1	B1	B1 - [R1x1.1]
097 adénoïdectomie et amygdalectomie	A2	N2	W2	Z2	(A2xN2)+(W2xZ2)=R2	B2	B2 - [R2x1.1]
179 ligature de veine et stripping	A3	N3	W3	Z3	(A3xN3)+(W3xZ3)=R3	B3	B3 - [R3x1.1]
225 appendicectomie	A4	N4	W4	Z4	(A4xN4)+(W4xZ4)=R4	B4	B4 - [R4x1.1]
228 cures de hernie inguinale et crurale	A5	N5	W5	Z5	(A5xN5)+(W5xZ5)=R5	B5	B5 - [R5x1.1]
263 cholécystectomie laparoscopique	A6	N6	W6	Z6	(A6xN6)+(W6xZ6)=R6	B6	B6 - [R6x1.1]
302 interv. maj. articulation, rattachement membres des extrémités infer. sans trauma code 289085	A7	N7	W7	Z7	(A7xN7)+(W7xZ7)=R7	B7	B7 - [R7x1.1]
302 interv. maj. articulation, rattachement membres des extrémités infer. sans trauma code 290286	A8	N8	W8	Z8	(A8xN8)+(W8xZ8)=R8	B8	B8 - [R8x1.1]
313 interventions des memb.inf. et genoux excepte pied limité au code 300344	A9	N9	W9	Z9	(A9xN9)+(W9xZ9)=R9	B9	B9 - [R9x1.1]
318 enlèvement matériel de fixation interne	A10	N10	W10	Z10	(A10xN10)+(W10xZ10)=R10	B10	B10 - [R10x1.1]
482 prostatectomie transuretrale	A11	N11	W11	Z11	(A11xN11)+(W11xZ11)=R11	B11	B11 - [R11x1.1]
513 interventions sur utérus/annexes, pour carcinome in situ et aff. Benignes code 431281	A12	N12	W12	Z12	(A12xN12)+(W12xZ12)=R12	B12	B12 - [R12x1.1]
513 interventions sur utérus/annexes, pour carcinome in situ et aff. Benignes code 431325	A13	N13	W13	Z13	(A13xN13)+(W13xZ13)=R13	B13	B13 - [R13x1.1]
516 ligature tubaire par voie laparoscopie	A14	N14	W14	Z14	(A14xN14)+(W14xZ14)=R14	B14	B14 - [R14x1.1]
540 césarienne	A15	N15	W15	Z15	(A15xN15)+(W15xZ15)=R15	B15	B15 - [R15x1.1]
560 accouchement par voie vaginale	A16	N16	W16	Z16	(A16xN16)+(W16xZ16)=R16	B16	B16 - [R16x1.1]

* Moy de réf = moyenne nationale sans outliers majorée de 10 %

** Après élimination des outliers de l'hôpital

*** calculé séparément pour la biologie clinique, imagerie médicale et prestations techniques

Récupération par hôpital : on somme les montants positifs de la dernière colonne

III. — ALGEMENE BESPREKING

De heer Jo Vandeurzen (CD&V) licht zijn oorspronkelijk (zie punt I hierboven) aan het wetsontwerp toegevoegde wetsvoorstel (DOC 50 1294/001) toe.

Hij stelt vast dat de betaling van ziekenhuisfacturen voor veel mensen problematisch is, in het bijzonder voor minder gegoede personen. Daarom bevat het voorstel verschillende maatregelen die de lasten van die mensen kunnen verlichten: een verruiming van de afbetalingsmogelijkheden, de doorverwijzing naar OCMW's, de beperking van verwijlntresten en een restrictievere omschrijving van de taak van de incassobureaus.

De spreker somt de concrete doelstellingen van zijn voorstel op:

- De erelonen en het aandeel van de patiënt in de ziekenhuisfactuur moeten op een correcte manier worden geïnd.
- De verjaring van ziekenhuisfacturen kan worden gestuit door een brief met een afbetalingsplan.
- Particuliere en publieke ziekenhuizen moeten dezelfde regels naleven.

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen, de heer Frank Vandenbroucke, vindt een correcte inning van bijdragen door ziekenhuizen belangrijk. Hij zal zelf binnenkort enkele maatregelen nemen in dit domein. Hij engageert zich voor een debat ten gronde in het Parlement, ten laatste in november 2002.

De heer Luc Goutry (CD&V) betreurt zowel de wijze waarop de regering het ontwerp bij het Parlement heeft ingediend als de vorm die het ontwerp aanneemt. Hij stipt de volgende problemen aan:

- Er is te weinig tijd voor de volksvertegenwoordigers om de tekst grondig door te nemen;
- De memorie van toelichting was in eerste instantie onvolledig;
- De bespreking gebeurt op grond van een document dat nog niet formeel lijkt te zijn ingediend (het ontwerp had geen volgnummer bij de aanvang van de bespreking);
- De tekst van het voorontwerp, dat aan de Raad van State werd voorgelegd, was aanzienlijk langer dan de finale tekst van het wetsontwerp, evenwel zonder dat in de memorie van toelichting afdoende uitgelegd wordt waarom die verkorting werd doorgevoerd. De weggelaten bepalingen zijn belangrijk: ze hebben o.m. betrekking hebben op de oprichting van een Kennis-

III. — DISCUSSION GÉNÉRALE

M. Jo Vandeurzen (CD&V) commente sa proposition de loi (DOC 50 1294/001), qui était initialement jointe au projet de loi (voir point I).

Il souligne que le paiement des factures d'hôpital constitue encore souvent un problème, en particulier pour les personnes moins favorisées. La proposition contient dès lors diverses mesures destinées à alléger les charges de ces personnes : extension des facilités de paiement, renvoi aux CPAS, limitation des intérêts de retard et restriction de la mission des bureaux de recouvrement.

L'intervenant énumère les objectifs concrets poursuivis par sa proposition :

- La perception des honoraires et de la partie de la facture d'hôpital à charge du patient doit s'effectuer de manière correcte.
- L'interruption de la prescription des factures d'hôpital peut se faire par le biais d'une lettre accompagnée d'un plan d'apurement.
- Les hôpitaux publics et privés sont soumis aux mêmes règles.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions, M. Frank Vandenbroucke, souligne qu'il est important que les montants dus soient correctement perçus par les hôpitaux. Lui-même prendra prochainement certaines mesures en la matière. Il s'engage à mener un débat de fond au Parlement à ce sujet, au plus tard en novembre 2002.

M. Luc Goutry (CD&V) déplore tant la manière dont le gouvernement a déposé le projet de loi au Parlement que la forme qu'il lui a donnée. Il relève les problèmes suivants:

- Les députés ne disposent pas de suffisamment de temps pour pouvoir analyser de manière approfondie le texte ;
- L'exposé des motifs était incomplet au début ;
- La discussion a été entamée sur la base d'un document qui n'avait, semble-t-il, pas encore été formellement déposé (il ne portait pas de numéro d'ordre au début de la discussion) ;
- Le texte de l'avant-projet, qui a été soumis au Conseil d'Etat, était beaucoup plus long que le texte définitif. L'exposé des motifs ne donne toutefois aucune explication à ce sujet. Pourtant, les dispositions qui ont été supprimées sont importantes : elles portent notamment sur la création d'un centre d'expertise et d'une agence intermutualiste. Si le gouvernement entend créer ces

centrum en van een intermutualistisch centrum. Indien de regering die instanties later alsnog wil oprichten, is het aangewezen om daarover hoorzittingen te organiseren.

– De regering is het advies van de Raad van State niet op alle punten gevolgd en geeft daar niet steeds een verantwoording voor.

– Het ontwerp bevat veel moeilijk leesbare formuleringen en ontelbare verwijzingen. Coördinatie van de wetgeving zal dus noodzakelijk zijn, in het bijzonder omdat nog vele besluiten tot uitvoering van de wet in ontwerp zullen worden genomen. Ten gronde dringt zich een nieuwe wetgevingstechnische aanpak op. De spreker betreurt dat de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen steeds uitgebreider wordt, wat de leesbaarheid van de wettekst bemoeilijkt.

Vorig jaar werden bij de indiening van een ontwerp op hetzelfde vlak dezelfde fouten gemaakt. De toen beloofde beterschap is er allermist gekomen. Desalniettemin verklaart de spreker zich bereid tot het voeren van een constructief debat over het belangrijke ontwerp. Hij overloopt de krachtlijnen van het ontwerp en formuleert daarbij bedenkingen.

In 29 van de 62 artikelen van het ontwerp worden volmachten aan de Koning toegekend. Dat leidt tot een onvermogen van de wetgever om de wezenlijke beleidslijnen te bepalen. Kan de minister reeds een toelichting geven bij de belangrijkste uitvoeringsbesluiten ?

Het ter bespreking voorliggende wetsontwerp opteert voor een centralisering van macht: beslissingsmacht wordt overgedragen aan bepaalde instanties, waardoor de beslissingen gecollectiviseerd worden en de bureaucratie toeneemt. Is een grotere spreiding van macht niet efficiënter ? Wat blijft er over van het voornemen van de liberale fracties om de betrokkenen in de gezondheidszorg meer verantwoordelijk te maken voor hun eigen optreden ? De spreker verdedigt uitdrukkelijk het vrije initiatief in de sector van de gezondheidszorg. Sommige beslissingen moeten dan wel van bovenaf worden genomen, maar het is onnodig en onnuttig om daartoe nieuwe administraties in het leven te roepen. Duidelijke en naar inhoud beperkte richtlijnen, gekoppeld aan de delegatie van verantwoordelijkheid, moeten meestal kunnen volstaan.

De groepering van adviescomités in units past in hetzelfde plaatje van beheersing en collectivisering. De oprichting van een Multipartite-structuur is een goed voorbeeld van die tendens, net als het aangekondigde Kenniscentrum. Dat Kenniscentrum zal beschikken over alle gegevens van instellingen en patiënten en zal daar verregaande conclusies uit kunnen trekken. Het ziet er

instances ultérieurement, il conviendrait d'organiser des auditions à ce sujet.

– Le gouvernement n'a pas toujours suivi l'avis du Conseil d'Etat, sans toutefois se justifier.

– Le texte du projet comporte de nombreuses formulations particulièrement complexes et un nombre incalculable de renvois. Il sera donc nécessaire de coordonner la législation, d'autant plus que de nombreux arrêtés d'exécution de la loi en projet seront encore pris. Il y a lieu de procéder à une nouvelle approche légistique sur le fond. L'intervenant déplore que la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, devienne de plus en plus volumineuse, ce qui nuit à sa lisibilité.

L'an dernier, lors du dépôt d'un projet de loi concernant la même matière, les mêmes erreurs avaient été commises. L'amélioration promise à l'époque ne s'est absolument pas produite. L'intervenant se déclare néanmoins disposer à mener un débat constructif. Il parcourt les idées-force du projet à l'examen et formule quelques considérations.

Dans 29 des 62 articles de la loi en projet, le Roi se voit accorder des pouvoirs spéciaux. Il s'ensuit que le législateur se retrouve dans l'impuissance de définir les options politiques réelles. Le ministre pourrait-il déjà préciser la portée des arrêtés d'exécution importants qu'il entend prendre ?

Dans le projet à l'examen il a été opté pour la centralisation du pouvoir : le pouvoir de décision est transféré à certains organes, ce qui implique la collectivisation des décisions et l'augmentation de la bureaucratie. N'aurait-il pas été plus efficace de répartir plus largement les compétences ? Que reste-t-il des bonnes résolutions des groupes libéraux de responsabiliser davantage les acteurs du secteur des soins de santé ? L'intervenant est un défenseur déclaré de la libre initiative en matière de soins de santé. Si certaines décisions doivent être prises d'«en-haut», il est toutefois inutile et inefficace de créer de nouvelles administrations à cet effet. Il suffit, en général, d'édicter des directives claires et d'une portée limitée et de déléguer les responsabilités.

Le groupement des comités d'avis en unités procède de la même volonté de maîtriser et de collectiviser le système. La création de la Structure multipartite illustre bien cette tendance de même que la création annoncée du Centre de connaissances. Ce Centre disposera de toutes les informations concernant les institutions et les patients et pourra en tirer de larges conclusions. Au de-

overigens naar uit dat de directeur van het Kenniscentrum aan handen en voeten gebonden zal zijn, onder meer door de vereiste van een dubbele handtekening bij elke belangrijke beslissing.

Sommige structuren worden afgeschaft, maar algemeen neemt de bureaucratie toe. De spreker is tevens van oordeel dat sommige structuren (bijvoorbeeld de technische comités in de Algemene Raad van het RIZIV en de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen) goed functioneren en vindt het onbegrijpelijk dat de regering er toch voor opteert om die structuren opdrachten te ontnemen. De afschaffing van de bovenvermelde Nationale Raad lijkt zich volgens de spreker al aan te kondigen: zes maand na het verstrijken van het mandaat van de leden werd immers nog steeds geen nieuw benoemingsbesluit afgekondigd.

Een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg draagt zijn goedkeuring weg omdat de eerste lijn ervoor zorgt dat de andere onderdelen van de gezondheidszorg in evenwicht blijven.

In het ontwerp wordt nagedacht over een beïnvloeding van het voorschrijfgedrag. In het bijzonder moet gezocht worden naar de beste methode om dat tot stand te brengen: moet men goede voorschrijvers belonen of slechte voorschrijvers bestraffen? Er mag verwacht worden dat het parlement daarover een diepgaand debat voert.

Het bijhouden van een globaal medisch dossier moet beter gehonoreerd worden dan op vandaag het geval is. Het ontwerp kent zijns inziens in het bijzonder in dit domein te grote bevoegdheden aan de Koning toe. Zo vermeldt het ontwerp geen enkel bedrag, waardoor het parlement bij aanneming van de betrokken artikelen niet kan weten welke richting het beleid zal uitgaan.

De toekenning van een disponibiliteitsvergoeding voor wachtdiensten beoordeelt hij positief. Er moet samenhang zijn tussen die vergoeding en het beleid voor de spoedgevallendiensten, die immers minder belast worden indien de wachtdiensten beter uitgebouwd worden. De vlotte (telefonische) bereikbaarheid van wachtdiensten vergt nieuwe maatregelen.

In het wetsontwerp wordt een begin gemaakt met het elektronische beheer van medische dossiers, wat op zich lovenswaardig is. Slaat de regering echter geen stappen over in haar drang om volop te moderniseren? Waarom bestaat er nog geen gezondheidsboekje, waarin elke arts de door hem verrichte medische handelingen neerschrijft en dat de patiënt naar elke consultatie meeneemt? Een beter en efficiënter beheer van medische gegevens is noodzakelijk. Het ontwerp geeft aan dat de nieuwe Multipartite-structuur voor het ziekenhuisbeleid daarin een belangrijke rol zal spelen.

meurant, tout indique que le directeur du Centre de connaissances ne disposera d'aucune liberté d'action en raison, entre autres, de l'exigence d'une double signature pour toute décision importante.

Certaines structures sont supprimées, mais, globalement, la bureaucratie augmente. L'intervenant estime également que certaines structures (par exemple, les comités techniques au sein du Conseil général de l'INAMI et du Conseil national des établissements hospitaliers) fonctionnent correctement et qu'il est incompréhensible que le gouvernement décide malgré tout de priver ces structures de certaines missions. La suppression du Conseil national susmentionné semble d'ailleurs déjà annoncée, selon l'intervenant : en effet, six mois après l'expiration du mandat des membres, aucun nouvel arrêté de nomination n'a encore été pris.

Un renforcement des soins de santé de première ligne emporte son adhésion, parce que la première ligne veille à ce que les autres composantes des soins de santé restent en équilibre.

Dans le projet, le gouvernement songe à influencer le comportement en matière de prescription. Il y a lieu, en particulier, de rechercher la meilleure méthode pour y parvenir : faut-il récompenser les bons prescripteurs ou sanctionner les mauvais prescripteurs? Il faut s'attendre à ce que le Parlement engage un débat approfondi sur la question.

La tenue d'un dossier médical global doit être mieux rémunérée que ce n'est le cas aujourd'hui. Selon l'intervenant, le projet accorde, en particulier dans ce domaine, de trop larges compétences au Roi. C'est ainsi que le projet ne mentionne aucun montant, de sorte qu'au moment d'adopter les articles en question, le Parlement n'est pas en mesure de savoir dans quelle direction s'engagera la politique.

L'octroi d'une indemnité de disponibilité pour les services de garde est une bonne chose, selon l'intervenant. Il doit y avoir une cohérence entre cette indemnité et la politique des services d'urgence, qui seront en effet moins sollicités si les services de garde sont correctement structurés. Il y a lieu de prévoir de nouvelles mesures pour améliorer l'accessibilité (téléphonique) des services de garde.

Le projet de loi marque le début de la gestion électronique des dossiers médicaux, ce qui est louable en soi. Le gouvernement ne brûle-t-il toutefois pas des étapes en s'efforçant à tout prix de moderniser? Pourquoi le carnet de santé n'existe-t-il pas encore? Chaque médecin y noterait les actes médicaux qu'il a pratiqués et le patient l'emporterait avec soi lors de chaque consultation. Il y a lieu d'améliorer la gestion des données médicales et de la rendre plus efficace. Le projet précise que la nouvelle structure multipartite prévue pour la politique hospitalière jouera un rôle important à cet égard.

Een positieve maatregel is de opname van dag-hospitalisatie in het deelbudget voor de verstrekkingen die verleend worden aan in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.

De vervanging van de financiering van verstrekkingen door pathologiefinanciering strekt eveneens tot aanbeveling. Om deze optie operationeel te maken, is er nog veel werk inzake categorisering en het meetbaar maken van pathologieën.

De financiering van verzorgingsinstellingen voor bejaarden is een prangend probleem. De regering dient zowel in de thuiszorg als voor de instellingen de middelen op te trekken om het reële zorgtekort te verhelpen, dat onder meer veroorzaakt wordt door de tweede vergrijzingsgolf: stokoude mensen kunnen niet altijd door hun oude kinderen worden opgevangen en kunnen enkel in rusthuizen terecht. De forfaitarisering van de vergoeding per instelling is in beginsel verdedigbaar, maar de invoering van een gesloten enveloppe is onhaalbaar en onwenselijk.

De financiering moet in de eerste plaats drastisch verhoogd worden om de aanwerving van voldoende gekwalificeerd personeel mogelijk te maken en om ook andere categorieën van personen dan de meest hulpbehoevenden toegang te verlenen tot verzorgingsinstellingen. Het belangrijke zorgtekort levert vele gevaren op, o.m. een ongewilde, maar zeer goed mogelijke uitbreiding van het toepassingsgebied van de wet betreffende de euthanasie (DOC 50 1488/001).

De minister stelt dat hij sommige bepalingen die figuerden in het voorontwerp van wet niet in het ontwerp heeft opgenomen om het advies te kunnen vragen van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Die weggelaten bepalingen zullen in het najaar 2002 in een ander wetsontwerp ingediend worden.

De heer Luc Goutry (CD&V) hekelt vervolgens het complexe en duistere taalgebruik dat in het wetsontwerp wordt gehanteerd. Het technische jargon en het veelvuldige gebruik van Engelse terminologie en afkortingen (*outliers*, *APR-DRG*) maken het ontwerp bijzonder moeilijk leesbaar.

Ten slotte wijst de spreker erop dat voor een aantal essentiële bepalingen uit het ontwerp men op de steun van zijn fractie zal kunnen rekenen. Op bepaalde punten wordt met dit ontwerp aanzienlijke vooruitgang geboekt. De spreker waarschuwt wel voor mogelijke centralistische en dirigistische tendensen.

De heer José Vande Walle (CD&V) is tevreden met de ruime aandacht die wordt besteed aan de eerstelijnszorg en de positie van de huisarts.

L'insertion de l'hospitalisation de jour dans le budget prévu pour les soins dispensés à des ayants droits hospitalisés constitue une mesure positive.

Il s'indique également de remplacer le financement par prestations par un financement par pathologies. Pour que cette option puisse devenir opérationnelle, il faudra encore prendre de nombreuses mesures pour catégoriser et quantifier les pathologies.

Le financement des institutions de soins pour personnes âgées est un problème préoccupant. Le gouvernement doit, tant en ce qui concerne les soins à domicile qu'en ce qui concerne les institutions, augmenter les moyens afin de remédier au déficit réel de soins, qui résulte notamment de la deuxième vague de vieillissement : des personnes très âgées ne peuvent pas toujours être prises en charge par leurs enfants âgés et sont contraintes de séjourner dans des maisons de repos. La forfaitarisation de l'indemnité par institution est en principe défendable, mais l'instauration d'une enveloppe fermée est à rejeter car non praticable.

Le financement doit avant tout être sensiblement augmenté afin de permettre le recrutement de personnel suffisamment qualifié et de permettre à d'autres catégories de personnes que les personnes dépendantes d'être prises en charge dans des institutions de soins. L'important déficit de soins comporte beaucoup de risques, notamment une extension non désirée mais tout à fait possible du champ d'application de la loi relative à l'euthanasie (DOC 50 1488/001).

Le ministre souligne qu'un certain nombre de dispositions qui figuraient dans l'avant-projet de loi n'ont pas été reprises dans le projet de loi afin que l'avis de la Commission pour la protection de la vie privée puisse être demandé. Les dispositions qui ont été distraites du projet de loi figureront dans un autre projet qui sera déposé à l'automne 2002.

M. Luc Goutry (CD&V) fustige la langue complexe et obscure qui est utilisée dans le projet de loi. Le jargon technique et l'usage fréquent d'abréviations et de termes anglais (*APR-DRG*, *outliers*) rendent la lecture du projet particulièrement difficile.

Une série de dispositions essentielles du projet bénéficieront du soutien du groupe CD&V. Ce projet permettra de réaliser des progrès considérables sur certains points. L'intervenant met cependant en garde contre d'éventuelles velléités centralistes et dirigistes.

M. José Vande Walle (CD&V) se réjouit que l'on accorde une grande attention aux soins de première ligne et au statut du généraliste.

Op volgende punten moet een duidelijk antwoord worden geformuleerd :

- de stijging van het volume aan zorg dat wordt veroorzaakt door verschillende factoren (toenemende welvaart, vergrijzing van de bevolking, groot aantal zorgverleners) ;
- de administratieve belasting ;
- het sociaal aspect van de raadpleging, waarmee in de eerste plaats de duur van de contacten tussen de arts en de patiënten wordt bedoeld ;
- bewustmaking van de patiënt van de verhouding tussen het soort raadpleging en de prijs die de patiënt wenst te betalen ;
- de consumptie van de geneeskundige zorg : het budget moet onder controle worden gehouden. De voorbije drie jaren heeft er zich een explosieve stijging voorgedaan.
- de invulling die de artsen geven aan de uitoefening van hun beroep zowel op het vlak van inhoud als beschikbaarheid. De mentaliteitswijziging bij de jonge artsen en de vervrouwelijking van de beroepsgroep zijn tendensen waarmee rekening moet worden gehouden.

In het wetsontwerp zijn een aantal aanzetten tot oplossing van bovenvermelde pijnpunten aanwezig. Men kan zich evenwel afvragen of deze aanzetten tot oplossing voldoende uitgebreid en diepgaand zijn. Zowel het creëren van een tegemoetkoming voor het administratief beheer (bijvoorbeeld voor de kosten voor de aanpassingen aan de informatica) en voor het aanleggen van GMD's (globaal medisch dossier) als het honoreren van tijdsbesteding voor accreditering worden positief beoordeeld. Ook op deze punten zal de vraag wellicht groter zijn dan het aanbod.

Vanwege deze discrepantie tussen de vraag en het aanbod moet ervoor gezorgd worden dat de eerstelijnszorg, en in het bijzonder de huisarts, het niet laat afweten. Wanneer steeds meer artsen uitwijken naar Nederland, kan dit in de toekomst voor de kwaliteit van de eerstelijnszorg in bepaalde provincies drastische gevolgen hebben.

De richting «huisarts» moet aantrekkelijk blijven voor de studenten geneeskunde. Vele aspirant-artsen kiezen nu voor een andere optie, onder meer vanwege het zwakke socialezekerheidsstatuut van de huisarts en de discrepantie tussen de financiële verdiensten en de gevraagde zorgverstrekking en de overbevraging door de patiënten. Zowel het honorarium voor een consult als dat voor een visite moeten worden opgetrokken.

De negatieve spiraal ten opzichte van het beroep van huisarts moet worden doorbroken. Volgende maatregelen kunnen hiertoe bijdragen : de erkenning van de huisartsenkringen vanwege het cruciale belang van een

Il convient d'apporter une réponse claire sur les points suivants :

- l'augmentation du volume de soins provoquée par différents facteurs (l'accroissement de la prospérité, le vieillissement de la population, le nombre élevé de dispensateurs de soins) ;
- la charge administrative ;
- l'aspect social de la consultation, c'est-à-dire, au premier chef, la durée des contacts entre le médecin et le patient ;
- la conscientisation du patient au rapport entre le type de consultation et le prix qu'il souhaite payer ;
- la consommation des soins médicaux : il faut continuer à assurer la maîtrise du budget. Ces soins ont explosé au cours des trois dernières années ;
- la manière dont les médecins conçoivent l'exercice de leur profession tant sur le plan du contenu que sur celui de la disponibilité. Le changement de mentalité qui s'opère chez les jeunes médecins et la féminisation de cette catégorie professionnelle sont des tendances dont il convient de tenir compte.

Le projet de loi comporte un certain nombre d'ébauches de solution aux problèmes susmentionnés. On peut tout de même se demander si ces ébauches de solution sont suffisamment vastes et approfondies. Tant l'instauration d'une intervention pour la gestion administrative (par exemple pour le coût des adaptations du système informatique) et pour la constitution de dossiers médicaux globaux (DMG) que la rétribution du temps passé à obtenir l'accréditation sont accueillies positivement. La demande sera sans doute supérieure à l'offre pour tous ces points.

En raison de ce déséquilibre entre l'offre et la demande, il faudra veiller à ce que les soins de première ligne, et en particulier le généraliste, ne faillissent pas. Si les médecins devaient être de plus en plus nombreux à émigrer aux Pays-Bas, cela pourrait avoir des effets dramatiques dans certaines provinces, pour la qualité des soins de première ligne.

L'orientation «généraliste» doit rester attrayante pour les étudiants en médecine. De nombreux candidats-médecins choisissent aujourd'hui une autre option, notamment en raison de la faiblesse de la protection sociale du généraliste et de la disparité entre les faibles gains financiers et les soins réclamés et la sursollicitation de la part des patients. Les honoraires, tant pour les consultations que pour les visites à domicile, devraient être réévalués.

Il faut enrayer la spirale négative qui affecte la profession de généraliste. Les mesures suivantes pourraient y contribuer : reconnaissance des cercles de médecins généralistes en raison de l'importance cruciale d'une

goede samenwerking in de eerstelijnszorg, het creëren van een specifiek budget voor de huisartsen, het doorvoeren van een administratieve vereenvoudiging en de responsabilisering van de patiënten.

Speciale aandacht moet ook besteed worden aan de spoedgevallendienst en de taak die hierin is weggelegd voor de huisarts. Steeds meer patiënten doen een beroep op de spoedgevallendienst zonder dat er sprake is van onmiddellijke medische urgentie. De Caritas-instellingen hebben gewezen op de onhoudbaarheid van een dergelijke situatie. Indien de overheid geen passende maatregelen neemt, zouden patiënten die zich melden op de dienst spoedgevallen van een Caritas-ziekenhuis een niet door het ziekenfonds terugbetaalde toeslag van 25 euro moeten betalen. Dit alarmsignaal wijst erop dat er dringend moet worden bijgestuurd.

Het gebruik van de spoedgevallendienst dient in de juiste context te worden geplaatst. De wachtdiensten die door de huisartsen worden georganiseerd, moeten worden opgewaardeerd. Ook op dit punt moeten de honoraria worden aangepast.

Via een bewustmakingscampagne moeten de patiënten gewezen worden op de noodzaak om de passende dienst aan te spreken.

Ten slotte wijst de spreker erop dat via het wetsontwerp ook een hele reeks technische aanpassingen worden doorgevoerd. Sommige zijn bijzonder nuttig en noodzakelijk. Een aantal aanpassingen kunnen evenwel ook uitmonden in een overdreven vorm van centralisme.

De heer Koen Bultinck (Vlaams Blok) geeft uiting aan zijn ongenoegen over de wijze waarop dit wetsontwerp wordt besproken. Het geeft blijk van een totaal gebrek aan respect voor de parlementsleden. De officiële teksten zijn nog altijd niet ter beschikking en voorlopig moeten de commissieleden zich nog altijd tevreden stellen met een drukproef.

De spreker deelt mee dat hij in zijn betoog een aantal thema's en pijnpunten nader zal belichten.

– Het toekomstplan voor de huisartsgeneeskunde.

In artikel 3 wordt het wettelijk kader gecreëerd voor de responsabilisering van de artsen. Het is een positieve evolutie dat iedereen binnen de gezondheidszorg op zijn verantwoordelijkheid wordt gewezen.

Deze responsabilisering moet evenwel gepaard gaan met een ernstige herwaardering van de artsen. Voor de gewone consulten moet er dringend een verhoging van het honorarium plaatsvinden. Voor het bijhouden van een globaal medisch dossier moet er voorzien worden in een specifieke vergoeding. De eisen van de huisartsen voor een financiële opwaardering zijn terecht.

bonne collaboration dans les soins de première ligne, création d'un budget spécifique pour les généralistes, réalisation d'une simplification administrative et responsabilisation des patients.

Il faudrait également accorder une attention particulière au service des urgences et à la tâche qui est dévolue à cet égard au généraliste. De plus en plus de patients font appel au service des urgences alors qu'il n'y a pas d'urgence médicale immédiate. Les établissements Caritas ont estimé que pareille situation était intenable. Si les autorités ne prennent pas des mesures appropriées, les patients qui se présentent au service des urgences d'un hôpital Caritas devront payer un supplément de 25 euros non remboursé par la mutualité. Ce signal d'alarme montre qu'il est urgent d'agir.

Le recours aux services d'urgence doit être placé dans son contexte. Les services de garde organisés par les généralistes devraient être revalorisés. Les honoraires devraient être adaptés dans ce domaine également.

Il faudrait attirer l'attention des patients, par une campagne de conscientisation, sur la nécessité de s'adresser au service approprié.

Enfin, l'intervenant souligne que la loi en projet vise également à apporter toute une série d'adaptations techniques. Certaines sont particulièrement utiles et nécessaires. Un certain nombre d'entre elles peuvent toutefois déboucher sur une forme excessive de centralisme.

M. Koen Bultinck (Vlaams Blok) fait part de son insatisfaction quant à la manière dont se déroule la discussion du projet de loi à l'examen, qui témoigne d'un manque total de respect pour les membres du parlement. Les textes officiels ne sont toujours pas disponibles, et les membres de la commission doivent provisoirement se contenter d'épreuves.

L'intervenant indique qu'il examinera plus avant, dans son exposé, certains thèmes et certains problèmes.

– Le plan d'avenir pour la médecine générale

L'article 3 crée le cadre légal en vue de la responsabilisation des médecins. Il est positif que chacun des acteurs du secteur des soins de santé soit mis devant ses responsabilités.

Toutefois, cette responsabilisation doit s'accompagner d'une revalorisation financière sérieuse des médecins. Pour les consultations ordinaires, il y a lieu d'augmenter les honoraires d'urgence. Il faut en outre prévoir une rémunération spécifique pour la tenue des dossiers médicaux globaux. Les exigences formulées par les médecins généralistes pour la revalorisation financière de leur profession sont justifiées.

In het ontwerp worden reeds een aantal stappen in die richting gezet. Een reeks algemene principes worden wettelijk vastgelegd : het invoeren van een beschikbaarheidshonorarium voor geneesheren die deelnemen aan georganiseerde wachtdiensten (artikel 4), het creëren van een tegemoetkoming voor het elektronisch beheer van de medische dossiers (artikel 5) en het instellen van een honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier (artikel 6). Dit blijft evenwel een schuchtere aanzet.

Wat de bepalingen inzake de akkoorden artsen-ziekenfondsen (artikel 7) betreft, wordt het beleid op een belangrijk punt bijgestuurd door te stellen dat de benadering van de huisartsen anders is dan die van de geneesheer-specialist. Bij stemmingen over aspecten van akkoorden geneesheren-ziekenfondsen die belangrijker zijn voor de huisartsen dan voor de geneesheren-specialisten, wordt bepaald dat de meerderheid minstens de helft van de leden algemeen geneeskundigen moet bevatten.

– Maatregelen over klinische biologie, medische beeldvorming en dialyse

De problematiek van de transfers tussen Vlaanderen en Wallonië is hierbij van essentieel belang. In een recent interview met het weekblad *Knack* heeft de eerste minister verklaard dat dit wetsontwerp alle verdere discussie over de defederalisering van de gezondheidszorg overbodig zou maken. Dit is een te optimistische voorstelling van zaken. De spreker kan alleen maar vaststellen dat de premier niet graag meer herinnerd wordt aan de standpunten die hij omtrent het vraagstuk van de transfers van de sociale zekerheid als oppositieleider heeft verdedigd.

Hoe zit het trouwens met de werkzaamheden van de commissie-Jadot ? Het is reeds een tijdje geleden dat nog iets vernomen werd over de werkzaamheden van deze commissie. Het is geleden van 19 januari en 8 februari 2000 dat de parlementaire bespreking van het vierde rapport van de commissie-Jadot plaatsvond. Zal de commissie-Jadot haar werkzaamheden voortzetten? Of zal ze in stilte worden opgedoekt ?

In de sector van de klinische biologie, medische beeldvorming en dialyse worden voor het eerst schuchtere maatregelen genomen om de misbruiken te bestrijden.

Om de sociale zekerheid in staat te stellen tegemoet te komen aan nieuwe noden, moeten de bestaande misbruiken worden weggewerkt.

– Referentiebedragen

De regeling die wordt uitgewerkt, is opnieuw een voorzichtige poging om een aantal zaken bij te sturen.

Le projet comporte déjà quelques points positifs à cet égard. Une série de principes généraux sont inscrits dans la loi : l'instauration d'un honoraire de disponibilité pour les médecins participant à des services de garde organisés (article 4), la création d'une intervention pour la gestion électronique des dossiers médicaux (article 5), et l'instauration d'un honoraire pour la gestion du dossier médical global (article 6). Ces premiers pas sont toutefois timides.

En ce qui concerne les dispositions relatives aux accords médico-mutualistes (article 7), la politique est modifiée sur un point essentiel en ce qu'il est indiqué que l'approche des médecins généralistes est différente de celle des médecins spécialistes. Lors des votes sur des aspects des accords médico-mutualistes qui sont plus importants pour les généralistes que pour les spécialistes, il est prévu que la majorité recueillie doit au moins comporter la moitié des membres représentant les médecins généralistes.

– Mesures relatives à la biologie clinique, à l'imagerie médicale et à la dialyse

Le problème des transferts entre la Flandre et la Wallonie revêt une importance capitale à cet égard. Dans une interview qu'il vient d'accorder à l'hebdomadaire *Knack*, le Premier ministre a déclaré que le projet de loi à l'examen rendrait superflue toute discussion future sur la défédéralisation des soins de santé. Il s'agit là d'une vision par trop optimiste. L'intervenant ne peut que constater que le Premier ministre n'aime pas qu'on lui rappelle les points de vue qu'il adoptait à propos des transferts de la sécurité sociale lorsqu'il était dans l'opposition.

Qu'en est-il d'ailleurs des travaux de la commission Jadot ? Il y a déjà un certain temps que l'on a encore entendu quelque chose à son propos. L'examen par le parlement du quatrième rapport de la commission Jadot a eu lieu les 19 janvier et 8 février 2000. La commission Jadot poursuivra-t-elle ses travaux ? Ou sera-t-elle liquidée en silence ?

C'est la première fois que de timides mesures sont prises dans le secteur de la biologie clinique, de l'imagerie médicale et de la dialyse pour lutter contre les abus.

Il doit être mis fin aux abus afin de permettre à la sécurité sociale de répondre à de nouveaux besoins.

– Montants de référence

Le régime proposé est une nouvelle tentative prudente visant à apporter certains correctifs.

Voor de spreker kunnen bepaalde pijnpunten alleen een definitieve oplossing krijgen door een volledige defederalisering van de sociale zekerheid door te voeren.

– Nieuw financieringsstelsel voor de ROB's (rustoord voor bejaarden) / RVT's (rust-en verzorgingstehuis)

Vanwege de voortschrijdende vergrijzing is het noodzakelijk dat er meer middelen worden toegewezen aan deze sector. Op dit ogenblik hebben de rust- en verzorgingstehuizen te kampen met een schrijnend gebrek aan middelen.

– Problematiek van de adviserend geneesheer

De adviserend geneesheren zullen een reeks taken moeten vervullen in de nieuw op te richten organen. Hoe onafhankelijk kunnen deze adviserend geneesheren optreden? Ze zijn bijna allemaal verbonden aan de ziekenfondsen van de grote zuilen.

– Spoeddienst

De minister heeft zich terecht verzet tegen de plannen van de Caritas-ziekenhuizen om patiënten die zich op de dienst spoedgevallen aanmelden een supplement van 25 euro aan te rekenen. Anderzijds moeten er op het vlak van de spoeddiensten een aantal maatregelen worden genomen om de instroom in te dijken. Sommige patiënten zetten inderdaad te snel de stap naar een spoeddienst. Er moeten evenwel uitzonderingen worden ingebouwd voor kwetsbare groepen. Sociaal zwakkeren kunnen soms niet terecht bij een huisarts, die in een stad niet altijd makkelijk te vinden is. Voor hen is een beroep doen op de spoeddienst van het ziekenhuis vaak de enige mogelijkheid

– Multipartite-structuur

Is het zinvol om nog een nieuwe structuur op te bouwen in de reeds complexe architectuur van de sociale zekerheidsinstellingen. In het kader van de administratieve vereenvoudiging zou de regering er eerder naar moeten streven om overbodige structuren af te schaffen in plaats van nieuwe organen bij te creëren. Bevindt deze Multipartite-structuur zich binnen of buiten het RIZIV?

Het onderdeel over het Kenniscentrum werd uit het wetsontwerp gelicht en zal pas in het najaar aan het

L'intervenant estime que seule une défédéralisation intégrale de la sécurité sociale permettra de trancher certains nœuds gordiens.

– Nouveau régime de financement pour les MRPA (maisons de repos pour personnes âgées) et les MRS (maisons de repos et de soins)

En raison du vieillissement croissant de la population, il est nécessaire d'octroyer davantage de moyens à ce secteur. Actuellement, les maisons de repos et de soins doivent faire face à un manque total de moyens.

– Problématique du médecin-conseil

Les médecins-conseils devront accomplir une série de tâches au sein des nouveaux organes à constituer. La question est de savoir de quelle indépendance ils pourront bénéficier pour agir, étant donné qu'ils sont pratiquement tous liés aux mutuelles appartenant aux grands piliers.

– Service des urgences

Le ministre s'est opposé, à juste titre, aux projets des hôpitaux Caritas visant à facturer un supplément de 25 euros aux patients qui se présentent aux services des urgences. Il convient, néanmoins, de prendre un certain nombre de mesures concernant les services des urgences afin d'endiguer l'afflux de patients qu'ils connaissent. Certains patients ont en effet tendance à se rendre trop rapidement aux urgences. Il faut toutefois faire une exception pour certaines catégories de personnes vulnérables. Certaines personnes socialement défavorisées ne peuvent parfois pas se rendre chez un médecin généraliste, ce dernier n'étant pas toujours facile à trouver dans une grande ville. Pour ces personnes, le service des urgences reste la seule possibilité.

– Structure multipartite

Est-il judicieux de mettre encore sur pied une nouvelle structure dans une architecture déjà très complexe d'organismes de sécurité sociale? Dans le cadre de la simplification administrative, le gouvernement devrait plutôt s'atteler à supprimer les structures superflues au lieu de créer de nouveaux organes. Cette structure multipartite se trouve-t-elle à l'intérieur ou à l'extérieur de l'INAMI?

La partie concernant le centre de connaissances a été distraite du projet de loi et ne sera soumise au parle-

parlement worden voorgelegd. Een goede registratie van de gegevens is nochtans van essentieel belang. Dit is steeds een zwak punt geweest in de Belgische gezondheidszorg. Is het evenwel zinvol dit kenniscentrum nog op het federale niveau te organiseren? Kan dit niet veel beter georganiseerd worden op het niveau van de gemeenschappen?

De heer Jacques Germeaux (VLD) vestigt de aandacht erop dat de problematiek van de eerstelijnszorg en van de huisartsen in het bijzonder reeds jarenlang aansleept. Het is de verdienste van deze regering dat ze dit vraagstuk op politieke agenda heeft geplaatst, waarbij ze de belangen van de huisartsen consequent heeft verdedigd.

De heer Jo Vandeuren (CD&V) merkt op dat de vorige regering ervoor gezorgd heeft dat de huisartsen ook een stem kregen bij de artsenverkiezingen.

Op volgende punten had de spreker graag enige verduidelijking gekregen:

- Zullen op het ogenblik dat de referentiebedragen worden ingevoerd, de diensten voor centrale inning van de ziekenhuizen worden aangesproken om de recuperatie uit te voeren? Is het risico niet reëel dat men hierdoor opnieuw in het spanningsveld treedt tussen de ziekenhuisbeheerders en de artsen? Het wetsontwerp voorziet in elk geval dat de recuperatie kan plaatsvinden via het cascadesysteem als er geen akkoord wordt bereikt tussen de artsen en de beheerder.

Beseft de minister van Sociale Zaken voldoende wat er zich op dit ogenblik afspeelt in de ziekenhuizen? De introductie van het nieuwe systeem – dat blijkt geeft van een goede beleidsvisie – zal plaatsvinden in bijzonder moeilijke omstandigheden, aangezien de situatie op het terrein op dit ogenblik uiterst problematisch is. Vooreerst moet er een gigantisch structureel tekort geobjectiveerd worden. De financieringswijze is bovendien bijzonder complex. Het gevaar bestaat dat de mechanismen er niet voor zorgen dat performantie wordt beloond en een slecht kostenbeheer en lage medische performantie financieel worden gesanctioneerd.

Vragen blijven er ook rond het thesauriebeheer. Met de invoering van referentiebedragen wordt een innovatief instrument gecreëerd voor de uitgavenbeheersing. Heeft de minister evenwel een duidelijk beeld van de context waarin zijn nieuwe ideeën zullen moeten worden toegepast?

- De situatie in verband met de universitaire ziekenhuizen wordt ronduit kafaiaans. In de vorige gezondheidswet werd het artikel omtrent de universitaire ziekenhuizen uit het ontwerp gehaald. Nu wordt het arti-

ment qu'à l'automne. Un bon enregistrement des données revêt pourtant une importance primordiale. Cela a toujours été un point faible de notre système de soins de santé. Est-il cependant judicieux d'organiser ce centre de connaissances au niveau fédéral? Ne serait-il pas préférable de l'organiser au niveau des communautés?

M. Jacques Germeaux (VLD) attire l'attention sur le fait que la problématique des soins de première ligne et des généralistes, en particulier, se pose depuis des années. Il est tout à l'honneur de ce gouvernement d'avoir mis cette question à l'agenda politique en défendant de manière conséquente les intérêts des généralistes.

M. Jo Vandeuren (CD&V) fait observer que le gouvernement précédent a veillé à ce que les médecins aient également une voix lors des élections médicales.

L'intervenant demande des précisions au sujet des points suivants:

- Au moment où les montants de référence seront instaurés, sera-t-il fait appel aux services de perception centrale des hôpitaux pour assurer la récupération? N'y a-t-il pas un risque réel de créer à nouveau des tensions entre les gestionnaires d'hôpitaux et les médecins? Le projet de loi prévoit en tout cas que la récupération pourra se faire par le biais d'un système de cascade si les médecins et le gestionnaire ne parviennent pas à conclure un accord.

Le ministre des Affaires sociales prend-il suffisamment la mesure de ce qui se passe actuellement dans les hôpitaux? Le nouveau système - qui témoigne d'une vision politique judicieuse - sera instauré dans des circonstances particulièrement difficiles, dès lors que la situation sur le terrain est extrêmement problématique à l'heure actuelle. Tout d'abord, il faut objectiver un déficit structurel gigantesque. De plus, le mode de financement est particulièrement complexe. Les mécanismes concernés risquent de ne pas permettre de récompenser l'efficacité, ni de sanctionner une mauvaise gestion des coûts et des performances médicales de piètre qualité.

De plus, des questions se posent toujours au sujet de la gestion de la trésorerie. En instaurant des montants de référence, on crée un nouvel instrument pour la maîtrise des dépenses. Le ministre sait-il toutefois exactement dans quel contexte ses nouvelles idées devront être appliquées?

- La situation des hôpitaux universitaires devient tout à fait kafaïenne. L'article relatif aux hôpitaux universitaires a été distrait du projet dont est issue la dernière loi sur les soins de santé. Aujourd'hui, cet article réappa-

kel opnieuw opgenomen (zie artikel 40 van het wetsontwerp houdende maatregelen inzake gezondheidszorg) en zal het bovendien pas in werking treden op een door de Koning te bepalen datum.

Wordt er soms gewerkt aan een nieuw concept inzake de erkenningscriteria en zal het artikel op grond van dit nieuwe concept in werking treden ?

Wat is het verband met de afzonderlijke financiering voor de universitaire ziekenhuizen ?

Welke politieke beleidslijn zit achter dit wetgevend initiatief ?

– Waarom wordt de regeling inzake de instelling van een forfaitaire bijdrage van patiënten die zich aanmelden in een dienst spoedgevallen, ingevoerd als een artikel 107 *quater* van de ziekenhuiswet ? Zou dit artikel niet op andere plaatsen in het hoofdstuk over de financiering kunnen worden ingevoerd ? Kan de minister hierover enige legistische verduidelijking geven ?

Welke sanctie wordt vastgelegd indien het forfaitair bedrag niet wordt ingevorderd onder de voorwaarden die de Koning heeft vastgelegd ? In de strafbepalingen uit de ziekenhuiswet wordt artikel 107 *quater* niet vermeld.

Kan de minister trouwens verduidelijken wat precies wordt bedoeld met de term «eenheid voor spoedgevallenzorg» ?

Het kernprobleem blijft natuurlijk de onderfinanciering van de spoedgevallendiensten.

– Zal de financiële commissie (artikel 48 van het ontwerp) paritair zijn samengesteld ? In de tekst van het wetsontwerp blijft dit onduidelijk. Ondertussen heeft mevrouw Yolande Avontroodt c.s. wel amendement nr. 23 (DOC 50 1905/003) ingediend waarin wordt bepaald dat de financiële commissie paritair is samengesteld.

Moeten de leden van de financiële commissie lid zijn van de directie of van de medische raad ? Kunnen ziekenhuisgeneesheren die geen lid zijn van de medische raad deel uitmaken van de financiële commissie ? Zal dit geen aanleiding geven tot communicatieproblemen ?

Bovendien hoeft er geen financiële commissie worden opgericht zodra er een Permanent Overlegcomité is. Als de leden van de financiële commissie geen lid hoeven te zijn van het Permanent Overlegcomité, zal de dynamiek aanwezig zijn om een dergelijke financiële commissie op te richten.

Informatie die aan de financiële commissie wordt overhandigd, moet vertrouwelijk worden behandeld. De spreker kondigt aan dat hij een amendement zal indienen dat voldoende garanties biedt voor een vertrouwelijke behandeling van de verstrekte informatie (*amendement nr. 29 – DOC 50 1905/003*).

raît (voir l'article 40 du projet de loi portant des mesures en matière de soins de santé) et il est en outre prévu qu'il n'entrera en vigueur qu'à une date à fixer par le Roi.

Élaborerait-on un nouveau concept sur la base duquel les critères d'agrément seront fixés et l'adoption de ce concept conditionnera-t-elle l'entrée en vigueur de l'article précité ?

Quel rapport y a-t-il avec le financement distinct des hôpitaux universitaires ?

Quelles sont les options politiques qui sous-tendent cette initiative législative ?

– Pourquoi le régime relatif à l'instauration d'une contribution forfaitaire des patients qui se présentent dans un service d'urgence est-il inséré comme article 107 *quater* de la loi sur les hôpitaux ? Cet article ne pourrait-il pas être inséré ailleurs dans le chapitre relatif au financement ? Le ministre peut-il justifier ce choix d'un point de vue légistique ?

Quelle est la sanction prévue pour le cas où le montant forfaitaire n'est pas exigé conformément aux conditions fixées par le Roi ? L'article 107 *quater* n'est pas mentionné dans les dispositions pénales de la loi sur les hôpitaux.

Du reste, le ministre peut-il expliquer ce qu'il y a lieu d'entendre par «unité de soins d'urgence» ?

Le problème principal reste bien entendu le sousfinancement des services d'urgences.

– La Commission financière (article 48 du projet) va-t-elle être composée paritairement ? Le texte du projet de loi n'est pas clair sur ce point. Entretemps, Mme Yolande Avontroodt et consorts ont présenté un amendement (n° 23, DOC 50 1905/003) tendant à préciser que la commission financière est composée paritairement.

Les membres de la commission financière doivent-ils être membres de la direction ou du conseil médical ? Les médecins hospitaliers qui ne sont pas membres du conseil médical peuvent-ils faire partie de la commission financière ? Cela ne risque-t-il pas de poser des problèmes de communication ?

En outre, nul n'est besoin de créer une commission financière s'il y a un comité permanent de concertation. Si les membres de la commission financière ne doivent pas être membres du comité permanent de concertation, la dynamique sera présente pour créer cette commission financière.

Les informations transmises à la commission financière doivent être traitées de manière confidentielle. L'intervenant déclare qu'il présentera un amendement tendant à prévoir des garanties suffisantes pour assurer la confidentialité du traitement des informations transmises (n° 29, DOC 50 1905/003).

In § 4 van het in te voegen artikel 129*bis* wordt verwezen naar de consensusregel. Wanneer er consensus is in het Permanent Overlegcomité, moet er geen adviesverstrekking plaatsvinden, tenzij een van de partijen hierom vraagt. Geldt dit ook voor de financiële commissie? Kunnen voor de financiële commissie dezelfde regels gevolgd worden die voor het Permanent Overlegcomité van toepassing zijn?

– Wat is de wetgevingstechnische verantwoording van artikel 11? Het is bijzonder merkwaardig dat een dergelijke specifieke regeling expliciet in de wet wordt vastgelegd.

De gebruikelijke techniek in de ziekenhuiswetgeving is dat in de wet een wetgevingstechnisch kader wordt gecreëerd dat dan met besluiten, al dan niet vastgesteld na overleg in de Ministerraad, wordt uitgewerkt.

Wordt de APR-DRG-regeling in de wet opgenomen om sneller vooruitgang te boeken of om de regeling beter bestand te maken tegen eventuele juridische betwistingen? Waarom wordt dit niet vastgelegd in een koninklijk besluit op basis van een wet?

Wetgevingstechnisch maakt dit een bijzonder vreemde indruk: er worden allerlei technische termen opgenomen, er wordt zelfs verwezen naar een website.

Bovendien vraagt de Koning in § 10 van het in te voegen artikel 56*ter* een ruime bevoegdheidsdelegatie om achteraf toch te kunnen optreden en aanpassingen door te voeren. Hiermee wordt de wetgevingstechnische orthodoxie op zijn kop gezet: eerst wordt de regeling verankerd in de wet en vervolgens krijgt de Koning volmachten om wijzigingen aan te brengen.

Kan de minister ook een toelichting geven bij de inwerkingtreding van dit mechanisme? Zal er worden voorzien in een testfase?

– Zal de Multipartite-structuur ook adviezen geven over de opsplitsing in een gemengd ereloon tussen het gedeelte dat de kosten moet dekken en het gedeelte dat de vergoeding is van een intellectuele prestatie. Zal de Multipartite-structuur over dergelijke kwesties een uitspraak kunnen doen? Mogen we op dit vlak initiatieven verwachten van de Multipartite-structuur?

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen bevestigt dat er bij een beslissing over de wijze om wetgevend op te treden discussie kan zijn of de materie het best wordt geregeld bij wet, bij koninklijk besluit of bij een in de ministerraad overlegd besluit. Hij is het echter niet eens met de opmerking dat er in onderhavig wetsontwerp een onbeperkte bevoegdheid aan de Koning zou zijn gegeven.

De beginartikelen van het ontwerp maken het mogelijk voor de overlegorganen van de RIZIV om concrete

Le § 4 de l'article 129*bis* qu'il est proposé d'insérer fait référence à la règle du consensus. Lorsqu'il y a consensus au sein du comité permanent de concertation, aucun avis ne doit être formulé, sauf si l'une des parties le demande. Cela vaut-il également pour la commission financière? Les règles qui s'appliquent au comité permanent de concertation peuvent-elles également s'appliquer à la commission financière?

– Comment l'article 11 se justifie-t-il d'un point de vue légistique? Il est très curieux qu'un régime aussi spécifique soit explicité dans la loi.

La technique habituellement utilisée dans le cadre de la loi sur les hôpitaux consiste à commencer par créer un cadre légistique qui est ensuite développé par des arrêtés, délibérés ou non en conseil des ministres.

Le régime prévu pour les APR-DRG est-il repris dans la loi afin de pouvoir progresser plus rapidement ou pour se prémunir contre d'éventuelles contestations d'ordre juridique? Pourquoi n'est-il pas fixé dans un arrêté royal pris sur la base d'une loi?

D'un point de vue légistique, la loi donne une étrange impression: le texte regorge de termes techniques; on y fait même référence à un site internet.

Par ailleurs, au § 10 de l'article 56*ter* à insérer, le Roi sollicite une vaste délégation de pouvoirs pour pouvoir quand même intervenir ultérieurement et procéder à des adaptations. Cette manière de procéder met l'orthodoxie légistique sens dessus dessous: le régime est tout d'abord fixé dans la loi, mais le Roi se voit ensuite conférer les pleins pouvoirs pour y apporter d'éventuelles modifications.

Le ministre peut-il aussi apporter quelques éclaircissements sur l'entrée en vigueur de ce mécanisme? Une phase expérimentale sera-t-elle prévue?

– Dans le cas d'honoraires mixtes, la structure multipartite devra-t-elle également émettre un avis sur la ventilation entre la partie destinée à couvrir les frais et la partie qui constitue la rémunération d'une prestation intellectuelle? La structure multipartite pourra-t-elle se prononcer sur ce genre de questions? Peut-on s'attendre à ce qu'elle prenne des initiatives à cet égard?

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions confirme que pour tout acte législatif, on peut discuter sur la question de savoir s'il est préférable de régler la matière par voie de loi, d'arrêté royal ou d'arrêté délibéré en conseil des ministres. Il n'est cependant pas d'accord avec la remarque selon laquelle le projet de loi à l'examen accorde une compétence illimitée au Roi.

Les premiers articles du projet permettent aux organes de concertation de l'INAMI de conclure des accords

afspraken te maken. Zo stelt de wet bijvoorbeeld dat het mogelijk moet zijn om een afdeling huisartsen op te richten in de technisch-medische raad. De partners moeten dit verder invullen. Hetzelfde geldt voor de besluitvorming in het overleg artsen-ziekenfondsen. De minister wil hier niet gedetailleerd ingrijpen en de partners de mogelijkheid laten om zelf te beslissen.

De minister kan niet akkoord gaan met het amendement dat tot doel heeft de toelage voor het aankopen van software te beperken tot de huisartsen. Voor het ogenblik is dat zo afgesproken in voornoemd overlegorgaan, maar het is mogelijk dat deze toelage in de toekomst wordt uitgebreid tot de specialisten. Het is dus beter deze bepaling voorlopig algemeen te houden en aan het overleg de mogelijkheid te laten achteraf te preciseren.

Betreffende de opmerking dat de tegemoetkomingen voor de huisartsen niet voldoende zijn, is de minister eveneens van oordeel dat er ruimte moet worden gegeven voor overleg en dat de wet dit niet nog niet concreet moet invullen. Dit betekent echter niet dat het wetsontwerp enkel maar intentieverklaringen inhoudt. Het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen heeft een aantal concrete plannen die een juridische basis nodig hebben.

Het koninklijk besluit tot erkenning van de huisartsenkringen zal binnenkort gepubliceerd worden. Er werd daarvoor een bedrag van 2,5 miljoen EUR uitgetrokken. De huisartsenkringen zouden naar het oordeel van de minister dit bedrag prioritair moeten aanwenden voor de versterking van de wachtdienst.

De herwaardering van de huisartsgeneeskunde zal jaren in beslag nemen. Het is niet enkel een financieel probleem, maar ook een probleem van maatschappelijke status en van waardering.

De minister is ook van mening dat om de manier waarop een beroep wordt gedaan op de spoeddiensten, te rationaliseren, er in een efficiënte toegang tot de huisartsen met wachtdienst moet worden voorzien. De organisatie van die wachtdienst moet worden ondersteund en de activiteit van de artsen moet worden gevaloriseerd. Dit zou leiden tot een meer verantwoord gebruik van de spoeddienst. De patiënt moet zich ervan bewust worden dat hij eerst een huisarts kan raadplegen en er bovendien aan herinnerd worden dat tegenover de dienstverlening van een spoeddienst ook een kostprijs staat.

In het najaar 2002 zal een debat plaatsvinden over het kenniscentrum. De Raad van State is de mening toegedaan dat de centralisatie van informatie in één instelling een knelpunt vormt. De activiteiten van dit centrum houden het verzamelen, het analyseren en het ver-

concrets. La loi dispose, par exemple, qu'il doit être possible de créer une section médecins généralistes au sein du Conseil technique médical. Il appartient aux partenaires d'y donner suite. Il en va de même pour la prise de décisions dans le cadre de la concertation médico-mutualiste. Le ministre ne veut pas intervenir en détail en cette matière et laisser aux partenaires le soin de décider eux-mêmes.

Le ministre s'oppose à l'amendement tendant à limiter la subvention pour l'achat de logiciels aux médecins mutualistes. Pour l'instant, c'est certes ce qui a été convenu au sein de l'organe de concertation précité, mais il n'est pas exclu que cette subvention soit, à l'avenir, étendue aux spécialistes. Il est donc préférable de conserver la formulation générale de cette disposition et de laisser à la concertation la possibilité de préciser davantage la disposition ultérieurement.

En ce qui concerne la remarque selon laquelle les interventions en faveur des médecins généralistes ne sont pas suffisantes, le ministre considère également qu'il faut laisser une latitude à la concertation et que la loi ne doit pas encore définir concrètement cette mesure. Cela ne signifie pas pour autant que le projet de loi ne contient que des déclarations d'intention. L'Accord national médico-mutualiste comporte une série de projets concrets qui nécessitent un fondement juridique.

L'arrêté royal visant à reconnaître les cercles de généralistes sera publié prochainement. Un montant de 2,5 millions d'euros a été prévu dans ce cadre. Le ministre estime que les cercles de généralistes devraient utiliser cet argent en priorité pour renforcer le service de garde.

La revalorisation de la médecine générale prendra des années. Il ne s'agit pas d'un simple problème financier, mais également d'une question de statut social et de considération.

Le ministre estime également que pour rationaliser le recours aux services des urgences, il convient de prévoir un accès efficace aux médecins généralistes de garde. Il faut soutenir l'organisation de ce service de garde et valoriser le travail des médecins de garde. C'est de cette manière que l'on devrait parvenir à plus de discernement dans l'usage qui est fait des services des urgences. Le patient doit être conscient qu'il peut commencer par consulter un médecin généraliste et il convient en outre de lui rappeler que les prestations des services des urgences ont également un prix.

Un débat se tiendra à l'automne 2002 sur le centre de connaissances. Le Conseil d'État estime que la centralisation des informations dans une seule institution pose problème. Les activités de ce centre englobent la collecte, l'analyse et le traitement d'informations, autant d'ac-

werken van gegevens in en daartegenover moeten garanties van privacy staan. Er moet derhalve een oplossing worden gevonden om de privacy te verzekeren. De commissie voor de bescherming van het privé-leven moet ook nog haar advies geven over deze instelling, wat een nuttige bijdrage zal vormen aan het debat dat nog moet worden gevoerd over dit onderwerp.

Dit wetsontwerp zet een vereenvoudigde adviesstructuur op. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen wordt niet buiten spel gezet. Aan de multipartite die wordt opgericht worden nieuwe opdrachten gegeven. Er zijn maar twee materies waarvoor ook de nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen bevoegd blijft:

– Artikel 53, 4°, bepaalt dat er in de Multipartite overlegstructuur advies kan worden uitgebracht over het aanbod, de erkenningsnormen en de financiering met betrekking tot de ziekenhuisactiviteiten, onverminderd de procedure tot vaststelling en wijziging van de nomenclatuur van de geneeskundige verzorging en uitkeringen. Het wetsontwerp stelt een facultatieve vraag tot advies in. Het grote voordeel van deze werkmethode is dat een geheel van problemen in een ruim overleg van artsen, ziekenhuisbeheerders en ziekenfondsen kan worden behandeld. Dit is nieuw aan de multipartite, die bovendien is samengesteld uit een aantal personen die ook deel uitmaken van andere organen. Aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen moet nog advies gevraagd worden indien geen meerderheid werd bereikt in het multipartite overleg.

– Art 55, § 1, heeft betrekking op het instellen of wijzigen van reglementeringen op financieel vlak. In dit geval is het opportuun dat samenhangende problemen ook samen worden behandeld. Daarvoor is het nodig dat de vertegenwoordigers van de drie organisaties, artsen, mutualiteiten en ziekenhuisbeheerders, rond de tafel zitten.

De minister beaamt dat er benoemingen moeten plaatsvinden in de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

De minister merkt ook op dat de aanpassingsperiode voor de ziekenhuizen aan de ziekenhuisfinanciering bezig is en dat bepaalde ziekenhuizen verrast kunnen worden door de concrete cijfers. De opmerkingen van de ziekenhuizen over de cijfers worden nu behandeld door de afdeling financiering van de Nationale Raad. Het kan zijn dat bepaalde doelstellingen van deze nieuwe ziekenhuisfinanciering niet worden bereikt. Deze problemen kunnen worden opgelost in een koninklijk besluit.

tivités qui exigent des garanties concernant le respect de la vie privée. Il faut dès lors trouver une solution pour assurer ce respect. La commission de la protection de la vie privée doit encore formuler son avis sur ce centre et contribuer ainsi utilement au débat qui doit encore être consacré à ce projet de loi.

Le projet de loi à l'examen vise à mettre sur pied une structure consultative simplifiée. Le Conseil national des établissements hospitaliers n'est pas mis à l'écart. La structure multipartite qui sera mise sur pied se verra attribuer de nouvelles missions. Il n'y a que deux matières pour lesquelles le Conseil national des établissements hospitaliers reste également compétent :

– l'article 53, 4°, dispose que l'on peut solliciter l'avis de la Structure multipartite de concertation sur l'offre, les normes d'agrément et le financement en ce qui concerne les activités hospitalières, sans préjudice des procédures fixant et modifiant la nomenclature des soins de santé et indemnités. Le projet de loi instaure une demande d'avis facultative, dont l'intérêt majeur est que toute une série de problèmes peuvent être traités en concertation entre médecins, gestionnaires d'hôpitaux et mutualités. Il s'agit là d'un aspect nouveau que revêt la structure multipartite, qui, en outre, se compose d'un certain nombre de personnes qui sont également membres d'autres organes. Il faut encore demander l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers si aucune majorité ne s'est dégagée au sein de la concertation multipartite ;

– l'article 55, § 1^{er}, a trait aux avis formulés sur l'instauration ou la modification de réglementations d'ordre financier. Dans ce cas, il serait opportun que des problèmes apparentés soient traités simultanément. À cet effet, il est nécessaire que les représentants des trois organisations (médecins, mutualités et gestionnaires d'hôpitaux) s'installent autour de la même table.

Le ministre confirme qu'il faudra procéder à des nominations au sein du Conseil national des établissements hospitaliers.

Le ministre fait également observer que la période d'adaptation des hôpitaux au système de financement a déjà démarré et que certains hôpitaux pourraient être surpris lorsqu'ils découvriront les chiffres réels. Les observations des hôpitaux concernant les chiffres sont actuellement examinées par la section financement du Conseil national. Il est possible que certains objectifs du nouveau système de financement ne soient pas atteints. Ces problèmes pourront être résolus par voie d'arrêté royal.

Het recuperatiemecanisme dat in artikel 11 is opgenomen heeft tot doel snel te kunnen van start gaan. Daarom werd het initieel mechanisme in de wet opgenomen. In de toekomst zullen de uitvoeringsbesluiten door de uitvoerende macht worden genomen. Er moet nog beslist worden, wie binnen de uitvoerende macht deze beslissingen zal moeten nemen.

De universitaire ziekenhuizen worden sedert de wet van 1963 voor 100 % gesubsidieerd door de staat. Dit geldt voor ziekenhuizen die beschikken over aangewezen universitaire bedden. Artikel 4 van de vorige gezondheidswet schafte die aangewezen universitaire bedden af en voerde het principe in van universitaire ziekenhuizen en universitaire ziekenhuisdiensten. Die moeten worden aangewezen volgens criteria te bepalen door de Koning. Het koninklijk besluit is evenwel nog niet gepubliceerd en er is dus een rechtsvacuum. Dit heeft voor gevolg dat de universitaire subsidies niet voor 100 % ten laste kunnen blijven van de Staat en dat het RIZIV 75 % ervan zou moeten financieren. Deze lacune werd weggevoerd door de inwerkingtreding van het artikel over de erkenning van de universitaire ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten uit te stellen.

De minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid, en Leefmilieu merkt op dat de grote innovatie van het wetsontwerp is dat er een brug wordt geslagen tussen het RIZIV en het departement van Volksgezondheid. Er bestond reeds een overlegstructuur, maar die had minder bevoegdheden dan de hier voorgestelde multipartite. Deze overlegstructuur was enkel opgericht in het departement volksgezondheid en wordt nu opgericht in het FOD en het RIZIV. Deze nieuw op te starten multipartite structuur zal de vorige overlegstructuur vervangen. De profielcommissie en de zogenaamde MKG-commissie (MKG = minimale klinische gegevens) worden afgeschaft.

De heer Luc Gouty (CD&V) vraagt zich af waarom eerst twee diensten moeten worden gecreëerd en uit elkaar getrokken om ze nadien opnieuw samen te voegen. Zou het niet beter zijn om alles in één structuur onder te brengen?

De minister verduidelijkt dat de brug geslagen wordt tussen het departement van Volksgezondheid en het RIZIV, niet met het departement Sociale Zaken. Ze is bovendien van oordeel dat de bevoegdheid van de Nationale Raad voor de Ziekenhuisvoorzieningen niet wordt uitgehouden. Die raad behoudt zijn adviesbevoegdheid voor de erkenningen, programmering en financiering. De enige uitzondering waarin verplicht advies moet gevraagd worden aan de multipartite-structuur en aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen is wanneer het

Le mécanisme de récupération prévu à l'article 11 a pour but de pouvoir démarrer rapidement. C'est la raison pour laquelle le mécanisme initial figure dans la loi. À l'avenir les arrêtés d'exécution pourront être pris par le pouvoir exécutif. Il faut encore désigner l'organe de l'exécutif qui devra prendre ces décisions.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi de 1963, les hôpitaux universitaires sont subventionnés intégralement par l'État. Cela s'applique aux hôpitaux qui disposent de lits universitaires désignés. L'article 4 de la loi précédente relative aux soins de santé avait supprimé ces lits désignés et avait instauré le principe des hôpitaux universitaires et des services hospitaliers universitaires. Ces derniers doivent être désignés selon des critères à fixer par le Roi. L'arrêté royal n'a toutefois pas été publié et il existe dès lors un vide juridique. Il s'ensuit que les subventions universitaires ne peuvent pas rester intégralement à la charge de l'État et que l'INAMI devrait en financer 75 %. Cette lacune a été comblée en reportant l'entrée en vigueur de l'article relatif à l'agrément des hôpitaux universitaires et des services hospitaliers universitaires.

La ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement fait observer que la grande innovation du projet de loi réside dans le fait qu'il jette un pont entre l'INAMI et le département de la Santé publique. Il existait déjà une structure de concertation, mais celle-ci avait moins de compétences que la multipartite proposée. Cette structure de concertation, qui n'avait été créée qu'au sein du département de la Santé publique, est à présent mise en place au sein du SPF et à l'INAMI. Cette nouvelle structure multipartite remplacera la structure de concertation précédente. La commission des profils et la commission «RCM» (résumé clinique minimum) sont supprimées.

M. Luc Gouty (CD&V) se demande pourquoi il faut d'abord créer deux services et les scinder, pour les refusionner ensuite. Ne serait-il pas préférable de réunir le tout dans une structure unique ?

La ministre précise que le pont est jeté entre le département de la Santé publique et l'INAMI, et non pas avec le département des Affaires sociales. Elle estime en outre que la compétence du Conseil national des établissements hospitaliers n'est pas remise en question. Ce Conseil conserve sa compétence d'avis en matière d'agrément, de programmation et de financement. La seule exception dans laquelle il faut obligatoirement demander l'avis de la structure multipartite, et non pas du Conseil national des établissements hospitaliers, est lors-

gaat om het uitwerken van een globale regeling waarbij zowel fondsen afkomstig van Volksgezondheid als van het RIZIV inzake honoraria en dergelijke moeten worden aangewend. In dat geval wordt het advies van de Nationale Raad van de Ziekenhuisvoorzieningen enkel nog gevraagd wanneer tussen de artsen, de ziekenhuizen en de ziekenfondsen geen akkoord werd bereikt met een meerderheid binnen iedere groep. Er moet wel op gewezen worden dat de multipartite enkel een adviesorgaan is en geen beslissingsorgaan.

De delegatie van de geneesheren voor de financiële commissie wordt aangewezen door de medische raad. De verkozen artsen moeten geen deel uitmaken van deze medische raad. Daardoor kunnen ook ziekenhuizen waar het aantal leden van de medische raad klein is een delegatie samenstellen. Bij de delegatie van de beheerders en de directie van het ziekenhuis, is de aanwezigheid van de directie zeer belangrijk. De regering zoekt naar een formule om deze financiële commissie goed te doen werken.

De minister verduidelijkt bovendien dat de in artikel 129*bis*, § 4, bedoelde regelingen in consensus worden voorgesteld. De term «in consensus» is bewust gekozen omdat dit meer ruimte biedt dan «met eenparigheid». Consensus houdt immers in dat iets wordt aangenomen wanneer er geen formeel verzet tegen is.

De term «eenheid spoedgevallenzorg» komt reeds voor in artikel 90 van de wet op de ziekenhuizen zoals gewijzigd door de wet van 14 januari 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg. Deze eenheid houdt zich bezig met de eerste opvang van patiënten en met de gespecialiseerde spoedgevallendienst.

De regeling van de instelling van de forfaitaire bijdrage wordt in artikel 107*quater* opgenomen omdat dit artikel staat in hoofdstuk V titel 2 van de wet, dat betrekking heeft op bedragen die gevorderd kunnen worden van patiënten. Het is de bedoeling dat het uitvoeringsbesluit duidelijk maakt dat er geen supplementen mogen worden gevraagd van de patiënt indien deze was doorverwezen door de huisarts of indien de patiënt minimum 12 uur in observatie in het ziekenhuis verblijft.

De minister meldt dat de sanctie en de wijze van innen van het forfaitaire bedrag bij koninklijk besluit zal worden geregeld. Dat koninklijk besluit zal verduidelijken dat het bedrag niet contant zal worden geïnd maar op de ziekenhuisfactuur zelf zal worden opgenomen. Het zal dus enkel opvorderbaar worden wanneer het antwoordt aan de vereisten van het koninklijk besluit.

qu'il s'agit d'élaborer une réglementation globale impliquant l'affectation de fonds provenant tant de la Santé publique que de l'INAMI en matière d'honoraires, etc.. Dans ce cas, l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers n'est plus demandé que si les médecins, les hôpitaux et les mutualités ne sont pas parvenus à un accord avec une majorité au sein de chaque groupe. Il convient toutefois de souligner que la structure multipartite n'est qu'un organe consultatif, et non pas un organe de décision.

La délégation des médecins auprès de la commission financière est désignée par le conseil médical. Les médecins élus ne doivent pas faire partie de ce conseil médical. Ainsi, les hôpitaux dont le conseil médical est composé d'un nombre restreint de membres peuvent également élire une délégation. Pour ce qui est de la délégation des gestionnaires et de la direction de l'hôpital, la présence de la direction est très importante. Le gouvernement cherche une formule pour garantir le bon fonctionnement de cette commission financière.

La ministre explique en outre que les mesures visées à l'article 129*bis*, § 4, sont proposées en consensus, et que les mots «en consensus» ont été choisis délibérément dès lors qu'ils ont une portée plus large que les mots «à l'unanimité». La notion de consensus implique en effet la notion d'acceptation en l'absence d'opposition formelle.

Les mots «unité de soins d'urgence» apparaissent déjà à l'article 90 de la loi sur les hôpitaux, modifiée par la loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé. Cette unité s'occupe de la première prise en charge des urgences, ainsi que des soins urgents spécialisés.

Les règles relatives à l'instauration de la contribution forfaitaire sont inscrites à l'article 107*quater* dès lors que cet article figure au chapitre V, titre 2, de la loi, qui a trait aux montants qui peuvent être récupérés auprès des patients. L'objectif est que l'arrêté d'exécution précise clairement qu'aucun supplément ne peut être réclamé au patient si celui-ci avait été envoyé à l'hôpital par son médecin généraliste, ou y séjourne au minimum douze heures en observation.

La ministre indique que la sanction et le mode de perception de la contribution forfaitaire seront fixés dans un arrêté royal. Cet arrêté royal précisera que ce montant ne sera pas perçu en espèces, mais apparaîtra sur la facture de l'hôpital elle-même. Il ne pourra dès lors être réclamé que s'il satisfait aux conditions prévues par l'arrêté royal.

De koninklijk besluiten die de problematiek van de huisartsen moeten regelen met name zowel die over de huisartsenkringen als die over de geïntegreerde dienst voor de thuisverzorging, zullen eerstdaags worden gepubliceerd. De Raad van State heeft een positief advies geformuleerd over deze koninklijk besluiten. Ook de onderhandelingen over de gedetailleerde regeling met de gewesten en de gemeenschappen zijn afgerond.

De heer Luc Goutry (CD&V) is het er mee eens dat er structuren worden opgezet met verschillende en duidelijke bevoegdheden. Er moet wel op toegezien worden dat de vertegenwoordiging binnen deze structuren zo evenredig mogelijk is en dat de structuren ook efficiënt werken.

De vragen die moeten worden beantwoord zijn wanneer de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen nog moet optreden en waarom de tripartite momenteel niet werkt. De spreker blijft voorbehoud maken tegen megaconstructies, zoals de op te richten multipartite.

Het probleem van de dienst spoedgevallen heeft voornamelijk te maken met het probleem van drugs- of alcoholverslaafden voor wie geen andere opvangmogelijkheden bestaan. Dit probleem zal men echter niet oplossen met het aanrekenen van een minimumbedrag wanneer deze personen zich aanbieden bij de dienst spoedgevallen, want zij zullen dit toch niet zelf kunnen betalen.

Het blijkt steeds duidelijker dat de huisartsen en de specialisten steeds meer uit elkaar groeien, het gaat om een andere discipline en ze hebben andere aandachtspunten. De scheiding moet dan logisch doorgetrokken worden en beide categorieën moeten afzonderlijk worden benaderd.

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen herinnert eraan dat het opzeggen van de conventie binnen de conventie zelf kan worden afgesproken. Dit moet niet in de wet worden geregeld maar door de partners van de conventie. Wat het afbakenen van materies betreft waarvoor een andere meerderheid nodig is zal de Koning op basis van de zienswijze van de partners de nodige besluiten nemen. Het juridisch kader moet worden uitgebouwd, doch met ruimte voor overleg.

De heer Jo Vandeuren (CD&V) herhaalt zijn vraag of de opsplitsing van een gemengd ereloon in een gedeelte dat de kosten moet dekken en een gedeelte dat de vergoeding is voor een intellectuele prestatie tot de adviesbevoegdheid van de multipartite-structuur behoort of niet.

Les arrêtés royaux qui doivent régler la problématique des médecins généralistes, à savoir tant les questions liées aux cercles de médecins généralistes que celles qui ont trait aux services intégrés de soins à domicile, seront publiés prochainement. Le Conseil d'État a rendu un avis positif au sujet de ces arrêtés royaux. Les négociations menées avec les communautés et les régions au sujet du règlement détaillé sont, elles aussi, terminées.

M. Luc Goutry (CD&V) souscrit à la création de structures dotées de compétences différentes et bien définies, mais souligne qu'il faut veiller à ce qu'elles fonctionnent efficacement et que la représentation y soit aussi proportionnelle que possible.

Il convient de préciser quand le Conseil national des établissements hospitaliers devra encore intervenir et pourquoi la tripartite ne fonctionne pas actuellement. L'intervenant reste réticent en ce qui concerne les mégastructures, telles que la future structure multipartite.

Le problème que rencontrent les services des urgences réside principalement dans le fait qu'ils sont souvent consultés par des toxicomanes ou des alcooliques pour qui il n'existe pas d'autres possibilités d'accueil. Ce n'est pas en réclamant un montant minimum à ces personnes lorsqu'elles se présentent au service des urgences que l'on parviendra toutefois à résoudre ce problème, puisqu'elles ne pourront tout de même pas le payer elles-mêmes.

Il est de plus en plus manifeste que les généralistes et les spécialistes ne cessent de s'éloigner les uns des autres. Ils pratiquent une discipline différente et ont des préoccupations différentes. Il y a donc lieu de séparer ces deux catégories et de prévoir une approche différente pour chacune d'entre elles.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions rappelle que la dénonciation de la convention peut être prévue par la convention elle-même. Ce point ne doit pas être réglé par la loi, mais par les partenaires de la convention. En ce qui concerne la délimitation de matières requérant une autre majorité, le Roi prendra les arrêtés nécessaires en fonction des points de vue des partenaires. Il faut créer le cadre juridique, mais en laissant une place pour la concertation.

M. Jo Vandeuren (CD&V) demande à nouveau si la scission des honoraires mixtes en une partie à finalité compensatoire et une partie destinée à rétribuer une prestation intellectuelle relève ou non de la compétence d'avis de la structure multipartite.

De minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu antwoordt dat de tekst van het wetsontwerp duidelijk aantoont dat dit advies kan worden gevraagd. Wat de multipartite-structuur niet kan doen is beslissingen nemen die gevolgen hebben voor de nomenclatuur. Het overleg artsen-ziekenfondsen wordt niet afgeschaft.

Op een bijkomende vraag van *de heer Jo Vandeurzen (CD&V)* over het nut van de instelling van de financiële commissie die exact dezelfde samenstelling en bevoegdheid heeft als het permanent overlegcomité, antwoordt de *minister* dat het doel van de financiële commissie is de transparantie van de geldstromen in de ziekenhuizen te verbeteren. De oprichting ervan is niet nodig als er reeds een geïntegreerd overleg is. Het permanent overlegcomité daarentegen heeft beslissingsbevoegdheid en komt in de plaats van de medische raad. De rechtsgevolgen van de beslissingen van beide organen zijn derhalve verschillend. Bij de financiële commissie kunnen beide partijen voorstellen formuleren, die ze naderhand moeten verdedigen bij hun achterban. Wanneer er in het permanent overlegcomité consensus is moet er geen verder advies gevraagd worden, tenzij de minister of de beheerder de consensus naast zich neerlegt en toch een advies vraagt. Deze mogelijkheid om een advies aan te vragen, heeft te maken met het feit dat dit overlegcomité beslissingsbevoegdheid heeft, in tegenstelling tot het financieel comité dat deze bevoegdheid niet heeft.

IV. — ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING

Artikel 1

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Art. 2

De heer Luc Goutry (CD&V) stipt aan dat de memorie van toelichting bijzonder beknopt is met betrekking tot de verantwoording van de door artikel 2 van het wetsontwerp aangebrachte wijziging in artikel 28, § 2, zesde lid, van de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Bovendien merkt de Raad van State in zijn advies op dat het beter is in de bepaling in ontwerp te preciseren of de onthoudingen al dan niet buiten beschouwing werden gelaten wanneer inzake de bedoelde aangelegen-

La ministre de la Consommation, de la Santé publique et de l'Environnement répond qu'il ressort clairement du texte de la loi en projet que cet avis peut être demandé. Ce que la structure multipartite ne peut pas faire, c'est prendre des décisions qui ont des effets au niveau de la nomenclature. La concertation médico-mutualiste n'est pas supprimée.

À une autre question de *M. Jo Vandeurzen (CD&V)* concernant l'utilité de créer la commission financière qui aura exactement la même composition et les mêmes compétences que le comité permanent de concertation, *la ministre* répond que l'objectif de la commission financière est d'accroître la transparence des flux financiers au sein des hôpitaux. Sa création n'est pas nécessaire s'il existe déjà une concertation intégrée. Le comité permanent a, par contre, un pouvoir de décision et remplace le conseil médical. Les effets juridiques des décisions des deux organes sont dès lors différents. Les deux parties peuvent formuler des propositions à la commission financière, propositions qu'ils devront ensuite défendre devant leur base. Si un consensus se dégage au sein du comité permanent de concertation, il ne faut plus demander d'avis à moins que le ministre ou le gestionnaire ignore le consensus et demande quand même un avis. Cette possibilité de demander un avis est liée au fait que ce comité de concertation, contrairement au comité financier, dispose d'un pouvoir de décision.

IV. — DISCUSSION DES ARTICLES

Article 1^{er}

Cet article n'appelle aucune observation.

Art. 2

M. Luc Goutry (CD & V) relève que l'exposé des motifs est particulièrement laconique quant à la justification de la modification apportée par l'article 2 du projet, à l'article 28, §2, alinéa 6 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Par ailleurs, le Conseil d'État, dans son avis, remarque qu'il serait opportun de préciser dans la disposition en projet s'il est tenu ou non compte des abstentions, lors de la prise de décisions relatives aux matières

heden beslissingen worden genomen. Bij gebrek aan een dergelijke precisering moet rekening worden gehouden met die onthoudingen.

Moet men ten slotte in artikel 2 van het wetsontwerp niet «en» in plaats van «of» lezen?

De heren Luc Goutry en José Vande Walle (CD&V) dienen daarenboven amendement nr. 30 (DOC 50 1905/003) in dat ertoe strekt erin te voorzien dat de aangelegenheden waarvoor de beslissingen in de technische geneeskundige raad door minstens de helft van de stemgerechtigde huisartsen of de stemgerechtigde geneesheren-specialisten moeten worden goedgekeurd, worden bepaald door de Koning «op advies van de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen».

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen verwijst voor de verantwoording van artikel 2 naar het verslag van Dr. Karel Van de Meulebroeke, die het in punt 8 heeft over de zelfbeschikking van de huisartsen. Hij stelt de wetgever voor deze laatste meer onafhankelijkheid te geven door in de technische geneeskundige raad een afdeling op te richten waarin uitsluitend de aangelegenheden worden behandeld die hen aanbelangen.

Om hieraan tegemoet te komen wordt voorzien dat, beslissingen rond nader te bepalen materies in de technische geneeskundige Raad door minstens de helft van de stemgerechtigde huisartsen of de stemgerechtigde geneesheer-specialisten moeten worden goedgekeurd, zonder dat hierbij afbreuk wordt gedaan aan de reeds bestaande procedures.

In antwoord op de meer formele vraag van de spreker, preciseert *de minister* dat de formulering van de tekst correct is.

Voor het overige vindt de minister het amendement van de heer Goutry zeer interessant, maar vreest hij dat het tot een blokkering leidt als het advies niet wordt verstrekt. Hij stelt derhalve voor een termijn te bepalen waarbinnen het advies moet worden uitgebracht.

Op basis van de opmerkingen van de minister, dienen *de heren Luc Goutry en José Vande Walle (CD&V)*, als subamendement op hun amendement nr. 30, amendement nr. 36 (DOC 50 1905/003) in dat ertoe strekt het woord «op» te vervangen door het woord «na», en de volgende zin toe te voegen: «Dat advies wordt geacht te zijn gegeven, indien het niet is geformuleerd binnen 1 maand na het verzoek.».

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) vraagt zich af of een termijn van één maand niet te kort is.

De minister antwoordt dat deze termijn doorgaans van toepassing is voor dit soort van adviezen.

visées. A défaut de précision, ces abstentions devraient être prises en compte.

Enfin, dans l'article 2 du projet, ne faut-il pas lire « et » plutôt que « ou » ?

MM. Luc Goutry et José Vande Walle (CD & V) déposent, en outre, un amendement n° 30 (DOC 1905/003), visant à prévoir que les matières pour lesquelles les décisions au sein du Conseil technique médical doivent être approuvées par au moins la moitié des médecins généralistes ayant droit de vote ou des médecins spécialistes ayant droit de vote sont déterminées par le Roi « après avis de la commission nationale médico-mutualiste ».

Concernant la justification de l'article 2, *le ministre des Affaires sociales et des Pensions* se réfère au rapport du Docteur Karel Van de Meulebroeke, qui en son point 8, traitait de l'autodétermination pour les médecins généralistes et qui proposait au législateur de leur reconnaître une plus large autonomie, en créant une section dans le conseil technique médical, qui se consacrerait à des matières les intéressant exclusivement.

A cette fin est prévu que sans préjudice de la procédure existante, les décisions sur des matières à fixer, au sein du Conseil technique médical doivent être approuvées par au moins la moitié des médecins généralistes ayant droit de vote ou des médecins spécialistes ayant droit au vote.

Sur la question plus formelle posée par l'intervenant, *le ministre* précise que la formulation du texte est correcte.

Par ailleurs, le ministre juge *l'amendement de M. Goutry* très intéressant, mais craint qu'il n'occasionne un blocage dans le cas où l'avis ne serait pas donné. Il suggère dès lors de prévoir un délai dans lequel l'avis doit être rendu.

Sur la base des remarques du ministre, *MM Luc Goutry et José Vande Walle (CD&V)* déposent un amendement n° 36 (DOC 50 1905/003), sous-amendement à leur amendement n°30, visant à remplacer le mot « sur » par le mot « après » et à ajouter une phrase formulée comme suit : « Cet avis est présumé avoir été donné s'il n'est pas formulé dans le mois de la demande ».

Mme Yolande Avontroodt (VLD) se demande si le délai d'un mois n'est pas trop court.

Le ministre répond qu'il s'agit du délai prévu habituellement pour ce type d'avis.

Art. 3

Amendement nr 20 van de heer Mayeur c.s. (Doc 50 1905/002) strekt ertoe de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie wettelijk de opdracht te geven de criteria vast te leggen die een bonus zullen opleveren.

De heer Luc Goutry (CD&V) onderstreept, zoals de Raad van State overigens heeft gedaan, dat het ontworpen artikel geen aanwijzing geeft van wat 'kwantitatieve vereisten' precies zijn. Aangezien aan de Koning een volmacht wordt toevertrouwd, mag hierover geen onduidelijkheid bestaan. Er wordt ook gewag gemaakt van een aan het ter bespreking voorliggend gekoppeld ontwerp, dat apart werd ingediend en voor advies werd voorgelegd aan de Raad van State. Over welk ontwerp gaat het precies? Ten slotte: wat gebeurt er met de accrediteringstoelage bij ontstentenis van een tariefakkoord? Vervalt deze toelage dan?

De heer Jacques Germeaux (VLD) meent te weten dat een reeds bestaande kwantitatieve vereiste is dat men ten minste vijf patiënten per dag heeft. De spreker wenst ook te vernemen of er voorzien is in extra financiering voor opleiders (vroeger stagemeesters genoemd), en of het feit opleider te zijn als een apart kwaliteitscriterium in rekening kan worden gebracht.

Mevrouw Maggie De Block (VLD) wenst te vernemen of dezelfde voorwaarden gelden voor groeps- en solo-praktijken. De spreker wenst ook te weten welk bedrag in de begrotingen van 2002 en 2003 werden opgenomen om de ontworpen maatregel te financieren.

De heer Daniel Bacquelaine (MR) vindt het risico dat de kwantiteit het uiteindelijk haalt op de kwaliteit niet denkbeeldig. Aan dit gevaar van verwatering van de kwaliteit van de geneeskundige zorg zal de nodige aandacht moeten worden besteed. Hoe zal het ontworpen artikel trouwens gehanteerd worden ten aanzien van de specialisten? Ten slotte wenst de spreker ook precies te weten hoe de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie zal worden samengesteld.

De heer Bacquelaine onderstreept het gevaar dat erin bestaat om, in het raam van het bonificatiesysteem, de belangen van de patiënten tegen die van de artsen uit te spelen.

De minister van Sociale Zaken verstrekt volgende antwoorden:

1) Aangaande de aard van de kwantitatieve vereisten: dit zijn vereisten die in cijfers kunnen worden uitgedrukt; ze worden principieel in de wet ingeschreven, maar verder gepreciseerd in de uitvoeringsbesluiten.

Art. 3

L'amendement n° 20 de M. Mayeur et consorts (DOC 50 1905/002) tend à charger légalement le Conseil national de promotion de la qualité de fixer les critères donnant lieu à bonification.

M. Luc Goutry (CD&V) souligne, à l'instar du Conseil d'État du reste, que l'article proposé ne précise pas ce qu'on entend par «critères quantitatifs». Dès lors que le Roi dispose des pleins pouvoirs, aucune imprécision ne peut subsister à ce propos. Il est également fait état d'un projet joint au projet à l'examen, qui a été déposé séparément et a été soumis à l'avis du Conseil d'État. De quel projet s'agit-il précisément? Enfin qu'advient-il de la bonification pour accréditation en l'absence d'accord en matière de tarifs? Cette bonification est-elle supprimée?

M. Jacques Germeaux (VLD) pense savoir qu'un critère quantitatif existant est d'avoir au moins cinq patients par jour. L'intervenant demande également si un financement supplémentaire est prévu pour les formateurs (appelés auparavant maîtres de stage) et si le fait d'être formateur peut être considéré comme un critère de qualité distinct.

Mme Maggie De Block (VLD) demande si des conditions identiques s'appliquent aux cabinets isolés et aux cabinets groupés. L'intervenante s'enquiert également du montant inscrit aux budgets 2002 et 2003 pour financer la mesure en projet.

M. Daniel Bacquelaine (MR) estime que la quantité risque finalement de primer la qualité. Il faudra être suffisamment attentif à ce risque de dilution de la qualité des soins de santé. Comment l'article proposé sera-t-il appliqué aux spécialistes? Enfin, l'intervenant s'enquiert de la composition exacte du Conseil national pour la promotion de la qualité.

M. Bacquelaine souligne le danger qui existe à mettre en opposition les intérêts des patients et les intérêts des médecins dans le cadre du système de bonifications.

Le ministre des Affaires sociales fournit les réponses suivantes:

1) En ce qui concerne la nature des critères de qualité: ces critères peuvent être chiffrés; ils sont en principe repris dans la loi mais seront précisés dans les arrêtés d'exécution.

2) Aangaande het bij de Raad van State ingediende aparte ontwerp : eerlang wordt in het parlement een ontwerp ingediend dat betrekking heeft op de responsabilisering van de artsen ; dit ontwerp bevat flankerende regels, zoals ze werden aanbevolen door de werkgroep-Perl ; de loskoppeling van onderhavig ontwerp heeft te maken met de grondwettelijke vereisten inzake verplicht en optioneel bicamerale materies (respectievelijk de artikelen 77 en 78 van de Grondwet) ; onderhavig ontwerp is optioneel bicameraal.

3) Aangaande het lot van de accrediteringstoelage bij ontstentenis van een tariefakkoord : krachtens artikel 36ter, § 1, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 kan de Koning bij ontstentenis van een akkoord tussen de artsen en de ziekenfondsen de accreditering bepalen.

4) Aangaande de al dan niet dwingende aard van de aanbevelingen : het voldoen aan een aantal kwantitatieve en kwalitatieve criteria kan ertoe leiden goede medische praktijken te identificeren, die op hun beurt kunnen geformuleerd worden in de vorm van aanbevelingen ; dit debat, dat nota bene op internationaal vlak wordt gevoerd, kadert trouwens in het debat over de responsabilisering van de artsen ; deze aanbevelingen zijn geen diktaten, maar vuistregels aan de hand waarvan de individuele geneesheer gemakkelijker zijn verantwoordelijkheid kan nemen ; de therapeutische vrijheid impliceert dat wellicht 20 à 30 % van de artsen de aanbevelingen om allerlei redenen eigen aan de medische praktijk niet zullen kunnen volgen.

5) Aangaande het gevaar dat kwantiteit het haalt van kwaliteit : dit gevaar wordt niet ontkend, maar de verantwoordelijkheid voor het conflict tussen kwantiteit en kwaliteit zal niet kunnen toegeschreven worden aan de wetgever, die louter een reglementair kader beoogt te scheppen waarbinnen de ziekenfondsen en de artsen thans meer maatregelen kunnen overwegen dan in het verleden het geval was.

6) Aangaande het toepasselijk zijn van de criteria op individuele praktijken : zoals reeds gezegd zorgt de ontworpen regeling voor een wettelijke basis ; de concrete invulling moet echter verricht worden door de artsen en de ziekenfondsen.

7) Aangaande opleider te zijn als kwalitatief criterium: thans wordt op federaal niveau een vergoeding van 750 euro per jaar verstrekt voor beroepsopleiding, waarvan de monitoring op academisch niveau binnen het institutioneel kader van de gemeenschappen gebeurt ; het behoort de federale overheid evenwel niet toe hier een apart kwaliteitscriterium van te maken.

2) En ce qui concerne le projet transmis de manière distincte au Conseil d'État. Un projet de loi relatif à la responsabilisation des médecins sera prochainement déposé au parlement ; ce projet de loi contient des mesures d'accompagnement qui ont été suggérées par le groupe de travail Perl ; ce projet a été distrait du projet à l'examen pour des raisons d'ordre constitutionnel ayant trait aux matières obligatoirement ou optionnellement bicamérales (respectivement articles 77 et 78 de la Constitution) ; le projet à l'examen est optionnellement bicaméral.

3) En ce qui concerne le sort de la bonification d'accréditation en cas d'absence d'accord : en vertu de l'article 36ter, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, le Roi peut fixer le montant concerné en l'absence d'accord médico-mutualiste.

4) En ce qui concerne le caractère contraignant ou non des recommandations : le fait de satisfaire à un certain nombre de critères quantitatifs et qualitatifs peut contribuer à identifier de bonnes pratiques médicales qui pourront, à leur tour, être formulées sous forme de recommandations ; ce débat, qui est du reste en cours au niveau international s'inscrit dans le cadre du débat sur la responsabilisation des médecins ; ces recommandations ne sont pas des diktats, mais des règles empiriques sur la base desquelles chaque médecin peut prendre ses responsabilités ; la liberté thérapeutique impliquera sans doute que 20 à 30 % des médecins ne suivront pas les recommandations pour des raisons inhérentes à la pratique médicale.

5) En ce qui concerne le risque que la quantité l'emporte sur la qualité : ce risque est réel, mais la responsabilité du conflit entre quantité et qualité ne pourra pas être imputée au législateur, qui se contente de créer un cadre réglementaire à l'intérieur duquel les mutualités et les médecins pourront désormais envisager davantage de mesures que par le passé.

6) En ce qui concerne l'applicabilité des critères aux pratiques individuelles : comme cela a déjà été dit, la réglementation en projet vise à créer une base légale ; c'est aux médecins et aux mutualités qu'il appartiendra de s'accorder sur les mesures concrètes.

7) En ce qui concerne la qualité de formateur comme critère qualitatif : à l'heure actuelle, une indemnité de 750 euros par an est octroyée au niveau fédéral pour la formation professionnelle, laquelle est contrôlée au niveau académique dans le cadre institutionnel des communautés ; il n'appartient toutefois pas à l'autorité fédérale de faire de cette qualité un critère qualitatif distinct.

8) Aangaande het toepasselijk zijn van onderhavige regeling op specialisten : zoals reeds gezegd moet de concrete invulling gebeuren door de artsen en de ziekenfondsen ; de titel – bepalingen met betrekking tot de huisartsengeneeskunde – is dienaangaande misschien wel wat misleidend ; hij zal in de gewijzigde wet evenwel niet opduiken, vermits het hier niet om een autonome wet gaat ; de bedoeling blijft de specialisten in de toekomst niet uit te sluiten, maar de ontworpen regeling in tussen prioritair toe te passen op de huisartsen.

9) Aangaande de samenstelling van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie : er zijn vier «banken», die elk een veto kunnen uitspreken ; er is de bank van de artsenorganisaties (zes leden plus evenveel plaatsvervangers), die van de universiteiten en de wetenschappelijke organisaties (zeven leden plus evenveel plaatsvervangers), die van de ziekenfondsen (twaalf leden) en die van de twee vertegenwoordigers van beide bevoegde ministers (Sociale Zaken en Volksgezondheid) ; een soepeler regeling – zonder een dergelijk stringent vetorecht – zal in de toekomst misschien nodig blijken.

10) Aangaande de budgettaire bepalingen met betrekking tot de ontworpen maatregel : er is niet voorzien in enig budgettair artikel terzake ; het initiatief behoort toe aan de artsen en de ziekenfondsen, die op dit ogenblik veeleer aarzelend overkomen.

11) Aangaande de controle op en de sanctionering van de eventuele niet-naleving van de wettelijke criteria : er moet een onderscheid gemaakt worden tussen de controle op de kwantitatieve criteria en die op de naleving van de aanbevelingen, die niet zo stringent zijn (zie hoger) ; al wat met de naleving van de voorschriften te maken heeft, zal worden geregeld ter gelegenheid van de uitvoering van het nieuwe artikel 36bis, § 3.

Art. 4

Amendement nr 5 van de heren Goutry en Vande Walle (CD&V) (Doc 50 1905/002) strekt ertoe om voor de wachtdiensten een beroep te doen op geaccrediteerde artsen – conform wat onder artikel 3 werd besproken.

Mevrouw Maggie De Block (VLD) merkt op dat vele jonge, vermoedelijk nog niet geaccrediteerde artsen deelnemen aan wachtdiensten om hun karige inkomsten wat op te krikken. Door de verplichting wettelijk te maken dat de wachtdiensten alleen met geaccrediteerde artsen mogen werken, sluit men deze mogelijkheid uit.

8) En ce qui concerne l'applicabilité de la réglementation à l'examen aux spécialistes : comme cela a déjà été dit, il appartiendra aux médecins et aux mutualités de prendre les mesures concrètes dans le cadre de cette réglementation ; le titre – Dispositions relatives à la médecine générale – est peut-être quelque peu trompeur à cet égard ; il n'apparaîtra toutefois pas dans la loi modifiée, puisqu'il ne s'agit pas en l'occurrence d'une loi autonome ; l'objectif reste de ne pas exclure les spécialistes, mais il s'agit d'appliquer en priorité la réglementation en projet aux médecins généralistes.

9) En ce qui concerne la composition du Conseil national de la promotion de la qualité : il y a quatre «bancs» qui peuvent chacune opposer leur veto ; il y a le banc des organisations de médecins (six membres, plus éventuellement des suppléants), celui des universités et des organisations scientifiques (sept membres, plus éventuellement des suppléants), celui des mutualités (douze membres) et celui des deux représentants des deux ministres compétents (les ministres des Affaires sociales et de la Santé publique) ; une réglementation plus souple, c'est-à-dire sans un droit de veto aussi strict, s'avèrera peut-être nécessaire à l'avenir.

10) En ce qui concerne les inscriptions budgétaires relatives à la mesure envisagée : aucun article budgétaire n'est prévu en la matière ; l'initiative appartient aux médecins et aux mutualités, qui sont plutôt hésitants pour le moment.

11) En ce qui concerne le contrôle sur le respect des critères légaux et les sanctions prévues en cas de non respect desdits critères : il y a lieu de faire le départ entre le contrôle sur les critères quantitatifs et le contrôle du respect des recommandations, qui ne sont pas si contraignantes (voir ci-dessus) ; tout ce qui concerne le respect des prescriptions, sera réglé à l'occasion de la mise en œuvre du nouvel article 36bis, § 3.

Art. 4

L'amendement n° 5 de MM. Goutry et Vande Walle (CD&V) (DOC 50 1905/002) tend à permettre l'organisation de services de garde assurés par des médecins accrédités, conformément aux dispositions de l'article 3.

Mme Maggie De Block (VLD) souligne que de nombreux jeunes médecins, probablement pas encore accrédités, assurent des services de garde pour arrondir leurs fins de mois. En prévoyant que les services de garde doivent obligatoirement être assurés par des médecins de garde, on exclut cette possibilité pour les jeunes médecins.

De heer José Vande Walle (CD&V) aanvaardt deze uitleg en is bereid af te zien van het eerste deel van het amendement waarvan hij mede-indiener is ; evenwel vraagt de spreker aandacht voor het feit dat de krachtens dit artikel erkende wachtdiensten ook zouden terecht komen in een door het RIZIV beheerde repertorium.

De heer Luc Goutry (CD&V) voegt hieraan toe dat de nood bij de bevolking zich doet gevoelen niet alleen over erkende wachtdiensten te kunnen beschikken, maar ook te weten dat ze bestaan en bereikbaar zijn.

De heer Yvan Mayeur (PS) is voorstander van het door de regering geboden alternatief. Hij verzet zich echter tegen elke vorm van sanctiëring van de patiënt die van dit alternatief geen gebruik zou maken, in het licht van de discussie die plaats heeft gehad bij artikel 46 en waarin de mogelijkheid niet werd uitgesloten patiënten wegens «overgebruik» of «oneigenlijk gebruik» van de spoedgevallendiensten een forfaitair bedrag aan te rekenen. Eerst moet men er zich absoluut van vergewissen dat de dekkinggraad van het alternatief – de krachtens dit artikel georganiseerde wachtdiensten – absoluut is, vooraleer men er ook maar aan denkt de patiënt hiervoor te sanctioneren.

De heer Jacques Germeaux (VLD) betreurt de trend om voor het minste schrammetje een beroep te doen op een spoedgevallendienst. Tegen deze «overbeangstiging» zou een informatiecampagne op haar plaats zijn. Anderzijds is het ook zo dat inzonderheid voor pediatrische zorgverstrekking, mensen veelal met hun kinderen naar een spoedgevallendienst zullen trekken in plaats van bij een huisarts aan te bellen.

De heer Philippe Seghin (MR) vraagt dat ook aandacht zou worden besteed aan de herwaardering van de zogeheten «intellectuele» medische handelingen. Het zou niet correct zijn zich louter toe te spitsen op de zogeheten «technische» handelingen.

Mevrouw Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) vindt het wenselijk dat men kwantitatieve criteria voor de wachtdiensten oplegt teneinde er zeker van te zijn dat deze diensten ook effectief zijn : te dien einde zou een arts per x aantal inwoners effectief beschikbaar moeten zijn.

Mevrouw Pierrette Cahay-André (MR) stelt vast dat de problemen wellicht het acuutst zijn in een stedelijke omgeving. Op het platteland stelt de beschikbaarheid van een arts meestal geen probleem. Een probleem is wel dat men in een cultuur terecht is gekomen waar

M. José Vande Walle (CD&V) accepte cette explication et est disposé à renoncer à la première partie de l'amendement dont il est coauteur ; l'intervenant attire toutefois l'attention sur le fait que les services de garde prévus par l'article à l'examen seraient aussi répertoriés par l'INAMI.

M. Luc Goutry (CD&V) ajoute que dans la population, on ressent non seulement le besoin de disposer de services de garde agréés, mais aussi le besoin de savoir que ces services existent, et qu'ils sont accessibles.

M. Yvan Mayeur (PS) est favorable à la solution alternative proposée par le gouvernement. Il s'oppose toutefois à toute forme de sanction qui serait infligée au patient qui n'aurait pas recours à cette solution alternative, et ce, à la lumière de ce qui a été dit lors de la discussion de l'article 46, discussion au cours de laquelle il n'a pas été exclu d'imputer une contribution forfaitaire aux patients qui «abuseraient» ou qui feraient un «usage impropre» des services d'urgence. Tout d'abord, il faut absolument s'assurer que la couverture proposée dans le cadre de la solution alternative - il s'agit des services de garde organisés en vertu de l'article à l'examen - est absolue avant d'envisager de sanctionner le patient concerné.

M. Jacques Germeaux (VLD) déplore qu'à l'heure actuelle, on s'adresse aux services des urgences pour la moindre égratignure. Une campagne d'information serait la bienvenue pour lutter contre cet «excès d'anxiété». Il est vrai, par ailleurs, notamment pour les problèmes pédiatriques, que la plupart des parents s'adressent aux services des urgences au lieu de présenter leurs enfants à un médecin généraliste.

M. Philippe Seghin (MR) demande que l'on soit également attentif à la revalorisation des actes médicaux dits «intellectuels». Il ne serait pas correct de se concentrer exclusivement sur les actes dits «techniques».

Mme Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) estime qu'il est souhaitable d'imposer des critères quantitatifs aux services de garde afin de s'assurer que ces services sont bien efficaces : à cette fin, il conviendrait de prévoir la présence d'un médecin pour x habitants.

Mme Pierrette Cahay-André (MR) constate que les problèmes se posent sans doute avec le plus d'acuité dans un environnement urbain. À la campagne, la disponibilité d'un médecin ne pose généralement aucun problème. Mais le problème est qu'à l'heure actuelle, les

men zich voor het minste bij een spoedgevallendienst aanmeldt. Niet alleen voor de artsen, ook voor de tandartsen moeten degelijke wachtdiensten worden georganiseerd.

Mevrouw Michèle Gilkinet (Ecolo-Agalev) wenst er zich van te vergewissen of voor spoedinterventies een aparte nomenclatuur bestaat.

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen erkent dat de regering een beoordelingsfout heeft gemaakt door de indruk te geven dat de problematiek van de besparingen in de ziekenhuissector te koppelen aan het soms oneigenlijk gebruik door patiënten van aan deze ziekenhuizen verbonden spoedgevallendiensten, waardoor hun ware functie op de helling komt te staan. Hij herinnert eraan hoe het ontworpen systeem in elkaar zit : bij ministerieel besluit (*het ministerieel besluit terzake «tot vaststelling van de voorwaarden tot het verkrijgen van de erkenning van huisartsenkringen» / «fixant les conditions en vue de l'obtention de l'agrément des cercles de médecins généralistes» wordt als bijlage gepubliceerd*) worden de huisartsenkringen erkend, het Riziv wordt hiervan door het ministerie van Volksgezondheid in kennis gesteld, zodat de cirkel rond is. De huisartsenkring dient een huisartsenwachtdienst in te richten. Voor deelname aan de huisartsenwachtdienst, ontvangt de arts een beschikbaarheidshonorarium. Dit beschikbaarheidshonorarium vervangt geen enkel ander honorarium, de 125 euro zijn niet afhankelijk gemaakt van een of andere prestatie, alleen van de beschikbaarheid. Honoraria die betrekking hebben op het verrichten van spoedinterventies blijven bestaan (recentelijk werden ze trouwens met meer dan 2 euro per prestatie verhoogd). Er bestaat een honorarium voor de arts die een patiënt in spoeddiensten ontvangt. Dit heeft echter geen uitstaans met het beschikbaarheidshonorarium. Het is waar dat de provinciale geneeskundige commissies thans wachtdiensten moeten organiseren. Of dit ertoe leidt dat patiënten effectief op deze wachtdiensten beroep kunnen doen, is een vraag waar de overheid geen afdoende antwoord op kan geven zolang ze niet over alle gegevens terzake beschikt.

De minister van Volksgezondheid, Consumentenzaken en Leefmilieu bevestigt dat er een protocol van samenwerkingsakkoord werd gesloten met de drie regio's, zodat de dekking totaal is. Concreet worden mensen naar de wachtdiensten doorverwezen via een telefooncentrale. Het organiseren van wachtdiensten is een essentieel criterium voor een huisartsenkring om aanspraak te maken op erkenning en derhalve op subsidiëring.

Amendement nr 5 wordt ingevolge het antwoord van de ministers ingetrokken.

gens se présentent aux urgences pour le moindre bobo. Il convient d'organiser des services de garde de qualité non seulement pour les médecins, mais aussi pour les dentistes.

Mme Michèle Gilkinet (Ecolo-Agalev) souhaiterait s'assurer qu'il existe une nomenclature distincte pour les interventions urgentes.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions reconnaît que le gouvernement a commis une erreur d'appréciation en donnant l'impression de lier la problématique des économies dans le secteur hospitalier à l'utilisation parfois impropre par les patients des services d'urgences rattachés à ces hôpitaux, qui remet en question leur véritable fonction. Il rappelle comment le système en projet est conçu : les cercles de médecins généralistes sont agréés par arrêté ministériel (*l'arrêté ministériel «fixant les conditions en vue de l'obtention de l'agrément des cercles de médecins généralistes» est publié en annexe*), l'INAMI en est informé par le ministère de la Santé publique, et ainsi la boucle est bouclée. Le cercle de médecin généralistes doit organiser le service de garde de médecins généralistes. Le médecin qui participe à ce service de garde reçoit un honoraire de disponibilité. Cet honoraire de disponibilité ne remplace pas d'autres honoraires, les 125 euros en question ne sont pas liés à telle ou telle prestation, uniquement à la disponibilité. Les honoraires qui se rapportent à la réalisation d'interventions urgentes sont maintenus (récemment, ils ont d'ailleurs été augmentés de plus de 2 euros par prestation). Il existe des honoraires pour le médecin qui reçoit un patient en urgence, mais ceux-ci n'ont rien à voir avec les honoraires de disponibilité. Il est vrai que les commissions médicales provinciales doivent aujourd'hui organiser des services de garde. Quant la question de savoir si les patients peuvent effectivement faire appel à ces services de garde, les autorités ne peuvent y répondre de manière satisfaisante aussi longtemps qu'elles ne disposeront pas de toutes les données en la matière.

La ministre de la Protection de la consommation et de la Santé publique confirme qu'un protocole de coopération a été conclu en la matière avec les trois régions, de sorte que la couverture est totale. Concrètement, les gens sont transférés vers les services par le biais d'un central téléphonique. Pour les cercles de médecins généralistes, l'organisation des services de garde est un critère essentiel pour pouvoir être agréés et dès lors bénéficier de subventions.

Compte tenu de la réponse fournie par les ministres, l'amendement n° 5 est retiré.

Art. 5

Amendement nr 6 van de heren Goutry en Vande Walle (CD&V) (Doc 50 1905/002) strekt ertoe het ontworpen artikel alleen toepasselijk te verklaren op de huisartsen.

De heer José Vande Walle (CD&V) vraagt bovendien of het budget terzake geplafonneerd is. Moet men niet voldoen aan specifieke criteria ?

De heer Luc Goutry (CD&V) wenst er zich van te vergewissen dat geen valse verwachtingen worden gecreëerd door met het algemeen concept «geneesheren» geen uitsluitel te maken over het feit of men in de eerste plaats alleen de huisartsen dan wel eveneens de specialisten viseert.

Mevrouw Maggie De Block (VLD) merkt op dat zij een onderhoudscontract heeft bij een van de erkende 17 software-leveranciers, en denkt dus aanspraak te kunnen maken op de subsidie, maar vraagt zich wel af hoe de artsen van deze mogelijkheid op de hoogte zullen worden gebracht.

De heer Jacques Germeaux (VLD) gooit het probleem van de telefonische oproepen op tafel ; hij was van mening dat dit ook met «telematica» te maken had. De werkdruk wordt door de voortdurende onderbrekingen via de telefoonoproepen immers enorm opgevoerd. Ook aan dit probleem zou iets gedaan moeten worden.

Mevrouw Zoé Genot (Agalev-Ecolo) vraagt zich af of het aantal leveranciers – 17 – wel voldoende is om concurrentie te hebben, want het is maar zeer de vraag of deze software-leveranciers inspelen op de verschillende bestaande exploitatiesystemen, in casu Windows en Linux.

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen verstrekt volgende antwoorden :

1) Het op dit ogenblik uitgetrokken budget – om en bij de 4,75 miljoen euro in totaal, wat per arts neerkomt op een tegemoetkoming van 743 euro – zou te klein zijn indien de specialisten er ook aanspraak zouden op maken.

2) Deze subsidiëring voor de aanschaf van software of voor de afsluiting van een onderhoudscontract met betrekking tot de verwerking van de medische gegevens wordt onderworpen aan criteria die door de commissie «telematica» binnen het ministerie van Volksgezondheid worden vastgelegd ; 17 software-programma's beantwoorden aan deze criteria ; dit heeft niet zozeer een prijsstijging bij de leveranciers maar wel een kwaliteitsverbetering vanwege de leveranciers teweeggebracht,

Art. 5

L'amendement n° 6 de MM. Goutry et Vande Walle (CD&V) (DOC 50 1905/002) tend à limiter l'application de l'article en projet aux médecins généralistes.

M. José Vande Walle (CD&V) demande en outre si le budget est plafonné en la matière. Ne faut-il pas répondre à des critères spécifiques ?

M. Luc Goutry (CD&V) souhaite s'assurer que l'on ne crée pas de faux espoirs en utilisant le concept général de «médecins» qui ne précise pas si, dans un premier temps, l'on vise uniquement les médecins généralistes ou également les spécialistes.

Mme Maggie De Block (VLD) fait observer qu'elle a un contrat d'entretien avec l'un des dix-sept fournisseurs de software agréés et pense dès lors pouvoir bénéficier de cette subvention. Elle se demande toutefois comment les médecins seront informés de cette possibilité.

M. Jacques Germeaux (VLD) soulève le problème des appels téléphoniques ; il estimait qu'il s'agissait également de «télématicque». Les interruptions continues dues aux appels téléphoniques sont source d'une augmentation énorme de la charge de travail. Il faudrait également remédier à ce problème.

Mme Zoé Genot (Agalev-Ecolo) demande si le nombre de fournisseurs – dix-sept – est suffisant pour permettre le jeu de la concurrence. L'essentiel est en effet de savoir si ces fournisseurs de software tiennent compte des différents systèmes d'exploitation existants, en l'occurrence Windows et Linux.

Le ministre des Affaires sociales et Pensions apporte les réponses suivantes :

1) Le budget prévu à l'époque – près de 4,75 millions d'euros au total, soit une intervention de 743 euros par médecin – n'est pas suffisant pour que l'intervention puisse être étendue aux spécialistes.

2) La subvention accordée pour l'acquisition de logiciels ou la conclusion d'un contrat de maintenance dans le cadre du traitement de données médicales est soumise à des critères fixés par la commission «télématicque» au sein du ministère de la Santé publique, critères auxquels 17 logiciels répondent actuellement. Si cette mesure a certes entraîné une hausse des prix des fournisseurs, elle a surtout eu un effet positif sur la qualité, les fournisseurs en question ayant investi dans l'amélioration

doordat de leveranciers in kwestie in productverbetering hebben geïnvesteerd, wat logischerwijs een verhoging van de prijs heeft teweeggebracht ; dat dit geenszins de doelstelling – meer efficiëntie, minder paperassen – in de weg staat.

3) Een uitbreiding tot de specialisten behoort evenwel tot de mogelijkheden, maar de huisartsen zijn intussen prioritair.

4) Een van de voorwaarden voor de erkenning van de software die in aanmerking komt (voorlopig zijn dat een zeventiental programma's) is de afwezigheid van reclame, ook voor farmaceutische bedrijven.

5) Hier wordt melding gemaakt van «telematica» en niet louter van «informatica» omdat de bedoelde software ook geschikt moet zijn voor de uitwisseling van medische gegevens.

6) De concurrentie blijft gevrijwaard in de mate dat de subsidie slechts een basisbedrag betreft waarboven de concurrentie vrij spel heeft.

7) De artsen zullen via een rondschrijven van het Riziv op de hoogte worden gebracht – na de inwerking-treding van de wet – van de mogelijkheid een tegemoet-koming van 743 euro te ontvangen, ook wanneer de artsen reeds over dergelijke programma's beschikken.

8) De SIS-kaart kan ook door de artsen worden gebruikt ter identificering van de patiënt nadat deze beroepsgroep hiertoe een initiatief zal hebben genomen om uniform gebruik toe te laten.

Amendement nr 6 wordt ingevolge het antwoord van de minister ingetrokken.

Art. 6

De heer Luc Goutry (CD&V) vraagt bevestiging of het gaat om de eenmalige vergoeding die wordt toegekend aan de geneesheer voor het bijhouden van het globaal dossier.

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen verduidelijkt dat dit inderdaad zo is en dat reeds in het verleden de geneesheren een vergoeding kregen voor het bijhouden van het globaal medisch dossier maar dat daar geen wettelijke basis voor bestond. Dit artikel heeft tot doel de toestand te regulariseren.

De heer Jacques Germeaux (VLD) vraagt of het niet opportuun zou zijn om de verschillende vergoedingen die de geneesheren verkrijgen te bundelen gebruik makend van de kwantiteits en kwaliteits criteria.

ration des produits, ce qui a logiquement entraîné une hausse des prix. Toutefois, celle-ci ne devrait pas empêcher d'atteindre l'objectif visé, à savoir une plus grande efficacité et moins de paperasses.

3) On peut cependant envisager d'étendre cette subvention aux spécialistes, mais les médecins généralistes restent prioritaires.

4) Une des conditions auxquelles doivent satisfaire les logiciels (actuellement au nombre de dix-sept) pour obtenir l'agrément est l'absence de publicité, y compris pour des sociétés pharmaceutiques.

5) Le terme utilisé est «télématic» et pas simplement «informatique», pour la simple et bonne raison que le logiciel en question doit également permettre l'échange d'informations médicales.

6) La concurrence est préservée dans la mesure où l'intervention financière correspond à un montant de base, au-delà duquel la concurrence peut jouer librement.

7) C'est l'INAMI qui informera les médecins par le biais d'une circulaire – dès l'entrée en vigueur de la loi – de la possibilité d'obtenir cette intervention de 743 euros, même si certains d'entre eux possèdent déjà un tel programme.

8) Les médecins pourront également utiliser la carte SIS pour identifier les patients dès que ce groupe professionnel aura pris une initiative en vue d'uniformiser son utilisation.

L'amendement n°6 est retiré à la suite de la réponse fournie par le ministre.

Art. 6

M. Luc Goutry (CD&V) demande s'il s'agit d'une indemnisation unique qui est octroyée au médecin qui tient à jour le dossier global.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions répond par l'affirmative et précise que par le passé déjà, les médecins recevaient une indemnité pour la tenue du dossier médical global mais que ce système était dépourvu de tout fondement légal. L'article à l'examen a pour objet de régulariser la situation.

M. Jacques Germeaux (VLD) demande s'il ne serait pas opportun de regrouper les différentes indemnités que les médecins perçoivent en se fondant sur les critères quantitatifs et qualitatifs.

De minister wil niet onmiddellijk een positief antwoord daarop geven want men is nog bezig een aantal diverse financieringsbronnen uit te bouwen. Een goed financieringsmodel bestaat uit diverse kanalen. Momenteel is het hergroeperen geen prioriteit. Het is opportuun dat de financieringsbronnen nog gediversifieerd blijven, hoewel in de toekomst misschien wel zal worden gehergroepeerd.

Art. 7

De heer Luc Goutry (CD&V) dient amendement nr 7 (Doc 50- 1905 /002) in, dat ertoe strekt te bepalen dat voor de opzegging van de collectieve akkoorden een meerderheid nodig is zowel bij de huisartsen als bij de specialisten. Dit is om te voorkomen dat de akkoorden eenzijdig zouden kunnen worden opgezegd door de artsen of de specialisten. Er wordt immers steeds meer vastgesteld dat de artsen en de specialisten andere interessepunten hebben .

De heer Jacques Germeaux (VLD) vraagt of het de bedoeling is van dit artikel om niet meer te voorzien in de mogelijkheid voor de huisartsen om een eigen syndicaat op te richten.

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen merkt op dat hij niet wil vooruitlopen op de uitslag van de verkiezingen. De wet bepaalt voor het ogenblik dat de syndicaten gemengd zijn. Degenen die verkozen worden, kunnen naderhand beslissen of ze eerder handelen in het belang van de specialisten of de huisartsen. Het enige dat de minister beoogt met onderhavig artikel is dat het wettelijk kader wordt gecreëerd dat de artsenorganisaties en de ziekenfondsen in staat stelt met elkaar af te spreken of over bepaalde kwesties gedelibereerd wordt met de huisartsengroepen afzonderlijk of met de specialisten afzonderlijk. Het is aan de partners om dit in hun overleg in te vullen. Dit is de reden waarom de minister het amendement van de heer Goutry niet steunt. Hij is van oordeel dat de partners zelf de details in hun overleg moeten invullen.

Art. 8

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Art. 9

De heer Luc Goutry (CD&V) vraagt of dit artikel bepaalt dat de daghospitalisatie moet worden geïntegreerd in de functies van het ziekenhuis. Er moet een duidelijk

Le ministre ne veut pas d'emblée répondre par l'affirmative à cette question car on est encore en train de développer diverses sources de financement. Un bon modèle de financement est composé de différents canaux. Pour le moment, le regroupement ne constitue pas une priorité. Il est opportun que les sources de financement soient diversifiées, même si on envisage peut-être le regroupement à l'avenir.

Art. 7

M. Luc Goutry présente un amendement (n° 7 – DOC 50 1905/002) prévoyant que la dénonciation des accords collectifs requiert une majorité tant parmi les généralistes que parmi les spécialistes. L'amendement tend à éviter que les accords soient dénoncés unilatéralement par les médecins ou par les spécialistes. Force est en effet de constater que les points d'intérêt des généralistes et des spécialistes sont différents.

M. Jacques Germeaux (VLD) demande si cet article vise à supprimer la possibilité qu'ont les médecins généralistes de constituer leur propre organisation syndicale.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions fait observer qu'il ne souhaite pas anticiper sur le résultat des élections. La loi prévoit actuellement que les organisations syndicales sont mixtes. Les élus peuvent décider ultérieurement d'agir plutôt dans l'intérêt des spécialistes ou dans celui des généralistes. Le seul objectif du ministre est de créer le cadre légal permettant aux organisations de médecins et aux mutualités de convenir que certaines matières font l'objet de délibérations distinctes avec les généralistes ou avec les spécialistes. C'est aux partenaires qu'il appartient de mettre cette mesure en œuvre dans le cadre de leur concertation. C'est la raison pour laquelle le ministre ne soutient pas l'amendement de M. Goutry. Il estime qu'il appartient aux partenaires de fixer les détails dans le cadre de leur concertation.

Art. 8

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

Art. 9

M. Luc Goutry (CD&V) demande si cet article prévoit que l'hospitalisation de jour doit être intégrée dans les fonctions de l'hôpital. Il convient d'établir une nette dis-

onderscheid worden gemaakt tussen prestaties die polyklinisch kunnen worden uitgevoerd en prestaties die chirurgische ingrepen zijn en waarvoor men vroeger noodzakelijk een paar dagen in het ziekenhuis moest blijven. De prestaties van klinische biologie die wordt aangewend in dagopname moeten dan worden gezien als prestaties klinische biologie voor ziekenhuispatiënten.

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen verduidelijkt dat dit artikel enkel gaat over presentatie van de budgetten. Voor de klinische biologie zijn er twee budgetten. Een eerste budget betreft klinische biologie voor ambulante patiënten en het tweede budget heeft betrekking op klinische biologie voor gehospitaliseerde patiënten. De twee budgetten worden afzonderlijk beheerst door recuperatiemecanismen. Deze opsplitsing is niet onschuldig. Wanneer in één van de budgetten een overschrijding is wordt dit niet gecompenseerd met een eventueel overschot uit het andere budget. Het wordt eventueel gerecupereerd met de forfaits. In het deelbudget ambulante patiënten zat tot nog toe de daghospitalisatie. De beleidmakers hielden daar rekening mee en ook met het feit dat dit budget snel toenam. Van de kant van de artsensyndicaten en met name de klinische biologen was er kritiek omdat er werd geïnsinueerd dat in de ambulante sector een kostenexplosie was die er volgens hen niet bestond. Dit was te wijten aan het snel groeiend onderdeel van de klinische biologie van patiënten die in daghospitalisatie werden verzorgd. Om aan deze kritiek tegemoet te komen wordt het deel van het budget van klinische biologie dat besteed wordt aan patiënten in daghospitalisatie nu opgenomen in het budget van klinische biologie voor gehospitaliseerden.

Mevr. Anne-Mie Descheemaeker (Agalev-Ecolo) wil weten waar kosten van klinische biologie die gemaakt worden de dag voor de ziekenhuisopname gebudgetteerd worden?

De minister antwoordt dat dit in principe ambulante hulpverlening is, maar hij vraagt zich ook af of dit mechanisme ook gebruikt wordt om financiële redenen. Dit is niet eenvoudig te beoordelen. Wat belangrijk is dat de budgetten duidelijk worden voorgesteld en dat er voldoende fondsen beschikbaar zijn op elk van de budgetposten.

Mevrouw Maggie De Block (VLD) merkt op dat voor de dagopname vaak aan patiënten gevraagd wordt een aantal onderzoeken vooraf te laten gebeuren. Dit is om praktische redenen. Wanneer alle onderzoeken en de operatie op een enkele dag moeten plaatsvinden, is dit praktisch gezien niet mogelijk door gebrek aan tijd. Het gaat dus niet louter om budgettaire redenen.

tinction entre les prestations pouvant être dispensées en polyclinique et les prestations qui relèvent des interventions chirurgicales et qui jadis imposaient nécessairement quelques jours d'hospitalisation. Les prestations de biologie clinique dispensées dans le cadre de l'hospitalisation de jour doivent dès lors être considérées comme des prestations de biologie clinique dispensées à des patients hospitalisés.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions précise que cet article ne concerne que la présentation des budgets. Deux budgets sont prévus pour la biologie clinique. Le premier budget a trait à la biologie clinique pour les patients ambulatoires et le second concerne la biologie clinique pour les patients hospitalisés. Ces deux budgets sont maîtrisés séparément par des mécanismes de récupération. Cette scission n'est pas innocente. En cas de dépassement dans un des budgets, celui-ci n'est pas compensé par un excédent éventuel dans l'autre budget. Il est éventuellement récupéré par les forfaits. L'hospitalisation de jour fait partie jusqu'à présent du budget partiel «patients ambulatoires». Les responsables politiques en ont tenu compte et ont également pris en considération l'augmentation rapide de ce budget. Les syndicats des médecins, et notamment les biologistes cliniques, ont exprimé certaines critiques parce que l'on insinuait que le secteur ambulatoire avait connu une explosion des coûts, qui selon eux n'a jamais eu lieu. Cette explosion était due au développement rapide de la biologie clinique pour les patients qui étaient soignés en hospitalisation de jour. Pour répondre à ces critiques, la partie du budget de la biologie clinique destinée aux patients en hospitalisation de jour est désormais inscrite au budget de la biologie clinique pour les patients hospitalisés.

Mme Anne-Mie Descheemaeker (AGALEV-ECOLO) souhaite savoir où sont budgétisés les frais de biologie clinique exposés la veille de l'hospitalisation.

Le ministre répond qu'en principe, il s'agit de soins ambulatoires, mais il se demande aussi si ce mécanisme est utilisé pour des raisons financières. Ce n'est pas facile à déterminer. L'important est que les budgets soit présentés clairement et qu'il y ait suffisamment de fonds disponibles pour chaque poste.

Mme Maggie De Block (VLD) fait observer qu'en cas d'hospitalisation de jour, on demande souvent aux patients de se soumettre à un certain nombre d'examen préalables, et ce, pour des raisons pratiques. Il serait impossible, faute de temps, que tous les examens et l'opération aient lieu le même jour. La raison de cet étalement n'est donc pas de nature purement budgétaire.

De heer Luc Goutry (CD&V) vraagt dan hoe het zit met de radiologie in de daghospitalisatie.

De minister verduidelijkt dat de betekenis van het forfait in de radiologie volledig verschillend is van het forfait in de klinische biologie.

Art. 10

De heer Luc Goutry (CD&V) vraagt waarom de wetgever nu voorstelt dat het niet meer de conventie is maar de Koning die vaststelt wat de tegemoetkoming is in de kosten voor hemodialyse, in de kosten voor peritoneale dialyse thuis en voor dialyse in een dienst voor collectieve autodialyse.

De minister van Sociale zaken en Pensioenen verwijst daarvoor naar zijn toelichting. De bedoeling is de mogelijkheid te scheppen om bij koninklijk besluit bepaalde zaken vast te leggen in de sfeer van de dialyse. De reden daarvoor is dat men een impasse wil voorkomen wanneer de partners terzake geen overeenkomst kunnen bereiken. Deze koninklijke besluiten worden opgesteld na advies van de verantwoordelijke overlegcommissie.

Art. 11

Paragraaf 1

Mevrouw Magda De Meyer (SP.A) dient amendement nr. 1 (DOC 50 – 1905/002) in dat ertoe strekt een foute verwijzing in art 56ter, § 1, te corrigeren. Het hoofdoel van het amendement is de periode die gebruikt wordt om het jaarlijkse referentiebedragen vast te leggen, te bepalen. Het doel is het systeem wat de jaarlijkse referentiebedragen betreft slechts in 2003 vast te stellen en zich daarvoor te baseren op een langere termijn van vijf trimesters.

De heer Yvan Mayeur (PS) merkt op dat hij een probleem heeft met de referentieperiode van 1 juli 2002 tot 31 december 2002, dat zijn zes maanden waarvan twee vakantie maanden. Volgens het amendement nr. 1 loopt deze referentieperiode van oktober 2002 tot december 2003. Betekent dit dan dat de referentieperiode 15 maanden bedraagt ?

De minister gaat akkoord met dit amendement. De inwerkingtreding wordt dus vastgelegd op 1 oktober 2002 en de referentieperiode bedraagt 15 maanden.

M. Goutry (CD&V) demande ce qu'il en est des prestations en radiologie dans le cadre de l'hospitalisation de jour.

Le ministre répond que le forfait pour la radiologie est tout à fait différent du forfait pour la biologie clinique.

Art. 10

M. Luc Goutry (CD&V) demande pourquoi le législateur décide à présent que ce n'est plus le Roi qui fixe le montant de l'intervention dans les frais pour hémodialyse, dialyse péritonéale à domicile et dialyse dans un service collectif d'autodialyse.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions renvoie à son exposé introductif. L'objectif est de faire en sorte qu'il soit possible de régler certaines matières par voie d'arrêté royal dans le domaine de la dialyse. La raison en est que l'on veut éviter de se trouver dans une impasse si les partenaires en la matière ne parviennent pas à un accord. Ces arrêtés royaux seront rédigés après avis de la commission de concertation concernée.

Art. 11

§ 1^{er}

Mme Magda De Meyer (SP.A) présente l'amendement n° 1 (DOC 50 – 1905/002) qui tend à corriger un renvoi erroné à l'article 56ter, § 1^{er}, de la loi. L'amendement tend essentiellement à définir la période qui est utilisée pour fixer les montants de référence annuels. L'objectif est de ne fixer le système, en ce qui concerne les montants de référence annuels, qu'en 2003 et de se baser à cette fin sur un délai, plus long, de cinq trimestres.

M. Yvan Mayeur (PS) fait observer que la période de référence du 1^{er} juillet 2002 au 31 décembre 2002 pose problème, en ce que deux des six mois qu'elle compte sont des mois de vacances. L'amendement présenté par Mme De Meyer fait courir cette période d'octobre 2002 à décembre 2003. Cela signifie-t-il que la période de référence serait de quinze mois ?

Le ministre marque son accord sur cet amendement. L'entrée en vigueur est donc fixée au 1^{er} octobre 2002 et la période de référence est de quinze mois.

De heer Luc Goutry (CD&V) wil zekerheid dat het inderdaad gaat om een foute verwijzing die wordt rechtgezet met het amendement van mevrouw De Meyer.

De minister bevestigt dat de APR-DRG de beschrijving is van een aandoening en dat de term «verstrekking» de omschrijving is van een medische prestatie.

Paragraaf 2

De heer Luc Goutry (CD&V) dient het amendement nr 32 in (DOC 50 –1905/003) dat ertoe strekt de term «outlier» te vervangen door «overschrijders».

De minister verduidelijkt echter dat in het koninklijk besluit waarnaar wordt verwezen in dit artikel ook van «outliers» wordt gesproken. Met het oog op de rechtszekerheid is het derhalve beter deze term niet te vervangen. Hij steunt het amendement niet.

Paragraaf 4

De heer Yvan Mayeur (PS) dient amendement nr 21 (DOC 50-1905/002) dat ertoe strekt paragraaf 4 eerste lid aan te vullen met de woorden «alsmede voor advies voorgelegd aan de in artikel 153 van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen bedoelde multipartite structuur inzake ziekenhuisbeleid». Volgens artikel 55 van het wetsontwerp moet de multipartite structuur advies uitbrengen over de wijze waarop de regels inzake vaststelling van de referentiebedragen worden uitgewerkt. Het is opportuun dat deze structuur zich ook uitsprekt over de berekeningswijze die de Technische cel zal hanteren om jaarlijks de bedoelde referentiebedragen te bepalen.

De minister van Sociale zaken en Pensioenen gaat akkoord met het amendement.

De heer Luc Goutry (CD&V) merkt op dat het artikel waarover de Raad Van State zijn advies moest geven het kenniscentrum vermeldt. Dus zal de wet later moeten worden aangepast. Wat is dan het nut van het amendement van de heer Mayeur dat refereert naar de multipartite-structuur als de wet nadien toch moet worden aangepast?

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen onderstreept het belang van het multipartite advies voor de mensen op het terrein. Dit mag nu al in de wet worden opgenomen. Er kan niet naar het kenniscentrum worden verwezen omdat dit niet bestaat en uit de wet werd gehaald. Dit artikel zal inderdaad moeten worden aangepast wanneer een wettekst over het kenniscentrum zal worden aangenomen.

M. Luc Goutry (CD&V) veut avoir l'assurance qu'il s'agit bien d'un renvoi erroné, qui est rectifié par l'amendement de Mme De Meyer.

Le ministre confirme qu'APR-DRG désigne une affection et que le terme «prestation» désigne une prestation médicale.

Paragraphe 2

M. Luc Goutry (CD&V) présente l'amendement n° 32 (DOC 50 1905/003) qui tend à remplacer dans le texte néerlandais le mot «outliers» par le mot «overschrijder».

Le ministre précise cependant que le mot «outliers» figure également dans l'arrêté royal auquel il est fait référence dans cet article. Par souci de sécurité juridique, il est dès lors préférable de ne pas remplacer ce terme. Il n'approuve pas l'amendement précité.

Paragraphe 4

M. Yvan Mayeur (PS) présente l'amendement n° 21 (DOC 50 1905/002), qui tend à ajouter les mots «, et soumis à l'avis de la Structure multipartite en matière de politique hospitalière, visée à l'article 153 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales» au § 4, alinéa 1er. En application de l'article 55 du projet de loi, la structure multipartite formule des avis sur l'établissement des règles en matière de fixation des montants de référence. Il semble dès lors opportun qu'elle puisse également se prononcer sur la manière dont la Cellule technique calculera annuellement les montants de référence concernés.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions approuve cet amendement.

M. Luc Goutry (CD&V) fait observer que l'article au sujet duquel le Conseil d'État devait rendre un avis mentionne le Centre d'expertise. La loi devra dès lors être modifiée ultérieurement. Quelle est, dans ce cas, l'utilité de l'amendement de M. Mayeur, qui renvoie à la structure multipartite, si la loi doit, de toute manière, être modifiée ultérieurement ?

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions souligne l'importance de l'avis multipartite pour les gens de terrain. Cette mention peut figurer dès à présent dans la loi. Il ne peut être fait référence au centre de connaissances, parce que celui-ci n'existe pas et a été retiré de la loi. Cet article devra effectivement être adapté lorsqu'un texte de loi sur le centre de connaissances sera adopté.

De heer Luc Goutry (CD&V) herhaalt dat de technische cel de berekening zal maken en dat de multipartite deze zal interpreteren bij haar advies.

De minister van Sociale zaken en Pensioenen onderstreept dat de multipartite niet kan afwijken van wat in de wet staat. De betrokkenen moeten de resultaten van de rekeningen kunnen nazien.

Paragraaf 5

Mevrouw Avontroodt (VLD) dient amendement nr 27 (DOC 50- 1905/002) in dat ertoe strekt de ziekenhuisbeheerders en de ziekenhuisgeneesheren een gedeelde verantwoordelijkheid te geven conform het reglement zoals bedoeld in de ziekenhuiswetgeving.

De heer Luc Goutry (CD&V) meldt dat dit artikel handelt over de effectieve terugvordering die zal gebeuren op grond van de som van de uitgaven en de berekening van wie de 10 % referentieuitgaven overschrijdt. De «voor het geheel van de in paragraaf één bedoelde opnames «is dit dan de globale som van de opnames in alle ziekenhuizen samen of gaat het hier om het geheel van de opnames per ziekenhuis?

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen verwijst naar de tabel, die hij tijdens zijn inleiding heeft medegedeeld en waarin de algebraïsche formule staat waardoor deze tekst wordt verduidelijkt. Het geheel van de opnames is het geheel van de opnames van patiënten die beantwoorden aan bepaalde APR-DRG's van een bepaalde *severity* binnen de afgesproken periode. Er wordt dus niet gesommeerd over verschillende APR-DRG's of over klinische biologie, beeldvorming en technische prestaties. Er wordt binnen elke APR-DRG gekeken naar technische prestaties, beeldvorming en klinische biologie en er wordt gesommeerd over alle patiënten die binnen deze APR-DRG in een bepaalde periode werden gehospitaliseerd.

De heer Luc Goutry (CD&V) voegt er nog aan toe dat de recuperatie zal gebeuren via de centrale inning voor de honoraria. Het ziekenhuis zal dus na datum vaststellen dat bepaalde referentieuitgaven werden overschreden. Het ziekenhuis wordt daarover ingelicht en moet de overschrijding terugbetalen. Het ziekenhuis zal daarvoor een beroep moeten doen op de pool van de geviseerde artsen en zal naderhand de honoraria van de artsen opnieuw in discussie moeten brengen. Het ziekenhuis zal dan samen met de artsen tot een oplossing moeten komen. De wijze van de terugvordering en de voorwaarden zullen naderhand vastgelegd worden in een

M. Luc Goutry (CD&V) rappelle que la cellule technique fera le calcul et que la structure multipartite l'interprétera dans son avis.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions souligne que la structure multipartite ne peut déroger aux dispositions inscrites dans la loi. Les intéressés doivent pouvoir vérifier les résultats des calculs.

Paragraphe 5

Mme Avontroodt (VLD) présente un amendement (n° 27, DOC 50 1905/002) tendant à conférer aux gestionnaires d'hôpitaux et aux médecins hospitaliers une responsabilité partagée, conformément au règlement visé dans la loi sur les hôpitaux.

M. Luc Goutry (CD&V) précise que cet article porte sur le recouvrement effectif qui aura lieu sur la base de la somme des dépenses et du calcul de ceux qui dépassent de 10 % les dépenses de référence. «L'ensemble des admissions visées au § 1^{er}», est-il égal à la somme globale de toutes les admissions dans l'ensemble des hôpitaux ou s'agit-il ici de l'ensemble des admissions par hôpital ?

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions renvoie au tableau qu'il a communiqué lors de son exposé introductif et dans lequel figure la formule algébrique destinée à clarifier ce texte. L'ensemble des admissions est l'ensemble des admissions de patients qui répondent à certains APR-DRG d'une certaine *severity* dans la période convenue. On ne totalise donc pas par delà les différents APR-DRG ou la biologie clinique, l'imagerie et les prestations techniques. On tient compte des prestations techniques, de l'imagerie et de la biologie clinique dans chaque APR-DRG et on totalise tous les patients qui ont été admis dans le cadre de ces APR-DRG au cours d'une période déterminée.

M. Luc Goutry (CD&V) précise encore que la récupération se fera par le service de perception centrale des honoraires. L'hôpital constatera donc *a posteriori* que certains montants de référence ont été dépassés. L'hôpital en est informé et doit rembourser le dépassement. Il devra faire appel à cet effet au pool de médecins visés et devra ensuite renégocier les honoraires des médecins. L'hôpital devra arriver à une solution en accord avec les médecins. Le mode de récupération et les modalités seront déterminées par arrêté royal. Des accords ont-ils toutefois déjà été conclus avec les hôpitaux sur la manière dont se déroulera cette récupération à l'égard des

koninklijk besluit. Zijn er reeds afspraken met de ziekenhuizen over hoe deze recuperatie ook ten opzichte van de geneesheren zal gebeuren? Heeft men reeds een idee hoe mogelijke conflicten tussen ziekenhuizen en geneesheren zullen worden opgelost?

De heer Yvan Mayeur (PS) merkt op dat dit ook bij de bespreking van art 49 zal terugkomen, want daar wordt de werking van de centrale inningsdienst behandeld. Gaat het hier om de centrale inningsdienst van alle erelonen?

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen bevestigt dat het inderdaad de centrale inningsdienst van alle erelonen voor de gehospitaliseerden betreft.

Paragraaf 6

De heer Luc Goutry (CD&V) merkt op dat de terugvorderingen die zullen gebeuren een invloed zullen hebben op de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen. Wordt hier bedoeld dat een ziekenfonds zijn financiële verantwoordelijkheid engageert op basis van zijn effectieve uitgaven, dat wil zeggen dat eventuele recuperaties in mindering worden gebracht?

De minister van Sociale zaken en Pensioenen beaamt dit. Hij verduidelijkt dat paragraaf zes bepaalt hoe de bedragen zullen worden geboekt door de ziekenfondsen. Ze zullen in mindering worden gebracht van de facturen van de ziekenhuizen in kwestie. Nadien moet worden vastgesteld hoe deze bedragen door de verzekeringsinstellingen zullen worden geboekt. Er moet nog worden beslist of dit per ziekenfonds of globaal zal gebeuren. Onafhankelijk daarvan zal in ieder geval nog moeten worden bepaald hoe daarmee zal rekening worden gehouden voor het bepalen van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen. Er zal in ieder geval een correctie moeten worden aangebracht. En daar het gaat om niet effectief gedane uitgaven, moet daarmee rekening worden gehouden bij de bepaling van de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen.

Paragraaf 7

De heer Luc Goutry (CD&V) merkt op dat een ziekenhuis wordt bestraft, wanneer het een overschrijving heeft van de referentiebedragen van 10 % voor meer dan de helft van de groepen bepaald in paragraaf 9. Zal de wet telkens wanneer deze lijst verandert moeten worden aangepast?

médecins ? Comment d'éventuels conflits entre les hôpitaux et les médecins seront-ils résolus ?

M. Yvan Mayeur (PS) souligne que cette question sera à nouveau abordée lors de la discussion de l'article 49 qui concerne le fonctionnement du service de perception centrale. S'agit-il en l'occurrence du service de perception centrale de tous les honoraires ?

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions confirme qu'il s'agit en effet du service de perception centrale de tous les honoraires pour les personnes hospitalisées.

Paragraphe 6

M. Luc Goutry (CD&V) fait observer que les récupérations qui seront effectuées auront une incidence sur la responsabilité financière des mutualités. L'objectif est-il, en l'occurrence, qu'une mutualité engage sa responsabilité financière sur la base de ses dépenses effectives, c'est-à-dire que les récupérations éventuelles seront portées en déduction ?

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions répond par l'affirmative. Il précise que le § 6 fixe la manière dont les montants seront comptabilisés par les mutualités. Ils seront déduits des factures des hôpitaux en question. Il faudra déterminer la manière dont ces montants seront comptabilisés par les organismes assureurs. Il faut encore décider si la comptabilisation se fera globalement ou par organisme. Indépendamment de cela, il faudra encore déterminer en tout cas comment il en sera tenu compte pour la détermination de la responsabilité financière des organismes assureurs. Il faudra, en tout cas, apporter une correction. Et, étant donné qu'il ne s'agit pas de dépenses engagées effectivement, il faudra en tenir compte lorsque l'on déterminera la responsabilité financière des mutualités.

Paragraphe 7

M. Luc Goutry (CD&V) fait observer que tout écart de plus de 10 % par rapport aux montants de référence pour plus de la moitié des groupes visés au § 9, sera sanctionné. La loi devra-t-elle être adaptée chaque fois que la liste sera modifiée ?

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen verduidelijkt echter dat de Koning (cfr paragraaf 10) de mogelijkheid heeft een verdere uitwerking te geven aan het artikel 11. Hij herhaalt dat de bedoeling van artikel 11 is een snelle uitwerking te geven aan de wet, met de mogelijkheid achteraf voor de Koning om dit verder uit te werken en de lijst aan te vullen.

De heer Luc Goutry (CD&V) voegt eraan toe dat dus inderdaad de lijst voortdurend zal kunnen worden geactualiseerd, maar dat er dan ook telkens zal moeten worden nagegaan of er een overschrijding is, rekening houdend met de geactualiseerde lijst van APR-DRG's. Wanneer de lijst wordt geactualiseerd, wordt de overschrijding van de referentiebedragen dan proportioneel berekend?

De minister antwoordt echter dat in dit scenario de ziekenhuizen zouden worden geconfronteerd met een nieuwe lijst van standaardinterventies op het laatste moment zonder dat ze zich daarvoor hebben kunnen voorbereiden. Artsen en ziekenhuizen moeten echter vooraf weten wat er in de lijst zit zodat ze hun gedrag kunnen aanpassen. Het zou mogelijk moeten zijn dat met het oog op een nieuwe ronde, wordt aangekondigd dat de lijst zal worden aangepast. De minister onderstreept nog dat het preventieve karakter van het systeem essentieel is.

De heer Luc Goutry (CD&V) herhaalt dat men bij paragraaf zeven ervan uitgaat dat er ziekenhuizen zijn die over de helft kunnen gaan met hun overschrijdingen. Dit wil zeggen dat indien er tien parameters zijn ze voor zes parameters over de schreef gaan en dat dit dan publiek bekend wordt gemaakt. Er moet wel op worden toegezien dat de verweerprocedures voor de ziekenhuizen veilig worden gesteld.

De heer Goutry dient het amendement nr. 8 (DOC 50- 1905/002) in dat ertoe strekt de woorden «na deze instellingen te hebben gehoord» te plaatsen tussen de woorden «aan de betrokken instellingen» en «en onverminderd.»

Bovendien worden de woorden «door het instituut bekendgemaakte » vervangen door «kunnen door het instituut worden bekendgemaakt».

Het doel hiervan is een sluitende verhaalprocedure in te bouwen zodat de ziekenhuizen hun verweermiddelen kunnen kenbaar maken.

Vervolgens dient *de heer Goutry* amendement nr. 31 (DOC 50- 1905/003) in dat ertoe strekt de woorden «bekend gemaakt op het adres <http://www.riziv.fgov.be>» te vervangen door de woorden «publiek bekend gemaakt op een wijze zoals door de Koning bepaald». De spreker

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions précise toutefois que le Roi (voir § 10) peut prendre d'autres mesures d'exécution de l'article 11. Il répète que l'article 11 vise à exécuter la loi rapidement tout en prévoyant la possibilité, pour le Roi, de prendre d'autres mesures d'exécution ultérieurement et de compléter la liste.

M. Luc Goutry (CD&V) ajoute que la liste pourra donc effectivement être actualisée en permanence, mais qu'il faudra alors chaque fois vérifier s'il y a un dépassement, en tenant compte de la liste actualisée des APR-DRG. Le dépassement des montants de référence est-il calculé de manière proportionnelle lorsque la liste est actualisée ?

Le ministre répond cependant que dans ce cas de figure les hôpitaux seraient confrontés à une nouvelle liste d'interventions standardisées au dernier moment, liste à laquelle ils n'auraient pas pu se préparer. Cependant, les médecins et les hôpitaux doivent savoir au préalable ce que contient cette liste de manière à pouvoir adapter leur comportement. Il devrait être possible d'annoncer une modification de cette liste avant une nouvelle série de modifications. Le ministre souligne enfin que le caractère préventif du système est essentiel.

M. Luc Goutry (CD&V) répète qu'au paragraphe 7, on part du principe que certains hôpitaux peuvent être en dépassement pour plus de la moitié des groupes. Cela signifie qu'ils sont en dépassement, par exemple, pour six paramètres sur dix, et que ces dépassements sont dès lors rendus publics. Il convient cependant de veiller à garantir les procédures de défense pour les hôpitaux.

M. Goutry présente dès lors un amendement (n° 8, DOC 50 1905/002) tendant à insérer les mots «ces institutions entendues,» entre les mots «sont» et les mots «rendues publiques».

En outre, les mots «sont rendues publiques» sont remplacés par les mots «peuvent être rendues publiques».

L'objectif est de prévoir une procédure de recours sans faille, de sorte que les hôpitaux visés puissent faire connaître leurs moyens de défense.

M. Goutry présente en outre un amendement (n° 31, DOC 50 1905/003) qui tend à remplacer les mots «sur l'adresse internet <http://www.inami.fgov.be>» par les mots «selon les modalités fixées par le Roi». L'auteur estime que tout le monde n'a pas la possibilité de consulter ce

is immers van oordeel dat niet iedereen de mogelijkheid heeft om deze website te raadplegen. Naast de website moet er ook voorzien worden in andere informatiekanalen.

De heer Yvan Mayeur (PS) merkt op dat ook de referentieindex zou worden gepubliceerd.

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen is het ermee eens. Hij engageert zich bovendien om, zonder dat het in de wet wordt opgenomen, de referentieindexen zelf en de wijze waarop ze worden berekend te publiceren.

Met betrekking tot de amendementen van de heer Goutry zegt hij akkoord te gaan met het eerste lid van amendement nummer 8. Hij suggereert dat de procedure nog beter zou worden omschreven. De ziekenhuizen moeten niet alleen gehoord worden maar er moet ook worden vastgelegd, wie ze hoort, en wat de doelstelling is van de procedure.

De heer Luc Goutry (CD&V) dient bijgevolg *sub-amendement nr. 38 (DOC 50 1905/003)* in dat ertoe strekt: na de woorden «*de gegevens over de betrokken instellingen*» de woorden «*Nadat deze instellingen in de gelegenheid werden gesteld hun opmerkingen aan de multipartitestructuur bedoeld in artikel 153 van voornoemde wet van 23 april 1996, te hebben overgemaakt met het oog op eventuele correcties van de gegevens.*» in te voegen. Het tweede lid van amendement nr. 8 valt weg.

De minister is echter niet akkoord met amendement nr. 31. Het is zeer belangrijk de toegang tot informatie langs het web in de wet in te schrijven.

Na een gedachtewisseling over dit punt zegt *de heer Luc Goutry (CD&V)* amendement nr. 31 in te trekken.

Paragraaf 8

Deze paragraaf geeft geen aanleiding tot verdere bespreking

Paragraaf 9

De heer Yvan Mayeur (PS) zegt dat er 26 groepen APR- DRG's gedefinieerd werden. Hoe werden ze gedefinieerd, zijn ze homogene?

De minister van Sociale zaken en Pensioenen zegt dat hij ervan uitgaat dat het inderdaad om homogene APR-DRG gaat, zeker in paragraaf 9 punt 1, die aanleiding geven tot standaardinterventies.

site web. Ces informations peuvent être diffusées par le biais du site web, mais également par d'autres voies.

M. Yvan Mayeur (PS) fait observer que l'indice de référence serait également publié.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions marque son accord à ce propos. Il s'engage en outre, sans que cela soit prévu dans la loi, à publier les indices de référence mêmes ainsi que le mode de calcul de ces indices.

En ce qui concerne les amendements de M. Goutry, il marque son accord sur la première partie de l'amendement n° 8. Il suggère que la procédure soit encore mieux définie. Les établissements hospitaliers doivent non seulement être entendus, mais il convient également de déterminer qui doit les entendre et de préciser le but de cette procédure.

A la suite de ces remarques, *M. Luc Goutry (CD&V)* présente le *sous-amendement n° 38 (DOC 50 1905/003)* tendant à insérer, entre les mots «*aux institutions concernées sont*» et les mots «*rendues publiques*», les mots «*après que ces institutions ont eu la possibilité de transmettre leurs observations à la structure multipartite visée à l'article 153 de la loi précitée du 29 avril 1996 en vue de leur correction éventuelle,*» et à supprimer l'alinéa 2 de l'amendement n° 8.

Le ministre ne souscrit cependant pas à l'amendement n° 31. Il estime qu'il est très important que l'accès aux informations par le biais de l'internet soit inscrit dans la loi.

Après un échange de vues à ce sujet, *M. Luc Goutry (CD&V)* retire l'amendement n° 31.

§ 8

Ce paragraphe ne donne lieu à aucune discussion.

§ 9

M. Yvan Mayeur (PS) précise que vint-six groupes APR-DGR ont été définis. Comment ont-ils été définis ? Sont-ils homogènes ?

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions répond qu'il considère en effet que ce sont bien des APR-DRG homogènes qui donnent lieu à des interventions standard, certainement au § 9, 1°.

De APR-DRG die omschreven zijn in paragraaf 9 punt 2 betreffen trouwens ook courante aandoeningen.

In deze APR-DRG's zijn er vier typen *severity* groepen. Hier beperkt men zich tot de eerste twee groepen van *severity* zodat de groepen nog homogener zijn. Dit was voorwerp van een lang debat in het RIZIV, en het kan wetenschappelijk goed gemotiveerd worden.

Het is niet toevallig dat de financiële recuperatie in een eerste instantie beperkt is tot de gevallen van paragraaf 9 punt 1, want in geval van aanbevolen behandelingen zijn de chirurgische DRG's meer gestandariseerd dan de internistische DRG's. De reële recuperatie wordt derhalve beperkt tot chirurgische DRG's. De criteria die spelen zijn de frequentie en de gebruikelijkheid waarin deze behandelingen voorkomen.

Paragraaf 10

De heer Luc Goutry (CD&V) dient amendement nr. 9 (DOC 50 -1905/002) in dat ertoe strekt de woorden «en na advies van de commissie financiering van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen» in te voegen tussen de woorden 29 april 1996 en «de verstrekkingen bedoeld». Hij stelt echter dat hij het amendement had ingediend vooraleer de tekst werd aangepast rekening houdend met het advies van de Raad van State zodat hij amendement nr 9 intrekt.

De delegatie van de bevoegdheid aan de Koning betreft enkel de mogelijkheid de APR-DRG groepen altijd te kunnen aanpassen naar gelang de stand van de wetenschap.

De heer Yvan Mayeur (PS) dient amendement nr 21 (B) DOC 50- 1905/002) in dat ertoe strekt paragraaf 10 aan te vullen met «bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad». Gezien de relevantie van de aan te brengen wijzigingen is het verkieselijker dat de voltallige regering op collegiale basis deze doorvoert.

De minister van Sociale zaken en Pensioenen is het hiermee eens.

Voorzitster Yolande Avontroodt (VLD) merkt op dat er een technische verbetering in de laatste zin van de paragraaf moet worden aangebracht. ESV (Extra corporal shock wave) moet worden vervangen door Ultrasonie litotripsie om de Nederlandse en Franse tekst conform te maken.

Par ailleurs, les APR-DRG qui sont décrits au § 9, 2°, concernent également des affections courantes.

Parmi ces APR-DRG, il y a quatre types de *severity groups* et on se limite en l'occurrence aux deux premiers groupes, de manière à ce que les groupes soient encore plus homogènes. Cette question a fait l'objet d'un long débat à l'INAMI et peut parfaitement se justifier sur le plan scientifique.

Ce n'est pas un hasard si la récupération financière est limitée en premier lieu aux cas repris au § 9, 1°, car en cas de traitements recommandés, les DRG chirurgicaux sont plus standardisés que les DRG internistes. La récupération réelle est par conséquent limitée aux DRG chirurgicaux. Les critères qui interviennent sont la fréquence et le caractère usuel de ces traitements.

Paragraphe 10

M. Luc Goutry présente un amendement (n° 9, DOC 50 1905/002) tendant à insérer les mots «et avis de la commission Financement du Conseil national des établissements hospitaliers» entre les mots «du 29 avril 1996» et les mots «adapter les prestations». Il fait cependant remarquer qu'il avait présenté l'amendement avant que le texte ne soit adapté en fonction de l'avis du Conseil d'État, de sorte qu'il retire cet amendement.

La délégation de la compétence au Roi concerne uniquement la possibilité de pouvoir adapter de tout temps les groupes APR-DRG en fonction de l'état de la science.

M. Yvan Mayeur (PS) présente un amendement (n° 21, DOC 50 1905/002) tendant à compléter le § 10 par les mots «par arrêté délibéré en Conseil des ministres». Étant donné la pertinence des modifications à apporter, il est préférable que l'ensemble du gouvernement les apporte collégialement.

Le ministre des Affaires sociales et des pensions est d'accord à cet égard.

Mme Yolande Avontroodt (VLD), présidente, souligne qu'il y a lieu d'apporter une correction technique dans la dernière phrase du paragraphe. Dans le texte néerlandais, les mots «ESV (Extra corporal shock wave)» doivent être remplacés par les mots «Ultrasonie litotripsie» pour le mettre en conformité avec le texte français.

Art. 12

De heer Luc Goutry (CD&V) merkt op dat dit artikel verwijst naar artikel 56 van dezelfde wet. Na een gedachtewisseling met de minister blijkt dat de tekst correct is.

De heer Jacques Germeaux (VLD) wil de finaliteit van de voorgestelde wijziging kennen.

De ministervan Sociale Zaken en Pensioenen verduidelijkt dat men wil komen tot een systeem van sanctionering dat tariefzekerheid schept voor de patienten, en dat tegelijk ook adequaat is. De sanctionering mag niet te streng zijn maar moet toch bestaan.

Art. 13

De heer Luc Goutry (CD&V) gaat verder dat ook dit artikel de sanctionering betreft en dat hierbij art 168 derde lid van dezelfde wet wordt gewijzigd.. De referentie naar de administratieve sancties vastgesteld overeenkomstig het eerste lid valt weg. Waarom werd dit weggelaten?

De minister antwoordt dat dit is om tegemoet te komen aan een opmerking van de Raad van State die zegt dat de sancties in de wet zelf moeten worden opgenomen. De bepaling wordt aangevuld met twee leden waarin het minimum en maximum van de sanctie in de wet zelf wordt vermeld. Daarom werd de verwijzing naar het eerste lid overbodig.

Art. 14

De heer Luc Goutry (CD&V) vraagt wat wordt bedoeld met dit artikel. Artikel 168 bis van dezelfde wet handelt over de schrapping van specialiteiten en lijsten van terugbetaalde geneesmiddelen. Wordt hier bedoeld dat terugbetaling kan gebonden worden aan voorwaarden van beschikbaarheid van de producten?

De minister zegt dat het gaat om bedrijven die wensen een product terug te halen uit het terugbetalingsstelsel. Dit gaat niet zomaar en daaraan zijn voorwaarden gekoppeld. De wet bepaalt zowel de minimum als de maximum boeten.

Art. 15

De heer Luc Goutry (CD&V) wil duidelijkheid of het hier effectief gaat om exogene factoren. Zaken die buiten de groeinorm van 2, 5 % vallen. Hoort palliatieve zorg daarbij?

Art. 12

M. Luc Goutry (CD&V) fait remarquer que cet article renvoie à l'article 56 de la même loi. Après un échange de vues avec le ministre, il appert que le texte est correct.

M. Jacques Germeaux (VLD) souhaite connaître la finalité de la modification proposée.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions explique que l'on veut arriver à un système de sanction qui crée une sécurité tarifaire pour les patients tout en étant adéquat. La sanction ne peut pas être trop sévère, mais doit néanmoins exister.

Art. 13

M. Luc Goutry (CD&V) précise encore que l'article à l'examen concerne les amendes et modifie l'article 168, alinéa 3, de la même loi. La référence aux amendes administratives déterminées conformément à l'alinéa 1^{er} disparaît. Pourquoi ?

Le ministre précise qu'elle a été supprimée afin de donner suite à une observation du Conseil d'État selon laquelle les sanctions doivent figurer dans la loi elle-même. La disposition est complétée par deux alinéas par lesquels le minimum et le maximum de la sanction sont mentionnés dans la loi elle-même. Le renvoi à l'alinéa 1^{er} devenait dès lors superflu.

Art. 14

M. Luc Goutry (CD&V) demande ce qu'il y a lieu d'entendre par l'article à l'examen. L'article 168 bis de la même loi concerne la suppression de spécialités et de listes de médicaments remboursés. Cela signifie-t-il que le remboursement peut être assorti de conditions de disponibilité des produits?

Le ministre précise qu'il s'agit d'entreprises qui souhaitent sortir un produit du système de remboursement. Cette procédure est assortie de conditions et ne peut être mise en œuvre sans plus. La loi fixe le montant minimum et le montant maximum des amendes.

Art. 15

M. Luc Goutry (CD&V) demande s'il s'agit effectivement, en l'occurrence, de facteurs exogènes, de dépenses qui dépassent la norme de croissance de 2,5 %. Les soins palliatifs en font-ils partie ?

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen kan daarop niet antwoorden. Hij is er wel van overtuigd dat het sociaal akkoord erin zit. Hij zegt een lijst te zullen bezorgen aan leden van de commissie van de factoren die momenteel als exogene factoren worden beschouwd.

De heer Jef Valkeniers (VLD) merkt op dat in het verleden nogal willekeurig werd omgesprongen met exogene factoren. Het is positief de lijst te krijgen, maar het is wel verontrustend dat dit de lijst van de factoren die momenteel als exogene factoren worden beschouwd. Wil dit zeggen dat deze in de toekomst nog kan worden uitgebreid?

De minister verduidelijkt dat het gaat om deze concrete factoren die vandaag als exogene factoren worden bestempeld. Het concept is in de wet gedefinieerd als uitzonderlijke of bijzondere uitgaven die uitstijgen boven de normale groeinorm van 2,5 %. Dit is in essentie een administratieve, procedurele, vereenvoudiging.

Op een vraag van de *heer Luc Goutry (CD&V)* waarom deze bevoegdheid nu naar de Algemene Raad gaat, antwoordt *de minister* dat dit is om sneller te gaan. De regeringsbank heeft een veto er is geen reden om nog een bijkomende procedure in te lassen.

De heer Luc Goutry dient amendement nr. 10 (DOC 50 1905/002) dat ertoe strekt in art 40, § 1, lid 1 vierde lid, van dezelfde wet de woorden «*en na advies door het verzekeringscomité en van de commissie voor de begrotingscontrole*» in te voegen tussen de woorden «*Raad van het instituut*» en «*jaarlijks*». Hij merkt op dat telkens wanneer een budget moet worden samengesteld dit gebeurt na advies van het verzekeringscomité en van de begrotingscontrole. Het amendement strekt ertoe deze procedure te behouden.

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen is het eens met dit amendement.

Art. 16

Amendement nr. 11 (DOC 50 1905/002) wordt ingediend door de heer Goutry (c.s.).

De heer Luc Goutry (CD&V) vraagt of het in het voorliggende artikel gaat om de opstelling van de lijsten van de verstrekkingen die onder de ligdagprijs ressorteren.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions ne peut répondre à cette question. En revanche, il est convaincu que cette disposition respecte l'accord social. Il déclare qu'il transmettra aux membres de la commission une liste des facteurs considérés pour l'instant comme exogènes.

M. Jef Valkeniers (VLD) fait observer que, par le passé, les facteurs exogènes ont été définis avec un certain arbitraire. Il est positif que la liste de ces facteurs soit communiquée, mais le fait qu'il s'agisse de la liste des facteurs considérés pour l'instant comme exogènes est assez inquiétant. Cela signifie-t-il que cette liste pourrait être étoffée ultérieurement?

Le ministre précise qu'il s'agit des facteurs concrets qui sont aujourd'hui qualifiés d'exogènes. Ce concept est défini dans la loi comme correspondant à des dépenses exceptionnelles ou particulières qui dépassent la norme de croissance de 2,5 %. Il s'agit essentiellement d'une simplification administrative et procédurale.

À la question posée par *M. Luc Goutry (CD&V)* qui désirait savoir pourquoi cette compétence était désormais attribuée au Conseil général, *le ministre* répond que ce choix est motivé par le souci de gagner du temps. Le banc du gouvernement a un droit de veto et il n'y a pas de raison d'instaurer encore une procédure supplémentaire.

M. Luc Goutry présente un amendement (n° 10, DOC 50 1905/002) tendant à insérer, dans l'article 40, § 1^{er}, alinéa 4, de la même loi, les mots «*après avis du Comité de l'assurance et de la Commission de contrôle budgétaire*,» entre les mots «*déterminer chaque année*,» et les mots «*quelles dépenses*». Il fait observer qu'à chaque fois qu'un budget doit être élaboré, cela se fait après avis du Comité de l'assurance et de la Commission de contrôle budgétaire. L'amendement tend à maintenir cette procédure.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions marque son accord sur cet amendement.

Art. 16

M. Goutry présente l'amendement n° 11 (DOC 50 1905/002).

Il demande si l'article à l'examen concerne l'établissement des listes des prestations relevant du prix de la journée d'entretien. Ces listes ont déjà été annoncées,

Die lijsten werden reeds aangekondigd, maar zijn nog niet ter beschikking. Wanneer denkt de minister dat ze zullen kunnen gepubliceerd worden ?

De minister antwoordt dat de bepaling inderdaad betrekking heeft op de overbrenging van bepaalde verstrekkingen van de categorieën honoraria en forfaitaire vergoedingen naar de categorie ligdagprijs. Het artikel maakt het mogelijk om in het geval van budgetoverschrijdingen bepaalde verstrekkingen over te brengen van de ene naar de andere categorie van vergoedingen.

Het opstellen van de aangekondigde lijst heeft vertraging opgelopen. De lijst zal pas tegen november gepubliceerd kunnen worden.

De heer Luc Goutry (CD&V) vraagt of de minister na 1 juli 2002 nog over een wettelijke basis beschikt om de lijst, waar de spreker veel belang aan hecht, op te stellen ? Zal de implementatie van de lijst repercussies hebben voor de maximumfactuur ? Kunnen geneesmiddelen in de lijst terechtkomen ?

De minister antwoordt dat in de basiswet geen ultieme datum werd voorzien. Over een mogelijke invloed van de overbrenging van verstrekkingen op de maximumfactuur wenst hij zich niet uit te spreken. Geneesmiddelen horen niet thuis in de ligdagprijs.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) vraagt naar de implicaties van het artikel op extramurale verstrekkingen. Komen die in het gedrang na overbrenging naar de ligdagprijs, die immers enkel in de context van een instelling kan worden bepaald ? Is over een eventuele overbrenging van medische materialen naar de ligdagprijs overleg gepleegd ?

De minister acht de toepassing van het voorliggende artikel op medische materialen zeer onwaarschijnlijk. De forfaits in de klinische biologie en de chirurgie in het kader van daghospitalisatie lijken daarentegen wel in aanmerking te komen voor overbrenging naar de ligdagprijs.

Artikelen 17, 18 en 19

De heer Luc Goutry (CD&V) vindt dat de ziekenhuizen met een overdaad aan nieuwe onderrichtingen geconfronteerd worden. Zullen zij alle vooropgestelde maatregelen tijdig kunnen implementeren ? Wanneer zal de eerste uitbetaling volgens het nieuwe financieringssysteem (met name in twaalfden) plaatsvinden ?

mais ne sont pas encore disponibles. Quand le ministre pense-t-il pouvoir les publier ?

Le ministre répond que la disposition concerne effectivement le transfert de certaines prestations des catégories honoraires et remboursements forfaitaires à la catégorie prix de la journée d'entretien. Conformément à cet article, certaines prestations pourront être transférées d'une catégorie à l'autre en cas de dépassements budgétaires.

L'établissement de la liste annoncée a été retardé et la liste ne pourra être publiée que d'ici le mois de novembre.

M. Luc Goutry (CD&V) demande si, après le 1^{er} juillet 2002, le ministre dispose toujours d'un fondement légal pour établir la liste à laquelle l'intervenant accorde une grande importance ? La mise en œuvre de la liste aura-t-elle des répercussions sur le maximum à facturer ? La liste peut-elle comporter des médicaments ?

Le ministre répond qu'aucune date limite n'a été prévue dans la loi de base. Il ne souhaite pas s'exprimer sur l'influence éventuelle du transfert de prestations sur la facture maximale. Les médicaments ne sont pas compris dans le prix de la journée d'entretien.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) demande quelles seront les implications de l'article à l'examen sur les prestations *extra muros*. Sont-elles menacées par le transfert dans le prix de la journée d'entretien, qui ne peut en effet être déterminé que dans le contexte d'une institution ? Une concertation a-t-elle eu lieu au sujet d'un éventuel transfert des matériaux médicaux dans le prix de la journée d'entretien ?

Le ministre estime qu'il est très improbable que l'article à l'examen s'applique aux matériaux médicaux. Les forfaits de biologie clinique et de chirurgie, dans le cadre de l'hospitalisation de jour, semblent en revanche entrer en considération pour un transfert dans le prix de la journée d'entretien.

Articles 17, 18 et 19

M. Luc Goutry (CD&V) estime que les hôpitaux reçoivent trop de nouvelles directives. Pourront-ils mettre en œuvre toutes les mesures proposées à temps ? Quand le premier paiement effectué selon le nouveau système de financement (c'est-à-dire en douzièmes) aura-t-il lieu ?

Bestaat de kans dat de nieuwe financieringswijze tot een vermindering van de middelen voor psychiatrische instellingen leidt ?

De minister denkt nog na over de beste datum voor de start van de vernieuwde financiering; hij denkt dat implementering mogelijk is vóór 15 november 2002, de oorspronkelijk vooropgestelde datum.

Het aanvankelijk bestaande probleem in de sector van de geestelijke gezondheidszorg werd opgelost.

Art. 20

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Art. 21

De heer Luc Goutry (CD&V) stelt vast dat de belastingen op de farmaceutische industrie in aanzienlijke mate toenemen. De totale stijging van de heffing zal 1,85 % bedragen. Blijft de *pax farmaceutica* gevrijwaard ? Leidt de vervanging van besparingen door aanvullende heffingen niet tot een vermindering van de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen ?

De minister antwoordt dat de farmaceutische industrie dit de minst slechte van verschillende besparingsmogelijkheden vindt. De ziekenfondsen bestempelen bepaalde stijgingen als exogeen en vinden dat ze daarvoor niet verantwoordelijk kunnen worden gesteld. De belangrijkste responsabilisering voor het budget betreft de verplichte verzekering.

Art. 22

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Art. 23

Mevrouw Maggie De Block (VLD) vreest dat de vergoeding voor de administratieve kosten van de ziekenfondsen, die ten laste van de overheid is, door dit artikel zullen stijgen.

Bestaat het gevaar dat de aanvullende verzekeringen die ziekenfondsen organiseren administratieve kosten veroorzaken die ten laste van de gemeenschap vallen?

De minister ontkent dat het artikel een kostenstijging kan veroorzaken: het gaat slechts om een overname van

Le nouveau mode de financement risque-t-il d'entraîner une diminution des moyens alloués aux établissements psychiatriques ?

Le ministre réfléchit encore à la meilleure date pour le lancement du nouveau mode de financement ; il estime que la mise en œuvre peut se faire pour le 15 novembre 2002, la date qui avait été prévue initialement.

Le problème qui se posait initialement dans le secteur des soins de santé mentale a été résolu.

Art. 20

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

Art. 21

M. Luc Goutry (CD&V) constate que les taxes sur l'industrie pharmaceutique augmentent considérablement. L'augmentation globale de la cotisation représentera 1,85%. La *pax farmaceutica* est-elle préservée ? Le remplacement des économies par des cotisations complémentaires ne risque-t-il pas d'entraîner une diminution de la responsabilité financière des mutualités ?

Le ministre précise que l'industrie pharmaceutique estime qu'il s'agit de la possibilité d'économies la moins mauvaise. Les mutualités qualifient certaines augmentations d'exogènes et estiment qu'elles ne peuvent pas en être tenues pour responsables. La principale responsabilisation en ce qui concerne le budget est l'assurance obligatoire.

Art. 22

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

Art. 23

Mme Maggie De Block (VLD) craint que l'indemnité pour les frais administratifs des mutualités, qui est à charge des pouvoirs publics, augmente du fait de cet article.

Le risque n'existe-t-il pas que les assurances complémentaires qu'organisent les mutualités provoquent des frais administratifs qui seront à charge de la collectivité?

Le ministre dément que l'article puisse entraîner une augmentation des coûts: il ne fait que reprendre des dis-

bepalingen die nu nog in besluiten staan. Dat ziekenfondsen steeds meer bij de conceptie van het beleid betrokken worden, impliceert geenszins dat de vergoedingen voor administratieve kosten zullen stijgen.

De Controledienst ziet nauwgezet toe op een scheiding tussen kosten in de verplichte verzekering en kosten ten gevolge van aanvullende verzekeringen; het aangehaalde risico op vermenging bestaat dus niet of nauwelijks.

De heer Luc Goutry (CD&V) wijst op de afwezigheid van een munteenheid bij de in het artikel vermelde bedragen.

De minister erkent de materiële fout. De bedragen moeten in euro worden uitgedrukt. De commissie beslist eenparig tot een aanpassing van de tekst in die zin.

De heer Luc Goutry (CD&V) vraagt naar de betekenis van de weging van twee derden en één derde, die in het tweede streepje vermeld wordt.

De minister antwoordt dat de helft van de aanvaarde groeinorm (ten belope van 1,25 %) en de helft van het aantal vergoede dagen in de uitkeringsverzekering in rekening worden gebracht voor de bepaling van het bedrag dat in de eerste paragraaf van het ontworpen artikel figureert. Wat de onderlinge verhouding tussen de beide criteria betreft, wordt het bedrag voor twee derde bepaald door de reële groeinorm van de uitgaven voor geneeskundige verzorging en voor één derde door het aantal vergoede dagen in de uitkeringsverzekering.

Hij stelt een verbetering van de Nederlandse tekst voor: in het tweede streepje dient het woord "van" te worden ingevoegd tussen "en" en "het aantal vergoede dagen". De commissie stemt eenparig in met die aanpassing.

Art. 25

De heer Luc Goutry (CD&V) stelt vast dat dit artikel verwijlrenten oplegt aan verzekeringsinstellingen die laattijdig betalingen aan ziekenhuizen uitvoeren. Is deze maatregel nieuw of bestond hij reeds? Is er een belangrijke betalingsachterstand?

De minister bevestigt dat de maatregel nieuw is en past in het kader van de nieuwe ziekenhuisfinanciering (betaling van de bedragen voor de ligdagprijs in twaalfden).

positions qui figurent actuellement dans des arrêtés. Le fait que les mutualités soient de plus en plus associées à la conception de la politique n'implique nullement que l'indemnité pour les frais administratifs augmentera.

L'Office de contrôle veille minutieusement à une scission entre les coûts afférents à l'assurance obligatoire et les coûts afférents aux assurances complémentaires; le risque de confusion évoqué n'existe donc pas ou pratiquement pas.

M. Luc Goutry (CD&V) fait remarquer l'absence d'unité monétaire dans les montants mentionnés dans l'article.

Le ministre reconnaît l'erreur matérielle. Les montants doivent être libellés en euros. La commission décide à l'unanimité d'adapter le texte en ce sens.

M. Luc Goutry (CD&V) demande quelle est la signification de la pondération de deux tiers et un tiers, mentionnée au deuxième tiret.

Le ministre répond que la moitié de la norme de croissance admise (à concurrence de 1,25%) et la moitié du nombre de journées indemnisées dans le secteur de l'assurance indemnités sont prises en considération pour déterminer le montant qui figure au § 1^{er} de l'article en projet. Pour ce qui est de la pondération des deux critères, la norme de croissance réelle des dépenses de soins de santé intervient pour deux tiers dans le montant et le nombre de journées indemnisées dans le secteur de l'assurance indemnités, pour un tiers.

Il propose d'apporter une correction d'ordre linguistique dans le texte néerlandais : au deuxième tiret, il y a lieu d'insérer le mot «*van*» entre le mot «*en*» et les mots «*het aantal vergoede dagen*». La commission marque à l'unanimité son accord sur cette correction.

Art. 25

M. Luc Goutry (CD&V) constate que conformément à cet article, des intérêts de retard peuvent être imposés aux organismes assureurs qui ne paient pas les hôpitaux dans les délais. S'agit-il d'une nouvelle mesure ou cette mesure existait-elle déjà? Existe-t-il un arriéré de paiement important?

Le ministre confirme que la mesure est nouvelle et qu'elle s'inscrit dans le cadre du nouveau financement des hôpitaux (paiement des montants du prix de la journée d'entretien en douzièmes).

Art. 26

De heer Luc Goutry (CD&V) hecht veel belang aan een degelijke financiering van de verzorgingsinstellingen voor bejaarden. Het artikel voert een legale basis in om voor de verschillende types van instellingen op termijn een enveloppesysteem te introduceren. Werd daarover overleg gepleegd met de sector ? Zullen de toegekende middelen volstaan om de reële zorglast te kunnen dragen of is het daarentegen de intentie van de minister om de uitgaven te beperken via het instrument van de enveloppefinanciering ? Het is belangrijk dat de minister zijn intentie op dit punt verduidelijkt.

Amendement nr. 12 (DOC 50 1905/002) van de heer Goutry c.s. strekt ertoe dat de middelen voor een verzorgingsinstelling voor bejaarden toegekend worden op basis van de reële behoeften van de instelling. Een verantwoorde enveloppefinanciering impliceert immers een belangrijke middelenverhoging; de toegekende enveloppes mogen geenszins gesloten zijn.

De heer Jacques Germeaux (VLD) vindt dat de Koning een te ruime bevoegdheid krijgt inzake beslissingen over de financiering van Rustoorden voor Bejaarden (ROB's) en Rust- en Verzorgingstehuizen (RVT's).

De minister stelt dat de voorliggende wettelijke bepaling noodzakelijk is: sommige elementen van de financiering moeten door de wet geregeld worden. Hij wacht op een advies van de commissie artsen-ziekenfondsen. Hij merkt op dat de sector van de verzorgingsinstellingen voor bejaarden positief tegen de hervorming aankijkt.

De wettelijke bepaling is niet vaag: het gaat om een conceptueel kader dat even precies is als het kader voor de ziekenhuisfinanciering, dat weliswaar veel ingewikkelder is en daardoor in de wet uitgebreider beschreven wordt. Hij verklaart zich bereid tot het voeren van een debat met het Parlement over de nieuwe financiering van de rustoorden.

Voor de sector zal geen autonoom macrobudget vastgelegd worden. Het totale budget zal vastgesteld worden op basis van de optelsom van de deelbudgetten per instelling, op basis van vaste criteria en op basis van de "case mix" van verstrekkingen die zal vastgelegd worden.

De minister vraagt de verwerping van amendement nr. 12 omdat het onvoldoende concreet is.

Een werkgroep denkt momenteel na over een manier om op precieze wijze te meten welke zorg een bepaald type van patiënt behoeft. Het gaat om een project op lange termijn, dat na uitvoering van wetenschappelijk onderzoek en na overleg tot een efficiënt meetinstrument

Art. 26

M. Luc Goutry (CD&V) attache beaucoup d'importance à un financement correct des institutions de soins pour personnes âgées. L'article introduit une base légale permettant à terme d'introduire un système d'enveloppe pour les différents types d'institution. Une concertation a-t-elle eu lieu à ce sujet avec le secteur ? Les moyens accordés à cet effet suffiront-ils pour couvrir la charge des soins réelle ou le ministre envisage-t-il, au contraire, de réduire les dépenses par le biais du financement par enveloppe ? Il est important que le ministre précise ses intentions à ce sujet.

L'amendement n° 12 (DOC 50 1905/002) de M. Goutry et consorts tend à faire en sorte que les moyens destinés aux institutions de soins pour personnes âgées soient alloués en fonction des besoins réels de l'institution. Un financement correct sur base d'enveloppes implique en effet une augmentation substantielle des moyens ; les enveloppes allouées ne peuvent en aucun cas être fermées.

M. Jacques Germeaux (VLD) estime que l'on accorde au Roi un pouvoir de décision trop étendu en matière de financement des maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) et des maisons de repos et de soins (MRS).

Le ministre estime que la disposition à l'examen est nécessaire : certains aspects du financement doivent être réglés par la loi. Il attend un avis de la commission médico-mutualiste. Il fait observer que le secteur des institutions de soins pour personnes âgées est acquis à la réforme.

La disposition de la loi n'est pas vague. Il s'agit d'un cadre conceptuel qui est aussi précis que celui du financement des hôpitaux qui est, il est vrai, beaucoup plus complexe et qui est dès lors décrit de manière plus circonstanciée dans la loi. Il se dit prêt à engager le débat avec le parlement concernant le nouveau mode de financement des maisons de repos.

On ne prévoira pas de macrobudget autonome pour le secteur. Le budget total sera fixé sur la base de la somme des budgets de chaque institution, sur la base de critères déterminés et sur la base d'un «case mix» de prestations qui sera fixé.

Le ministre demande le rejet de l'amendement n° 12 parce qu'il n'est pas suffisamment concret.

Un groupe de travail recherche actuellement une méthode qui permettrait de déterminer précisément les soins dont un certain type de patients a besoin. Il s'agit d'un projet à long terme qui, après qu'il aura été procédé à des études scientifiques et après concertation,

moet leiden. De voorliggende wijziging van de financiering daarentegen formuleert een antwoord op de huidige noden van de sector. Zo wordt in 3° de als onrechtvaardig gepercipieerde P- en R-financiering verzacht of afgeschaft. De P-financiering, die aanleiding kan geven tot belangrijke inleveringen in het derde en vierde kwartaal van een jaar, zal pas volledig worden afgeschaft als de commissie artsen-ziekenfondsen een akkoord bereikt over de nieuwe financiering, bij voorkeur tegen 1 april 2003.

Op het niveau van de normen wordt meer flexibiliteit mogelijk, bijvoorbeeld om een instelling de mogelijkheid te geven om zich een eigen profiel aan te meten en om een door de lokale situatie ingegeven personeelsbeleid te voeren.

Mevrouw Magda De Meyer (S.P.A.) is het ermee eens dat er in het najaar een parlementair debat over de nieuwe financiering van de verzorgingsinstellingen voor bejaarden zou moeten plaatsvinden.

De heer Luc Goutry (CD&V) betreurt dat de minister een gesloten enveloppefinanciering op het niveau van de instelling niet uitsluit.

Artikelen 27, 28 en 29

De heer Luc Goutry (CD&V) vraagt waarom de drie bepalingen niet in één artikel worden opgenomen.

De minister verwijst naar de stelling van de Raad van State dat de wijziging van verschillende wetten het best in verschillende artikelen wordt doorgevoerd.

Artikelen 30, 32 en 33

De heer Jacques Germeaux (VLD) vreest dat de voorliggende bepalingen ertoe zullen leiden dat de terugbetaling van een diabetesvoet gebruikt zal worden om terugbetaling te verkrijgen van allerlei types van behandelingen, die in de eigenlijke zin niet onder de behandeling van een diabetesvoet ressorteren. Dit belet overigens niet dat hij het belang van een goede behandeling met een diabetesvoet erkent.

De heer Jef Valkeniers (VLD) denkt dat de diabetesvoet een betrekkelijk marginaal fenomeen is en vreest daarom misbruik van de bepalingen.

De minister stelt dat de artikelen passen in de introductie van een "diabetespas" voor diabetespatiënten,

devrait aboutir à la mise au point d'un instrument de mesure efficace. En revanche, la modification proposée du financement offre une réponse aux besoins actuels du secteur. Ainsi, au 3°, les financements P et R, perçus comme injustes, sont réduits ou supprimés. Le financement P, qui peut donner lieu à la fourniture d'importantes contributions au cours du troisième et du quatrième trimestre d'une année, ne sera totalement supprimé que si la commission médico-mutualiste parvient à un accord en ce qui concerne le nouveau financement, de préférence pour le 1^{er} avril 2003.

Au niveau des normes, il y aura une plus grande flexibilité, par exemple pour permettre à une institution de se créer un profil propre et de mener, en matière de personnel, une politique adaptée à la situation locale.

Mme Magda De Meyer (S.P.A.) estime également qu'il est nécessaire d'organiser à l'automne un débat parlementaire sur le nouveau financement des institutions de soins pour personnes âgées.

M. Luc Goutry (CD&V) déplore que le ministre n'exclue pas un financement fermé par enveloppes au niveau de l'institution.

Articles 27, 28 et 29

M. Luc Goutry (CD&V) demande pourquoi les trois dispositions ne sont pas regroupées en un seul article.

Le ministre renvoie à la thèse du Conseil d'État selon laquelle il est préférable que la modification de différentes lois fasse l'objet d'articles différents.

Articles 30, 32 et 33

M. Jacques Germeaux (VLD) craint que les dispositions à l'examen aient pour effet que le remboursement du pied diabétique sera utilisé pour obtenir le remboursement de différents types de traitements, qui ne relèvent en fait pas du traitement d'un pied diabétique. Cela n'empêche d'ailleurs pas qu'il reconnaisse l'importance d'un bon traitement d'un pied diabétique.

M. Jef Valkeniers (VLD) estime que le pied diabétique constitue un phénomène assez marginal et craint dès lors qu'il sera fait un usage abusif des dispositions.

Le ministre précise que les articles s'inscrivent dans le cadre de l'introduction d'un passeport pour diabéti-

waarmee patiënten die aan bepaalde criteria voldoen binnen strikte grenzen terugbetaling kunnen verkrijgen van een consult bij een podoloog of een diëtist.

Het gaat wel degelijk om een belangrijk probleem: elk jaar worden 1200 tot 1600 voeten geamputeerd omwille van diabetes; in de helft van de gevallen had men door goede preventie en behandeling van de diabetesvoet de amputatie kunnen vermijden.

Art. 33bis (nieuw)

Mevrouw Magda De Meyer (SP.A) c.s. dient amendement nr. 4 in (DOC 50 1905/002), dat ertoe strekt een artikel 33bis in het ontwerp in te voegen. Het amendement verleent een wettelijke basis voor de terugbetaling van dieetvoeding voor medisch gebruik en voor diagnostische en verzorgende middelen.

Art. 33ter (nieuw)

Mevrouw Magda De Meyer (SP.A) c.s. dient amendement nr. 3 in (DOC 50 1905/002) tot invoeging van een artikel 33ter. Het amendement heeft dezelfde doelstelling als amendement nr. 4.

Art. 34

De heer Luc Goutry (CD&V) stelt vast dat het in het artikel gaat om de KATZ-schaal, die een evaluatie-instrument is. De spreker vraagt naar de precieze inhoud van de vermelding "op significante wijze". De spreker herinnert aan een in de begroting vooropgestelde besparing van 3,84 miljoen euro door middel van correctere inschalingen. Hoe is dat dossier ondertussen geëvolueerd? Is de besparingsmaatregel in uitvoering? Omdat het bedrag relatief laag is en vermits de P- en R-financiering nog van kracht is, pleit de spreker voor een niet al te restrictieve implementering van de maatregel.

De minister antwoordt dat de maatregel nog niet in uitvoering is. In de Overeenkomstencommissie artsenziekenfondsen werd wel reeds een akkoord gesloten over de inschalingen, meer bepaald over de steekproeven en over de omschrijving van wat een significant verkeerde toepassing van een schaal is. Er werd besloten dat de wettelijke basis onvoldoende solide was: aanpassingen zijn nodig om de instellingen, die voordeel halen uit een verkeerde inschaling, in de maatregel te betrekken en om de controles te organiseren.

ques, qui permettra aux patients qui satisfont à certains critères d'obtenir, dans des limites strictes, le remboursement d'une consultation chez un podologue ou un diététicien.

Il s'agit bel et bien d'un problème important : chaque année, il faut procéder à l'amputation de 1 200 à 1 600 pieds par suite du diabète. Dans la moitié des cas, on aurait pu éviter l'amputation par une prévention efficace et un traitement du pied.

Art. 33bis (nouveau)

Mme Magda De Meyer (SP.A) et consorts présente l'amendement n° 4 (DOC 50 1905/002), qui tend à insérer un article 33bis dans le projet. Cet amendement confère une base légale au remboursement de l'alimentation diététique à usage médical et de moyens diagnostiques et curatifs.

Art. 33ter (nouveau)

Mme Magda De Meyer (SP.A) et consorts présente l'amendement n° 3 (DOC 50 1905/002) qui tend à insérer un article 33ter. Cet amendement poursuit le même objectif que l'amendement n° 4.

Art. 34

M. Luc Goutry (CD&V) constate qu'il est question, dans cet article, de l'échelle de KATZ, qui est un instrument d'évaluation. L'intervenant demande quelle est la portée exacte des mots «de façon significative». L'intervenant rappelle une économie, prévue dans le budget, de 3,84 millions d'euros, obtenue au moyen d'un classement plus correct. Qu'est devenu ce dossier depuis lors? La mesure d'économie précitée est-elle en phase d'exécution? Dès lors que ce montant est relativement peu important et que les financements P et R sont toujours en vigueur, l'intervenant se dit favorable à une application de la mesure qui ne serait pas trop restrictive.

Le ministre répond que la mesure précitée n'a pas encore été exécutée. Un accord a déjà été conclu au sein de la commission médico-mutualiste au sujet des classements, plus précisément au sujet des échantillons et de la définition d'une application significativement erronée d'une échelle. Il a été conclu que la base légale n'était pas assez solide : des modifications sont nécessaires pour inclure dans la mesure les institutions qui profitent d'un mauvais classement, et pour organiser des contrôles.

Art. 34bis (nieuw)

Amendement nr. 39 (DOC 50 1905/003), ingediend door de heer Mayeur (c.s.), strekt tot de invoeging in het ontwerp van een artikel 34bis.

Art. 35

De heer Luc Goutry (CD&V) vraagt of dit artikel het mogelijk maakt om de indexering van verstrekkingen door zorgverstrekkers te beperken. Wat is de betekenis van de vermelding dat met de door de Koning vastgelegde toepassingsregels geen rekening moet worden gehouden? Waarom werd de verwoording van het voorontwerp van wet aangepast? Heeft de commissie artsen-ziekenfondsen advies uitgebracht over de voorliggende hervorming?

De minister antwoordt dat hij de voorkeur geeft aan correcties, niet door een verlaging van tarieven, maar door het beperken van indexeringen; die laatste methode wordt door de betrokkenen als minder negatief gepercipieerd. Het gaat overigens in de voorliggende bepalingen niet om recuperaties, die een automatisch correctiemechanisme zijn.

Het in het artikel aangehaalde artikel 207bis legt de regels voor de indexering van medische verstrekkingen vast. Het gaat in die regels met name over de wijze van berekening en over het tijdstip van indexering. Daarnaast bevat artikel 207bis ook allerlei toepassingsregels, die niet moeten gevolgd worden indien een correctie op de indexering doorgevoerd wordt. In concreto zal de Algemene Raad binnen het RIZIV enkel het percentage van de indexering kunnen beperken.

De verwoording van het voorontwerp werd niet gehandhaafd vanwege de suggestie voor een legistiek betere tekst in het advies van de Raad van State.

De commissie artsen-ziekenfondsen heeft geen advies uitgebracht over de bepaling. Dat is niet nodig omdat het om een algemene bepaling in de wet gaat. Omdat tariefovereenkomsten tussen zorgverstrekkers en ziekenfondsen nu reeds vaak bepalen dat een indexering slechts plaatsvindt als de begroting toereikend is, verwacht hij niet dat er veel verzet tegen de bepaling zal rijzen.

Voorzitster Yolande Avondroodt (VLD) hoopt dat de bepaling weinig of niet zal toegepast worden.

Art. 34bis (nouveau)

M. Mayeur et consorts présentent un amendement (n° 39, DOC 50 1905/003) tendant à insérer un article 34bis dans le projet de loi.

Art. 35

M. Luc Goutry (CD&V) demande si cet article permet de limiter l'indexation des prestations effectuées par les dispensateurs de soins. Que signifie le membre de phrase indiquant qu'il ne faut pas tenir compte des modalités fixées par le Roi en exécution de cet article? Pourquoi la formulation de l'avant-projet de loi a-t-elle été adaptée? La commission médico-mutualiste a-t-elle formulé un avis sur la réforme à l'examen?

Le ministre répond qu'il préfère apporter des corrections, non en diminuant les tarifs, mais en limitant les indexations. Cette dernière méthode est perçue moins négativement par les intéressés. Il ne s'agit d'ailleurs pas, dans les dispositions à l'examen, de récupérations, qui constituent un mécanisme correcteur automatique.

L'article 207bis visé dans l'article à l'examen fixe les modalités d'indexation des prestations médicales. Ces modalités déterminent notamment le mode de calcul et le moment de l'indexation. En outre, l'article 207bis contient une série de modalités d'application, qui ne doivent pas être appliquées en cas de correction de l'indexation. Concrètement, le Conseil général de l'assurance soins de santé ne pourra limiter que le pourcentage d'indexation.

La formulation de l'avant-projet n'a pas été maintenue, dans la mesure où le Conseil d'État a suggéré, dans son avis, un texte plus correct d'un point de vue légistique.

La Commission médico-mutualiste n'a pas émis d'avis sur la disposition. Ce n'est pas nécessaire, étant donné qu'il s'agit d'une disposition générale de la loi. Comme les conventions tarifaires entre prestataires de soins prévoient dès à présent souvent qu'une indexation n'interviendra que si le budget est suffisant, il ne prévoit pas que la disposition suscitera beaucoup d'opposition.

Yolande Avondroodt (VLD), présidente, espère que la disposition ne sera que peu, voire pas du tout appliquée.

Art. 36

De heer Luc Goutry (CD&V) stemt in met de inschakeling van medische adviseurs.

Is over de bepaling overleg gepleegd binnen het Nationaal Intermutualistisch College ? Zal in het vermelde nationaal college een geneesheer-inspecteur namens het RIZIV zitting hebben ? Zullen de lokale colleges bijstand krijgen van het nationaal college ? Wat zal de concrete opdracht van de colleges zijn ?

De minister antwoordt dat het RIZIV controle zal uitoefenen op wat er beslist zal worden in de colleges, maar er zelf geen vertegenwoordiger in zal hebben. Het is de uitdrukkelijke optie om lokale intermutualistische colleges op te richten, die overkoepeld worden door een nationaal college en die controle moeten uitoefenen op de hantering van de evaluatieschalen (de KATZ-schalen, zowel voor de instellingen als voor de thuissector). Het nationaal college bestaat reeds; de voorliggende bepaling heeft vooral als doelstelling dat de controles gedecentraliseerd worden.

Art. 37

De heer Luc Goutry (CD&V) stelt vast dat deze bepaling niet was opgenomen in de niet-officiële eerste versie van het ontwerp die de minister aan de leden van de commissie bezorgd heeft. Is het artikel in extremis aan het ontwerp toegevoegd ? Heeft de Raad van State over het artikel advies uitgebracht ?

De minister van Sociale Zaken antwoordt dat artikel 37 in het wetsontwerp juist als gevolg van een opmerking van de Raad van State over artikel 44 van het voorontwerp (artikel 45 wetsontwerp) werd opgenomen.

In titel III, hoofdstuk 1, van het wetsontwerp - Wijzigingen van de wet op de ziekenhuizen - wordt bepaald dat de adviserend geneesheren een reeks bijkomende opdrachten kunnen vervullen, in het bijzonder voor wat betreft de controle op de registratie van de gegevens. In artikel 47 van het voorliggend wetsontwerp tot wijziging van artikel 115 van de wet op de ziekenhuizen wordt bepaald dat onregelmatigheden bij het uitoefenen van deze bijkomende activiteit door de FOD Volksgezondheid moeten worden medegedeeld aan het RIZIV opdat het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV sanctionerend zou kunnen optreden.

Art. 36

M. Luc Goutry (CD&V) marque son accord sur à l'intervention de médecins-conseils.

La disposition a-t-elle fait l'objet d'une concertation au sein du Collège national intermutualiste ? Un médecin-inspecteur siègera-t-il au conseil national mentionné au nom de l'INAMI ? Les collèges locaux bénéficieront-ils d'une aide du collège national ? Quelle sera la mission concrète des collèges ?

Le ministre répond que l'INAMI exercera un contrôle sur les décisions prises par les collèges, mais qu'il n'aura pas lui-même de représentants au sein de ceux-ci. Il a expressément été opté pour la création de collèges intermutualistes locaux, qui sont chapeautés par un collège national et qui doivent exercer un contrôle sur l'application des échelles d'évaluation (les échelles de KATZ, tant pour les établissements que pour le secteur des soins à domicile). Le collège national existe déjà; la disposition à l'examen a surtout pour objet de décentraliser les contrôles.

Art. 37

M. Luc Goutry (CD&V) constate que cette disposition ne figurait pas dans la première version non officielle du projet, que le ministre a fournie aux membres de la commission. L'article a-t-il été ajouté *in extremis* au projet ? Le Conseil d'État a-t-il émis un avis sur l'article ?

Le ministre des Affaires sociales répond que l'article 37 n'a été repris dans le projet de loi qu'à la suite d'une observation du Conseil d'État sur l'article 44 de l'avant-projet de loi (article 45 du projet de loi).

Le chapitre 1^{er} du titre III du projet de loi – Modifications de la loi sur les hôpitaux – prévoit que les médecins-conseils peuvent remplir une série de tâches supplémentaires, plus spécialement en ce qui concerne le contrôle de l'enregistrement des informations. L'article 47 du projet de loi à l'examen, modifiant l'article 115 de la loi sur les hôpitaux, dispose que toute irrégularité commise dans l'exercice de ces activités supplémentaires doit être signalée par le SPF Santé publique à l'INAMI, afin que le Comité du service de l'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI puisse sanctionner le médecin-conseil qui s'est rendu coupable de cette irrégularité.

De Raad van State heeft opgemerkt dat deze sanctioneringsmogelijkheid expliciet in de wet moet worden bepaald. Zoals blijkt uit de tekst van het advies, was de gemachtigde ambtenaar het hiermee eens

Art. 38

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Art. 39

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Art. 39bis

Amendement nr. 37 (DOC 50 1905/003) van mevrouw Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) c.s. strekt ertoe een artikel 39bis in te voegen in het wetsontwerp. Hierin wordt bepaald dat systematisch verslag zou worden uitgebracht over de problematiek van de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg voor de minst bedeelden.

Mevrouw Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) vestigt de aandacht erop dat het bijzonder nuttig zal zijn te beschikken over een instrument voor het nagaan van de gevolgen van de genomen maatregelen op de situatie van de minst bedeelden.

Art. 40

De heer Luc Goutry (CD&V) merkt op dat de verbeteringen die waren aangebracht voor het gelijkschakelen van universitaire ziekenhuizen met andere ziekenhuizen, worden teruggeschroefd. Het is een bijzonder ongelukkige werkwijze. De betreffende bepalingen uit de wet van 14 januari 2002 zullen pas van kracht worden op een door de Koning vast te stellen datum.

Art. 41

De heer Luc Goutry (CD&V) stelt vast dat de Nationale Raad zijn bevoegdheden moet afstaan aan de Multipartite-structuur.

De minister van Volksgezondheid merkt op er voldoende beschermingsmaatregelen werden genomen. Er zal nooit beslist kunnen worden tegen de meerderheid van de ziekenhuizen. Er moet steeds een meerderheid zijn in elk van de drie componenten.

La Conseil d'État a fait observer que cette possibilité de sanction devait être prévue explicitement dans la loi. Comme l'indique le texte de l'avis, le fonctionnaire délégué a marqué son accord sur ce point.

Art. 38

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

Art. 39

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

Art. 39bis

L'amendement n° 37 (DOC 50 1905/003) de Mme Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) et consorts tend à insérer un article 39bis dans le projet de loi, qui prévoit qu'il serait systématiquement fait rapport au sujet de la problématique de l'accessibilité des soins de santé pour les plus démunis.

Mme Michèle Gilkinet (Agalev-Ecolo) souligne qu'il sera particulièrement utile de disposer d'un instrument permettant de contrôler les répercussions des mesures prises sur la situation des plus démunis.

Art. 40

M. Luc Goutry (CD&V) fait observer que les améliorations qui avaient été apportées en vue de l'alignement des hôpitaux universitaires et des autres hôpitaux sont réduites à néant. Cette procédure est particulièrement malencontreuse. Les dispositions concernées de la loi du 14 janvier 2002 n'entreront en vigueur qu'à une date à fixer par le Roi.

Art. 41

M. Luc Goutry (CD&V) constate que le Conseil national doit céder ses compétences à la structure multipartite?

La ministre de la Santé publique fait observer qu'un nombre suffisant de mesures de protection ont été prises. Aucune décision ne pourra jamais être prise contre la majorité des hôpitaux. Il faudra toujours qu'il y ait une majorité au sein de chacune des trois composantes.

Art. 42

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Art. 43

De heer Luc Goutry (CD&V) vraagt waarom in § 1 van het ontworpen artikel 86ter een vorm van het werkwoord «kunnen» wordt gehanteerd. Ware het niet beter gewoonweg te stellen dat er een commissie moet worden opgericht of wordt opgericht ? Vanwaar die voorzichtige formulering ?

Kunnen de bevoegdheden van de Commissie duidelijker worden afgebakend ? Ook de Raad van State heeft hier een opmerking over geformuleerd. Zal de Commissie zich beperken tot een controle op de juistheid van de gegevens of zal ze de verzamelde gegevens ook evalueren ?

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen antwoordt dat er uit legistische overwegingen werd gekozen voor de formulering «kan ... worden opgericht» om te voorkomen dat de huidige dat de huidige wetgeving zou worden geblokkeerd indien de oprichting van de Commissie vertraging zou oplopen. Had men de formulering «wordt... opgericht» gehanteerd, dan was dit risico wel aanwezig.

De minister benadrukt dat het wel degelijk de bedoeling is de Commissie voor de controle van de registratie der gegevens die verband houden met de medische activiteit in het ziekenhuis en voor de evaluatie van het verantwoord opnamebeleid, op te richten.

Hij voegt hieraan toe dat de evaluatie gebeurt door de administratie. De Commissie heeft als taak de controle te operationaliseren, waarbij de Commissie zich onder andere zal toespitsen op de controle van de validiteit van minimale klinische gegevens. De belangrijkste taken van de Commissie liggen dus op het vlak van de methodologie en de validering.

Art. 44

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Art. 45

De heer Luc Goutry (CD&V) vraagt wat precies wordt bedoeld wanneer wordt vastgesteld dat de registratie niet overeenstemt met de werkelijkheid of niet volledig is (§ 3 van het ontworpen artikel 107). Welke criteria worden hier gehanteerd ? In het licht van eventuele toekomstige ontwikkelingen ?

Art. 42

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

Art. 43

M. Luc Goutry (CD&V) demande pourquoi, au § 1^{er} de l'article 86ter proposé, on a utilisé une forme du verbe «pouvoir». N'aurait-il pas été plus simple d'écrire qu'une commission doit être ou est créée ? Pourquoi cette formulation prudente ?

Pourrait-on préciser davantage les compétences de cette commission ? Le Conseil d'État a également formulé une observation à cet égard. La commission se limitera-t-elle à contrôler l'exactitude des données ou procédera-t-elle également à l'évaluation de celles-ci ?

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions répond que c'est pour des considérations d'ordre légistique qu'il a été opté pour la formulation «peut être créée», et ce, afin d'éviter que la législation actuelle soit bloqué si la création de cette commission prend du retard. Ce risque aurait été réel si l'on avait opté pour la formulation «est créée».

Le ministre souligne que l'objectif est bel et bien de créer une commission pour le contrôle de l'enregistrement des données relatives à l'activité médicale à l'hôpital et pour l'évaluation d'une politique justifiée en matière d'admissions.

Il ajoute que l'évaluation sera faite par l'administration. La commission aura pour mission d'opérationnaliser le contrôle en se focalisant, entre autres, sur le contrôle de la validité des données cliniques minimales. Les missions essentielles de la commission se situent donc au niveau de la méthodologie et de la validation.

Art. 44

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

Art. 45

M. Luc Goutry (CD&V) demande ce qu'il y a précisément lieu d'entendre par «S'il est constaté que l'enregistrement ne correspond pas à la réalité ou n'est pas complet (§ 3 de l'article 107 en projet). Quels critères sont retenus en l'occurrence ? Compte tenu des con-

stige betwistingen is het nuttig dat hierover duidelijkheid wordt gecreëerd.

In verband met de verweerprocedure suggereert de heer Luc Goutry of het niet beter zou zijn expliciet te vermelden de kennisgeving per aangetekend schrijven moet plaatsvinden ?

Mevrouw Maggie De Block (VLD) sluit zich aan bij de opmerking van de vorige spreker. Wordt er trouwens voorzien in beroepsprocedures ?

Wat betreft de vraag om de formulering «niet overeenstemmen met de werkelijkheid » en «niet volledig zijn van gegevens» te verduidelijken, merkt de minister van Sociale Zaken en Pensioenen op dat dit twee mogelijkheden zijn van een slechte registratie. Meer valt daar eigenlijk niet over te zeggen.

De minister wijst er verder op dat § 4 van het ontworpen artikel 107 de basisprincipes van de beroepsprocedure regelt. Vooraleer er sanctionerend wordt opgetreden, krijgt het betrokken ziekenhuis de kans om te worden gehoord. In § 3 wordt ook nog bepaald dat de Koning de voorwaarden van de nieuwe regeling kan vastleggen. De basis van het verweerprincipe ligt in § 4.

Er wordt gewerkt met een schriftelijke procedure. Ervaring met procedures uit de ziekteverzekering leert dat wanneer niet uiterst precies wordt vastgelegd binnen welke termijn men op welke manier kan reageren, er bijna nooit sancties kunnen worden opgelegd. Om proceduriële carrousels te vermijden, werd gekozen voor een duidelijke en sobere verweerprocedure.

In artikel 47 van het wetsontwerp wordt bovendien voorzien in een eerste fase, waarin eveneens een verweermogelijkheid is vastgelegd.

De minister wijst erop dat een ziekenhuis over een termijn van 4 weken beschikt om te reageren vanaf het ogenblik dat het werd verwittigd dat er afwijkingen in de registratie van de minimaal klinische gegevens (MKG) werden vastgesteld. Het ziekenhuis moet zijn opmerkingen omtrent deze vaststellingen opsturen naar de directeur-generaal van het Bestuur van de Gezondheidszorgen. Is de directeur-generaal vervolgens van oordeel dat de financiering moet worden aangepast, dan wordt deze beslissing schriftelijk betekend aan het ziekenhuis, dat dan opnieuw vier weken tijd heeft om te reageren. Wanneer de sanctie daadwerkelijk wordt toegepast, kan het ziekenhuis als laatste verweermogelijkheid beroep aantekenen bij de Raad van State. In de verschillende stappen van de procedure is er dus steeds voorzien in een verweermogelijkheid.

testations qui pourraient surgir à l'avenir, il est utile que la clarté soit faite à ce sujet.

En ce qui concerne la procédure de défense, M. Luc Goutry demande s'il ne serait pas préférable de mentionner explicitement que la notification doit se faire par lettre recommandée .

Mme Maggie De Block (VLD) se rallie à l'observation formulée par l'intervenant précédent. Des procédures d'appel sont-elle d'ailleurs prévues ?

En ce qui concerne la demande de clarifier l'expression «s'il est constaté que l'enregistrement ne correspond pas à la réalité ou n'est pas complet», le ministre des Affaires sociales et des Pensions précise qu'il s'agit des deux possibilités de mauvais enregistrement. Cette disposition ne requiert pas plus d'explications.

Le ministre souligne par ailleurs que le § 4 de l'article 107 en projet énonce les principes de base de la procédure d'appel. Avant de se voir infliger une amende, l'hôpital concerné a la possibilité d'être entendu. Le § 3 prévoit par ailleurs que le Roi peut déterminer les modalités de la nouvelle réglementation. La base du principe de défense se situe au § 4.

On travaille avec une procédure écrite. L'expérience des procédures de l'assurance-maladie apprend que lorsqu'il n'est pas fixé avec une extrême précision dans quel délai et de quelle manière on peut réagir, il est pratiquement impossible d'infliger des sanctions. Pour éviter les carrousels de procédure, il a été opté pour une procédure de défense claire et sobre.

L'article 47 du projet de loi prévoit en outre une première phase, dans laquelle est fixée une autre possibilité de défense.

Le ministre souligne qu'un hôpital dispose d'un délai de quatre semaines pour réagir, à partir du moment où il a été averti que des divergences ont été constatées dans l'enregistrement des données cliniques minimales (DCM). L'hôpital doit envoyer ses observations concernant ces constatations au directeur général de l'Administration des soins de santé. Si ce dernier estime ensuite que le financement doit être adapté, cette décision est signifiée par écrit à l'hôpital, qui dispose de nouveau de quatre semaines pour réagir. Lorsque la sanction est effectivement appliquée, l'hôpital peut, comme dernier moyen de défense, introduire un recours auprès du Conseil d'État. Une possibilité de défense est donc toujours prévue dans les différentes phases de la procédure.

De heer Jef Valkeniers (VLD) vraagt of er op dit ogenblik misbruiken worden vastgesteld bij de registratie. Is het noodzakelijk dat er een specifiek artikel wordt ingelast met betrekking tot de fraudebestrijding bij de registratie van de gegevens? Zullen er voldoende duidelijke richtlijnen worden gegeven?

In het verleden kregen de geneesheren in sommige ziekenhuizen de stille wenk om bij het vaststellen van de hoofd- en bijdiagnose, de bijdiagnose zo veel mogelijk aan te dikken. Is het deze praktijk dat de minister wenst te bestrijden?

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen merkt op dat in het verleden de registratie minder zware gevolgen had voor de financiering van het ziekenhuis. De registratie had wel gevolgen op de PAL-NAL (Positief aantal ligdagen – Negatief aantal ligdagen)-correctie op de verblijfsduur. In het nieuwe financieringssysteem heeft de registratie directe implicaties voor de financiering, met als gevolg dat de verleiding om de registratie te optimaliseren in het voordeel van het ziekenhuis ook groter wordt.

Voorzitster Yolande Avontroodt (VLD) wenst een verduidelijking bij de onverenigbaarheden die gelden voor de adviserend geneesheren. Is het al dan niet mogelijk dat een adviserend geneesheer die afhangt van een bepaald ziekenfonds, controletaken uitoefent in een ziekenhuis dat beheerd wordt door dit ziekenfonds?

Net zoals dit nu reeds het geval is bij de Geneeskundige raad voor de Invaliditeit (GRI), moet het uitgesloten zijn dat een adviserend geneesheer gegevens van een patiënt controleert die behoort tot hetzelfde ziekenfonds als de adviserend geneesheer. Om de controle ernstig te laten verlopen, zouden ziekenhuizen van een bepaald ziekenfonds toch niet gecontroleerd mogen worden door adviserend geneesheren die behoren tot hetzelfde ziekenfonds.

De minister antwoordt dat het uitgesloten is dat een adviserend geneesheer controle uitvoert in een ziekenhuis waar hij of zij ook zitting heeft in de raad van bestuur. Bovendien treden de adviserend geneesheren steeds in een intermutualistisch samengesteld team op. Er zal dus nooit een interventie plaatsvinden door adviserend geneesheren die slechts één ziekenfonds vertegenwoordigen.

Een toepassing van dezelfde overeenigbaarheden als bij de GRI, zoals gesuggereerd door mevrouw Avontroodt, is volgens de minister niet essentieel, aangezien het hier in de eerste plaats gaat om een controle

M. Jef Valkeniers (VLD) demande si, à l'heure actuelle, des abus sont constatés dans l'enregistrement. Est-il nécessaire d'insérer un article spécifique concernant la lutte contre la fraude dans l'enregistrement des données? Donnera-t-on suffisamment de directives claires?

Par le passé, les médecins de certains hôpitaux ont reçu discrètement le mot d'ordre, lors de l'établissement du diagnostic principal et du diagnostic complémentaire, de grossir autant que possible le diagnostic complémentaire. Est-ce cette pratique que le ministre souhaite combattre?

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions fait observer que, par le passé, l'enregistrement avait moins d'incidences sur le financement de l'hôpital. L'enregistrement avait toutefois des conséquences sur la correction DJP-DJN (nombre de jours d'hospitalisation positive - nombre de jours d'hospitalisation négative) concernant la durée du séjour. Dans le nouveau système de financement, l'enregistrement influence directement le financement, avec pour conséquence que la tentation d'optimiser l'enregistrement à l'avantage de l'hôpital est également plus grande.

Mme Yolande Avontroodt (VLD), présidente, demande des précisions à propos des incompatibilités dans le chef des médecins-conseils. Est-il possible ou non qu'un médecin-conseil qui dépend d'une certaine mutualité, procède à des contrôles dans un hôpital qui est géré par cette mutualité?

Tout comme c'est déjà le cas pour le Conseil médical de l'invalidité (CMI), il doit être exclu qu'un médecin-conseil contrôle les données d'un patient qui relève de la même mutualité que le médecin-conseil. Pour que le contrôle soit sérieux, les hôpitaux d'une mutualité déterminée ne devraient pas pouvoir être contrôlés par les médecins-conseils qui relèvent de cette mutualité.

Le ministre répond qu'il est exclu qu'un médecin-conseil effectue des contrôles dans un hôpital lorsqu'il siège également au conseil d'administration de cet hôpital. En outre, les médecins-conseils font toujours partie d'une équipe intermutualiste. Aucune intervention ne devrait donc être effectuée par des médecins-conseils ne représentant qu'une seule mutualité.

Le ministre estime qu'il n'est pas essentiel d'appliquer les mêmes incompatibilités que pour le CMI, comme le suggère Mme Avontroodt, dès lors qu'il s'agit ici, avant tout, d'un contrôle d'algorithmes, contrôle qui repose sur

op algoritmes, waarbij gekeken wordt naar de patronen in de registratie en niet zozeer naar individuele patiëntendossiers. En uiteindelijk worden eventuele inbreuken vastgesteld door de ambtenaren van het ministerie. De controle door de adviserend geneesheren is dus een hulpinstrument bij het opsporen van inbreuken.

De minister van Volksgezondheid wijst erop dat het uitgesloten is dan er een controle wordt uitgevoerd in een ziekenhuis door een inspectieteam dat behoort tot de organisatie die het ziekenhuis beheert. De controle is steeds intermutualistisch. Bovendien vindt de controle plaats op het niveau van de ziekenhuispraktijk en spitst ze zich niet toe op individuele patiëntendossiers.

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen voegt eraan toe dat het natuurlijk niet uitgesloten is dat naar aanleiding van een controle een individueel dossier wordt bekeken. In eerste instantie richt de controle zich evenwel op het profiel van de registratie. Wanneer de controle toch doorgezet wordt tot op het niveau van de individuele dossiers, zal deze controle niet worden uitgevoerd door één adviserend geneesheer. Er zal steeds in intermutualistisch teamverband worden gewerkt.

Wat betreft de richtlijnen op het vlak van de codificatie, deelt *de minister* mee dat reeds een tweetal jaar geleden duidelijke richtlijnen zijn gegeven aan de ziekenhuizen.

De heer Jef Valkeniers (VLD) merkt op dat de adviserend geneesheren in het verleden te laat inzage kregen in de dossiers. Het kwam voor een dossier hen werd voorgelegd op het ogenblik dat de patiënt al lang het ziekenhuis had verlaten.

In het verleden heeft men ook steeds te kampen gehad met een grote achterstand op het vlak van de registratie van de MKG. Hoewel er miljarden in het registratiesysteem werden geïnvesteerd, kon het vanwege de opgelopen achterstand niet worden gebruikt. In de toekomst moet er dus veel korter op de bal worden gespeeld. De snelheid waarmee de controle wordt uitgevoerd, is van cruciaal belang voor haar doeltreffendheid.

Jaren geleden heeft de spreker nog voorgesteld om de controle te laten uitvoeren door neutrale controle-geneesheren die rechtstreeks zouden afhangen van het RIZIV. Dit voorstel botste toen op enorme weerstand. Had men evenwel de moed gehad dergelijke maatregel in te voeren, dan had men de medische overconsumptie veel sneller kunnen indijken.

l'examen des enregistrements, et pas réellement sur l'examen des dossiers individuels des patients. Enfin, d'éventuelles infractions sont constatées par les agents du ministère. Le contrôle effectué par les médecins-conseils est dès lors un instrument qui aide à détecter les infractions.

La ministre de la Santé publique souligne qu'il est exclu qu'une équipe d'inspection appartenant à l'organisation qui gère un hôpital déterminé effectue un contrôle dans ce dernier. Le contrôle est toujours de nature «intermutualiste». Du reste, le contrôle est effectué au niveau de la pratique de l'hôpital, et il ne se concentre pas sur les dossiers individuels des patients.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions ajoute qu'il n'est évidemment pas exclu qu'un dossier individuel soit examiné lors d'un contrôle. Cependant, le contrôle est avant tout axé sur le profil d'enregistrement. Lorsque le contrôle est néanmoins mené jusqu'au niveau des dossiers individuels, il n'est pas effectué par un seul médecin-conseil. Il s'agira toujours d'une équipe intermutualiste.

En ce qui concerne les directives en matière de codification, *le ministre* indique que des directives claires ont été données aux hôpitaux il y a près de deux ans déjà.

M. Jef Valkeniers (VLD) fait observer que, par le passé, les médecins-conseils n'avaient accès aux dossiers que trop tard. Il est arrivé qu'on leur soumette le dossier de patients qui avaient quitté l'hôpital depuis longtemps.

On a également toujours dû faire face, par le passé, à un retard important au niveau de l'enregistrement des résumés cliniques minimums (RCM). Bien que des milliards aient été investis dans le système d'enregistrement, celui-ci n'a pas pu être utilisé en raison du retard accumulé. À l'avenir, il convient de réagir beaucoup plus rapidement. La vitesse avec laquelle le contrôle est exécuté, est primordiale pour l'efficacité de celui-ci.

L'intervenant avait proposé, il y a déjà de nombreuses années, que ce contrôle soit réalisé par des médecins-conseils neutres qui dépendraient directement de l'INAMI. Cette proposition s'est heurtée à l'époque à une très forte opposition. Si on avait eu alors le courage de prendre une telle mesure, on aurait pu endiguer beaucoup plus rapidement la surconsommation médicale.

Art. 46

Artikel 46 van het ter bespreking voorliggende wetsontwerp strekt ertoe een nieuw artikel 107^{quater} in te voegen in de op 7 augustus 1987 gecoördineerde ziekenhuiswet.

De heer Luc Goutry (CD&V) merkt op dat artikel 46 daarin een fundamentele bepaling is van het ter bespreking voorliggende wetsontwerp omdat de forfaitaire bijdrage wordt vermeld die het ziekenhuis kan vorderen van de patiënt die zich meldt in een eenheid voor spoedgevallenzorg. In januari 2002 maakte de minister van Volksgezondheid bekend dat veel mensen een beroep doen op de spoedgevallendiensten terwijl dat niet steeds noodzakelijk is.

De maatregel die wordt voorgesteld om dat fenomeen op te lossen, doet twee vragen rijzen: de eerste betreft de gepastheid van een forfaitaire bijdrage, de tweede gaat over de voorwaarden die zullen moeten worden bepaald bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

De spreker onderstreept dat de situaties waarin personen zich tot de spoedgevallendiensten wenden, heel verschillend kunnen zijn. Sommige mensen worden daarheen gebracht door de mobiele urgentiegroepen (MUG). Anderen doen er een beroep op omdat hun behandelende arts niet beschikbaar is. En ten slotte zijn er mensen die ernaartoe worden gebracht door de politiediensten (bijvoorbeeld wanneer ze teveel gedronken hebben).

Geldt de forfaitaire bijdrage terzake voor al die personen? Is het gepast een dergelijke maatregel om het onrechtmatig gebruik van de spoedgevallendiensten te beperken, ook toe te passen op de sociaal zwakkeren?

Is het in dat opzicht niet nuttig dat de ziekenhuizen in de toekomst de personen registreren die een beroep doen op de spoedgevalleneenheden om zo de gebruikers te rangschikken?

Is er bovendien overleg met de sector geweest? De spreker memoreert de terzake geformuleerde wens van de ziekenhuizen van de Caritasgroep om 25 EUR te vragen aan patiënten die zich bij de spoedgevallendiensten melden. Die aankondiging werd zeer slecht onthaald door de minister van Sociale Zaken, die de maatregel als onwettig bestempelt. Caritas wil uiteraard de aandacht vestigen op de structureel ontoereikende financiering van de ziekenhuizen in het algemeen en van de eenheden voor spoedgevallenzorg in het bijzonder.

Art. 46

L'article 46 du projet de loi en discussion vise à insérer, dans la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987, un nouvel article 107 *quater*.

M. Luc Goutry (CD & V) remarque que l'article 46 est une disposition essentielle du projet de loi en discussion puisqu'il y est question de la contribution forfaitaire qui peut être exigée par l'hôpital du patient qui se présente dans l'unité de soins d'urgence. La ministre de la Santé publique avait, dès janvier 2002, fait part de la constatation que de nombreuses personnes faisaient appel aux urgences alors que cela n'est pas toujours nécessaire.

Face à la mesure proposée pour résoudre le phénomène observé, deux questions se posent : la première concerne l'opportunité d'une contribution forfaitaire, la seconde concerne les conditions qui devront être fixées par arrêté royal, délibéré en Conseil des ministres.

L'intervenant souligne que les circonstances dans lesquelles des personnes ont recours aux services d'urgence peuvent être diverses. Certaines y sont amenées par les services mobiles d'urgence (SMUR). D'autres y ont recours, car leur médecin traitant n'est pas disponible. Certaines, enfin, peuvent également y être amenées par les services de police (lors d'abus d'alcool, par exemple).

La contribution forfaitaire, dont il est ici question, vise-t-elle l'ensemble de ces personnes ? Est-il opportun qu'une telle mesure, visant à limiter le recours abusif aux services d'urgence, s'applique aux personnes socialement défavorisées ?

Dans cette perspective, ne serait-il pas utile, qu'à l'avenir, les hôpitaux enregistrent les personnes qui font appel aux unités d'urgence, de manière à établir un classement des utilisateurs ?

Par ailleurs, y a-t-il eu concertation avec le secteur ? L'intervenant rappelle, à ce sujet, le souhait formulé par les hôpitaux du groupe Caritas, d'exiger 25 EUR des patients qui se présentent aux urgences. Cette annonce avait été très mal accueillie par le ministre des Affaires sociales, qui avait qualifié la mesure d'illégale. L'intention de Caritas était évidemment d'attirer l'attention sur le sous-financement structurel des hôpitaux, en général, et sur celui des unités de soins d'urgence, en particulier.

De heer Luc Goutry (CD&V) c.s. dient amendement nr. 13 (DOC 50 1905/002) in dat ertoe strekt in het ontworpen artikel 107 *quater* de woorden «en na advies van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen» toe te voegen.

De heer Yvan Mayeur (PS) c.s. dient amendement nr. 28 (DOC 50 1905/002) in dat ertoe strekt het ontworpen artikel 107 *quater* te vervangen zodat in de regeling voor de forfaitaire bijdrage een sociale rectificatie wordt ingevoegd. Het bedrag dat ziekenhuizen vorderen van patiënten die een beroep doen op de spoedgevallendiensten, moet in de maximumfactuur worden inbegrepen. Het is overigens wenselijk de bepaling twee jaar na de inwerkingtreding te evalueren.

Als mede-ondertekenaar van amendement nr. 28 onderstreept *mevrouw Michèle Gilkinet (AGALEV-ECOLO)*, dat kansarmen vaker een beroep doen op de diensten voor spoedeisende hulp omdat zij geen behandelend arts hebben en omdat zij voor die diensten niet onmiddellijk hoeven te betalen. Een soortgelijk verschijnsel vraagt om een specifieke aanpak en om een geheel van maatregelen die de toegang tot de zorgverlening vlotter laten verlopen. In dat opzicht is de uitbouw van de eerstelijns geneeskunde interessant.

Om terzake efficiënte maatregelen uit te werken, zijn evenwel aanvullende gegevens vereist. Tegen die achtergrond kon het zinvol zijn dat het algemeen verslag over de armoede een specifiek hoofdstuk aan de gezondheid zou wijden.

Weet men ten slotte al is omtrent de voorwaarden die zullen worden opgenomen in het koninklijk besluit waarin artikel 107 *quater* voorziet? Zal rekening met de minstvermogens worden gehouden?

Mevrouw Colette Burgeon (PS) wijst erop dat de bijdrage alleen verschuldigd zal zijn zo de patiënt niet ten minste twaalf uur wordt opgenomen. Vanwaar die keuze? Valt niet te vrezen dat dan een risico ontstaat op een overconsumptie inzake ziekenhuisopnames die voor de sociale zekerheid even schadelijk is als het onterechte beroep op verzorging in de spoedgevallendiensten?

De minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu antwoordt dat in de tekst van artikel 46 van het wetsontwerp voormelde referentie naar «twaalf uur» – die *de facto* wel in het koninklijk besluit zal worden ingevoegd – ontbreekt. Zulks hoort thuis in het uitvoeringsbesluit, zoals de bepaling dat er geen forfait mag gevraagd worden aan de patiënt die doorverwezen is door zijn huisarts.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) is van mening dat de door amendement nr. 28 ingebouwde evaluatie

M. Luc Goutry et consorts (CD & V) déposent un amendement n° 13 (DOC 50 1905/002) visant à ajouter, dans l'article 107 *quater* proposé, les mots « et après avoir pris l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers ».

M. Yvan Mayeur (PS) et consorts déposent un amendement n° 28 (DOC 50 1905/002) visant à remplacer l'article 107 *quater* proposé, de manière à insérer, dans le mécanisme de contribution forfaitaire, un correctif social. Le montant exigé par l'hôpital des patients qui ont recours aux services d'urgence doit être compris dans la facture maximum. Par ailleurs, il est souhaitable de prévoir une évaluation du dispositif, deux ans après sa mise en place.

Mme Gilkinet (AGALEV-ECOLO), cosignataire de l'amendement n° 28, souligne que les personnes socialement défavorisées privilégient le recours aux urgences parce qu'elles n'ont pas de médecin traitant et parce qu'il ne leur y est pas demandé de paiement immédiat. Un tel phénomène requiert une approche spécifique et un ensemble de mesures facilitant l'accessibilité aux soins. A cet égard, le développement des soins de première ligne est intéressant.

Toutefois, la définition de mesures efficaces nécessite des compléments d'informations. Il ne serait pas inutile dans cette perspective, que le rapport général sur la pauvreté consacre un chapitre spécifique relatif à la santé.

Enfin, les conditions qui seront retenues dans l'arrêté royal prévu à l'article 107 *quater*, sont-elles déjà connues ? Sera-t-il tenu compte des plus démunis ?

Mme Colette Burgeon (PS) relève que la contribution ne serait due que si le patient n'est pas retenu au moins douze heures. Quelles sont les raisons de ce choix ? Ne doit-on pas craindre un risque de surconsommation hospitalière, tout aussi financièrement nuisible pour la sécurité sociale que le recours abusif aux services d'urgence ?

La ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement, répond que le texte de l'article 46 du projet de loi ne contient pas cette référence aux « douze heures », qui sera, en fait, insérée dans l'arrêté royal. Cette référence doit figurer dans l'arrêté d'exécution, à l'instar de la disposition selon laquelle il ne peut être demandé de forfait à un patient envoyé par son médecin généraliste.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) estime que l'évaluation prévue par l'amendement n° 28 doit inclure des in-

een aantal parameters moet omvatten aan de hand waarvan – met eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer – de verschillen tussen de gewesten alsmede de verschillen met betrekking tot de ziekenhuisstatuten in kaart kunnen worden gebracht. Daarover zullen naar de ziekenhuizen duidelijke onderrichtingen moeten worden gezonden, waarbij men zich kan baseren op de deskundigheid die de OCMW's op het stuk van de opvolging van de persoonlijke dossiers hebben opgebouwd.

De heer Jacques Germeaux (VLD) gaat ervan uit dat het oneigenlijk inschakelen van de spoeddiensten zeer vaak voortvloeit uit het feit dat de patiënt de ernst van zijn gezondheidstoestand uitvergroot. Het is dan ook logisch een maatregel uit te stippelen die hem in deze verantwoordelijkheidzin bijbrengt.

De heer José Vande Walle (CD&V) meent amendement nr. 28 te kunnen onderschrijven. Hij acht het evenwel noodzakelijk de klemtoon te leggen op bestaande problemen inzake de communicatie met de patiënt. Mochten de eerstelijnsdiensten beter bekend zijn bij de patiënten, zouden laatstgenoemden niet langer systematisch een beroep op de spoeddiensten doen.

Ook *de heer Luc Goutry (CD&V)* verklaart amendement nr. 28 te onderschrijven, dat perfect te rijmen valt met het door hemzelf ingediende amendement nr. 13. De budgettaire implicaties van een en ander boezemen hem evenwel enige vrees in. Pro memorie: bij de goedkeuring van de wet betreffende de in de ziekteverzekering geldende maximumfactuur, preciseerde de minister voor Sociale Zaken dat de daartoe beschikbare budgettaire enveloppe beperkt was tot 3,4 miljard BEF. Nu wenst men evenwel het gebruik van de maximumfactuur uit te breiden. Is dat wel financieel haalbaar?

De spreker onderstreept voorts dat de Raad van State, in zijn advies, aangaf dat het verkieslijk was de bepaling zo te redigeren dat de bijdrage die eventueel zal worden gevorderd, niet noodzakelijk een strikt forfaitair karakter hoeft te hebben. Een schrapping van die referentie aan het forfaitaire karakter van de bijdrage zou het mogelijk maken rekening te houden met de sociale gevallen.

De minister merkt eerst en vooral op dat de invoering van een forfaitaire bijdrage, waarvan de voorwaarden bij koninklijk besluit zullen worden vastgesteld, als gevolg zal sorteren dat komaf wordt gemaakt met de aanvechtbare praktijken die bepaalde ziekenhuizen hanteren.

In verband met het door de heer Goutry ingediende amendement nr. 13, preciseert de minister dat het onnodig is te voorzien in de noodzaak om terzake het advies van Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen

dicateurs permettant de cerner les différences régionales ainsi que les différences relatives aux statuts des hôpitaux et tenant compte du droit au respect de la vie privée. Des directives claires devront être adressées, à ce sujet, aux hôpitaux, en se servant de l'expertise des CPAS en matière de suivi des dossiers personnels.

M. Jacques Germeaux (VLD) considère que le recours abusif aux services d'urgence résulte très souvent de ce que le patient exagère la gravité de son état de santé. Il est donc logique d'arrêter une mesure qui permette de le responsabiliser.

M. José Vande Walle (CD & V) estime pouvoir se rallier à l'amendement n°28. Il juge cependant nécessaire de souligner l'existence de problèmes de communication avec le patient. Si les services de première ligne étaient mieux connus des patients, ces derniers n'auraient plus aussi systématiquement recours aux services d'urgence.

M. Luc Goutry (CD & V) se dit également favorable à l'amendement n° 28, qui peut tout à fait être concilié avec l'amendement n° 13 qu'il a, lui-même, déposé. Il exprime toutefois quelques craintes quant aux aspects budgétaires. Pour rappel, lors de l'adoption de la loi relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé, le ministre des Affaires sociales a précisé que l'enveloppe budgétaire disponible était limitée à 3,4 milliards de FB. Or, on désire ici étendre le recours à la facture maximale. Est-ce réalisable, d'un point de vue financier ?

L'intervenant souligne, par ailleurs, que dans son avis, le Conseil d'État indiquait qu'il était préférable de rédiger la disposition de telle façon que la contribution qui sera éventuellement réclamée ne doive pas nécessairement avoir le caractère d'une contribution purement forfaitaire. La suppression de cette référence au caractère forfaitaire de la contribution permettrait de tenir compte des cas sociaux.

La ministre remarque tout d'abord que l'introduction d'une contribution forfaitaire, dont les conditions seront fixées par arrêté royal, aura pour conséquence de mettre fin aux pratiques contestables de certains hôpitaux.

Concernant l'amendement n° 13 de M. Goutry, la ministre précise que prévoir l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers est inutile. L'article 46 du projet de loi introduit, en effet, le nouvel 107 *quater* dans le

in te winnen. Artikel 46 van het wetsontwerp voegt immers het nieuwe artikel 107^{quater} in hoofdstuk V van de ziekenhuiswet in, dat betrekking heeft op de financiering van de werkingskosten van de ziekenhuizen. Artikel 19, punt c) van de ziekenhuiswet bepaalt reeds dat voor alle financieringsaangelegenheden het advies van de Raad vereist is.

De minister verklaart voorts amendement nr. 28 van de heer Mayeur te steunen.

Wat de toegankelijkheid betreft, verwijst *de spreker* naar de diverse initiatieven die werden genomen om de eerstelijnsdiensten uit te bouwen en om de rol van de huisartsen daarbij te versterken (wachtdienstregeling, disponibiliteitsshonoraria, betere wachtdienstvergoeding, ...). Het koninklijk besluit dat met toepassing van het nieuwe artikel 107^{quater} van de ziekenhuiswet zal worden goedgekeurd, zal de situaties vastleggen waarin er geen sprake van kan zijn enige forfaitaire bijdrage te vorderen. Dat zal met name het geval zijn wanneer de patiënt door een huisarts naar de dienst spoedeisende hulp werd doorverwezen en bij interventies van een hulpdienst 100 of van een mobiele urgentiegroep.

In verband met de door verscheidene commissieleden geuite wens om rekening te houden met de sociale factoren, preciseert de minister dat in het raam van de door de Staat gefinancierde en door de diverse universiteiten van ons land uitgevoerde projecten, momenteel wordt gewerkt aan een studie die het profiel uitzoekt van de mensen die zich bij de spoeddiensten aanmelden. Be-doeling ervan is de regering in staat te stellen beleidsmatig op die sociaal zwakkere groepen in te spelen. Bij het opstellen van de criteria die bij de uitwerking van het koninklijk besluit in aanmerking zullen worden genomen, zal uiteraard met de resultaten van die analyse rekening worden gehouden. Voor het overige staat het aan het parlement om een resolutie op te stellen, die gedetailleerd ingaat op wat noodzakelijkerwijs op het vlak van de toegankelijkheid moet gebeuren.

De heer Yvan Mayeur (PS) merkt op dat, zoals hij dat reeds in het raam van de besprekingen over de patiëntenrechten had onderstreept, het probleem van de toegankelijkheid tot de zorgverlening een probleem is dat snel van de baan moet. Een resolutie heeft niet veel zin, aangezien de regering daarover reeds verscheidene opmerkingen heeft gekregen.

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen merkt op dat de vrees van de heer Goutry als zouden voor de maximumfactuur onvoldoende budgettaire middelen beschikbaar zijn, ongegrond is. De budgettaire weerslag van amendement nr. 28 lijkt niet erg aanzienlijk.

chapitre V de la loi sur les hôpitaux, relatif au financement des coûts d'exploitation des hôpitaux. Or, l'article 19, point c) de la loi sur les hôpitaux prévoit déjà l'avis du Conseil, pour toutes questions relatives au financement.

La ministre se dit par ailleurs favorable à l'amendement n° 28 de M. Mayeur.

Sur la question de l'accessibilité, *l'oratrice* rappelle les nombreuses initiatives prises pour le développement des services de première ligne et le renforcement du rôle des médecins généralistes dans ce contexte (les services de garde, honoraires de disponibilité, meilleure indemnisation des services de garde). L'arrêté royal qui sera adopté, en application du nouvel article 107^{quater} de la loi sur les hôpitaux, définira les situations dans lesquelles il ne sera pas question d'exiger une contribution forfaitaire, à savoir, lorsque le patient aura été renvoyé vers les urgences par un médecin généraliste et lorsque le service 100 ou les services mobiles d'urgence seront intervenus.

Concernant le souhait de plusieurs membres de la commission, de tenir compte des facteurs sociaux, la ministre précise que, dans le cadre des projets financés par l'État et exécutés par différentes universités du pays, une étude en cours et vise à analyser l'enregistrement des personnes qui se présentent aux services d'urgence. Le but est de permettre au gouvernement de prendre en compte ces groupes sociaux fragilisés. Les critères qui seront retenus lors de l'élaboration de l'arrêté royal tiendront naturellement compte des résultats de cette analyse. Pour le reste, il appartient au Parlement d'édicter une résolution, détaillant ce qu'il serait nécessaire de réaliser sur le plan de l'accessibilité.

M. Yvan Mayeur (PS) remarque que, comme il l'a déjà souligné dans le cadre des discussions relatives aux droits du patient, le problème de l'accessibilité aux soins est un problème qui doit être pris à bras-le-corps. Une résolution serait inutile puisque de nombreuses remarques ont déjà été adressées au gouvernement sur le sujet.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions remarque que les craintes de M. Goutry sur l'insuffisance des moyens budgétaires dans le cadre de la facture maximale ne sont pas fondées. L'impact budgétaire de l'amendement n° 28 ne paraît pas très important.

Principieel kan een vergelijking worden gemaakt met wat voor de generieke geneesmiddelen werd gedaan. Ook de meerprijs van de farmaceutische specialiteit ten opzichte van het generiek geneesmiddel wordt in de maximumfactuur weggewerkt. Er kunnen argumenten worden aangevoerd tegen die regeling, die kan worden beschouwd als een afzwakking van het signaal dat naar de patiënt wordt uitgezonden. Laatstgenoemde zou immers rustig farmaceutische specialiteiten kunnen blijven kopen. Daarbij moeten we evenwel in het achterhoofd houden dat de patiënt niet zelf de regie in handen heeft wanneer het gaat om geneesmiddelen die alleen op medisch voorschrift mogen worden afgeleverd. En de arts kan, om diverse redenen, blijk geven van enige terughoudendheid om een generiek geneesmiddel voor te schrijven. In dat geval is het noodzakelijk de – inzonderheid kansarme – patiënt te beschermen.

De minister onderstreept dat de verplichting om meer voor het geneesmiddel te betalen een bewustmakingsproces op gang kan brengen bij de patiënt, zelfs al wordt het bedrag dat hij moet betalen later gecompenseerd via de maximumfactuur.

De heer Luc Goutry (CD&V) had graag vernomen welk standpunt de minister inneemt inzake de structureel ontoereikende financiering van de ziekenhuizen in het algemeen, en van de spoedgevallendiensten in het bijzonder. Het antwoord van de minister zal bepalen of de spreker voor of tegen stemt.

De minister bevestigt dat terzake een geschil bestaat tussen de regering en de ziekenhuizen, met name wegens de budgettaire besparingen die de spoedgevallendiensten opgelegd krijgen (ten belope van 10 miljoen EUR). Hij wenst het vraagstuk inzake de spoedgevallen te onderzoeken in het ruimere kader van de financiering. In dat verband herinnert hij eraan dat de ingevolge klachten van ziekenhuizen opgerichte Tasiaux-werkgroep die de onderfinanciering van de ziekenhuizen onderzoekt, ermee is belast tegen september een tussentijds verslag op te stellen.

De heer Luc Goutry (CD&V) merkt met voldoening op dat de minister begaan is met het vraagstuk inzake de ontoereikende financiering, en dat hij voor een oplossing wil zorgen met behulp van de hem ter beschikking staande middelen.

De minister preciseert dat hij zich er wel degelijk bewust van is dat het deficit van de ziekenhuizen een knelpunt vormt dat uitbreiding dreigt te nemen. Daarom ook werd een werkgroep opgericht. De vraag is : hoeveel te investeren ?

Sur le plan des principes, il peut être procédé à une comparaison avec ce qui a été fait pour les médicaments génériques. Le surprix de la spécialité pharmaceutique par rapport au médicament générique est lui aussi absorbé dans la facture maximale. Il existe des arguments en défaveur de ce système, qui peut être considéré comme un affaiblissement du signal donné au patient. Ce dernier pourrait en effet continuer à acheter les spécialités pharmaceutiques, en toute quiétude. Toutefois, il faut garder à l'esprit que le patient n'est pas le maître du jeu, lorsque qu'il s'agit de médicaments ne pouvant être délivrés que sur ordonnance médicale. Or, le médecin peut avoir des réticences, pour l'une ou l'autre raison, à prescrire un médicament générique. Dans ce cas, il est nécessaire de protéger le patient, surtout s'il est socialement et économiquement démuné.

Le ministre souligne que le fait de devoir payer plus pour le médicament permet de conscientiser le patient, même si le montant dont il doit s'acquitter peut être plus tard compensé via la facture maximale.

M. Luc Goutry (CD & V) souhaiterait connaître la position du ministre concernant le sous-financement structurel des hôpitaux en général et des services d'urgence en particulier. La réponse du ministre déterminera le caractère favorable ou non du vote de l'intervenant.

Le ministre confirme qu'il existe bien un contentieux entre le gouvernement et les hôpitaux à ce sujet, dû notamment aux économies budgétaires (10 millions EUR) imposées aux services d'urgence. Il désire examiner le problème des urgences dans le cadre du financement de manière plus générale. A cet égard, il rappelle que le groupe de travail Tasiaux, institué suite aux plaintes des hôpitaux et qui se penche sur le sous-financement des hôpitaux, est chargé d'examiner la situation et de rédiger, pour septembre, un rapport intermédiaire.

M. Luc Goutry remarque avec satisfaction que le ministre se soucie du problème du sous-financement et souhaite y apporter une solution, en utilisant les moyens à sa disposition.

Le ministre précise qu'en effet, il est conscient que le déficit des hôpitaux est un problème qui risque de s'amplifier. C'est la raison pour laquelle un groupe de travail a été mis sur pied. La question est : combien pouvons-nous investir ?

De financiering van de spoedgevallendiensten is dus aan herziening toe binnen het ruimer kader van de ziekenhuisfinanciering, met dien verstande dat daarbij de strekking van de in dit wetsontwerp vervatte maatregelen in aanmerking wordt genomen. Er bestaat duidelijk een tendens naar een algemeen beleid dat gericht is op zorgverstrekking in ziekenhuizen alsook *extra muros*. Een bewustwording is nodig inzake de gediversifieerde aard van het vraagstuk; derhalve moet dat beleid worden gevoerd met de nodige aandacht voor de lokale context die bij deze problematiek doorslaggevend is.

De heer Yvan Mayeur (PS) vraagt zich af of het wel nodig is de aan de spoedgevallendiensten opgelegde besparingen onverkort door te voeren, gelet op de maatregelen waarin het wetsvoorstel voorziet ter regulering van die dienstverlening (disponibiliteitshonoraria, wachtdiensten buiten het ziekenhuis enzovoort).

Met betrekking tot het oneigenlijk gebruik van spoedgevallendiensten kan ervan uit worden gegaan dat sprake is van een verglijden van poliklinische raadplegingen naar de spoedgevallen. Dat verglijden is inherent aan de lage financiële drempel: prestaties in een polikliniek moeten worden vergoed, terwijl die in de spoedgevallen gratis zijn (zo denken tenminste de patiënten).

Zou in het licht van de bereidheid om de toegang tot de spoedgevallendiensten te reguleren niet moeten worden voorzien in een aangepaste financiering voor op gewestelijk vlak verrichte testprojecten?

Werden reeds studies uitgevoerd inzake andere dan sociale beweegredenen die kunnen verklaren waarom abusievelijk een beroep wordt gedaan op de spoedgevallendiensten?

Zal de inwerkingtreding van artikel 46 het ten slotte onmogelijk maken een bijdrage te vragen zoals voorgesteld door het VVI (Verbond der Verzorgingsinstellingen)?

De minister antwoordt bevestigend op die laatste vraag.

De heer Mayeur (PS) vraagt of de wachtdiensten van de huisartsen in kaart werden gebracht.

De minister van Volksgezondheid blijft het antwoord op die vraag schuldig.

De heer Mayeur vraagt derhalve waarom werd beslist uitsluitend in de sector van de wachtdiensten bezuinigingen door te voeren, in plaats van ze over de hele ziekenhuissector te spreiden.

De minister van Sociale Zaken antwoordt dat die vraag nader zal moeten worden bekeken.

Il faut donc revoir le financement des services d'urgence dans le cadre plus général du financement des hôpitaux, en gardant à l'esprit les mesures contenues dans le présent projet de loi. Il est clair qu'on se dirige vers une politique générale de prestations de soins en milieu hospitalier et extra-muros. Cette politique doit être menée, en prenant conscience du caractère diversifié de la problématique, où le contexte local est prépondérant.

M. Yvan Mayeur (PS) s'interroge sur la nécessité du maintien des économies imposées aux services d'urgence, eu égard aux mesures prévues dans le projet de loi, pour réguler le recours à ces services (honoraires de disponibilité, garde extra-hospitalière,...).

Concernant l'utilisation indue des urgences, on peut partir du postulat qu'il existe un transfert des consultations de polyclinique vers les urgences. Ce transfert est lié au problème de l'accessibilité financière: les prestations au sein de la polyclinique sont payantes alors que celles au sein des urgences ne le sont pas (c'est du moins ce que pensent les patients).

Concernant la volonté de réguler l'accès aux urgences, ne faudrait-il pas prévoir un financement adapté d'expériences pilotes, menées au niveau régional?

Des études ont-elles été réalisées quant aux motifs autres que sociaux, expliquant le recours abusif aux urgences?

Enfin, l'entrée en vigueur de l'article 46 aura-t-il pour conséquence de rendre impossible l'exigence d'une contribution forfaitaire, comme le propose le VVI (Verbond der Verzorgingsinstellingen)?

Le ministre répond à cette dernière question par l'affirmative.

M. Mayeur (PS) demande s'il existe une cartographie des services de garde des médecins généralistes.

La ministre de la Santé publique déclare qu'elle ne connaît pas la réponse à cette question.

M. Mayeur demande dès lors pourquoi il a été décidé d'imposer des économies dans les urgences uniquement plutôt que de les répartir sur l'ensemble du secteur hospitalier.

Le ministre des Affaires sociales répond qu'il faut réfléchir à la question.

Voor het overige zijn de moeilijkheden waarmee onze ziekenhuizen thans worden geconfronteerd een internationaal verschijnsel. Zo doet zich in Engeland wegens het tekort aan huisartsen dezelfde evolutie voor wat het onterecht inschakelen van spoedgevallendiensten betreft.

Bij ons is die evolutie aan allerhande facetten te wijten : de sociale aspecten, het verlangen van de patiënt naar zorgverstrekking in een polyvalente omgeving die hem een bepaalde mate van zekerheid verschaft, alsmede de praktische beschikbaarheid.

In de toekomst wordt het noodzakelijk, nauwgezet te registreren wat zich in de spoedgevallendiensten afspeelt.

Naar het voorbeeld van de heer Mayeur acht de minister het trouwens noodzakelijk de testprojecten te financieren, zoals onder meer het in Charleroi opgezette project «Allô Santé» of het project in Antwerpen dat erop gericht is te voorzien in een lokaal dat gemakkelijk te bereiken is voor de patiënten.

De heer Luc Goutry (CD&V) vraagt zich af of het koninklijk besluit dat zal worden uitgevaardigd ter uitvoering van artikel 107 quater niet kan worden voorgelegd aan de commissieleden.

De minister heeft daar niets op tegen.

Om wetgevingstechnische redenen beslist de heer *Yvan Mayeur (PS)* amendement nr. 28 in te trekken. Ter vervanging dient hij amendement nr. 39 (DOC 50 1905/003) in, tot invoeging in hoofdstuk 10 van Titel II van het wetsontwerp, van een nieuw artikel 34bis; het amendement neemt voorts de tekst over van amendement nr. 28. Hij dient tevens amendement nr. 40 (DOC 50 1905/003) in, tot vervanging van het door artikel 46 van het wetsontwerp in de ziekenhuiswet ingevoegde artikel 107 quater.

Art. 47

Amendement nr. 14 (DOC 50 1905/002) van de heer Luc Goutry (CD&V) c.s. strekt ertoe in het ontworpen artikel 115, §3, derde lid, de woorden «na advies van het Intermutualistisch College» in te voegen tussen de woorden «De koning bepaalt» en de woorden «de voorwaarden».

De heer Luc Goutry wijst erop dat de adviserende geneesheren worden aangewezen op voorstel van het Intermutualistisch College (§ 3, eerste lid van het ontworpen artikel 115). Naar analogie hiervan dienen ook de voorwaarden en de regelen waaraan de adviserende geneesheren moeten beantwoorden, worden vastgesteld

Pour le reste, il semblerait que les problèmes actuellement rencontrés par nos hôpitaux constituent un phénomène que l'on rencontre sur le plan international. En Angleterre, par exemple, on assiste à la même évolution quant au recours abusif aux urgences, dû au manque de médecins généralistes.

Chez nous, cette évolution résulte d'un faisceau d'éléments : les aspects sociaux, la volonté du patient d'être soigné dans un contexte technique polyvalent, lui assurant une certaine sécurité et la disponibilité pratique.

A l'avenir, il sera nécessaire d'enregistrer scrupuleusement ce qu'il se passe dans les services d'urgence.

Par ailleurs, à l'instar de M. Mayeur, le ministre considère qu'il est nécessaire de financer les projets pilotes, tel par exemple, le projet « Allô Santé » mis en place à Charleroi ou le projet initié à Anvers, visant à créer un local, où le patient peut facilement se rendre.

M. Luc Goutry (CD & V) se demande s'il est possible que le projet d'arrêté royal, qui sera pris en application de l'article 107 quater, soit présenté aux membres de la commission ?

Le ministre n'y voit aucune objection.

Pour des raisons légistiques, M. *Yvan Mayeur (PS)* décide de retirer l'amendement n° 28. En lieu et place il dépose un amendement n° 39 (DOC 50 1905/003) tendant à insérer un nouvel article 34bis, dans le chapitre 10 du Titre II du projet de loi, et reprenant le texte de l'amendement n° 28. Il dépose également un amendement n° 40 (DOC 50 1905/003) visant à remplacer l'article 107 quater inséré, dans la loi sur les hôpitaux, par l'article 46 du projet de loi.

Art. 47

L'amendement n° 14 (DOC 50 1905/002) de M. Luc Goutry (CD&V) tend, dans l'article 115, § 3, alinéa 3, proposé, à insérer les mots «, après avis du Collège intermutualiste,» entre les mots «Le Roi détermine» et les mots «les conditions».

M. Luc Goutry fait observer que les médecins-conseils sont désignés sur proposition du Collège intermutualiste (§ 3, alinéa 1^{er}, de l'article 115 à l'examen). Par analogie, les conditions et les règles auxquelles doivent satisfaire les médecins-conseils sont également déterminées après avis du Collège intermutualiste,

na advies van het Intermutualistisch College, dat een goed beeld heeft van wat er zich afspeelt op het terrein.

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen merkt op dat de adviserende artsen bij het uitoefenen van hun controletaken werken voor de overheid. Het gaat hier over opdrachten van publiek belang. Voor het bepalen van de onverenigbaarheden moet er dan ook geen advies worden gevraagd aan het Intermutualistisch College. Ook de wijze waarop er wordt gewerkt, moet autonoom door de Koning kunnen worden vastgesteld. Door hierover een formeel advies te vragen aan het Intermutualistisch College wordt het delicate evenwicht tussen de overheid en de ziekenfondsen verstoord.

De minister vraagt de verwerping van het amendement nr. 14.

De heer Luc Goutry (CD&V) verwijst naar de opmerking van de Raad van State betreffende de opdrachten waarvan sprake is in het vierde lid, § 3 van het ontworpen artikel 115. Volgens de Raad van State moeten de opdrachten preciezer worden gedefinieerd. Ware het niet beter te schrijven *de opdrachten in het kader van deze wet*, aangezien de adviserende geneesheren nog andere taken hebben zoals het controleren van de arbeidsongeschikten.

De minister antwoordt dat het hier duidelijk gaat om de opdracht die in het ontworpen artikel 115 en de ermee samenhangende artikelen wordt omschreven.

Art. 48

Amendement nr. 19 (DOC 50 1905/002) van de heer Luc Goutry (CD&V) c.s. heeft tot doel het tweede lid van § 1 van het ontworpen artikel 129bis te vervangen als volgt :

«Behoudens indien in een ziekenhuis een Permanent Overlegcomité is dat de opdrachten, zoals hierna beschreven, vervult, is er in het ziekenhuis een financiële commissie.»

De heer Luc Goutry (CD&V) heeft de indruk dat nieuwe structuren die worden uitgetekend, eerder in het voordeel spelen van de artsen. De vraag rijst of de beheerders nog voldoende beleidsinstrumenten zullen hebben om hun opdrachten naar behoren uit te voeren.

In de eerste plaats moet er gestreefd worden naar de oprichting van een Permanent Overlegcomité. Pas wanneer er geen Permanent Overlegcomité is, kan er een financiële commissie worden opgericht.

qui a une bonne perception de ce qui se passe sur le terrain.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions fait observer que dans le cadre de l'exercice de leurs missions de contrôle, les médecins-conseils travaillent pour les pouvoirs publics. Il s'agit en l'occurrence de missions d'intérêt public. Il ne faut dès lors pas solliciter l'avis du Collège intermutualiste pour déterminer les incompatibilités. La manière de procéder doit également pouvoir être déterminé de manière autonome par le Roi. En sollicitant à ce sujet l'avis formel du Collège intermutualiste, l'on rompt l'équilibre fragile qui existe entre les pouvoirs publics et les mutualités.

Le ministre demande que l'amendement n° 14 soit rejeté.

M. Luc Goutry (CD&V) renvoie à l'observation du Conseil d'État à propos des missions dont il est question à l'alinéa 4, § 3, de l'article 115 à l'examen. Le Conseil d'État estime que les missions doivent être définies plus précisément. Ne serait-il pas préférable d'écrire «*les missions exercées dans le cadre de la présente loi*», étant donné que les médecins-conseils ont encore d'autres missions, telles que le contrôle des personnes en incapacité de travail.

Le ministre répond qu'en l'occurrence, il s'agit clairement de la mission définie à l'article 115 en projet ainsi qu'aux articles connexes.

Art. 48

L'amendement n° 19 (DOC 50 1905/002) de M. Luc Goutry (CD&V) et consorts tend à remplacer le § 1^{er}, alinéa 2, de l'article 129bis proposé par la disposition suivante :

«Une commission financière est créée dans l'hôpital, à moins qu'un comité permanent de concertation, qui assure les missions décrites ci-après, n'y soit déjà institué.»

M. Luc Goutry (CD&V) a l'impression que les nouvelles structures prévues avantagent plutôt les médecins. Reste à savoir si les gestionnaires disposeront encore d'instruments de gestion suffisants pour s'acquitter correctement de leurs missions.

Il convient de tendre en premier lieu vers l'institution d'un comité permanent de concertation. Ce n'est qu'en l'absence d'un comité permanent de concertation qu'une commission financière peut être créée.

Het wetsontwerp legt daarentegen de nadruk op de oprichting van een financiële commissie. Alleen in het geval er een Permanent Overlegcomité bestaat, is de oprichting van een financiële commissie niet verplicht.

Amendement nr. 15 (DOC 50 1905/002) van de heer Luc Goutry (CD&V) c.s. strekt ertoe de volgende wijzigingen aan te brengen in § 2 van het ontworpen artikel 129bis, :

A) het woord «*paritair*» invoegen tussen de woorden «*De financiële commissie is*» en de woorden «*samen-gesteld uit enerzijds*» ;

B) de woorden «*ziekenhuisgeneesheren aangewezen door de medische raad*» vervangen door de woorden «*ziekenhuisgeneesheren die lid zijn van de medische raad*,».

Voor een omstandige toelichting bij dit amendement verwijst *de heer Luc Goutry* verwijst naar de uiteenzetting van de heer Jo Vandeurzen in de algemene bespreking.

Amendement nr. 29 (DOC 50 1905/002) van de heer Luc Goutry (CD&V) c.s. strekt ertoe §2 van het ontworpen artikel 129bis aan te vullen met een tweede lid, luidend als volgt :

«*De leden van de financiële commissie beschouwen de informatie die hen ter beschikking wordt gesteld als vertrouwelijk en mogen deze enkel aanwenden voor de doeleinden waartoe ze werd verstrekt.*»

De heer Luc Goutry (CD&V) wijst erop dat er voldoende waarborgen moeten worden gecreëerd voor een vertrouwelijke behandeling van de informatie. Zo wordt vermeden dat de financiële commissie op een of andere manier misbruik zou maken van de informatie die haar ter beschikking wordt gesteld.

De heer Luc Goutry (CD&V) c.s. dient amendement nr. 16 (DOC 50 1905/002) waarmee wordt beoogd om de bespreking van de verrichtingen en de resultaten van de centrale inning te laten behoren tot de bevoegdheid van de financiële commissie. Zowel de geneesheren als de beheerders moeten over dezelfde informatie kunnen beschikken

Ten slotte dient *de heer Luc Goutry (CD&V)* nog *amendement nr. 17 (DOC 50 1905/002)* in dat ertoe strekt in § 4 van het ontworpen artikel 129bis de woorden «*in consensus*» te vervangen door de woorden «*eenparig aangenomen*».

Het betreft een legistische verbetering.

En revanche, le projet de loi met l'accent sur la création d'une commission financière. Ce n'est que s'il existe un comité de concertation permanent que la création d'une commission financière n'est pas obligatoire.

L'amendement n° 15 (DOC 50 1905/002) de M. Luc Goutry (CD&V) et consorts tend à apporter les modifications suivantes au § 2 de l'article 129bis proposé :

A) entre les mots «La commission financière est composée» et les mots «, d'une part», insérer le mot «paritairement» ;

B) remplacer les mots «des médecins hospitaliers désignés par le conseil médical» par les mots «des médecins hospitaliers qui sont membres du conseil médical».

Pour une justification détaillée de cet amendement, *M. Luc Goutry* renvoie à l'intervention de M. Jo Vandeurzen dans le cadre de la discussion générale.

M. Luc Goutry (CD&V) et consorts présentent un amendement (n° 29 – DOC 50 1905/002) tendant à compléter l'article 129 bis, § 2, proposé, par un alinéa 2, libellé comme suit :

«*Les membres de la commission financière considèrent les informations qui sont mises à leur disposition comme strictement confidentielles et ne peuvent dès lors les utiliser qu'aux fins prévues.*».

M. Luc Goutry (CD&V) fait observer qu'il faut prévoir des garanties suffisantes pour que l'on soit assuré que les informations seront traitées de manière confidentielle. C'est ainsi qu'il faut éviter que la commission financière fasse, d'une manière ou d'une autre, un usage abusif des informations qui sont mises à sa disposition.

M. Luc Goutry (CD&V) et consorts présentent un amendement (n° 16 – DOC 50 1905/002) tendant à faire en sorte que l'examen des opérations et des résultats de la perception centrale soit également de la compétence de la commission financière. Tant les médecins que les gestionnaires devront pouvoir disposer de ces informations.

Enfin, *M. Luc Goutry (CD&V)* présente *un amendement (n° 17 – DOC 50 1905/002)* tendant, dans l'article 129 bis, § 4, proposé, à remplacer les mots «des mesures sont proposées en consensus» par les mots «des mesures, adoptées à l'unanimité, sont proposées».

Il s'agit d'une correction d'ordre légistique.

Amendement nr. 23 (DOC 50 1905/002) van mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) c.s. heeft dezelfde draagwijdte als het punt A van amendement nr. 15. Beide amendementen beogen een paritaire vertegenwoordiging van artsen en beheerders in de financiële commissie.

Amendement nr. 24 (DOC 50 1905/002) van mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) c.s. strekt ertoe §2 van het ontworpen artikel 129bis aan te vullen met een tweede lid, luidend als volgt :

«Deze laatsten kunnen zich laten bijstaan door een financieel deskundige».

Amendement nr. 25 (DOC 50 1905/002) van mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) c.s. strekt ertoe § 2bis in te voegen in het ontworpen artikel 129bis, luidend als volgt:

«De financiële commissie beschikt over alle gegevens zoals voorzien in artikel 128bis.».

Amendement nr. 26 (DOC 50 1905/002) van mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) c.s. strekt ertoe het ontworpen artikel 129bis aan te vullen met een § 5, luidend als volgt :

«De gegevens zoals voorzien in §2bis kunnen door de afgevaardigde van de medische raad worden medegedeeld aan de medische raad.».

Voor de toelichting van de amendementen nrs. 24, 25 en 26 verwijst mevrouw Yolande Avontroodt naar de verantwoording.

De minister van Volksgezondheid vestigt de aandacht erop dat met dit wetsontwerp een proces wordt opgestart om te komen tot een beter overleg tussen de ziekenhuisbeheerders en de ziekenhuisgeneesheren en tot het creëren van transparantie in de financiële stromen. Het ontwerp is geen maximalistisch voorstel. Wel worden er een aantal cruciale eerste stappen gezet. Oud-rector Dillemans van de KUL voert in opdracht van de regering nog verdere verkenningen uit.

Wat betreft het voorstel om voorrang te geven aan de oprichting van Permanente Overlegcomités, merkt de minister op dat de oprichting van dergelijke comités niet verplicht is. In veel ziekenhuizen werden dergelijke comités niet opgericht.

De procedure inzake adviesbevoegdheid van de medische raad kan vervangen worden door een procedure van rechtstreeks overleg, waarbij het Permanent Overlegcomité optreedt als beslissingsorgaan en niet als adviesorgaan.

L'amendement n° 23 (DOC 50 1905/002) de Mme Yolande Avontroodt (VLD) et consorts a la même portée que le littéra A de l'amendement n° 15. Ces deux amendements visent à prévoir une représentation paritaire des médecins et des gestionnaires au sein de la commission financière.

L'amendement n° 24 de Mme Yolande Avontroodt (VLD) et consorts (DOC 50 1905/002) tend à compléter le § 2 de l'article 129bis proposé par un alinéa 2, libellé comme suit :

«Ces derniers peuvent se faire assister par un expert financier.»

L'amendement n° 25 de Mme Yolande Avontroodt (VLD) et consorts (DOC 50 1905/002) tend à insérer, dans l'article 129bis proposé, un § 2bis, libellé comme suit :

«La commission financière dispose de toutes les données comme prévu à l'article 128bis.».

L'amendement n° 26 de Mme Yolande Avontroodt (VLD) et consorts (DOC 50 1905/002) tend à compléter l'article 129bis proposé par un § 5, libellé comme suit :

«Les données visées au § 2bis peuvent être communiquées au conseil médical par le délégué du conseil médical.».

Pour le commentaire des amendements n°s 24, 25 et 26, Mme Yolande Avontroodt renvoie à la justification.

La ministre de la Santé publique attire l'attention sur le fait que le projet de loi à l'examen a pour objet d'améliorer la concertation entre les gestionnaires des hôpitaux et les médecins hospitaliers et d'accroître la transparence en ce qui concerne les flux financiers. Le projet ne constitue pas une proposition maximaliste. Il tend néanmoins à franchir un certain nombre d'étapes cruciales. L'ancien recteur de la KUL, M. Dillemans, approfondit encore ses recherches à la demande du gouvernement.

En ce qui concerne la proposition de donner la priorité à la constitution de comités de concertation permanents, la ministre fait observer que la constitution de tels comités n'est pas obligatoire. Dans de nombreux hôpitaux, de tels comités n'ont pas été institués.

La compétence d'avis du conseil médical peut être remplacée par une procédure de concertation directe, dans le cadre de laquelle le comité de concertation permanent interviendrait comme organe décisionnel et non pas comme organe consultatif.

Het lidmaatschap van de financiële commissie wordt bewust niet beperkt tot de leden van de medische raad. Deskundigheid op het vlak van het creëren van medische transparantie is niet noodzakelijk aanwezig bij de leden van de medische raad.

De minister wijst erop dat ook het in de artikelen 82 en 84 van de ziekenhuiswet bedoelde verslag van de bedrijfsrevisor in de financiële commissie zal worden besproken. Artikel 84 handelt over de activiteiten van de dienst die de centrale inning doet (dienst ingesteld door de medische raad of door het ziekenhuis). Artikel 82 heeft betrekking op de boekhouding en de jaarrekeningen van het ziekenhuis.

De minister gaat akkoord met de amendementen nr. 15 A en 23, die beide een paritaire samenstelling van de financiële commissie beogen. In de oorspronkelijke tekst werd geen melding gemaakt van een paritaire samenstelling omdat men wilde vermijden de indruk te wekken dat de financiële commissie een beslissingsorgaan is.

Het zou vrij betuttelend overkomen om expliciet te vermelden dat de ter beschikking gestelde informatie vertrouwelijk moet worden behandeld. Het is veeleer een deontologische regel. Een dergelijk aspect moet dus niet in een wetsbepaling worden geregeld. Een vermelding in het intern reglement is meer aangewezen.

De minister is het eens met de suggestie (*zie amendement nr. 24*) om te voorzien in de mogelijkheid dat de artsen zich kunnen laten bijstaan door een financieel deskundige. Ook een uitstekend arts is niet altijd voldoende vertrouwd met de technieken van de financiële analyse. De minister stipt verder aan dat de artsen zich niet kunnen laten vervangen door de financieel deskundige. Deze laatste kan hen alleen bijstaan.

De informatie waarvan sprake in artikel 128*bis*, zijn de gegevens die door de ziekenhuisbeheerder ter beschikking worden gesteld van de medische raad.

Aangezien de afgevaardigden van de medische raad niet noodzakelijk zelf zitting hebben in de medische raad, moet de informatie die in de financiële commissie ter beschikking wordt gesteld van de afgevaardigden ook worden medegedeeld aan de medische raad. *Amendement nr. 26* voorziet in deze informatiedoorstroming.

Art. 49

Amendement nr. 18 (DOC 50 1905/002) van de heer Luc Goutry (CD&V) c.s. strekt ertoe in het ontworpen artikel 137 de woorden «*artikel 140, §1°*» te vervangen door de woorden «*artikel 140, §1, 1°*».

Het betreft een technische correctie, waarmee tegemoet wordt gekomen aan een opmerking van de Raad van State.

La composition de la commission financière n'est volontairement pas limitée aux membres du conseil médical. Les membres du conseil médical ne possèdent pas nécessairement l'expertise requise sur le plan de la création de la transparence médicale.

Le ministre souligne que le rapport du réviseur d'entreprises visé aux articles 82 et 84 de la loi sur les hôpitaux sera également examiné par la commission financière. L'article 84 porte sur les activités du service qui assure la perception centrale (service institué par le conseil médical ou l'hôpital). L'article 82 porte sur la comptabilité et les comptes annuels de l'hôpital.

Le ministre marque son accord sur les amendements n° 15 A et 23, qui tendent tous deux à instaurer une composition paritaire de la commission financière. Dans le texte initial, il n'était pas fait mention d'une composition paritaire, parce que l'on voulait éviter de donner l'impression que la commission financière est un organe décisionnel.

Il paraîtrait fort mesquin de mentionner explicitement que les informations mises à disposition doivent être traitées de manière confidentielle. Il s'agit plutôt d'une règle déontologique. Un tel aspect ne doit donc pas être réglé dans une disposition légale. Une mention dans le règlement d'ordre intérieur paraît plus indiquée.

Le ministre est d'accord avec la suggestion (voir amendement n° 24) de prévoir la possibilité que les médecins puissent se faire assister par un expert financier. Même un excellent médecin n'est pas toujours suffisamment familiarisé avec les techniques de l'analyse financière. Le ministre souligne du reste que les médecins ne peuvent pas se faire remplacer par l'expert financier. Ce dernier ne peut que les assister.

Les informations dont question à l'article 128*bis* sont les données qui sont mises à la disposition du conseil médical par le gestionnaire de l'hôpital.

Étant donné que les délégués du conseil médical ne siègent pas nécessairement eux-mêmes au conseil médical, les informations qui sont mises à disposition des délégués au sein de la commission financière doivent également être communiquées au conseil médical. L'amendement n° 26 prévoit cette transmission des informations.

Art. 49

M. Luc Goutry (CD&V) et consorts présentent un amendement (n° 18, DOC 50 1905/002) tendant à remplacer à l'article 137, les mots «*article 140, § 1°*» par les mots «*article 140, § 1^{er}, 1°*».

Il s'agit d'une correction technique qui tient compte d'une observation du Conseil d'État.

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen heeft er geen bezwaar tegen dat deze materiële fout met een amendement wordt rechtgezet.

De heer Yvan Mayeur (PS) vraagt zich af hoe de verrekening zal plaatsvinden als de betrokken arts niet meer werkt in het ziekenhuis. Wat gebeurt er als de arts werkt onder een werknemersstatuut. Hoe zullen de bedragen die in mindering moeten worden gebracht dan door de ziekenhuisbeheerder gerecupeerd kunnen worden.

De wijze waarop de regelgeving wordt uitgewerkt, doet bovendien de indruk ontstaan dat er in België alleen privé-ziekenhuizen zouden zijn en dat alle artsen onder een zelfstandigenstatuut werken. Met de specifieke situatie van de openbare ziekenhuizen wordt onvoldoende rekening gehouden.

Het gevaar is ook reëel dat ziekenhuizen die zich buiten de referentienorm bevinden, een selectie zullen uitvoeren op het vlak van patiënten en pathologieën.

Zowel het gebruik van een mediaan als het hanteren van een gemiddelde als referentienorm kan aanleiding geven tot een vorm van selectiviteit.

De minister deelt de bezorgdheid van de heer Mayeur. Dergelijke maatregelen moeten dan ook geëvalueerd worden op basis van de mogelijke risico's inzake selectie van patiënten of pathologieën. Daarom wordt er alleen gewerkt met pathologieën waarvan de ernst behoort tot de graden 1 en 2. Pathologieën met graden 3 en 4 worden niet opgenomen om te vermijden dat er zich selectiefenomenen zouden voordoen. Er zal trouwens een preventieve simulatie worden uitgevoerd. De bedoeling is dat alle ziekenhuizen er worden toe aangezet om over deze aangelegenheid een reglement aan te nemen. Bij gebrek aan een reglement zal de wet bepalen hoe de verschillen in mindering moeten worden gebracht (derde lid van het ontworpen artikel 137). In deze standaardregeling wordt bepaald dat de verrekening geschiedt ten aanzien van de ziekenhuisgeneesheren volgens het relatief aandeel van elke ziekenhuisgeneesheer in de honorariamassa van de groep van verstrekkers waartoe hij behoort in de drie maanden voorafgaand aan de verrekening. Het is dus mogelijk dat een arts die niet aanwezig was op het ogenblik van de overschrijding wel betrokken wordt bij de verrekening, terwijl een andere arts die wel aanwezig was op het ogenblik van de overschrijding, op het ogenblik van de verrekening reeds het ziekenhuis heeft verlaten.

De methode kan inderdaad makkelijker worden toegepast in ziekenhuizen waar de artsen werken onder een zelfstandigenstatuut. In de universitaire en de openbare ziekenhuizen, waar de artsen werken onder een werknemersstatuut, is de situatie complexer, aangezien

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions ne voit aucune objection à ce que cette erreur matérielle soit corrigée par un amendement.

M. Yvan Mayeur (PS) demande comment l'imputation sera effectuée si le médecin concerné ne travaille plus à l'hôpital. Que se passera-t-il si le médecin travaille sous un statut de travailleur salarié ? Comment les montants devant être portés en déduction pourront-ils alors être récupérés par le gestionnaire de l'hôpital ?

Par ailleurs, la manière dont la réglementation est élaborée donne à penser qu'il n'y aurait en Belgique que des hôpitaux privés, et que tous les médecins seraient des travailleurs indépendants. Il n'est pas tenu compte d'une manière suffisante de la situation particulière des hôpitaux publics.

De plus, les hôpitaux qui dépassent la norme de référence risquent réellement d'opérer une sélection parmi leurs patients et leurs pathologies.

Tant l'utilisation d'une valeur médiane que l'utilisation d'une moyenne en tant que norme de référence peut donner lieu à une forme de sélectivité.

Le ministre partage l'inquiétude de M. Mayeur. Ces mesures doivent dès lors être évaluées en fonction des risques éventuels en ce qui concerne la sélection des patients ou des pathologies. C'est pourquoi seules ont été retenues les pathologies dont la gravité correspond aux degrés 1 et 2. Les pathologies dont la gravité correspond aux degrés 3 et 4 ne sont pas concernées afin d'éviter les phénomènes de sélection. Une simulation préventive sera d'ailleurs réalisée. L'intention est d'inciter tous les hôpitaux à adopter un règlement en la matière. En l'absence de règlement, la loi disposera de quelle manière les différences doivent être portées en déduction (alinéa 3 de l'article 137 en projet). Cette réglementation standardisée prévoit que l'imputation s'effectue par rapport aux médecins hospitaliers selon la part de chacun d'eux dans la masse des honoraires du groupe des prestataires auquel il appartient dans les trois mois précédant l'imputation. Par conséquent, il est possible qu'un médecin absent au moment du dépassement soit associé à l'imputation, et qu'un autre médecin, présent au moment du dépassement, ait déjà quitté l'hôpital au moment de l'imputation.

Il est effectivement plus aisé d'appliquer la méthode dans les hôpitaux dans lesquels les médecins travaillent sous un statut d'indépendant. Dans les hôpitaux universitaires et publics, où les médecins exercent sous un statut de travailleur salarié, la situation est plus com-

er geen directie verrekening op de honoraria kan plaatsvinden en zal er over het vraagstuk van de verrekening grondig overleg moeten tot stand komen tussen de beheerders en de artsen met het oog op een responsabilisering van de artsen.

De minister blijft ervan overtuigd dat de voorgestelde aanpak de enig mogelijke oplossing is.

De heer Yvan Mayeur (PS) vraagt of de recuperatie in de openbare ziekenhuizen niet tot stand kan komen op basis van de ziekenhuisvergoeding van de artsen.

De minister antwoordt dat de door de heer Mayeur gesuggereerde recuperatiemethode kan worden aangenomen op voorwaarde dat ze is opgenomen in het reglement.

Art. 50

Mevrouw Maggie De Block (VLD) vraagt naar de precieze draagwijdte van deze bepaling die ertoe strekt de gevolgen van artikel 114 van de wet van 14 januari 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg, twee jaar na de inwerkingtreding van diezelfde wet, te doen ophouden. Voormeld artikel 114 heeft, aldus de spreker, betrekking op de toepassing van de extra honoraria die bij ziekenhuisopnames worden gevraagd, en die conform de bij het koninklijk besluit van 3 oktober 1991 vastgestelde wijze moeten worden meegedeeld. Een en ander zou bij wijze van overgangsregeling gelden vooraleer, voor de geconventioneerde artsen, de conform artikel 138 van de gecoördineerde ziekenhuiswet van 7 augustus 1987 vastgestelde tariefovereenkomsten toepasselijk zouden worden voor ziekenhuispatiënten die in tweepatiëntenkamers of in gemeenschappelijke kamers opgenomen zijn.

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen preciseert dat de artsen die – inzonderheid omdat ze niet geconventioneerd zijn – thans extra honoraria vragen aan de in voormelde ziekenhuiskamers opgenomen patiënten, dat verder zullen kunnen blijven doen tijdens die overgangsperiode van twee jaar, voorafgaand aan de instelling van een (in ieder ziekenhuis vast te stellen) algemene regelgeving terzake die, conform artikel 130 van voormelde wet van 7 augustus 1987, de juridische verhouding tussen het desbetreffende ziekenhuis en de ziekenhuisartsen regelt.

Het ontworpen artikel 50 strekt ertoe die overgangsperiode na twee jaar te schrappen.

plexe, étant donné qu'il ne pourra y avoir d'imputation directe sur les honoraires, et la question de l'imputation devra faire l'objet d'une concertation approfondie entre les gestionnaires et les médecins afin de responsabiliser ces derniers.

Le ministre reste convaincu que la méthode proposée est la seule solution possible.

M. Yvan Mayeur (PS) demande si, dans les hôpitaux publics, la récupération ne peut avoir lieu sur la base de l'indemnité clinique des médecins.

Le ministre répond que la méthode de récupération proposée par M. Mayeur peut être appliquée pourvu qu'elle figure dans le règlement.

Art. 50

Mme Maggie De Block (VLD) s'interroge sur la portée précise de cette disposition, qui vise à faire cesser les effets de l'article 114 de la loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé, deux ans après l'entrée en vigueur de cette même loi. Cet article 114, rappelle l'intervenante, a trait à l'application des suppléments d'honoraires réclamés en cas de séjour hospitalier, selon les modalités de communication précisées par l'arrêté royal du 3 octobre 1991, et ce, à titre transitoire avant l'application, dans le chef des médecins conventionnés, des accords tarifaires édictés, en vertu de l'article 138 de la loi coordonnée du 7 août 1987 sur les hôpitaux, en matière de séjour hospitalier des patients en chambres de deux lits ou dans des chambres communes.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions précise que les médecins qui – notamment en raison de leur absence de conventionnement – réclament actuellement des suppléments d'honoraires aux patients admis dans les chambres hospitalières précitées, pourront continuer à le faire durant cette période transitoire de deux ans, qui précède l'instauration d'une réglementation générale (qui devra être édictée dans chaque hôpital) régissant, en vertu de l'article 130 de la loi 7 août 1987 précitée, les rapports juridiques entre l'hôpital considéré et les médecins hospitaliers.

L'article 50 proposé vise à supprimer cette période transitoire après deux ans.

Art. 51

De heer Luc Goutry (CD&V) merkt op dat het belangrijk is dat er een overlegstructuur bestaat waarin de drie betrokken partijen (verzekeringsinstellingen, ziekenhuizen en geneesheren) vertegenwoordigd zijn.

De bestaande tripartite-structuur heeft in de praktijk nooit goed gewerkt. Er bestaan dus grote verwachtingen om te komen tot een betere werking van de nieuwe overlegstructuren.

Op het vlak van de programmatie en de financiering zal de Multipartite-structuur beschikken over belangrijke adviesbevoegdheden.

De Multipartite-structuur zal ook zorgen voor een belangrijke brug tussen de FOD Volksgezondheid en het RIZIV.

De Multipartite-structuur moet dus ook de nodige kansen krijgen.

Is er evenwel geen risico dat er interferenties kunnen ontstaan tussen de Multipartite-structuur en het nog op te richten kenniscentrum ?

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen vestigt de aandacht erop dat het kenniscentrum een expertencentrum is en geen adviescentrum waar de betrokken actoren overleg plegen met het oog op het uitbrengen van een advies. De adviezen van het kenniscentrum worden opgesteld door deskundigen, de adviezen van de Multipartite-structuur worden opgesteld door de betrokken actoren.

De minister van Volksgezondheid is het eens met de opmerking van de heer Goutry dat de tripartite in het verleden niet behoorlijk heeft gefunctioneerd. Omdat de tripartite bijzonder weinig adviesbevoegdheden had, ontbrak elke dynamiek. De Multipartite slaat een brug tussen de FOD Volksgezondheid en het RIZIV, waardoor wel de basis gelegd wordt voor een dynamische aanpak.

Facultatieve adviezen over programmatie en financiering zullen alleen gevraagd worden als deze adviezen een werkelijke mogelijkheid tot meerwaarde bieden. Beide betrokken ministers moeten het hierover eens zijn.

Het advies moet ook op de steun kunnen rekenen van een meerderheid in elk van de drie betrokken groepen.

De tripartite beschikte in het verleden over te weinig adviesbevoegdheid om gemotiveerd te kunnen werken.

Het kenniscentrum is een expertenstructuur die zal zorgen voor ondersteunende studies, die kunnen worden gebruikt door de nationale raad. De kerntaak van het kenniscentrum is het vergaren van kennis om het beleid op lange termijn te kunnen sturen.

Art. 51

M. Luc Goutry (CD&V) fait observer qu'il est important qu'il existe une structure de concertation au sein de laquelle les trois parties concernées (organismes assureurs, hôpitaux, médecins) sont représentées.

La structure tripartite existante n'a jamais bien fonctionné dans la pratique. Les attentes sont grandes dès lors quant à l'amélioration du fonctionnement des nouvelles structures de concertation.

En matière de programmation et de financement, la structure multipartite disposera de compétences d'avis importantes.

La structure multipartite assurera également une passerelle importante entre le SPF Santé publique et l'INAMI.

La structure multipartite doit donc également recevoir les opportunités nécessaires.

N'y a-t-il toutefois aucun risque d'interférence entre la structure multipartite et le futur centre d'expertise ?

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions attire l'attention sur le fait que le centre en question est un centre d'expertise, et non un centre d'avis, où les acteurs concernés se concertent en vue d'émettre un avis. Les avis du centre d'expertise sont rédigés par des experts, les avis de la structure multipartite sont rédigés par les acteurs intéressés.

La ministre de la Santé publique se rallie au point de vue de M. Goutry selon lequel la tripartite n'a pas fonctionné convenablement par le passé. Toute dynamique faisait défaut, du fait que la tripartite disposait d'une compétence d'avis très limitée. La structure multipartite constitue un pont entre le SPF Santé publique et l'INAMI, ce qui constitue la base d'une approche dynamique.

Des avis facultatifs sur la programmation et le financement seront uniquement demandés s'ils offrent une réelle possibilité de plus-value. Les deux ministres concernés doivent être d'accord à ce propos.

L'avis doit aussi pouvoir emporter l'adhésion d'une majorité dans chacun des trois groupes concernés.

La tripartite disposait d'une compétence d'avis trop limitée pour être vraiment motivée dans l'accomplissement de sa tâche.

Le centre d'expertise est une structure d'experts qui réalisera des études qui pourront être utilisées par le conseil national. La mission essentielle du centre d'expertise consistera à collecter des connaissances afin de pouvoir adapter la politique à long terme.

Art. 52

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Art. 53

De heer Luc Goutry (CD&V) vraagt zich af of de Multipartite-structuur ook gerechtigd is op eigen initiatief adviezen uit te brengen voor de ministers van Sociale Zaken en van Volksgezondheid (en dus niet uitsluitend op vraag van een van de betrokken ministers, zoals de ontworpen tekst uitdrukkelijk laat verstaan). Zo ja, zou het niet beter zijn dat ook ondubbelzinnig in de tekst op te nemen?

De minister van Volksgezondheid merkt op dat de overlegstructuur onder de wetgeving van 29 april 1996 geen enkele verplicht adviserende bevoegdheid had.

De ontworpen tekst bepaalt dat de voornoemde ministers het advies van deze Multipartite-structuur mogen vragen. In de tekst staat niet dat die structuur op eigen initiatief advies kan uitbrengen. In voorkomend geval mag dat advies er in ieder geval niet toe leiden dat het de plaats inneemt van het advies van de Nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen (als dat laatste advies vereist is).

Art. 54

Amendement nr. 22 (DOC 50 1905/002) van de heer Yvan Mayeur (PS) c.s. strekt ertoe de Multipartite-structuur te verplichten een jaarverslag op te stellen waarin de regeling inzake de referentiebedragen wordt geëvalueerd.

Er wordt verwezen naar de schriftelijke verantwoording.

Art. 55

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Art. 56

Op voorstel van de minister beslist de commissie om, met het oog op de overeenstemming met de Nederlandse tekst van het wetsontwerp, de woorden «*en ce qui concerne toutes les questions se rapportant aux activités ainsi que les avis et les décisions*» te vervangen door de woorden «*au sujet de toutes les questions qui touchent aux problèmes de la cohérence des activités ainsi que des avis et des décisions*».

Art. 52

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

Art. 53

M. Luc Goutry (CD&V) se demande si la structure multipartite est également habilitée à émettre à l'intention des ministres des Affaires sociales et de la Santé publique des avis de sa propre initiative (et donc pas uniquement sur la base d'une demande des ministres considérés, comme le texte proposé le laisse formellement entendre). Dans l'affirmative, ne conviendrait-il pas de le prévoir expressément dans le texte proposé ?

La ministre de la Santé publique rappelle que sous l'empire de la législation du 29 avril 1996, la structure de concertation ne possédait aucune compétence d'avis obligatoire.

Le texte proposé prévoit que les ministres précités peuvent solliciter l'avis de cette structure multipartite. Le texte ne prévoit pas que cette structure peut émettre un avis de sa propre initiative. Le cas échéant, cet avis ne peut en tout cas aboutir à un remplacement de l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers (lorsque ce dernier avis est requis).

Art. 54

L'amendement n°22, (Doc n°1905/002) de M. Mayeur et consorts vise à imposer à la structure multipartite l'établissement d'un rapport annuel d'évaluation du système des montants de référence.

Il est renvoyé à la justification écrite.

Art. 55

Cet article n'appelle pas d'observations.

Art. 56

Sur la proposition du ministre, la commission, décide, par souci de cohérence avec la version néerlandaise du texte proposé, de remplacer, à titre de correction technique, les mots «*en ce qui concerne toutes les questions se rapportant aux activités ainsi que les avis et les décisions*» par les mots «*au sujet de toutes les questions qui touchent aux problèmes de la cohérence des activités ainsi que des avis et des décisions*».

Art. 57

De heer Luc Goutry (CD&V) c.s. dient op dit artikel drie amendementen (nrs. 33, 34, 35, DOC. 1905/002) in.

Als mede-indiener wijst de heer José Vande Walle (CD&V) erop dat dit amendement ertoe strekt het democratische karakter van de Multipartite-structuur sterker te onderbouwen door de aanwijzing van de voorzitter en de ondervoorzitters ervan te laten afhangen van de voorafgaande goedkeuring door de leden alsmede door voor die personen de verplichting in te bouwen dat ze van een andere taalaanhörigheid en sekse moeten zijn. Voorts moet het aantal leden dat de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigt met het oog op een representatieve vertegenwoordiging op 8 gehandhaafd blijven.

De minister van Volksgezondheid wijst erop dat de amendementen nrs. 33 en 34 met name de voor de samenstelling van het bureau van de Multipartite-structuur geldende regels ingewikkelder en praktisch onbruikbaar maken. Terzake blijft enige soepelheid vereist.

De heer Luc Goutry (CD&V) beklemtoont het democratisch wettelijk karakter van de overlegstructuur. Hij wijst erop dat voor de samenstelling van het kenniscentrum - luidens het voorontwerp van wet - de regels inzake het taalevenwicht van toepassing zijn.

Art. 58 tot 61

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

Art. 62

Amendement nr. 2 (DOC 50 1905/002) van mevrouw De Meyer c.s. bepaalt, om redenen van haalbaarheid in de tijd, dat artikel 11 van de ontworpen tekst op 1 oktober 2002 in werking treedt.

V. — STEMMINGEN

Artikel 1

Artikel 1 wordt eenparig aangenomen.

Art. 57

Trois amendements (n°33, 34 et 35, Doc n°1905/002) sont déposés par M. Goutry et consorts à cet article.

M. José Van de Walle (CD& V) indique, en tant que cosignataire, que cet amendement vise à renforcer la dimension démocratique de la structure multipartite en conditionnant la désignation des présidents et vice-présidents de celle-ci à la proposition préalable des membres, et en imposant à ces personnes d'être de sexe et de rôle linguistique distincts. D'autre part, le nombre de membres représentant les organismes assureurs doit, dans un souci de représentativité, être maintenu à 8.

La ministre de la Santé publique indique que les amendements n° 33 et 34, en particulier, compliquent les règles de composition du bureau de la structure multipartite et les rendent impraticables dans la pratique. Une souplesse demeure requise en la matière.

M. Luc Goutry (CD&V) insiste sur la légitimité démocratique de la structure de concertation. Il rappelle que dans l'avant-projet de loi, le centre de connaissance était, sur le plan de sa composition, assujéti aux règles d'équilibre linguistique.

Articles 58 à 61

Ces articles n'appellent pas d'observations.

Art. 62

L'amendement n° 2 (Doc n° 1905/002) de Mme De Meyer et consorts prévoit, pour des raisons de praticabilité temporelle, que l'article 11 du texte proposé rentre en vigueur le 1er octobre 2002.

V. — VOTES

Article 1^{er}

L'article 1^{er} est adopté à l'unanimité.

Art. 2

Subamendement nr. 36 van de heer Goutry c.s. wordt eenparig aangenomen.

Amendement nr. 30 van de heer Goutry vervalt diensgevolge.

Het aldus geamendeerde artikel 2 wordt eenparig aangenomen.

Art. 3

Amendement nr. 20 van de heer Mayeur c.s. wordt eenparig aangenomen.

Het aldus geamendeerde artikel 3 wordt eenparig aangenomen.

Art. 4

Amendement nr. 5 van de heer Goutry wordt ingetrokken.

Artikel 4 wordt eenparig aangenomen.

Art. 5

Amendement nr. 6 van de heer Goutry wordt ingetrokken.

Artikel 5 wordt eenparig aangenomen.

Art. 6

Artikel 6 wordt eenparig aangenomen.

Art. 7

Amendement nr. 7 van de heer Goutry wordt verworpen met 18 tegen 2 stemmen.

Artikel 7 wordt aangenomen met 18 tegen 2 stemmen.

Art. 8 tot 10

Deze artikelen worden eenparig aangenomen.

Art. 11

Amendement nr. 1 van mevrouw De Meyer c.s. wordt aangenomen met 18 tegen 2 stemmen.

Subamendement nr. 38 van de heer Goutry c.s. wordt eenparig aangenomen.

Art. 2

Le sous-amendement n° 36 de M. Goutry et consorts est adopté à l'unanimité.

En conséquence, l'amendement n°30 de M. Goutry devient sans objet.

L'article 2, ainsi modifié, est adopté à l'unanimité.

Art.3

L'amendement n°20 de M. Mayeur est consorts est adopté à l'unanimité.

L'article 3, ainsi modifié, est adopté à l'unanimité.

Art. 4

L'amendement n°5 de M. Goutry est retiré.

L'article 4 est adopté à l'unanimité.

Art. 5

L'amendement n° 6 de M. Goutry est retiré.

L'article 5 est adopté à l'unanimité.

Art. 6

Cet article 6 est adopté à l'unanimité

Art. 7

L'amendement n° 7 de M. Goutry est rejeté par 18 voix contre 2.

L'article 7 est adopté par 18 voix contre 2.

Art. 8 à 10

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

Art. 11

L'amendement n°1 de Mme De Meyer et consorts est adopté par 18 voix et 2 abstentions.

Le sous-amendement n°38 de M. Goutry et consorts et consorts est adopté à l'unanimité.

Het eerste deel van amendement nr. 8 van de heer Goutry c.s. wordt eenparig aangenomen.

De amendementen nrs. 9 en 31 van de heer Goutry worden ingetrokken.

Amendement nr. 21 van de heer Mayeur c.s. wordt eenparig aangenomen.

Amendement nr. 27 van mevrouw Avontroodt c.s. wordt eenparig aangenomen.

Amendement nr. 32 van de heer Goutry wordt verworpen met 18 tegen 2 stemmen.

Het aldus geamendeerde artikel 11 wordt aangenomen met 18 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 12 tot 14

Deze artikelen worden eenparig aangenomen.

Art. 15

Amendement nr. 10 van de heer Goutry wordt eenparig aangenomen.

Het aldus geamendeerde artikel 15 wordt eenparig aangenomen.

Art. 16

Amendement nr. 11 van de heer Goutry wordt verworpen met 18 tegen 2 stemmen.

Artikel 16 wordt eenparig aangenomen.

Art. 17 tot 20

Deze artikelen worden eenparig aangenomen.

Art. 21 en 22

Deze artikelen worden aangenomen met 18 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 23 tot 25

Deze artikelen worden eenparig aangenomen.

Art. 26

Amendement nr. 12 van de heer Goutry wordt verworpen met 18 tegen 2 stemmen.

Artikel 26 wordt aangenomen met 18 stemmen en 2 onthoudingen.

L'amendement n° 8 de M. Goutry et consorts, en sa première partie, est adopté à l'unanimité.

Les amendements n° 9 et 31 de M. Goutry et consorts sont retirés.

L'amendement n°21 de M. Mayeur et consorts est adopté à l'unanimité.

L'amendement n°27 de Mme Avontroodt et consorts est adopté à l'unanimité.

L'amendement n°32 de M. Goutry est rejeté par 18 voix contre 2.

L'article 11, ainsi modifié, est adopté par 18 voix et 2 abstentions.

Art. 11 à 14

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

Art. 15

L'amendement n° 10 de M. Goutry est adopté à l'unanimité.

L'article 15, ainsi modifié, est adopté à l'unanimité.

Art. 16

L'amendement n°11 de M. Goutry est rejeté par 18 voix contre 2.

L'article 16 est adopté à l'unanimité.

Art. 17 à 20

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

Art. 21 et 22

Ces articles sont adoptés par 18 voix et 2 abstentions.

Art. 23 à 25

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

Art. 26

L'amendement n° 12 de M. Goutry est rejeté par 18 voix contre 2.

L'article 26 est adopté par 18 voix et 2 abstentions.

Art. 27 tot 33

Deze artikelen worden eenparig aangenomen.

Art. 33bis en 33ter (*nieuw*)

De amendementen nrs. 4 en 3 van mevrouw De Meyer c.s., die tot doel hebben deze artikelen in te voegen, worden eenparig aangenomen.

Art. 34

Artikel 34 wordt aangenomen met 18 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 34bis (*nieuw*)

Amendement nr. 29 van de heer Mayeur, dat tot doel heeft dit artikel in te voegen, wordt aangenomen met 18 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 35

Dit artikel wordt aangenomen met 18 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 36 tot 39

Deze artikelen worden eenparig aangenomen.

Art. 39bis

Amendement nr. 37 van mevrouw Gilkinet c.s., tot invoeging van dit artikel, wordt ingetrokken.

Art. 40 en 41

Deze artikelen worden aangenomen met 18 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 42

Dit artikel wordt eenparig aangenomen.

Art. 27 à 33

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

Art. 33bis et 33ter (*nouveaux*)

Les amendements n° 4 et 3 de Mme De Meyer et consorts, visant à insérer ces articles, sont adoptés à l'unanimité.

Art. 34

L'article 34 est adopté par 18 voix et 2 abstentions.

Art. 34bis (*ouveau*)

L'amendement n° 29 de M Mayeur, visant à insérer cet article, est adopté par 18 voix et 2 abstentions.

Art. 35

Cet article est adopté par 18 voix et 2 abstentions.

Art. 36 à 39

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

Art. 39 bis

L'amendement n° 37 de Mme Gilkinet et consorts, visant à insérer cet article, est retiré.

Art. 40 et 41

Ces articles sont adoptés par 18 voix et 2 abstentions.

Art. 42

Cet article est adopté à l'unanimité.

Art. 43

Dit artikel wordt aangenomen met 18 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 44

Dit artikel wordt eenparig aangenomen.

Art. 45

Dit artikel wordt aangenomen met 18 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 46

Amendement nr. 13 van de heer Goutry c.s. wordt ingetrokken.

Amendement nr. 28 van de heer Mayeur c.s. wordt ingetrokken.

Amendement nr. 40 van de heer Mayeur c.s., tot vervanging van artikel 46, wordt eenparig aangenomen.

Art. 47

Amendement nr. 14 van de heer Goutry c.s. wordt verworpen met 18 tegen 2 stemmen.

Artikel 47 wordt aangenomen met 18 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 48

De amendementen nrs. 16 en 17 van de heer Goutry c.s. worden ingetrokken.

De amendementen nrs. 15, 19 en 29 van de heer Goutry c.s. worden verworpen met 18 tegen 2 stemmen.

De amendementen nrs. 23 tot 26 van mevrouw Avontroodt c.s. worden eenparig aangenomen.

Het aldus gewijzigde artikel 48 wordt met 18 stemmen en 2 onthoudingen aangenomen.

Art. 49

Amendement nr. 18 van de heer Goutry c.s. wordt eenparig aangenomen.

Het aldus gewijzigde artikel 49 wordt eenparig aangenomen.

Art. 43

Cet article est adopté par 18 voix et 2 abstentions.

Art. 44

Cet article est adopté à l'unanimité.

Art. 45

Cet article est adopté par 18 voix et 2 abstentions.

Art. 46

L'amendement n° 13 de M. Goutry et consorts est retiré.

L'amendement n° 28 de M. Mayeur et consorts est retiré.

L'amendement n° 40 de M. Mayeur et consorts, visant à remplacer l'article 46, est adopté à l'unanimité.

Art. 47

L'amendement n° 14 de M. Goutry et consorts est rejeté par 18 voix contre 2.

L'article 47 est adopté par 18 voix et 2 abstentions.

Art. 48

Les amendements n° 16 et 17 de M. Goutry et consorts sont retirés.

Les amendements n° 15, 19 et 29 de M. Goutry et consorts sont rejetés par 18 voix contre 2.

Les amendements n° 23 à 26 de Mme Avontroodt et consorts sont adoptés à l'unanimité.

L'article 48, ainsi modifié, est adopté par 18 voix et 2 abstentions.

Art. 49

L'amendement n° 18 de M. Goutry et consorts est adopté à l'unanimité.

L'article 49, ainsi modifié, est adopté à l'unanimité.

Art. 50 tot 52

Deze artikelen worden eenparig aangenomen.

Art. 53

Dit artikel wordt aangenomen met 18 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 54

Amendement nr. 22 van de heer Mayeur c.s. wordt aangenomen met 18 stemmen en 2 onthoudingen.
Het aldus gewijzigde artikel 54 wordt aangenomen met 18 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 55 en 56

Deze artikelen worden aangenomen met 18 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 57

De amendementen nrs. 33 tot 35 van de heer Goutry c.s. worden verworpen met 18 tegen 2 stemmen.
Artikel 57 wordt aangenomen met 18 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 58 en 59

Deze artikelen worden aangenomen met 18 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 60 en 61

Deze artikelen worden eenparig aangenomen.

Art. 62

Amendement nr. 2 van mevrouw De Meyer c.s. wordt aangenomen met 18 stemmen en 2 onthoudingen.
Het aldus gewijzigde artikel 62 wordt aangenomen met 18 stemmen en 2 onthoudingen.

VI. — TWEEDE LEZING

Met toepassing van artikel 72 van het Reglement werd de geamendeerde tekst tijdens de vergadering van 9 juli 2002 onderworpen aan een tweede lezing. Aan de tekst

Art. 50 à 52

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

Art. 53

Cet article est adopté par 18 voix et 2 abstentions.

Art. 54

L'amendement n° 22 de M. Mayeur et consorts est adopté par 18 voix et 2 abstentions.
L'article 54, ainsi modifié, est adopté par 18 voix et 2 abstentions.

Art. 55 et 56

Ces articles sont adoptés par 18 voix et 2 abstentions.

Art. 57

Les amendements n° 33 à 35 de M. Goutry et consorts sont rejetés par 18 voix contre 2.
L'article 57 est adopté par 18 voix et 2 abstentions.

Art. 58 et 59

Ces articles sont adoptés par 18 voix et 2 abstentions.

Art. 60 et 61

Ces articles sont adoptés à l'unanimité.

Art. 62

L'amendement n° 2 de Mme De Meyer et consorts est adopté par 18 voix et 2 abstentions.
L'article 62, ainsi modifié, est adopté par 18 voix et 2 abstentions.

VI. — SECONDE LECTURE

En application de l'article 72 du Règlement, le texte amendé a été soumis à une seconde lecture au cours de la réunion du 9 juillet 2002. Des corrections de texte

van de in eerste lezing aangenomen artikelen werden een aantal verbeteringen aangebracht waarvan de belangrijkste hieronder volgen:

Art. 2

Op voorstel van *de heren Luc Goutry (CD&V) en Yvan Mayeur (PS)* worden verbeteringen aangebracht aan het tweede lid van de in eerste lezing aangenomen tekst. In de Nederlandse versie wordt het woord «verzet» vervangen door het woord «verzoek» en in de Franse versie worden de woorden «*formulés dans le mois après opposition*» vervangen door de woorden «*dans le mois qui suit la demande*».

Art. 7

Op voorstel van *voorzitster mevrouw Avontroodt (VLD)* en van *de heer Luc Goutry (CD&V)* beslissen de commissies het 2° van de in eerste lezing aangenomen tekst te schrappen, aangezien die toevoeging op een vergissing berust.

Art. 9

Op voorstel van *de heer Luc Goutry (CD&V)* beslissen de commissies in § 7 van de in eerste lezing aangenomen tekst de woorden «na deze instellingen gehoord te hebben» te schrappen, aangezien dit bij amendement (nr. 8) ingevoegde tussenzinnetje werd weggelaten via een subamendement (nr. 38).

Op voorstel van *voorzitster mevrouw Avontroodt (VLD)* beslissen de commissies in de Nederlandse tekst van diezelfde § 7 het woord «overgemaakt» te vervangen door het woord «bezorgd».

Art. 14

Op voorstel van *de heer José Van de Walle (CD&V)* beslissen de commissies in de Nederlandse versie van de in eerste lezing aangenomen tekst de woorden «het omzet dat» te vervangen door de woorden «de omzet die». In dezelfde tekst wordt de afkorting «EURO» vervangen door «EUR».

Art. 52

Op voorstel van *de heer José Van de Walle (CD&V)* beslissen de commissies de Nederlandse redactie van § 3 van de in eerste lezing aangenomen tekst te verbeteren door de woorden «jaarlijks ten behoeve (...) een jaarverslag op» te vervangen door de woorden «jaarlijks een verslag op ten behoeve».

ont été apportées au texte des articles adoptés en première lecture, les corrections majeures étant énumérées ci-après :

Art. 2

Sur la proposition de *MM. Luc Goutry (CD&V) et Yvan Mayeur (PS)*, des corrections sont apportées à l'alinéa 2 du texte adopté en première lecture. Dans la version néerlandaise, le mot « verzet » est remplacé par le mot « verzoek » et dans la version française, les mots « formulés dans le mois après opposition » sont remplacés par le mot « dans le mois qui suit la demande ».

Art. 7

Sur la proposition de *Mme Avontroodt (VLD)*, présidente, et de *M. Luc Goutry (CD&V)* les commissions décident de biffer le 2° du texte adopté en première lecture, une erreur matérielle étant en effet à l'origine de cet ajout.

Art. 9

Sur la proposition de *Luc Goutry (CD&V)*, les commissions décident de supprimer, au § 7 du texte adopté en première lecture, les mots « ces institutions entendues » (« na deze instellingen gehoord te hebben dans la version néerlandaise »), étant donné que cette incise, apportée par amendement (n°8) au texte proposé, a été supprimée par voie de sous-amendement (n° 38).

Sur la proposition de *Mme Avontroodt (VLD)*, présidente, les commissions décident de remplacer, dans la version néerlandaise du même paragraphe 7, le mot « overgemaakt » par le mot « bezorgd ».

Art. 14

Sur la proposition de *M. José Van de Walle (CD&V)*, les commissions décident de remplacer, dans la version néerlandaise du texte adopté en première lecture, les mots « het omzet dat » par les mots « de omzet die ». Dans le même texte, les mots « EURO » est remplacé par le mot « EUR ».

Art. 52

Sur la proposition de *M. José Van de Walle (CD&V)*, les commissions décident d'améliorer la formulation néerlandaise de l'alinéa 3 du texte adopté en première lecture, en remplaçant les mots « *jaarlijks ten behoeve (...) een jaarverslag op* » par les mots « *jaarlijks een verslag op ten behoeve* ».

De commissie bevestigen vervolgens de voorheen uitgebrachte stemming over de in eerste lezing aangenomen amendementen.

Het geheel van de aan de commissies voorgelegde aldus geamendeerde en verbeterde bepalingen wordt aangenomen met 18 stemmen en 2 onthoudingen.

Dit verslag werd eenparig goedgekeurd op 10 juli 2002.

De rapporteur,

Magda DE MEYER

De voorzitters,

Joos WAUTERS
Yolande AVONTROODT

Lijst van de bepalingen die uitvoeringsmaatregelen vergen (artikel 18, 4, a) van het Reglement).

Die maatregelen moet worden genomen met toepassing van artikel 108 van de Grondwet.

Artikelen 2, 3, 4, 6, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 23, 25, 26, 31, 34, 35, 36 en 37, 43, 44, 45, 47, 54, 57, 58, 62.

Les commissions confirment ensuite le vote précédemment exprimé au sujet des amendements adoptés en première lecture.

L'ensemble des dispositions soumises aux commissions, telles qu'elles ont été amendées et corrigées, est adopté par 18 voix et 3 abstentions.

Le présent rapport a été approuvé à l'unanimité en date du 10 juillet 2002.

La rapporteuse,

Magda DE MEYER

Les présidents,

Joos WAUTERS
Yolande AVONTROODT

Liste des dispositions du projet qui nécessitent des mesures d'exécution (article 18, 4. a) du Règlement)

Ces mesures d'exécution sont à prendre en application de l'article 108 de la Constitution.

Art. 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 23, 25, 26, 31, 34, 35, 36, 37, 43, 44, 45, 47, 54, 57, 58, 62.

BIJLAGE

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEUKoninklijk besluit tot vaststelling van de
opdrachten verleend aan huisartsenkringen

Albert II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen,

Onze Groet.

Gelet op het koninklijk besluit n° 78 van 10 november 1967, betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen inzonderheid artikel 9, gewijzigd bij de wet van 10 augustus 2001;

Gelet op de wet van 27 juni 1921, waarbij aan de verenigingen zonder winstgevend doel en aan de instellingen van openbaar nut rechtspersoonlijkheid wordt verleend en zijn wijzigingen;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën,

Gelet op het besluit van de Ministerraad van 21 december 2001 over het verzoek aan de Raad van State om advies te geven binnen een termijn van een maand;

Gelet op advies van de Raad van State, gegeven op 5 maart 2002, met toepassing van art. 84, 1^e lid, 1 van de gecoördineerde wetten op de Raad van State

Op de voordracht van Onze Minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij:

HOOFDSTUK I

Begripsomschrijvingen en Algemene bepalingen

Artikel 1

Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder:

ANNEXE

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA
SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENTArrêté royal fixant les missions confiées aux
cercles de médecins généralistes

Albert II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir,

Salut.

Vu l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967, relatif à l'exercice des professions des soins de santé, notamment l'article 9, modifié par la loi du 10 août 2001;

Vu la loi du 27 juin 1921 accordant la personnalité juridique aux associations sans but lucratif et aux établissements d'utilité publique et ses modifications ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des finances,

Vu la délibération du Conseil des ministres du 21 décembre 2001 sur la demande d'avis à donner par le Conseil d'Etat dans un délai ne dépassant pas un mois;

Vu l'avis du Conseil d'Etat, donné le 5 mars 2002, en application de l'article 84, 1^{er}, 1, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre ministre de la Protection de la Consommation, de la Santé publique et de l'Environnement,

Nous avons arrêté et arrêtons:

CHAPITRE I

Terminologie et Définitions générales

Article 1^{er}

Pour l'application du présent arrêté, l'on entend par :

1° *praktijkvoerende artsen*: erkende huisartsen, huisartsen in beroepsopleiding en algemeen geneeskundigen met verworven rechten.

2° *huisartsenkring*: een vereniging, welke alle vrijwillig toegetreden praktijkvoerende artsen groepeert, die binnen een welbepaalde geografisch omschreven en aaneengesloten zone hun beroepsactiviteit uitoefenen, ten einde de opdrachten geformuleerd onder hoofdstuk II van onderhavig besluit uit te voeren;

3° *huisartsenwachtdienst*: een uitgewerkt beurtroelsysteem dat regelmatige en normale verstrekking van huisartsgeneeskundige zorgen aan de bevolking garandeert en dat wordt beheerd door praktijkvoerende artsen binnen de huisartsenzone, zoals bedoeld in artikel 1, 5° van dit besluit;

4° *huisartspraktijkpermanentie*: een beschikbaarheid van de huisartsgeneeskunde ten aanzien van het patiëntenbestand van één of meerdere praktijken;

5° *huisartsenzone*: een aaneengesloten geografisch gebied van één of meerdere gemeenten – of deel van een gemeente in de grote agglomeraties van Antwerpen, Charleroi, Gent en Luik – dat tot het werkgebied van een huisartsenkring behoort.

Art. 2

Om te worden erkend en erkend te blijven moeten de huisartsenkringen voldoen aan de hiernavolgende bepalingen.

HOOFDSTUK II

Opdrachten

Afdeling I

Vertegenwoordiging

Art. 3

De huisartsenkring treedt op als vertegenwoordiger van de huisartsen van de huisartsenzone en is het lokaal aanspreekpunt voor de huisartsen en voor het lokale beleid ter implementatie van het lokale gezondheidsbeleid.

1° *médecins ayant une pratique*: médecins généralistes agréés, médecins généralistes en formation professionnelle et médecins en médecine générale ayant des droits acquis.

2° *cercle de médecins généralistes*: une association regroupant tous les médecins généralistes qui y ont librement adhéré et qui exercent leur activité professionnelle dans une zone d'un seul tenant, géographiquement délimitée, et dont le but est d'exécuter les missions formulées au chapitre II du présent arrêté;

3° *service de garde de médecins généralistes*: un système de garde bien défini qui garantit à la population une prestation de soins de médecine générale régulière et normale, dont la gestion est assurée par des médecins pratiquant au sein d'une zone de médecins généralistes, dans le sens de l'article 1^{er}, 5, du présent arrêté;

4° *permanence en médecine générale*: le fait, pour la patientèle d'une ou de plusieurs pratiques, d'avoir un accès aux prestations de la médecine générale ;

5° *zone de médecins généralistes*: l'aire géographique d'un seul tenant, composée d'une ou de plusieurs communes – ou une partie d'une commune dans les grandes agglomérations d'Anvers, Charleroi, Gand et Liège -, qui forme le territoire d'activité d'un cercle de médecins généralistes.

Art. 2

Pour obtenir un agrément et le conserver, les cercles de médecins généralistes doivent satisfaire aux dispositions suivantes.

CHAPITRE II

Missions

Section I

Représentation

Art. 3

Le cercle de médecins généralistes agit en tant que représentant de la zone de médecins généralistes et est le point local de contact pour les médecins généralistes et pour la politique locale en vue de la mise en oeuvre d'une politique de santé locale.

Hiertoe:

1° kan de kring initiatieven nemen ter promotie van de eerstelijnsgezondheidszorg in het algemeen en van de huisartsenwerking in het bijzonder;

2° neemt de huisartsenkring initiatieven ter optimalisatie van de multidisciplinaire samenwerking tussen de eerstelijnszorgverstrekkers;

3° poogt de huisartsenkring samenwerkingsovereenkomsten af te sluiten met het ziekenhuis (of ziekenhuizen), teneinde de continuïteit van de patiëntenzorg te waarborgen;

4° optimaliseert de huisartsenkring toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde voor alle patiënten van de huisartsenzone optimaliseren.

Afdeling II

Organisatie van de huisartsenwachtdienst

Art. 4

De huisartsenkring organiseert één huisartsenwachtdienst binnen de gehele huisartsenzone. Deze huisartsenwachtdienst kan bestaan uit meerdere onderdelen om samen één huisartsenwachtdienst voor de gehele huisartsenzone te vormen.

Art. 5

De huisartsenwachtdienst dient te beantwoorden aan de volgende normen:

1° bij de aanvraag tot erkenning dient minimaal de huisartsenwachtdienst geregeld tijdens de weekends en feestdagen;

2° indien binnen één huisartsenzone meerdere wachtdienstonderdelen worden georganiseerd, mogen er geen geografische overlappingsen bestaan, noch gebiedsdelen die niet gedekt worden binnen deze huisartsenzone;

3° per huisartsenkring dient een huishoudelijk reglement omtrent de wachtdienst te worden opgesteld, dat de praktische organisatorische afspraken en engagementen tussen de verstrekkers regelt; het begin en eindmoment van de wachtdienst dient hierin duidelijk te worden gepreciseerd; tevens dienen de modaliteiten van interne kwaliteitszorg hierin gestipuleerd;

A cet effet:

1° le cercle peut prendre des initiatives destinées à promouvoir les soins de santé de première ligne en général et le travail des médecins généralistes en particulier;

2° le cercle de médecins généralistes prend des initiatives en vue d'optimiser une collaboration multidisciplinaire entre les prestataires de soins de première ligne;

3° le cercle de médecins généralistes essaie de conclure des accords de coopération avec l'hôpital (ou les hôpitaux), en vue de garantir la continuité des soins au patient ;

4° le cercle de médecins généralistes optimise l'accessibilité à la médecine générale pour tous les patients de la zone de médecins généralistes.

Section II

Organisation du service de garde de médecins généralistes

Art. 4

Le cercle de médecins généralistes organise le service de garde de médecins généralistes dans toute la zone de médecins généralistes. Ce service peut comprendre plusieurs unités qui, ensemble, ne forment qu'un service de garde de médecins généralistes pour l'ensemble de la zone de médecins généralistes.

Art. 5

Le service de garde de médecins généralistes doit répondre aux normes suivantes:

1° au moment de la demande d'agrément, le service de garde de médecins généralistes doit, au minimum, être assuré pendant les week-ends et les jours fériés ;

2° si dans une zone de médecins généralistes, plusieurs unités de services de garde sont organisées, il ne peut y avoir ni chevauchement géographique ni zone de soins non couverte entre ces unités au sein de cette zone;

3° chaque cercle de médecins généralistes doit élaborer son règlement interne pour le service de garde où sont fixées les modalités pratiques relatives à l'organisation et aux engagements entre les prestataires ; le début et la fin du service de garde doit y être spécifié. Ce règlement doit, en outre, spécifier les modalités pour le contrôle interne de qualité ;

4° gedurende de tijdsperiode dat de huisartsenwachtdienst functioneert, dient minstens één huisarts permanent beschikbaar te zijn en à rato van één huisarts per volledige schijf van 30.000 inwoners;

5° de wachtdienst wordt op duidelijke wijze bekend gemaakt aan de bevolking;

6° de huisartsenwachtdienst is subsidiair aan de huisartspraktijkpermanentie. In het huishoudelijk reglement van de wachtdienst dient de afgrenzing tussen de praktijkpermanentie en de wachtdienst geregeld.

7° de huisartsenkring maakt afspraken met de ziekenhuizen en extra-murale specialisten teneinde een optimale afstemming te bekomen tussen de huisartsenwachtdienst, de spoeddiensten en de dringende medische hulpverlening in de huisartsenzone.

Art. 6

Wij kunnen na advies van de werkgroep Huisartsen van de Hoge Raad van Geneesheren Specialisten en Huisartsen, de normen bedoeld in artikel 5, nader bepalen.

Art. 7

Elke erkende huisartsenkring organiseert een registratie omtrent volgende gegevens in relatie tot de organisatie van de wachtdienst: epidemiologie, veiligheidsproblemen, patiëntenklachten, klachten omtrent dienstverlening. Hieromtrent wordt gerapporteerd in het jaarverslag.

Art. 8

Elke erkende huisartsenkring stelt – in het kader van de opdrachten die in dit besluit worden geformuleerd – een jaarverslag op, inclusief een resultatenrekening. Dit verslag wordt overgemaakt aan de Minister die de erkenning van de kringen onder zijn bevoegdheid heeft.

4° durant la période d'activité du service de garde de médecins généralistes, un médecin au moins doit être disponible en permanence et ce à raison de 1 médecin généraliste par tranche complète de 30.000 habitants;

5° le service de garde sera communiqué clairement à la population.

6° le service de garde de médecins généralistes est subsidiaire à la permanence pour la patientèle généraliste. La délimitation entre la permanence et le service de garde doit être réglée dans le règlement d'ordre intérieur.

7° le cercle de médecins généralistes passe des accords avec les hôpitaux et les spécialistes extrahospitaliers en vue de parvenir à une cohérence optimale entre le service de garde de médecins généralistes, les services des urgences et l'aide médicale urgente dans la zone de médecins généralistes.

Art. 6

Nous pouvons, après avis du groupe de travail «Médecins généralistes» du Conseil supérieur des Médecins spécialistes et généralistes, préciser les normes visés à l'article 5.

Art. 7

Tout cercle de médecins généralistes agréé organise dans le cadre de l'organisation de service de garde l'enregistrement des données suivantes: épidémiologie, problèmes de sécurité, plaintes de patients, plaintes à propos des services. Cela sera mentionné dans le rapport annuel.

Art. 8

Tout cercle de médecins généralistes agréé rédige, dans le cadre des missions formulées dans le présent arrêté, un rapport annuel en ce compris, un compte de résultat. Ce rapport est transmis au ministre compétent en matière d'agrément des cercles.

Art. 9

Onze Minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu wordt belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te

ALBERT

Van Koningswege :

*De minister van Consumentenzaken,
Volksgezondheid en Leefmilieu,*

Magda AELVOET

Art. 9

Notre Ministre de la Protection de la Consommation, de la Santé publique et de l'Environnement est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Donné à

ALBERT

Par le Roi :

*La ministre de la Protection de la Consommation, de la
Santé publique et de l'Environnement,*

Magda AELVOET