

Kamer van Volksvertegenwoordigers

ZITTING 1980-1981

18 DECEMBER 1980

WETSVOORSTEL

tot wijziging, inzake de forfaitaire betalingswijze in de eerstelijnsgezondheidszorg, van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering

(Ingediend door de heer Hancké)

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

De Belgische gezondheidszorg roept de laatste jaren tal van vragen op in uiteenlopende milieu's. Die vragen hebben een dwingend karakter verworven sedert de jongste zorgenstaking, waardoor de onvoldoende evolutiebereidheid van ons gezondheidsstelsel werd blootgelegd.

Het is inderdaad merkwaardig dat groeperingen die naar nieuwe vormen van gezondheidszorg streven, in de afgelopen jaren geen uitzicht op integratie van hun ideeëngoed in ons stelsel konden krijgen en een marginaal bestaan moesten blijven leiden. We denken aan de vele actiecomité's en verenigingen die zich inspinnen om de rechten van de patiënten te beschermen en misbruiken te bestrijden, groeperingen die op wetenschappelijk basis alternatief studiewerk verrichten, aan de talloze groepen gezondheidswerkers die in onderlinge samenwerking een behoeftegerichte medische en sociale hulpverlening en begeleiding tot stand brengen, aan de verenigingen van progressieve artsen en aan hen die zich inspinnen om een forfaitaire geneeskunde te ontwikkelen naar het voorbeeld van andere Europese landen.

De onbetwistbare mislukking van de recente artsenstaking toont aan dat de zogenaamde eenheid binnen het medisch korps definitief tot het verleden behoort. Vele artsen gaven blijk van hun ongenoegen door ontslag te nemen uit de Orde der Geneesheren, die haar gezag bij deze actie in de weegschaal had geworpen.

De onvrede met de gang van zaken manifesteerde zich niet alleen op negatieve wijze. Integendeel. Tijdens en na de zorgenstaking kwamen de nieuwe medische strekkingen krachtiger dan ooit voordien aan de oppervlakte, en zij winnen nog steeds aan invloed. Dit is o.m. het geval met de stroming ten gunste van de forfaitaire geneeskunde.

Chambre des Représentants

SESSION 1980-1981

18 DÉCEMBRE 1980

PROPOSITION DE LOI

modifiant, en ce qui concerne le paiement forfaitaire des soins de santé primaires, la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité

(Déposée par M. Hancké)

DEVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

En Belgique, le problème des soins de santé soulève depuis quelques années bon nombre de questions dans divers milieux. Ces questions ont gagné en acuité depuis la dernière grève des soins, qui a révélé la résistance de notre système de soins de santé à l'évolution.

Il est remarquable, en effet, que des groupements qui ont pour objectif de renouveler la forme de soins de santé n'ont pas eu la moindre possibilité d'intégrer leurs idées à notre système au cours des dernières années et ont dû continuer à connaître une existence marginale. Nous pensons ici aux nombreux comités d'action et aux associations qui s'attachent à protéger les droits des patients et à réprimer des abus, aux groupements qui étudient scientifiquement des solutions de rechange, aux innombrables groupes composés de travailleurs sanitaires qui mettent sur pied en collaboration, aux niveaux médical et social, un encadrement et une assistance répondant aux besoins, aux associations de médecins progressistes et à ceux qui s'efforcent de réaliser une médecine à forfait, à l'exemple des autres pays européens.

L'échec incontestable de la dernière grève des médecins montre que la prétendue unité du corps médical appartient définitivement au passé. De nombreux médecins ont exprimé leur mécontentement en démissionnant de l'Ordre des médecins, qui avait mis son autorité dans la balance au cours de cette grève.

Leur insatisfaction ne s'est pas seulement exprimée de manière négative, bien au contraire. Au cours de la grève des soins, et après celle-ci, les nouvelles tendances se sont exprimées plus fortement que jamais et leur influence ne fait qu'augmenter. C'est notamment le cas du mouvement en faveur de la médecine à forfait.

Het onderhavige voorstel heeft tot doel wettelijke mogelijkheden te scheppen voor de forfaitaire betalingswijze van de gezondheidszorg op de eerste lijn, of het eerste echelon. Dit « eerste echelon » wordt als volgt gedefinieerd : de onmiddellijk toegankelijke, extramurale, niet-specialistische, continuë en integrale zorgverlening.

Tot hiertoe was het in ons land de huisartsengeneeskunde die deze definitie concreet het dichtst benaderde. De spilfunctie die zij heeft op het eerste echelon, kan zij echter in haar huidige verschijnings- en werkingsvorm niet waarmaken. Dit voorstel beklemtoont derhalve de noodzaak van nieuwe werkwijzen bij de uitbouw en verbetering van ons gezondheidsbestel, met de eerste lijn in het brandpunt.

Deze toelichting bestaat uit drie delen. Het eerste wil een definitie geven van wat onder de term « forfait » moet begrepen worden en schetst de ontwikkeling van het forfaitaire betalingssysteem in België en Europa. Het tweede deel geeft inzicht in de eisen waaraan een voldoende uitgerust eerste echelon moet beantwoorden om tegemoet te komen aan de lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheidsbehoeften van onze bevolking. In het derde deel wordt ingegaan op de preciesere situering van het forfait binnen het Belgisch gezondheidsrecht.

DEEL EEN

A. — Definitie van het « forfait »

De essentiële kenmerken van de forfaitaire betalingswijze in de eerstelijnsgezondheidszorg zijn :

- 1) de vergoeding wordt uitgekeerd in de vorm van een vaste som;
- 2) zij wordt op voorhand afgesproken in ruil voor werkzaamheden die zullen verricht worden met het oog op de globale behartiging van de fysische, sociale en psychische gezondheidsbehoeften van de patiënten;
- 3) zij heeft plaats in het kader van een sociale solidariteit, waarbinnen de patiënt een gerechtigde is en wordt derhalve niet door de patiënt zelf rechtstreeks gedragen.

De voordelen van dit vergoedingsstelsel zijn o.a. :

- a) een kwaliteitsverbetering van de zorgen, doordat ook aandacht besteed wordt aan niet-somatische componenten van het ziektebeeld;
- b) een multidisciplinaire samenwerking tussen gezondheidswerkers, die in de hand wordt gewerkt door de eenvormigheid van de vergoedingsstelsels, waarbij de inkomensverschillen tot redelijke verhoudingen en in evenredigheid met ieders inbreng kunnen herleid worden en de homogeniteit van de samenwerking bevorderd wordt;
- c) de mogelijkheid aandacht te besteden aan preventieve en voorlichtingsaspecten van het gezondheidsbeleid, die in het bestaande stelsel onvoldoende aan bod kunnen komen;
- d) een betere kwaliteit van de zorgenverlening, die minder afhankelijk wordt gemaakt van het wegens de financiële vergoeding beperkte tijdsgebruik;
- e) een reële kostenbeheersing door het wegnemen van de prikkel die in een prestatievergoeding is ingebouwd, om het aantal prestaties en medische akten op te drijven die luidens de nomenclatuur aan de zorgverstrekker het recht op vergoeding verschaffen.

La présente proposition de loi a pour objet de créer la base légale requise pour le paiement à forfait des soins de santé primaires ou « du premier échelon ». Ce « premier échelon » des soins peut se définir comme suit : les soins immédiats dispensés extra muros, non spécialisés, continus et intégraux.

Jusqu'à présent, dans notre pays, c'était la médecine pratiquée par le médecin traitant qui, concrètement, se rapprochait le plus de cette définition. Toutefois, dans sa forme et son mode de fonctionnement actuels, cette médecine ne peut s'acquitter du rôle central qui est le sien dans le domaine des soins primaires. La présente proposition met dès lors l'accent sur la nécessité de nouvelles méthodes dans le domaine du développement et de l'amélioration du régime des soins de santé, surtout des soins primaires.

Les développements de la présente proposition comportent trois parties. La première définit ce qu'il faut entendre par le terme « forfait » et esquisse l'évolution de la rétribution à forfait en Belgique et en Europe. La deuxième partie précise les conditions auxquelles doit satisfaire un « premier échelon » suffisamment outillé pour répondre aux besoins physiques, psychiques et sociaux de notre population. La troisième partie situe de manière plus précise le forfait dans le cadre du droit belge de la santé.

PREMIERE PARTIE

A. — Définition du forfait

Les caractéristiques essentielles de la rétribution à forfait dans le domaine des soins de santé sont les suivantes :

- 1) la rétribution est payée sous la forme d'une somme fixe;
- 2) elle est convenue au préalable, en échange de prestations visant à faire face de manière globale aux besoins physiques, sociaux et psychiques des patients dans le domaine de la santé;
- 3) elle se situe dans le cadre d'une solidarité sociale (le patient en étant un bénéficiaire) et n'est dès lors pas supportée directement par le patient lui-même.

Ce mode de rétribution présente notamment les avantages suivants :

- a) une amélioration qualitative des soins, de telle sorte que l'attention se porte également sur les aspects non somatiques de la maladie;
- b) une collaboration multidisciplinaire entre les dispensateurs de soins sanitaires qui est favorisée par l'uniformité des régimes de rétribution et qui permet de ramener les différences de revenu à des proportions raisonnables correspondant à l'apport de chacun et de favoriser une collaboration homogène;
- c) la possibilité dans la politique de santé de prêter attention à la prévention et à l'information, qui dans le système actuel ne peuvent pas être pratiquées de manière satisfaisante;
- d) l'amélioration de la qualité des soins, qui seront moins tributaires des limitations de temps qui découlent du système de la rétribution à la prestation;
- e) la maîtrise effective des dépenses par suite de la suppression de la stimulation à la multiplication des prestations et actes médicaux pour lesquels la nomenclature prévoit que le dispensateur de soins doit être rétribué. Cette stimulation est, en effet, inhérente au système de la rétribution à la vacation.

B. — Geschiedenis van het forfait in België

Opvallend in de ontwikkeling van de gezondheidszorg tijdens de laatste decennia is, dat de forfaitaire betalingswijze reeds verscheidene malen ter sprake kwam en zelfs expliciet als mogelijkheid in de wet werd opgenomen. Dit systeem is, in tegenstelling tot wat in verscheidene andere Europese landen het geval is, altijd dode letter gebleven.

Een belangrijke datum in deze context is 28 december 1944, dag waarop een besluitwet werd uitgevaardigd betreffende de verzekering tegen ziekte en invaliditeit. De oprichting van het « Rijksinstituut voor Verzekering tegen Ziekte en Invaliditeit » (R. V. Z. I.) was er het belangrijkste element van.

Voordien was de zogenaamde « vrije geneeskunde » de enige vorm die in ons land voorkwam. De geneesheren konden « in eer en geweten » zelf hun ereloon bepalen. Voor de patiënten was het mogelijk zich te verzekeren tegen het financieel risico dat aan ziekte en verzorging verbonden was. Het ging om een vrije verzekering, af te sluiten bij een plaatselijk ziekenfonds, dat zich voor dit risico herverzekerde bij een landsbond.

Door de besluitwet werd :

- 1) de ziekteverzekering verplicht gesteld voor de werknemers die door een arbeidscontract verbonden waren;
- 2) het R. V. Z. I. belast met de administratieve taken, de financiële verrichtingen en de controlewerkzaamheden verbonden aan de verplichte verzekering.

Door middel van de verplichte verzekering werd gepoogd aan de patiënten tariefzekerheid te bieden, wat slechts kon gerealiseerd worden indien de patiënt via deze verzekering een vaste, gegarandeerde terugbetaling bekam voor de genoten verzorging. Van bij de aanvang was de cruciale moeilijkheid echter, dat de artsen weigerden zich te houden aan de voorgestelde tarieven.

Twee wijzen van betaling waren voorzien :

- 1) de betaling per verrichting, waarbij het R. V. Z. I. voor raadplegingen 3/4 en voor huisbezoeken 2/3 zou terugbetalen (regeling voor huisartsengeneeskunde);

- 2) een vorm van abonnementsgeneeskunde, die het mogelijk maakte met de arts een contract voor algemene verzorging af te sluiten, met een duur van 6 maanden tot 1 jaar. De verzorgende arts zou hiervoor een driemaandelijks te betalen vaste vergoeding krijgen. Het persoonlijk aandeel dat ten laste viel van de patiënt, mocht in geen geval hoger zijn dan 1/4, resp. 1/3 van de tarieven die gelden in het andere systeem.

Het tweede systeem werd echter verwezenlijkt omdat geen enkel abonnementsstarief kon overeengekomen worden. Door het uitblijven van een verbintenis kende enkel de prestatiegeneeskunde een verdere ontwikkeling.

Wat de verhoging van de toegankelijkheid der geneeskunde betreft, was het resultaat na enkele jaren werking van het R. V. Z. I. positief. Minder gunstig echter was de snelle groei van de financiële problemen voor deze instelling. In de vijftiger jaren werd meermaals gepoogd om, in samenwerking met de vertegenwoordigers van het geneesherenkorps, de financiële moeilijkheden op te lossen door wijzigingen in de terugbetaling van de zorgen. Deze initiatieven stuiten telkens op bijna unaniem verzet van de artsen. tieven stuiten telkens op het bijna unaniem verzet van de artsen.

B. — Historique du forfait en Belgique

Il est frappant de constater que dans l'évolution des soins de santé au cours de la dernière décennie le paiement à forfait a déjà été évoquée à plusieurs reprises et que la possibilité de l'instaurer figure même de manière explicite dans la loi. Contrairement à ce qui s'est passé dans plusieurs autres pays européens, ce système n'a jamais été appliqué.

A cet égard, la date du 28 décembre 1944 est importante : c'est celle de la promulgation d'un arrêté-loi relatif à l'assurance contre la maladie et l'invalidité. La création du Fonds national d'assurance maladie-invalidité en était l'élément le plus important.

Antérieurement, la médecine dite « libérale » était la seule à être pratiquée dans notre pays. Les médecins pouvaient fixer eux-mêmes leurs honoraires en « honneur et conscience ». Les patients pouvaient s'assurer contre le risque financier constitué par la maladie et son traitement. Il s'agissait d'une assurance libre à conclure auprès d'une mutuelle locale, qui se réassurait pour ce risque auprès d'une union nationale.

L'arrêté-loi :

- 1) a rendu l'assurance maladie obligatoire pour les travailleurs liés par un contrat de travail;
- 2) a chargé le F. N. A. M. I. des tâches administratives, des opérations financières et des travaux de contrôle nécessités par l'assurance obligatoire.

On cherchait par l'assurance obligatoire à donner au patient toute sécurité en matière de tarifs, ce qui ne pouvait se faire que s'il obtenait par le biais de cette assurance le remboursement garanti des soins dont il avait bénéficié. Toutefois, une difficulté importante surgit d'emblée : les médecins refusèrent de respecter les tarifs proposés.

Deux modes de paiement étaient prévus :

- 1) le paiement à la prestation, dans lequel le F. N. A. M. I. remboursait les trois quarts pour les consultations et les deux tiers pour les visites à domicile (régime des omnipraticiens);

- 2) une forme de médecine par abonnement, qui permettait de conclure avec le médecin un contrat de dispensation générale de soins d'une durée de six mois à un an. Le médecin traitant devait bénéficier d'une rétribution fixe payable trimestriellement. La quote-part trimestrielle du patient ne pouvait en aucun cas être supérieure à un quart ou un tiers des tarifs applicables dans l'autre système.

Le deuxième système n'a toutefois jamais été mis sur pied parce qu'aucun accord sur un tarif d'abonnement n'a encore pu être conclu. Vu l'absence d'engagement, seule la médecine à la prestation a connu un certain développement.

Après quelques années de fonctionnement, le F. N. A. M. I. est parvenu à rendre la médecine plus accessible. Il a toutefois obtenu des résultats moins positifs dans le domaine financier, où les problèmes se sont rapidement multipliés. Au cours des années cinquante, on a cherché à plusieurs reprises à résoudre les difficultés financières en coopération avec les représentants du corps médical en modifiant le remboursement des soins. Ces initiatives se sont heurtées chaque fois à une opposition presque unanime des médecins.

Dit bracht de Regering ertoe, een parlementaire werkgroep op te richten die voorstellen moest uitwerken betreffende de hervorming van de ziekteverzekering. Deze hervorming moest leiden tot het wegwerken van het chronisch deficit. Op 23 februari 1960 startte de werkgroep met zijn activiteiten. Zij was samengesteld uit vertegenwoordigers van de drie grote partijen, meer bepaald de heren E. Leburton, Minister van Sociale Voorzorg, voorzitter; L. Servais, Minister van Tewerkstelling en Arbeid; J. Custers, Minister van Volksgezondheid en van het Gezin; A. De Clerck, Minister van Middenstand; F. Tielemans, Adjunct-minister van Financiën; R. Houben, L. Merchiers, L. E. Trochet, R. Vreven, senatoren en oud-ministers; Van Den Daele, volksvertegenwoordiger en oud-minister; Brouhon, C. Cornet, P. De Paepe, J. De Saeger, L. D'Haeseleer, R. Dreze, R. Pêtre, M. Vanderhaegen, volksvertegenwoordigers, De Vuyst en Remson, senatoren.

Op 26 september 1961 werd het rapport van de activiteiten van de werkgroep openbaar gemaakt. Wat betreft de organisatie en de betaling van de geneeskundige verzorging stelde de werkgroep voor :

- inschrijving van de patiënt bij een huisarts naar keuze;
- een nader te bepalen beperking van de toegang tot de specialistische geneeskunde;
- drie naast elkaar bestaande betalingsstelsels :
 - a) vrije geneeskunde zonder terugbetaling,
 - b) betaling per prestatie binnen een akkoordensysteem,
 - c) abonnementsgeneeskunde binnen een akkoordensysteem.

In verband met de forfaitaire betaling van de huisartsen lezen wij in het rapport het volgende :

« Inzonderheid op het gebied van de algemene geneeskunde zou het forfaitair bezoldigingsstelsel de doelmatigheid van de verzorging kunnen waarborgen. De overwegende rol die aan de algemeen geneeskundige dient teruggeschonken, het aantal raadplegingen en bezoeken dat hij normaal moet doen, het volume aan verstrekkingen inzake gewone geneeskunde die hij dagelijks verleent alsmede het feit dat het optreden van de algemeen geneeskundige alle verzekerden betreft, zijn zoveel elementen die het vaststellen van een deugdelijk gemiddeld forfaitair honorarium mogelijk maken, waarvan het peil werkelijk zou overeenstemmen met het gemiddelde der normaal verleende verstrekkingen zonder het bezwaar op te leveren, dat het zou aanzetten tot het op gezondheidssvlak nutteloos vermenigvuldigen ervan. » (blz. 15 en 16).

Vanwege het artsenkorps rees luid protest tegen dit rapport, wat gedeeltelijk samenhang met de enkele maanden voordien gestemde eenheidswet, waarvan artikel 52 de Regering de mogelijkheid gaf om zelf tarieven vast te stellen.

De uiteindelijke versie van de wet die zich op het parlementair rapport baseerde, was er reeds een sterke afzwakking van. Op 9 augustus 1963 van kracht geworden, voorzag zij enkel een verbintenisstelsel voor betaling per prestatie en beperkte de mogelijkheid van het forfait tot de ziekenhuisgeneeskunde. Ook werd het R. V. Z. I. omgevormd tot het Rijks Instituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (R. I. Z. I. V.), dat in deze vorm nog altijd bestaat.

De wet bleef ondanks voornoemde afzwakking het mikpunt van verzet bij het artsenkorps. Nauwelijks viereneenhalve maand later werd de wet reeds gewijzigd, zodat o.a.

Cette situation a amené le Gouvernement a constituer un groupe de travail parlementaire chargé d'élaborer des propositions de réforme de l'assurance maladie, dans le but de mettre fin au déficit chronique de celle-ci. Ce groupe de travail a entamé ses activités le 23 février 1960. Il était composé de représentants des trois grands partis : à savoir : MM. E. Leburton, Ministre de la Prévoyance sociale, Président; L. Servais, Ministre du Travail et de l'Emploi; J. Custers, Ministre de la Santé publique et de la Famille; A. De Clercq, Ministre des Classes moyennes; F. Tielemans, Ministre-adjoint aux Finances; R. Houben, L. Merchiers, L. E. Trochet, R. Vreven, sénateurs, anciens ministres; G. Van den Daele, député, ancien ministre; R. Brouhon, C. Cornet, P. De Paepe, J. De Saeger, L. D'Haeseleer, R. Dreze, R. Pêtre, M. Vanderhaegen, députés; De Vuyst et Remson, sénateurs.

Le rapport du groupe de travail a été publié le 26 septembre 1961. En ce qui concerne l'organisation et le paiement des soins médicaux le groupe de travail proposait :

- l'inscription du patient auprès de l'omnipraticien de son choix;
- une limitation, à préciser, de l'accès à la médecine spécialisée;
- trois systèmes de paiement parallèles :
 - a) médecine libérale sans remboursement,
 - b) paiement à la prestation dans le cadre d'une convention,
 - c) médecine par abonnement dans le cadre d'une convention.

En ce qui concerne le paiement forfaitaire des médecins de famille, le rapport s'exprime comme suit :

« C'est plus particulièrement dans le domaine de la médecine générale que le système de rétribution forfaitaire pourrait permettre de garantir l'efficacité des soins. Le rôle prépondérant qu'il convient de rendre au médecin omnipraticien, le nombre de consultations et de visites qu'il est normalement appelé à faire, le volume des prestations de médecine courante qu'il effectue journellement, le fait que l'intervention du médecin-omnipraticien concerne l'ensemble des assurés, sont autant d'éléments qui rendent possible la fixation d'un taux moyen valable d'honoraires forfaitaires dont le niveau corresponde effectivement à la moyenne des prestations normalement effectuées, sans offrir l'inconvénient de pousser à leur multiplication inutile sur le plan de la santé. » (p. 15).

Ce rapport a provoqué, de la part des médecins, de vives réactions, justifiées en partie par la loi unique qui avait été adoptée quelques mois auparavant et dont l'article 52 donnait au Gouvernement la possibilité de fixer lui-même des tarifs.

La version finale de la loi, basée sur le rapport parlementaire, était déjà très en recul par rapport à celui-ci. Cette loi, entrée en vigueur le 9 août 1963, ne prévoyait le régime conventionnel que pour le paiement à la prestation et limitait la possibilité du forfait à la médecine pratiquée dans les hôpitaux. En outre, le F. N. A. M. I. était transformé en un Institut national d'assurance maladie-invalidité (I. N. A. M. I.) qui existe toujours sous cette forme.

Quoique amputée d'une partie de ses dispositions, la loi ne cessa pas de faire l'objet de l'opposition des médecins. Quatre mois et demi à peine après son adoption elle était

toch een terugbetaling werd voorzien voor de vrije geneeskunde, die zodoende opgenomen werd in, en bekrachtigd door het verzekeringsstelsel.

Deze toegevingen bleken echter geen voldoening te schenken, wat zich in april 1964 uitte in de eerste artsenstaking. De bedoelingen ervan lagen alle in dezelfde lijn: conservering van de bestaande geneeskunde en vrijwaring van haar liberale grondslagen. In feite spitste het gevecht zich toe op de modaliteiten van de verbintenissen, de kwestie van het remgeld en deze van de forfaitaire geneeskunde.

Door het St.-Jansakkoord werd een einde gemaakt aan de staking, en op basis ervan werd een nieuwe wetswijziging doorgevoerd. Deze wijziging van 6 juli 1964 hield in dat de vrije geneeskunde terugbetaald werd zoals de tariefgebonden verzorging, dat een op basis van vrijwillige toetreding der artsen functionerend verbintenissensysteem werd vastgelegd en dat ook de medisch-mutualistische commissie werd opgericht.

Op 8 april 1965 voorzag men wel opnieuw ruimte voor het forfait buiten de ziekenhuizen, maar initiatieven in die richting bleven uit en werden ook niet aangemoedigd.

Binnen de ziekenhuissector waren er in de periode kort na 1963 echter wel een aantal initiatieven m.b.t. de forfaitaire geneeskunde. Op 1 januari 1964 werd in een aantal Waalse en Brusselse ziekenhuizen en polyklinieken voor één jaar een overeenkomst voor forfaitaire betaling ingevoerd, die éénmaal werd verlengd. Na twee jaar werking rees echter verzet in het beheerscomité van het R. I. Z. I. V., wegens het ontbreken van reglementen voor de toepassing van het forfait. Vooral onder druk van de artsenvertegenwoordigers in de medisch-mutualistische commissie, kwamen zulke reglementen ook niet tot stand.

In 1971 kwam het forfait opnieuw ter sprake tijdens de bespreking van de wet De Paepe, die voor een fundamentele hervorming van het R. I. Z. I. V. moest zorgen. De enkele punten betreffende de concrete organisatie, werden na bespreking met de artsen weer afgevoerd. Het ging hierbij om het zogeheten prestatieboekje, de verplichte inschrijving bij een huisarts naar keuze en de forfaitaire betaling van de technische prestaties. Deze laatste werd vervangen door een intentieverklaring om de laboratoria van een erkenning afhankelijk te stellen. De progressieve invoering van het prestatieboekje zou kunnen overwogen worden, en de verplichte inschrijving bij een huisarts naar keuze werd tot een eventualiteit herleid.

Uit dit overzicht blijkt dat het afsluiten van een forfaitair akkoord theoretisch nog steeds mogelijk blijft. Artikel 34ter, in 1965 aan de wet van 9 augustus 1963 toegevoegd, stelt immers: « de verzekeringsinstellingen en de verstrekkers van verzorging die de honorariumtarieven van de overeenkomst of van het akkoord bedoeld in artikel 34 toepassen, kunnen akkoorden sluiten waarin de forfaitaire betaling van de verstrekkingen wordt bedongen ».

De reglementen ter bepaling van het vast bedrag werden op 28 januari 1966 door het beheerscomité van het R. I. Z. I. V. opgesteld maar dit gebeurde derwijze dat enkel de technische prestaties, en niet de raadplegingen of huisbezoeken, forfaitair konden vergoed worden, wat in feite neerkomt op een negatie van de essentiële doelstellingen van het forfait.

Het reglement van 28 januari 1966 bepaalde ook dat er bij een forfaitair systeem nog altijd een remgeld kon geëist worden. Arrest n° 12 665 dd. 19 november 1967 van de Raad van State maakte deze bepaling ongedaan.

déjà modifiée, en ce sens qu'un remboursement était notamment prévu pour la médecine libre qui était, de ce fait, reprise et consacrée par le régime d'assurance.

Ces concessions n'étaient apparemment pas suffisantes, car en avril 1964 eut lieu la première grève des médecins. Ses objectifs se situaient tous dans la même ligne: maintenir la médecine dans la situation actuelle et préserver ses fondements libéraux. En fait, la discussion portait surtout sur les modalités des engagements, la question du ticket modérateur et de la médecine forfaitaire.

Les accords de la Saint-Jean mirent fin à la grève et jetèrent les bases d'une nouvelle modification de la législation. La loi du 6 juillet 1964 impliquait le remboursement de la médecine libre au même titre que les soins tarifés, la mise en place d'un système de conventions fondé sur l'adhésion volontaire des médecins et la création de la commission médico-mutualiste.

Certes, la loi du 8 avril 1965 prévoyait quelques possibilités pour la médecine forfaitaire pratiquée en dehors des hôpitaux, mais il n'y eut guère d'initiatives en ce sens et celles-ci ni furent pas non plus encouragées.

En revanche, en ce qui concerne le secteur des hôpitaux, un certain nombre d'initiatives ont été prises dans le domaine de la médecine forfaitaire au cours de la période qui suivit immédiatement 1963. C'est ainsi qu'au 1^{er} janvier 1964 a été conclu dans un certain nombre d'hôpitaux et de polycliniques de Wallonie et de Bruxelles une convention valable pour un an et portant sur le paiement forfaitaire. Cette convention a été prorogée une seule fois. Toutefois, après ces deux ans le Comité de gestion de l'I. N. A. M. I. manifesta son opposition à cette initiative en raison de l'absence de règlements pour l'application du forfait. C'est principalement sous la pression des représentants des médecins à la commission médico-mutualiste que ces règlements n'ont jamais été élaborés.

En 1971, lors de la discussion du projet de loi De Paepe qui devait réaliser une refonte complète de l'I. N. A. M. I., le problème du forfait a, une nouvelle fois, été soulevé. Les quelques points qui se rapportaient à l'organisation concrète ont été biffés de l'ordre du jour après une discussion avec les médecins. Il s'agissait en l'occurrence du carnet dit de prestations, de l'inscription obligatoire, au choix du malade, auprès d'un médecin traitant et du paiement forfaitaire des prestations techniques. Ce dernier a été remplacé par une déclaration d'intention de soumettre les laboratoires à une agrération. L'instauration progressive du carnet de prestations pouvait être envisagée et l'inscription obligatoire auprès d'un médecin traitant au choix du malade était réduite à une simple éventualité.

Il résulte de cet aperçu qu'en théorie il est toujours possible de conclure un accord portant sur le paiement forfaitaire. En effet, l'article 34ter, ajouté en 1965 dans la loi du 9 août 1963, dispose que: « des accords prévoyant le paiement forfaitaire des prestations peuvent être conclus entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins pratiquant les tarifs d'honoraires de la convention ou de l'accord prévu à l'article 34 ».

Les règlements définissant le montant du forfait ont été arrêtés par le Comité de gestion de l'I. N. A. M. I. le 28 janvier 1966, mais ces règlements ont été rédigés de manière à ce que seules les prestations techniques puissent être indemnisées forfaitairement, à l'exclusion des consultations et des visites à domicile. Cela équivaut en réalité à une négation des objectifs essentiels du système du forfait.

Le règlement du 28 janvier 1966 prévoyait, en outre, que même dans le système forfaitaire, un ticket modérateur pouvait encore toujours être exigé. Le Conseil d'Etat, dans son arrêt du 19 novembre 1967, a annulé cette disposition.

De theoretische mogelijkheid van een forfaitair betalingsstelsel wordt nog bevestigd door artikel 44, *quinquies* tot *tredecies* inbegrepen van de wet op de ziekte- en invaliditeitsverzekering, op 20 april 1966 bij koninklijk besluit in de wet van 9 augustus 1963 ingevoegd, waarin de oprichting wordt voorzien van een commissie belast met het sluiten van de akkoorden betreffende het forfait.

Doordat de verdedigers van een « vrije geneeskunde » zich voortdurend hebben verzet tegen de concrete uitvoering van de wettelijke bepalingen over het forfait, is ons land één der zeldzame landen in Europa waar nog uitsluitend « per prestatie » wordt betaald.

C. — Het forfait in Europa

Inderdaad hebben diverse andere Europese landen het forfait — al dan niet als enige betalingswijze — voorzien en gerealiseerd. De redenen voor het instellen van het forfait waren niet steeds dezelfde en in de loop der jaren ziet men een voortdurend evoluerende motivering, parallel met de ontwikkelingen in geneeskunde en maatschappij.

In het begin van deze eeuw, tijd van algemene sociale armoede, was het de bedoeling van de wetgever de geneeskunde en de gezondheidszorgen toegankelijk te maken voor iedereen, ook voor de minst gegoeden. Dit was het duidelijkst bij de eerste realisatie van het forfait in Europa, nl. in 1912 in Groot-Brittannië. Het toen getekende kader kende in latere jaren evenwel veranderingen, in functie van de evolutie der geneeskunde.

Elders speelde een andere bekommernis: het beter organiseren en structureren van de gezondheidszorg, met de huisarts als ingangspoort tot de geneeskundige verzorging. In nauw verband hiermee stond de bijgedachte van een sterkere kostenbeheersing. Dit was bijvoorbeeld het geval voor de hervormingen in Nederland (1944). Verder wilde men beantwoorden aan nieuwe tendensen in de gezondheidszorg zoals de integrale benadering van de patiënt, in de plaats van een ondoeltreffend « dokteren aan symptomen ». In Scandinavië lagen zulke overwegingen mede aan de basis van de reorganisatie der gezondheidszorg.

Hoe recenter de hervormingen, hoe meer de verstrengeling van deze verschillende doelstellingen opvalt. In landen waar forfaitaire vergoeding voorzien is, worden de drie genoemde doeleinden (grotere toegankelijkheid, echelonnering, integrale benadering) grotendeels verwezenlijkt, en ervaart men dit als een positieve evolutie.

Wanneer men in deze landen de modaliteiten van de forfaitaire vergoeding nader onderzoekt, dan doen zich hoofdzakelijk twee vormen voor: het abonnementstelsel en het vast salaris. Soms worden beide ook gecombineerd.

In het abonnementstelsel ontvangt de geneesheer een vast bedrag per patiënt die bij hem ingeschreven is, ongeacht de zorgen die hij hem verleent. Bepaalde sleutels zijn voorzien opdat de werklast per patiënt ten dele in het abonnementsgeld zou terug te vinden zijn. Dit systeem bestaat in Nederland, Groot-Brittannië, Italië en Denemarken (hoofdstad).

Het salaris is de vergoeding waarbij de arts een bedrag ontvangt voor de globaliteit van het werk dat hij/zij geacht wordt te doen. Dit systeem is van kracht in Finland, Zweden, Noorwegen en Denemarken.

In de landen waar het forfait werd ingevoerd, hetzij als afzonderlijke remedie tegen bepaalde mistoestanden, hetzij als beleidskeuze in een duidelijke gezondheidspolitiek, is men erin geslaagd te voldoen aan de dringende noodzaak

La possibilité théorique d'un système de paiement forfaitaire est par ailleurs confirmée par les articles 44 *quinquies* à 44 *tredecies* de la loi sur l'assurance maladie-invalidité, insérés dans la loi du 9 août 1963 par l'arrêté royal du 20 avril 1966 et qui prévoient la création d'une commission chargée de la conclusion des accords concernant le forfait.

Comme les défenseurs de la « médecine libre » se sont toujours opposés à l'exécution concrète des dispositions légales relatives au forfait, la Belgique est un des rares pays en Europe à connaître encore le système du paiement « à la prestation ».

C. — Le système forfaitaire en Europe

Divers pays européens ont, en effet, prévu et réalisé le système forfaitaire, que ce soit comme mode unique de paiement ou non. Les motifs de l'instauration de ce système n'ont pas toujours été les mêmes et, au fil des ans, on voit ces motifs évoluer parallèlement à l'évolution de la médecine et de la société.

Au début de ce siècle, c'est-à-dire à une époque où la pauvreté était un phénomène social général, l'objectif du législateur était de permettre à tous, même aux plus déshérités, l'accès à la médecine et aux soins de santé. Ce trait est particulièrement frappant en ce qui concerne la première réalisation du système forfaitaire en Europe. C'était en 1912 en Grande-Bretagne. Toutefois, le cadre esquissé à l'époque a subi des transformations au cours des années subséquentes en fonction de l'évolution de la médecine.

Dans d'autres pays la préoccupation principale était d'un autre ordre: mieux organiser et structurer les soins de santé, le médecin généraliste étant considéré comme le point de départ de la dispensation de ces soins. La nécessité d'une maîtrise plus efficace des coûts était intimement liée à cet objectif. Les réformes réalisées aux Pays-Bas (1944) en sont un exemple. Un autre objectif était de répondre aux tendances nouvelles qui se manifestaient dans la politique des soins de santé, telles que l'approche globale du malade venant se substituer à la pratique jugée inefficace de « soigner les symptômes ». Des considérations de ce genre sont à la base de la réorganisation des soins de santé en Scandinavie.

Plus les réformes sont récentes, plus il est frappant de constater comment ces différents objectifs s'enchevêtrent. Dans les pays qui ont instauré le paiement forfaitaire, ces trois objectifs (accès plus facile aux soins médicaux, échelonner des soins, approche globale du malade) sont en grande partie réalisés et cette évolution est considérée comme un progrès.

En étudiant les modalités de paiement forfaitaire dans ces pays, on constate qu'elle se présente principalement sous deux formes: le système de l'abonnement et le salaire fixe. Parfois aussi, les deux systèmes sont combinés.

Dans le système de l'abonnement, le médecin perçoit un montant fixe par patient inscrit chez lui, quels que soient les soins qu'il lui prodigue. Certaines clés sont prévues pour que la charge du travail par patient se retrouve partiellement dans le montant de l'abonnement. C'est le système qui existe aux Pays-Bas, en Grande-Bretagne, en Italie et au Danemark (capitale).

Le salaire est la rétribution touchée par le médecin qui perçoit un montant déterminé pour l'ensemble du travail qu'il (elle) est réputé(e) accomplir. C'est le système en vigueur en Finlande, en Suède, en Norvège et au Danemark.

Les pays qui ont instauré le système forfaitaire, soit pour remédier séparément à certaines anomalies, soit qu'il s'agisse d'une option politique en vue d'une politique de santé bien déterminée, sont parvenus à répondre à la nécessité urgente

van een inhoudelijke actualisering van de eerstelijnsgezondheidszorg. Andere resultaten zoals verhoogde toegankelijkheid en kostenbeheersing, beschouwt men als gunstige neveneffecten.

Wij onderzoeken nu de toestand in enkele landen.

Groot-Brittannië

De eerste vorm van landelijk georganiseerde abonnementsbetaling kwam tot stand in 1912. Hierdoor werd gratis verzorging bij de huisarts verzekerd aan een groep mensen die zich beneden een bepaalde inkomensgrens bevonden, op voorwaarde dat ze zich lieten inschrijven bij een huisarts. Dit stelsel werd in 1919 aangevuld met speciale schikkingen voor zwangerschapsbegeleiding en verzorging van jonge kinderen.

Het werd dertig jaar later gereorganiseerd door het instellen van de « National Health Service » (N. H. S.), met drie vertakkingen : de dienst voor huisartsen, deze voor specialisten en hospitalen, en tenslotte een reeks lokale diensten voor openbare gezondheidszorg. Deze vertakkingen voegde men in 1974 samen tot één enkele dienst. Kenmerkend voor dit systeem zijn :

- a) de betaling van de zorgen door de N. H. S.;
- b) de planmatige en evenwichtige verdeling van de medische disciplines evenals de regionale spreiding van de medische praktijken;
- c) de beklemtoning van de centrale plaats van de huisarts in het geheel der voorzieningen, via de opname van de verwijsplicht.

Op dit ogenblik is 97 % van de bevolking bij een huisarts ingeschreven en voldoet aldus aan de noodzakelijke voorwaarde om langs het verwijssysteem recht te hebben op terugbetaling van specialistische zorgen. De inschrijving bij een huisarts gebeurt op vrije basis en kan op elk ogenblik ongedaan gemaakt worden, hetzij in onderling akkoord tussen arts en patiënt, hetzij via een geschillencommissie van huisartsen.

De betaling van de medewerkende artsen omvat :

- een basisvergoeding voor de organisatie van de praktijk;
- een abonnementsvergoeding voor elke patiënt die voorkomt op de inschrijvingslijst (max. 3 000 patiënten);
- vergoedingen voor speciale opdrachten als nachtwerk, zorg voor niet-ingeschreven patiënten e.d.;
- vergoedingen voor groepswerk, bijscholing, werk in afgelegen of dunbevolkte streken;
- vergoedingen voor opdrachten in het kader van de openbare gezondheidszorg, zoals vaccinaties;
- vergoedingen voor zorgenverlening m.b.t. contraceptie en verloskunde;
- betalingen voor praktijkhulp.

Sinds 1965 zijn vergoedingen voorzien tot beloop van 70 % van de werkingskosten, waaronder huishuur en salaris van het personeel. Dit heeft de organisatie van groepswerk en samenwerkingsverbanden mogelijk gemaakt, zodat

d'actualiser les soins de santé primaires quant à leur contenu. D'autres résultats, tels que l'accès plus facile à la médecine et une meilleure maîtrise des coûts, sont considérés comme des effets secondaires positifs.

Examinons à présent de plus près la situation dans quelques pays.

Grande-Bretagne

C'est en 1912 que fut créée la première organisation nationale de paiement par abonnement. Ce système permit de prodiguer les soins d'un médecin traitant à un groupe de personnes dont le revenu ne dépassait pas un maximum déterminé à condition qu'elles se fassent inscrire auprès d'un médecin traitant. Ce système a été complété en 1919 par des dispositions spéciales pour les soins à prodiguer en cas de grossesse ainsi que pour les soins aux enfants en bas âge.

Trente ans plus tard, il fut réorganisé par l'instauration du « National Health Service » (N. H. S.) qui comprend trois branches : le service des médecins généralistes, le service des médecins spécialisés et des hôpitaux et, enfin, une série de services locaux de santé publique. Ces diverses branches ont été fusionnées en un service unique en 1974. Les caractéristiques principales de ce système sont :

- a) le paiement des soins par le « N. H. S. »;
- b) la répartition planifiée et équilibrée des disciplines médicales ainsi que la répartition régionale des cabinets médicaux;
- c) la mise en évidence du rôle central du médecin généraliste dans l'ensemble des prestations par l'obligation imposée aux malades de ne s'adresser à un spécialiste que s'ils y ont été renvoyés.

Actuellement, la population est, à 97 %, inscrite auprès d'un médecin généraliste et remplit ainsi la condition nécessaire pour pouvoir prétendre, grâce au système du renvoi, au remboursement des soins prodigués par un spécialiste. L'inscription auprès d'un médecin généraliste se fait librement et peut à tout moment être annulée soit de commun accord entre le médecin et le patient, soit à l'intervention d'une commission du contentieux des médecins généralistes.

La rétribution des médecins collaborateurs comporte :

- une rétribution de base pour l'organisation du cabinet médical;
- une rétribution d'abonnement pour chaque patient qui figure sur la liste d'inscription (3 000 patients au maximum);
- des rétributions afférentes à des missions spéciales, telles que le travail de nuit, les soins prodigués à des patients non inscrits, etc.;
- des rétributions afférentes au travail en groupe, au recyclage, au travail dans des régions éloignées ou dans des régions à faible densité de population;
- des rétributions afférentes aux missions exercées dans le cadre de la santé publique, telles que les vaccinations;
- des rétributions afférentes aux soins prodigués en matière de contraception et d'obstétrique;
- la rétribution pour des aides au médecin généraliste.

Depuis 1965 des rétributions sont prévues jusqu'à concurrence de 70 % des frais de fonctionnement comprenant notamment le loyer et les rémunérations du personnel. Cette innovation a permis l'organisation du travail en groupe

een grotere continuïteit en een betere integratie van de zorgen bereikt werd.

Momenteel werkt ongeveer 1/5 van de Britse huisartsen in een gezondheidscentrum.

Denemarken

Tot in 1961 was de gezondheidszorg in dit land een uitgesproken privé-initiatief met sterk uiteenlopende regelingen voor de verschillende ziekenfondsen. In dat jaar werden de patiënten echter ingedeeld in twee groepen, en dit naar gelang hun inkomen. Zij die beneden een bepaalde inkomensgrens vielen, werden de « A-groep ». Deze had recht op gratis verzorging op de eerste lijn en bij hospitalisatie, op voorwaarde dat men zich liet inschrijven bij een huisarts.

De « B-groep » had enkel recht op terugbetaling van de hospitalisatie.

Dit systeem werd in 1975 nog gewijzigd, doordat men vanaf toen kon kiezen tot welke groep men behoorde. Op dit ogenblik hebben 92 % van de Denen voor de A-groep gekozen. Deze gewijzigde regeling was mogelijk omdat enkele jaren voordien geopteerd was voor een centrale, gefiscaliseerde betaling van de gezondheidszorgen. De bijdragen voor arbeiders, bedienden en werkgevers werden afgeschaft en de gezondheidszorgen werden met staatsgelden betaald. Terzelfder tijd werd een gezondheidsraad opgericht, zonder welke de Regering geen enkele geldige beslissing kan treffen inzake gezondheidszorg.

De betaling van de huisartsen is een combinatie van een forfaitair bedrag en een supplement per prestatie. Groep A wordt gratis verzorgd. Groep B bestaat uit patiënten die de vrije honoraria zelf betalen maar recht hebben op terugbetalingen van de Dienst voor Ziekteverzekering per prestatie. Het bedrag van het forfait wordt berekend aan de hand van het aantal ingeschreven A-patiënten, variërend per regio van 1 300 tot 2 200, en het wordt verhoogd door extra-voorzieningen voor praktijkkosten en pensioen.

Voor de hoofdstad Kopenhagen geldt een speciale regeling: de artsen ontvangen een lager salaris voor hun A-praktijk, omdat de inkomsten van hun B-praktijk hoger liggen wegens het groter aantal B-patiënten in het hoofdstedelijk gebied.

Het gemiddelde A-inkomen van een omnipracticus in Denemarken bedroeg in 1977 380 000 kronen, waarbij vooropgesteld wordt dat 25 % van dit door de overheid uitgekeerde bedrag door de arts voor de betaling van onkosten gebruikt wordt. 75 % ervan vormen dus het « netto » A-inkomen, dat aangevuld wordt door de bedragen die de groep B-patiënten per verstrekking betalen.

Opvallend in dit land is de door verantwoorde planning bereikte kostenbeheersing in de gezondheidszorg. De totale uitgaven hiervoor bedroegen :

in 1978 : 19 774 000 000 kronen;
in 1979 : 20 384 000 000 kronen.

De geplande uitgaven voor de volgende jaren bedragen :

voor 1980 : 20 733 000 000 kronen;
voor 1981 : 20 923 000 000 kronen;
voor 1982 : 20 903 000 000 kronen.

Dit betekent een globale stijging van ongeveer 5 % tussen 1978 en 1982 (cijfers uit het Deens Statistisch Jaarboek 1979, blz. 302).

et de la collaboration dans un cadre bien déterminé facilitant ainsi la continuité et une meilleure intégration des soins.

Actuellement 1/5 environ des médecins généralistes britanniques travaille dans un centre de santé.

Danemark

Jusqu'en 1961 les soins de santé relevaient dans ce pays nettement de l'initiative privée, avec des régimes fort divergents pour les divers fonds d'assurance maladie. La même année, les patients furent classés toutefois en deux catégories en fonction de leurs revenus. Ceux dont les revenus étaient inférieurs à un certain niveau furent classés dans la catégorie A qui bénéficiait de la gratuité des soins primaires et d'hospitalisation, pour autant que le patient soit inscrit chez un médecin généraliste.

La catégorie B ne bénéficiait du remboursement qu'en cas d'hospitalisation.

Ce système a subi une nouvelle modification en 1975, les patients obtenant la possibilité de choisir la catégorie à laquelle ils désiraient appartenir. Quelque 92 % des Danois ont à ce moment opté pour la catégorie A. Cette modification était devenue possible du fait que l'on avait opté, quelques années auparavant, pour la centralisation du financement et la fiscalisation des soins de santé. Les cotisations des travailleurs et des employeurs furent supprimées et les soins de santé furent financés par l'Etat. On créa également un conseil de la santé sans lequel le Gouvernement ne peut prendre aucune décision valable dans le domaine des soins de santé.

Les médecins sont rémunérés selon une formule qui combine un forfait et un supplément par prestation. La catégorie A bénéficie de la gratuité des soins. La catégorie B est composée de patients qui acquittent les honoraires libres, mais qui bénéficient des remboursements de l'assurance-maladie à la prestation. Le forfait est calculé en fonction du nombre de patients inscrits dans la catégorie A, lequel varie de 1 300 à 2 200 par région. Il est majoré d'un supplément pour les frais de pratique et la pension.

A Copenhague, il existe un régime particulier : les médecins perçoivent une rétribution inférieure pour leurs patients de la catégorie A, du fait qu'ils bénéficient de revenus plus importants dans la catégorie B, le nombre de patients de cette catégorie étant plus élevé dans la capitale.

En 1977, le revenu moyen d'un omnipraticien danois atteignait 380 000 couronnes dans la catégorie A, 25 % du montant liquidé par les pouvoirs publics étant censés couvrir les frais du médecin. Le revenu net dans la catégorie A représente donc 75 % auxquels s'ajoutent les honoraires à la prestation payés par les patients de la catégorie B.

Grâce à une planification judicieuse, le Danemark parvient à limiter d'une manière remarquable le coût des soins de santé. Les dépenses totales affectées à ce secteur étaient :

en 1978 : de 19 774 000 000 couronnes;
en 1979 : de 20 384 000 000 couronnes.

Les prévisions pour les prochaines années sont les suivantes :

pour 1980 : 20 733 000 000 couronnes
pour 1981 : 20 923 000 000 couronnes
pour 1982 : 20 903 000 000 couronnes.

L'augmentation globale pour la période de 1978 à 1982 serait donc de 5 % (chiffres extraits de l'annuaire de statistique du Danemark de 1979, p. 302).

Nederland

De organisatie van de huisartsengeneeskunde gebeurde in Nederland door wat men het Ziekenfondsbesluit van 1942 noemt. Door deze wet wordt aan een bepaalde groep mensen beneden een vastgesteld inkomen evenals aan gepensioneerden en aan hen die op grond van een bijdrage vrijwillig toetreden tot de overeenkomst, gratis gezondheidszorg aangeboden op de eerste lijn. Voorwaarde voor alle leden van deze groep is, dat men zich laat inschrijven bij een huisarts en bereid is, enkel na verwijzing een specialist te raadplegen. Ongeveer 70 % van de Nederlandse bevolking doet een beroep op deze vorm van zorgverlening.

Centraal in het bezoldigingssysteem staat de abonnementsregeling. In de vergoeding van de artsen is een deel salaris voorzien, degressief berekend volgens het aantal ingeschreven patiënten (ten hoogste 3 000), en vervolgens een deel praktijkkosten, berekend op een vast percentage van het salaris. Er bestaan bovendien speciale vergoedingen voor verloskunde, het verstrekken van geneesmiddelen, de zorgen verleend aan personen die niet op de eigen lijst staan e.d.

Zweden

Dit land kende lange tijd een sterke ontwikkeling van de specialistengeneeskunde, waarbij het werk van de huisarts als inhoudelijk minderwaardig werd bestempeld.

Hierin kwam verandering in 1963, toen de provincies de opdracht kregen om de organisatie van de huisartsengeneeskunde op zich te nemen. Het streven naar herwaardering van de eerste lijn zette zich voort en leidde vanaf 1970 tot de oprichting van gezondheidscentra per district of per gemeente. Een aanzienlijk deel van de huisartsen is sindsdien dan ook werkzaam in zulke centra. Zij krijgen hiervoor een vast salaris. Dit salarissysteem geldt *mutatis mutandis* ook voor specialisten die in een hospitaal tewerkgesteld zijn.

Beide groepen artsen werken 40 uur per week en hebben recht op een speciale vergoeding voor overuren.

Een van de hoofddoeleinden bij het tot stand brengen van dit systeem van verzorging, was het doorbreken van de typisch Scandinavische tendens om zich voor alle mogelijke klachten tot een hospitaal te wenden. Men poogde dit laatste ook te veranderen door het massaal opzetten van centra voor eerstelijnsgezondheidszorg. Dat dit initiatief geslaagd is, moge blijken uit de vaststelling dat in Zweden op dit ogenblik nog slechts 5 % van de huisartsen niet verbonden is met deze gesalarieerde diensten.

Finland

Zoals de andere Scandinavische landen kende ook Finland een te sterke ontwikkeling van de hospitaalsector en van de specialistische geneeskunde. Om deze situatie te verbeteren werd in 1972 een plan tot uitbouw van de eerstelijnsgezondheidszorg ten uitvoer gelegd. Ook hier werd hoofdzakelijk op gemeentelijk vlak gewerkt.

Deze gemeentelijke centra staan in voor preventieve en curatieve zorgen, verloskunde en zorg voor de jonge kinderen. Aan de meeste van deze centra is een ambulance-dienst verbonden, zodat desgevallend hospitalisatie voor dringende zorgen verzekerd is. Het aantal mensen voor wier gezondheid een centrum verantwoordelijk is, varieert van 10 000 tot 15 000. Alle personeelsleden, inclusief geneeskundigen, worden betaald op basis van een maandloon.

In de steden treft men een net van privécentra aan die door de Staat gesubsidieerd worden om de nieuwe taken van de eerstelijnsgezondheidszorg te helpen realiseren. In de meeste gevallen werden reeds bestaande praktijken aangemoedigd

Pays-Bas

L'organisation de la médecine générale est régie aux Pays-Bas par le « ziekenfondsbesluit » de 1942. La loi garantit la gratuité des soins de santé primaires à une catégorie de personnes dont les revenus sont inférieurs à un montant déterminé, ainsi qu'aux pensionnés et à ceux qui cotisent volontairement au régime d'assurance soins de santé primaires gratuits. Les assurés doivent être inscrits chez un médecin généraliste et s'engager à ne consulter un spécialiste que sur la recommandation du médecin traitant. Ce régime d'assurance couvre quelque 70 % de la population des Pays-Bas.

L'élément essentiel du système de rétribution est l'« abonnement » : la rétribution des médecins se compose d'un traitement dégressif en fonction du nombre de patients inscrits (3 000 au maximum) et d'une indemnité pour frais de pratique, qui représente un pourcentage fixe du traitement. Il existe également des indemnités spéciales pour les accouchements, la délivrance de médicaments, les prestations de soins à des personnes qui ne sont pas inscrites chez le médecin consulté, etc.

Suède

La médecine spécialisée a connu une longue période d'expansion dans ce pays, tandis que le rôle du médecin généraliste était considéré comme mineur.

Cette situation s'est modifiée en 1963, lorsque les provinces furent chargées de l'organisation de la médecine générale. Les efforts visant à revaloriser les soins primaires aboutirent, en 1970, à la création de centres de santé par district ou par commune. Depuis lors, de nombreux médecins généralistes travaillent dans de tels centres et perçoivent pour ce faire une rétribution fixe. Ce système de rétribution s'applique *mutatis mutandis* également aux spécialistes qui travaillent dans les hôpitaux.

Les deux catégories de médecins travaillent 40 heures par semaine et bénéficient d'une rétribution spéciale pour les prestations supplémentaires.

Un des objectifs principaux de la création de ce système de soins était de rompre l'habitude typiquement scandinave de s'adresser aux hôpitaux pour toutes les affections possibles. La Suède s'est également efforcée d'atteindre cet objectif en multipliant les centres de soins de santé primaires. Le fait qu'il ne subsiste plus que 5 % de médecins généralistes qui ne font pas partie de ces services en qualité de salariés démontre le succès de l'opération.

Finlande

Comme les autres pays scandinaves, la Finlande a connu un surdéveloppement du secteur hospitalier et de la médecine spécialisée. Un plan de développement des soins de santé primaires fut mis en œuvre en 1972, en vue de modifier cette situation. Là encore, les efforts se sont portés sur les communes.

Les centres communaux sont chargés de la prévention et du traitement, des accouchements et des soins aux jeunes enfants. La plupart des centres disposent d'un service d'ambulance permettant l'hospitalisation rapide en cas d'urgence. Chaque centre dessert une population de 10 000 à 15 000 personnes. Tout le personnel, médecins compris, est rétribué sur la base d'un traitement mensuel.

Il existe dans les villes un réseau de centres privés subventionnés par l'Etat en vue de participer à l'exécution des missions nouvelles sur le plan des soins de santé primaires. Les initiatives en matière de coopération ont généralement été

om samenwerkingsverbanden aan te gaan. Zij werken, organisatorisch gezien, over het algemeen op gelijkaardige manier als de hierboven beschreven diensten.

In Finland treft men eveneens slechts een klein percentage artsen die buiten alle genoemde voorzieningen een solopraktijk uitoefenen.

Italië

De meest recente hervormingen hebben in Italië plaats gegrepen. In 1979 werd daar de Nationale Gezondheidsdienst opgericht, die als taak heeft lokale gezondheidscentra in te richten die het geheel van de eerstelijnsgezondheidszorg bestrijken. Deze centra staan derhalve in voor curatieve én preventieve gezondheidszorg, wat betekent dat ook aan de opvallend snel groeiende behoefte aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding moet voldaan worden.

De voornaamste bedoelingen van deze hervormingen zijn: de beheersing van de kosten, de verhoging van de toegankelijkheid der gezondheidsvoorzieningen op de eerste lijn, de meer verantwoorde integratie van deze laatste in de gehele gezondheidszorg, en ook de daarmee samenhangende verbetering van de kwaliteit der zorgen.

De betaling geschiedt op basis van een abonnement, met beperking van het aantal patiënten per centrum. Het streefcijfer is 1800 abonnees per centrum tegen 1982.

De hervormingen zijn uiteraard nog te recent om reeds globaal geëvalueerd te kunnen worden op hun doeltreffendheid.

DEEL TWEE

Forfaitaire geneeskunde en gewijzigde behoeften

De gestadig toenemende belangstelling voor en de daaraan verbonden verruiming van de definitie van de eerstelijnsgezondheidszorg, kan geen verwondering wekken als men vaststelt dat gezaghebbende internationale organisaties als de Wereldgezondheidsorganisatie in hun publicaties zeer sterk de klemtoon leggen op de diepgaande veranderingen die zich de laatste decennia hebben voorgedaan in de gezondheidsbehoeften.

Op de conferentie te Alma Ata, die in 1978 werd ingericht door de W. G. O. en volledig gewijd was aan de eerstelijnsgezondheidszorg, werd ook aangedrongen op wijzigingen in het gezondheidsbeleid door de verantwoordelijke regeringen. Punt 8 uit de slotverklaring van deze conferentie luidt: « Alle regeringen hebben de plicht om op nationaal vlak politieke opties te nemen, strategieën en actieplannen uit te bouwen met het oog op de inrichting en instandhouding van primaire gezondheidszorg, kaderend in een globaal nationaal gezondheidssysteem en gecoördineerd met het beleid in andere sectoren ». Dit alles vergt volgens de verklaring vooral politieke wil om alle beschikbare middelen op rationeel verantwoorde wijze aan te wenden.

Dergelijke uitspraken van een wereldconferentie kan men beschouwen als de grootste gemene deler van een brede waaier van problemen die zich echter hoofdzakelijk in derdewereldlanden voordoen. Het kan niet ontkend worden dat elk land zijn eigen specifieke problemen heeft.

Dat de conclusies en aanbevelingen van de W. G. O. wel degelijk ook van toepassing zijn op ontwikkelde landen zoals België, kan afgeleid worden uit de verklaring van professor Dr. S. Halter, secretaris-generaal bij het Ministerie van Volksgezondheid, op de conferentie van de W. G. O. in mei 1979: « Ik zou U willen zeggen, waarde collega's, dat in mijn eigen land de structuren voor de gezondheidszorg zodanig zijn geëvolueerd — in sommige gevallen van het goede teveel, in andere slecht geïntendeerd en alleszins niet planmatig uitgebouwd — dat wij, zelfs indien wij op een

encouragées. Le fonctionnement des centres indépendants est en général analogue à celui des services décrits plus haut.

Il existe également en Finlande un faible pourcentage de médecins indépendants.

Italie

C'est en Italie qu'ont été opérées les réformes les plus récentes. Un service national de santé, créé en 1979, a pour mission de créer des centres de santé locaux dispensant tous les soins de santé primaires. Ces centres assurant la prévention et le traitement, il faut faire face au développement extraordinaire de la demande d'information et d'éducation sanitaires.

Les principaux objectifs de ces réformes sont de limiter les dépenses, de rendre les organismes de soins de santé primaires plus accessibles, de mieux intégrer ces soins dans l'ensemble des soins de santé en améliorant leur qualité.

La rétribution s'effectue par le biais d'un abonnement, le nombre de patients par centre étant limité. L'objectif poursuivi est de 1 800 abonnés par centre d'ici 1982.

Ces réformes sont évidemment trop récentes pour qu'il soit possible d'apprécier leur efficacité.

DEUXIEME PARTIE

Médecine forfaitaire et évolution des besoins

Que l'on s'intéresse de plus en plus à la définition des soins de santé primaires, définition qui devient d'ailleurs de plus en plus large, n'a rien d'étonnant à l'heure où des organisations internationales aussi qualifiées que l'Organisation mondiale de la santé soulignent dans leurs publications les changements considérables des besoins dans le domaine de la santé.

La Conférence d'Alma Ata, organisée par l'O. M. S. en 1978 et entièrement consacrée aux soins de santé primaires a également invité les gouvernements responsables à modifier leur politique de la santé. Le point 8 de la déclaration finale de la conférence est libellé comme suit: « Tous les gouvernements ont le devoir de prendre des options sur le plan national, d'élaborer des stratégies et des plans d'action en vue d'organiser et de préserver les soins de santé primaires en les intégrant dans le cadre d'un système national global de la santé et en veillant à la coordination entre ce secteur et la politique menée dans les autres secteurs ». La déclaration ajoute que cet objectif exige avant tout la volonté politique de mettre en œuvre, de manière rationnelle et judicieuse, tous les moyens disponibles.

De telles déclarations de la part d'une conférence mondiale peuvent être considérées comme le plus grand dénominateur commun d'un grand nombre de problèmes qui concernent essentiellement le Tiers monde. Il est indéniable que chaque pays a ses problèmes spécifiques.

Les conclusions et recommandations de l'O. M. S. concernent cependant aussi les pays industrialisés tels que la Belgique, ainsi qu'il ressort de la déclaration faite à la conférence de l'O. M. S., en mai 1979, par le professeur S. Halter, secrétaire général du Ministère de la Santé publique: « Je tiens à vous dire, chers collègues, que, dans mon pays, les structures des soins de santé ont évolué de manière telle — surcapacité, mauvaise orientation, manque de planification — que, même si nous avons trop de lits d'hôpitaux ou si nous craignons d'avoir trop de médecins, nous

gegeven ogenblik teveel hospitaalbedden bezitten of vrezen teveel artsen te hebben, er nog niet toe in staat zijn om aan onze bevolking de primaire gezondheidszorgen te verlenen zoals gedefinieerd door de conferentie van Alma Ata ».

Dat door de Europese landen rekening gehouden wordt met de conclusies van die conferentie, moge blijken uit het bestaan van de binnen het kader van de E. E. G. reeds jaren werkende commissie voor « Primary Health Care ». Een van de voorlopige rapporten van een vergelijkende studie over de eerste lijn in de deelstaten onderstreept de volgende beleidsontwikkelingen :

— wie behoefte heeft aan gezondheidszorg zou in het algemeen moeten terechtkomen bij een omnipracticus waarmee een continu relatie bestaat; de omnipracticus moet in staat gesteld worden om een actieve rol te spelen in het verlenen van verzorging aan zijn patiënten en zal trachten de gezondheidszorg zo dicht mogelijk bij het leef- en werkmilieu van de mensen te brengen;

— de omnipracticus zal eerder in team werken dan in een solopraktijk;

— ook de andere gezondheidswerkers van de eerste lijn moeten worden aangemoedigd om zichzelf eerder te situeren in een team met de omnipracticus; al deze gezondheidswerkers dienen daarenboven de nauwst mogelijke contacten te onderhouden met sociale werkers en diensten voor maatschappelijk welzijn;

— ook dienen nauwe banden gelegd en onderhouden met de meer gespecialiseerde dienstverlening; hiertoe is het noodzakelijk, dat de opvatting van de eerste lijn als toegangspoort tot de gezondheidszorg in het beleid wordt ingeschreven.

Ook in België wordt het probleem van de eerstelijnsgezondheidszorg ernstig genomen, wat bijvoorbeeld blijkt uit het uitgebreide en gedetailleerde verslag van het « Nationaal Onderzoeksprogramma in de Sociale Wetenschappen — Groep Gezondheidszorg/Eerstelijnsgezondheidszorg ».

Bij dit inter-universitair project werd de situatie op de eerste lijn in België nauwkeurig bestudeerd en zowel met de vraag- als met de aanbodzijde rekening gehouden.

Gesteld wordt dat een duidelijke evolutie te bespeuren valt in de gezondheidstoestand van de bevolking : epidemiologische onderzoeken en statistische gegevens tonen aan dat er een grote toename is van een aantal ziekten, in het bijzonder ouderdomsziekten, en dit wegens de toename van de levensverwachting. Het duidelijke en uniforme beeld van de dreigende besmettelijke aandoeningen, dat centraal stond in de gezondheidsopvattingen en -praxis, heeft plaats moeten ruimen voor dat van een brede waaier van gezondheidsstoornissen, gaande van kwaadaardige ziekten, over hart- en vaatziekten, ademhalingsziekten en reumatische aandoeningen, tot psychische stoornissen en psychosomatische klachten.

Inhoudelijk betekent dit een ingrijpende wijziging in de aard van de zich voordoende pathologie :

— multi-causaal karakter : de ziekten bieden zich dikwijls aan als het resultaat van een samenspel tussen diverse factoren;

— chronisch karakter : door toepassing van de huidige wetenschappelijke kennis valt een groot deel van de ziekten wel onder controle te houden maar niet definitief te genezen;

sommes toujours incapables d'offrir à notre population les soins de santé primaires tels qu'ils ont été définis par la Conférence d'Alma Ata ».

Les pays européens tiennent compte des conclusions de la conférence. Ainsi, une commission des soins de santé primaires fonctionne depuis plusieurs années au sein de la C. E. E. Un des rapports provisoires d'une étude comparative sur les soins de santé primaires dans les Etats membres met l'accent sur les options politiques suivantes :

— quiconque a besoin de soins de santé devrait pouvoir s'adresser à un médecin généraliste avec lequel existe une relation continue; le généraliste doit pouvoir jouer un rôle actif dans la dispensation des soins à ses patients et il s'efforcera de rapprocher le plus possible les soins de santé du milieu de vie et de travail des patients;

— l'omnipraticien travaillera en équipe plutôt que seul;

— il faut également encourager les agents médicaux et paramédicaux dispensateurs des soins primaires à collaborer de préférence avec l'omnipraticien au sein d'une équipe; tous ces agents doivent, en outre, entretenir les contacts les plus étroits possibles avec les travailleurs sociaux et les services d'aide sociale;

— il s'impose par ailleurs d'établir et d'entretenir des liens étroits avec les catégories plus spécialisées de dispensateurs de soins; pour cela, il est nécessaire que la politique en matière de soins de santé reconnaisse formellement le rôle du premier échelon de soins en tant que porte d'accès aux soins de santé.

En Belgique également, le problème des soins de santé primaires est pris au sérieux, ainsi qu'il ressort par exemple du rapport volumineux et détaillé qui a été publié dans le cadre du « Programme national de recherches en sciences sociales — Groupe Soins de santé/Soins de santé primaires ».

Ce projet interuniversitaire a analysé de manière approfondie la situation du secteur des soins de santé primaires en Belgique, dans une étude qui tient compte de la demande et de l'offre de soins.

Le rapport précité constate une nette évolution de l'état de santé de la population. En effet, les recherches épidémiologiques et les données statistiques prouvent le développement de certaines maladies, et notamment des maladies de vieillesse, par suite de l'allongement de l'espérance de vie. Le profil clair et uniforme des affections contagieuses les plus fréquentes, qui était au centre des conceptions et de la pratique médicales, a dû céder la place à un large éventail de troubles pathologiques allant des maladies malignes aux désordres psychiques et psychosomatiques en passant par les maladies cardio-vasculaires, les maladies respiratoires et les affections rhumatismales.

Cette évolution révèle en fait une modification fondamentale de la nature profonde des manifestations pathologiques, qui se caractérisent aujourd'hui :

— par leur caractère multicausal : les maladies se présentent souvent comme le résultat des effets conjugués de divers facteurs;

— par leur caractère chronique : la mise en pratique des connaissances scientifiques accumulées à ce jour permet de contrôler bon nombre de maladies, mais non de les guérir définitivement;

— gedragsgeïnitieerd karakter : een belangrijk aantal aandoeningen kunnen in hun ontstaan en/of ontwikkeling teruggevoerd worden tot het menselijk gedrag en/of de menselijke omgeving.

Dit gewijzigd gezondheidsprofiel moet vertaald worden naar de opvang en hulpverlening door de gezondheidswerkers :

— het multi-causaal karakter impliceert een verruimde diagnostische denkwijze in de zin van aanvulling met niet-somatische procedures; aan deze vereiste wordt niet tegemoetgekomen door de huidige overheersing van de orgaanspecialismen, die de gewenste integrale benadering bemoeilijkt;

— het chronisch karakter van de klachten vereist de uitbouw van een infrastructuur die thuisverzorging mogelijk maakt, terwijl nu alle aandacht besteed wordt aan de « speerpuntgeneeskunde », waar « cure » centraal staat en « care » zelden aan bod komt;

— het gedragsgeïnitieerd karakter schept de mogelijkheid tot effectieve en efficiënte preventie, die de huidige klemtoon op de curatieve zorg zou kunnen verleggen.

Bij een vergelijking van beide luiken komt men tot de vaststelling dat het aanbod zich niet of nauwelijks heeft aangepast aan de gewijzigde behoeften. Deze loskoppeling van vraag en aanbod, die het ganse gezondheidsbeleid kenmerkt, heeft voornamelijk haar weerslag op het functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg, die in ons land bezwaarlijk overwaardig genoemd kan worden. Er is weinig reden om over een duidelijk extra-murale, continue zorgverlening en een integraal contact met de patiënt en de andere sectoren van de gezondheidszorg te spreken.

Punten die een evolutie in de goede richting vooralsnog belemmeren zijn :

— het gebrek aan echelonnering waardoor de geneeskundige voorzieningen verkeerd worden aangesproken door de bevolking, en van de zijde der artsen naar een specialistische benadering gezocht wordt; zo wordt de evidentie van een psychische dysfunctie bijvoorbeeld slechts aanvaard na het falen van alle orgaanspecialistische onderzoeken;

— te weinig aanmoediging van het werk in teamverband : de moderne geneeskundige theorie verwijst expliciet naar de psychische, psychosomatische en psychosociale aspecten van de gezondheidsproblematiek; het doel van teamwerk in de praktijk ligt hierin, dat deze aspecten niet meer worden benaderd vanuit de positief-wetenschappelijke hoek maar veeleer vanuit die van de gedragswetenschappen in brede zin, die de klachten interpreteren binnen het juiste referentiekader;

— een onaangepaste wijze van betaling : de huisartsenpraktijk vereist een op preventie gericht optreden, een grotere aandacht voor gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, met de beklemtoning van de rechten en mondigheid van de patiënt — aanzienlijk meer dus dan wat nu in de praktijk de regel is. Dergelijke globale werking verschilt totaal van de klassieke « prestatiegeneeskunde », en de vergoeding voor de nieuwe manier van zorgenverlening kan niet gevat worden binnen één of andere code van de nomenclatuur;

— het probleem van de verzuiling in de gezondheidszorg : hoe onvolmaakt naar onze overtuiging de eerstelijnsgezondheidszorg thans ook functioneert, zij vormt het enig echelon dat vrijwel volledig onttrokken is aan de verzuil-

— par leur origine comportementale : l'apparition et/ou le développement d'un nombre considérable d'affections est (sont) déterminé(s) par le comportement et/ou l'environnement humain(s).

A cette modification du profil de la maladie doit correspondre une adaptation au niveau de l'accueil du patient et au niveau de l'assistance fournie par le personnel sanitaire. En effet :

— le caractère multicausal de la maladie implique une approche diagnostique élargie qui intègre les procédures psychosomatiques; cette exigence n'est pas rencontrée dans le système actuel, qui privilégie la spécialisation par organe et rend difficile l'approche intégrale souhaitée;

— le caractère chronique des affections requiert la mise en place d'une infrastructure qui permet les soins à domicile, alors que, dans l'état actuel des choses, on s'intéresse exclusivement à la médecine de pointe, qui attache plus d'importance à la maladie qu'au malade;

— l'origine comportementale de la maladie permet une action préventive effective et efficace; celle-ci pourrait prendre le pas sur l'approche curative qui prévaut aujourd'hui.

Si l'on met en parallèle l'offre de soins et les besoins, on constate que le premier élément ne s'est pas ou à peine adapté à l'évolution du second. Ce décalage entre l'offre et la demande, qui caractérise l'ensemble de la politique de santé, influence surtout le fonctionnement des soins primaires, qui dans notre pays, peut difficilement être considéré comme satisfaisant. On ne peut en effet guère parler en Belgique de véritables soins extra-muros continus ni d'une relation intégrale avec le patient et les autres secteurs des soins de santé.

Les éléments qui entravent pour l'instant une évolution dans le sens souhaitable sont :

— l'absence d'échelonnement des soins, qui débouche sur une mauvaise utilisation par la population des possibilités qui lui sont offertes dans le domaine des prestations médicales et sur la recherche par les médecins d'une approche basée sur la spécialisation. C'est ainsi par exemple que l'évidence d'un dysfonctionnement psychique ne sera admise qu'après que tous les examens spécifiques d'organes aient échoué;

— l'encouragement insuffisant du travail en équipe : la théorie médicale moderne se réfère aux aspects psychiques, psychosomatiques et psychosociaux des problèmes de santé. Le travail en équipe doit permettre de ne plus aborder ces aspects sous l'angle scientifique positif, mais plutôt à la lumière des sciences de comportement au sens large, qui interprètent les affections dans leur cadre de référence exact;

— un mode de rétribution inadapté : l'exercice de la médecine requiert une intervention basée sur la prévention et une attention plus grande pour l'information et l'éducation sanitaires. Dans cette optique, l'accent doit être mis sur les droits du patient et notamment sur le droit qu'il a de s'expliquer et d'être écouté. Une telle conception va beaucoup plus loin que ce qui se fait habituellement aujourd'hui. Cette approche globale s'écarte tout à fait de la médecine classique « à la vocation », et il n'est pas possible de faire correspondre ce nouveau mode de dispensation de soins à l'un ou l'autre code de la nomenclature;

— le problème du cloisonnement du secteur des soins de santé : tout imparfait que soit selon nous le fonctionnement actuel des soins de santé primaires, ceux-ci constituent néanmoins le seul échelon qui échappe pour ainsi dire

ling; het is uiterst belangrijk deze toestand te vrijwaren doorheen alle wijzigingen die aan de eerste lijn moeten worden aangebracht. Aan deze gedachtengang ligt de overweging ten gronde, dat het inbrengen van de verzuiling op de eerste lijn vele voordelen van het forfaitair stelsel dreigt te niet te doen, omdat het eerste echelon dreigt gemanipuleerd te worden als een reservoir en leverancier van het zo sterk verzuilde tweede echelon. Zeer vele voorstanders van de forfaitaire eerstelijnsgezondheidszorg zouden dergelijke evolutie met grote spijt gadeslaan.

DEEL DRIE

Forfait en gezondheidsrecht

Een belangrijke aspect bij het invoeren van een speciale regeling voor forfaitaire betaling op de eerste lijn is de inpasbaarheid in het huidig gezondheidsrecht. Bepalingen i.v.m. forfaitaire vergoedingen kan men vinden in de wetgeving betreffende de ziekte- en invaliditeitsverzekering, en in de wetgeving betreffende de uitoefening van de geneeskunde.

Naar de wetgeving betreffende de ziekte- en invaliditeitsverzekering werd reeds uitvoerig verwezen (Geschiedenis van het forfait in België). Artikel 34 van de wet van 9 augustus 1963 voorziet de mogelijkheid van een forfaitaire betaling van de gezondheidszorgen. Het is dan ook dat artikel dat door onderhavig wetsvoorstel wordt aangevuld.

Het is echter in de wetgeving betreffende de uitoefening van de geneeskunde dat tegenstanders van de forfaitaire betalingswijze argumenten zoeken. De « uitoefening van de geneeskunde » wordt geregeld door het koninklijk besluit n° 78 van 10 november 1967. De artikelen 15 tot 18 inbegrepen van dit besluit hebben betrekking op de honoraria.

Artikel 15 luidt: « Onverminderd de bepalingen van artikel 18, § 2, hebben de beoefenaars (van de geneeskunde) mits eerbiediging van de regelen van de plichtenleer, recht op honoraria of forfaitaire bezoldigingen voor de door hen geleverde prestaties ». De mogelijkheid van het forfait wordt dus duidelijk afhankelijk gesteld van als beperkingen interpreteerbare bepalingen.

Artikel 18, § 2 bepaalt: « Onverminderd de bepalingen van de artikelen 15 en 17, is verboden elke overeenkomst van welke aard ook tussen de beoefenaars (van de geneeskunde) hetzij tussen beoefenaars en derden ». Op een bepaald ogenblik werd gepoogd dit artikel letterlijk te interpreteren, zodat forfaitaire overeenkomsten onmogelijk werden en artikel 15 in feite en juridisch zinloos werd. De Raad van State heeft in een arrest d.d. 27 oktober 1972 (n° 15 533) echter expliciet gesteld dat artikel 18, § 2, geen belemmering betekent voor het forfait.

De regelen van de plichtenleer zijn vervat in de Code van de geneeskundige plichtenleer, opgesteld in 1975 maar nog niet bekrachtigd door een koninklijk besluit. De Code zelf kwam tot stand in uitvoering van het koninklijk besluit n° 79, dat dezelfde dag als het koninklijk besluit n° 78 in het *Belgisch Staatsblad* verscheen. Bepalingen die betrekking hebben op de honorering van de artsen kan men vinden in de artikelen 71 tot en met 84. In de artikelen 81, 82 en 83 wordt gewag gemaakt van de forfaitaire vergoedingen.

Artikel 81 wil een multi-disciplinaire werking onmogelijk maken: « Elke ereloonverdeling tussen geneesheren en niet-geneesheren is verboden ».

totalement au cloisonnement. Il est extrêmement important de préserver cette situation à travers toutes les modifications qui doivent être apportées au premier échelon des soins. Ce souci procède de la considération que l'extension du cloisonnement au premier échelon risque d'annuler de nombreux avantages du système forfaitaire, du fait que le premier échelon risque d'être utilisé comme un réservoir et un fournisseur du deuxième échelon, lequel se caractérise par un cloisonnement très poussé. De très nombreux partisans de l'application du système forfaitaire aux soins de santé primaires regretteraient amèrement une telle évolution.

TROISIEME PARTIE

Régime de rétribution forfaitaire et droit en matière de soins de santé

Un aspect important lorsqu'il s'agit d'instaurer une réglementation spécifique pour la rétribution forfaitaire des soins primaires est le problème de la compatibilité de cette réglementation avec le droit actuel en matière de soins de santé. Des dispositions concernant les rétributions forfaitaires sont contenues dans la législation relative à l'assurance maladie-invalidité et dans la législation relative à l'exercice de l'art de guérir.

Nous nous sommes déjà référé longuement à la législation relative à l'assurance maladie-invalidité lorsque nous avons tracé l'historique du régime forfaitaire appliqué en Belgique. L'article 34 de la loi du 9 août 1963 prévoit la possibilité d'une rétribution forfaitaire des soins de santé. C'est dès lors cet article que complète la présente proposition de loi.

Néanmoins, c'est dans la législation relative à l'exercice de l'art de guérir que les adversaires du mode forfaitaire de rétribution cherchent des arguments. L'exercice de l'art de guérir est régi par l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967, dont les articles 15 à 18 concernent les honoraires.

L'article 15 de cet arrêté est libellé comme suit: « Sans préjudice des dispositions de l'article 18, § 2, les praticiens (de l'art de guérir) ont droit, dans le respect des règles de la déontologie, à des honoraires ou des rémunérations forfaitaires, pour les prestations qu'ils ont fournies ». La possibilité d'appliquer le régime forfaitaire est donc clairement subordonnée à des dispositions qui peuvent s'interpréter comme des limitations.

L'article 18, § 2, prévoit ce qui suit: « Sans préjudice des dispositions des articles 15 et 17, est interdite toute convention quelconque conclue entre les praticiens (de l'art de guérir), soit entre ces praticiens et des tiers ». A un moment donné, certains ont essayé d'interpréter cet article littéralement, de sorte qu'il devient impossible de conclure des conventions forfaitaires et que l'article 15 perdit, en fait, toute signification juridique. Dans un arrêt du 27 octobre 1972 (n° 15 533), le Conseil d'Etat a cependant précisé de manière explicite que l'article 18, § 2, n'empêche pas la rétribution forfaitaire.

Les règles de la déontologie sont contenues dans le Code de déontologie médicale qui a été élaboré en 1975 mais qu'aucun arrêté royal n'a entériné à ce jour. Le code lui-même a été établi en application de l'arrêté royal n° 79, publié au *Moniteur belge* le même jour que l'arrêté royal n° 78. Les dispositions qui ont trait aux honoraires des médecins figurent aux articles 71 à 84 de ce Code. Les articles 81, 82 et 83 font mention de rétributions forfaitaires.

L'article 81 vise à rendre impossible l'exercice de la médecine par un groupe multidisciplinaire. Il prévoit en effet que « tout partage d'honoraires entre médecins et non-médecins est interdit ».

In het volgende artikel wordt onder meer gesproken over de hoogte van het uit te betalen forfaitair bedrag: « De forfaitaire vergoeding mag niet lager liggen dan het overeenkomstige inkomen van een geneesheer die voor gelijkwaardige activiteiten per prestatie wordt vergoed ». Het stelt ook enkele modaliteiten i.v.m. de forfaitaire regelingen vast. Er worden wel financiële voorwaarden als remmingsmechanisme voor het forfait ingebouwd maar er zijn geen deontologische bezwaren tegen het forfait in te brengen.

Zowel in de genoemde rechtsbron als in de Code is de mogelijkheid tot forfait dus reeds voorzien. Een eventueel verzet kan derhalve geen grond vinden in wettelijke of deontologische bezwaren, zoals men in het verleden herhaaldelijk gepoogd heeft te doen.

Dit wetsvoorstel sluit aan bij de bestaande wetgeving en probeert de praktische verwezenlijking ervan in de hand te werken door de aanvulling van artikel 34^{ter}, waarbij aan de feitelijke blokkering van het forfait een einde wordt gemaakt. In aansluiting op de bestaande wetgeving, moet de forfaitaire regeling voor in solopraktijk werkende artsen mogelijk zijn.

Anderzijds wordt in dit voorstel geopteerd voor het stimuleren van groepswerk in interdisciplinair verband. De coördinatie en verbreding van de directe opvangmogelijkheden voor de patiënt door de uitbouw van « diensten voor eerstelijnsgezondheidszorg » is daar de concrete uitdrukking van. Deze uitbouw wordt gefundeerd door de inschrijving en definiëring van de begrippen « eerstelijnsgezondheidszorg » en « dienst voor eerstelijnsgezondheidszorg » in de wetgeving. De verschillende nodig geachte opdrachten van een dergelijke dienst worden dan ook vergoedbaar gesteld als kaderend binnen de voorzieningen van het R. I. Z. I. V.

Voor de erkenning van de « diensten voor eerstelijnsgezondheidszorg » wordt in het Ministerie van Volksgezondheid een speciaal orgaan opgericht.

De akkoorden inzake het forfait zullen zoals gebruikelijk afgesloten worden binnen de diensten van het R. I. Z. I. V., dat bevoegd is voor de financiële aspecten ervan. Daartoe wordt een « commissie voor het forfait in de eerstelijnsgezondheidszorg » opgericht. Dit wetsvoorstel opteert dus voor een andere commissie dan de reeds bestaande, die belast is met het sluiten van forfaitaire akkoorden.

De nieuwe commissie verschilt echter qua samenstelling en bevoegdheden sterk van de andere. Een eerste doelstelling die hierbij nagestreefd wordt, ligt in de concrete vertaling van de echelonneringsgedachte naar de structuur van het R. I. Z. I. V. toe, met de nadruk op het begrip « eerstelijnsgezondheidszorg ». Verder wordt gepoogd om de samenstelling van de commissie zo te regelen dat, naast de traditionele partners, ook een beroep gedaan wordt op vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers, als deelnemers aan gesprekken over sociale materies. De vertegenwoordiging van de geneeskundigen wordt gezocht bij de artsen die een forfaitair akkoord willen afsluiten of hun afgevaardigden. Dit moet het mogelijk maken de notie kwaliteit en inhoud van het medisch handelen in de onderhandelingsfase te introduceren.

Op verschillende punten worden in dit wetsvoorstel garanties ingebouwd om van het forfait een systeem te maken dat alle vereiste waarborgen biedt inzake de kwaliteit van de zorgen.

Tot slot bevat het voorstel een algemeen overzicht van de criteria tot erkenning van de « diensten voor eerstelijnsgezondheidszorg » en een aantal algemene maatstaven voor de toekenning van het forfait. Voor de concrete uitwerking van de criteria worden een reeks opties als richtingsaan-

L'article suivant a notamment trait au taux de la rétribution forfaitaire et prévoit que « la rétribution forfaitaire ne peut être inférieure au revenu correspondant du médecin s'il exerçait à la vacation pour une activité équivalente ». Cet article fixe également quelques modalités relatives à ce mode de rétribution. S'il est vrai que des conditions financières peuvent faire obstacle à l'application d'un régime forfaitaire, celui-ci ne prête par ailleurs le flanc à aucune objection d'ordre déontologique.

Tant la source de droit citée que le Code prévoient donc dès à présent la possibilité de rétributions forfaitaires. Il s'ensuit que les adversaires éventuels de ce mode de rétribution ne peuvent invoquer des arguments d'ordre légal ou déontologique, comme d'aucuns ont tenté de le faire à plusieurs reprises dans le passé.

La présente proposition s'inscrit dans le prolongement de la législation existante et essaie de favoriser sa mise en œuvre pratique en complétant l'article 34^{ter} et en mettant ainsi fin au blocage de fait du régime forfaitaire. Vu la législation en vigueur, il doit être possible d'appliquer le régime forfaitaire dans le cas de médecins qui travaillent seuls.

D'autre part, la présente proposition opte pour l'encouragement du travail en groupes interdisciplinaires. Cette option est concrétisée par la coordination et l'élargissement des possibilités directes d'accueil du patient par la mise en place de « services de soins de santé primaires ». La création de ces services se base sur l'inscription dans la loi et la définition par celle-ci des notions de soins de santé primaires et de service de soins de santé primaires. La rétribution des diverses tâches qu'il est jugé utile de confier à un tel service est dès lors prévue dans le cadre des prestations de l'I. N. A. M. I.

Un organe spécial est créé au sein du Ministère de la Santé publique en vue d'agréer les « services de soins primaires ».

Les accords relatifs au forfait seront, comme d'habitude, conclus au sein des services de l'I. N. A. M. I., qui est compétent en ce qui concerne les aspects financiers de ces accords. A cet effet, il est institué une « Commission du forfait pour les soins de santé primaires ». La présente proposition de loi opte donc pour une autre commission que celle déjà existante, qui est chargée de conclure des accords forfaitaires.

La nouvelle commission diffère cependant considérablement de l'autre quant à sa composition et à ses compétences. Son premier objectif consiste à concrétiser le concept de l'échelonnement par des structures analogues à celles de l'I. N. A. M. I. en insistant sur la notion des « soins de santé primaires ». En outre, cette Commission serait composée de manière telle qu'outre les partenaires traditionnels, il soit également fait appel aux représentants des employeurs et des travailleurs pour participer aux négociations en matière sociale. La représentation des praticiens de l'art de guérir serait assurée par les médecins désireux de passer un accord forfaitaire ou par leurs délégués. Cette procédure permettrait d'introduire dans les négociations la notion de « qualité » et de « contenu » de l'acte médical.

La présente proposition de loi prévoit, sur différents points, des garanties pour ériger le forfait en système qui présente toutes les garanties requises sur le plan de la qualité des soins.

Enfin, la proposition donne un aperçu général des critères d'agrément des services de soins de santé primaires, ainsi qu'un certain nombre de normes générales d'octroi du forfait. Pour ce qui est de l'élaboration concrète des critères, une série d'options ont été retenues en tant qu'in-

wijzers opgenomen : de voornaamste zijn kwaliteitscontrole en een sanctionering van de overtredingen van de vastgestelde regelen.

Dit wetsvoorstel spitst zich toe op het forfait in de eerstelijnsgezondheidszorg en voorziet geen regeling voor de andere echelons. Hiervoor zijn er twee redenen. Vooreerst zijn het meestal eerstelijnsgezondheidswerkers, met name huisartsen, die uitdrukkelijk bereid zijn om in een forfaitair systeem te werken. Vervolgens valt een forfaitair systeem op het tweede en de andere echelons veel moeilijker te realiseren. De technische moeilijkheden in dit verband op de andere echelons, mogen echter geen belemmering zijn voor de ontwikkeling van dergelijk systeem op de eerste lijn. De noodwendigheden van de verschillende echelons liggen soms vrij ver van elkaar, zodat de noodzakelijkheid en toepassingsmodaliteiten van een forfaitair betalingssysteem telkens in andere termen moeten gesteld worden. Het belangrijkste dat men kan verwachten van een voorstel voor forfait op de eerste lijn, is dat de ontwikkeling van een kwalitatief hoogstaande en behoeftegerichte zorgenverlening op dit terrein als voorbeeld zal dienen voor het gehele stelsel van gezondheidszorg.

* * *

Commentaar bij de artikelen

Artikel 1

In artikel 2 van de wet van 9 augustus 1963, verder genoemd « ziektewet », worden een aantal in dezelfde wet gehanteerde begrippen gedefinieerd. De begrippen « eerstelijnsgezondheidszorg » en « dienst voor eerstelijnsgezondheidszorg » worden hieraan toegevoegd en gedefinieerd volgens de internationale consensus die erover bestaat :

a) « Eerstelijnsgezondheidszorg » is meer dan de verzorging die traditioneel door de huisartsengeneeskunde wordt verleend. Volgens het huidig denken inzake gezondheidszorg dient de basisgeneeskunde ook professionele psychosociale hulpverlening te omvatten. Bovendien moet het overwegend curatief karakter van het bestaande eerste echelon aangevuld worden met preventie en gezondheidsvoorlichting. Ook de thuisverzorging heeft een duidelijke plaats in de eerstelijnsgezondheidszorg.

b) Dit alles veronderstelt een nauw samenwerkingsverband tussen gezondheidswerkers uit verschillende disciplines. De functionele eenheid waarbinnen deze gezondheidswerkers inhoudelijk en organisatorisch samenwerken noemen we « dienst voor eerstelijnsgezondheidszorg ». Minimale vereisten zijn dat een dergelijke dienst zorgen verleent buiten de ziekenhuisinrichtingen, zonder inschakeling van gespecialiseerde technische uitrusting; dat de dienst permanent en onmiddellijk toegankelijk is en dat zijn activiteiten het hele domein bestrijken van het huidige klachtenpatroon zoals beschreven in de algemene toelichting. Er wordt ook uitdrukkelijk aandacht geschonken aan preventie en gezondheidsopvoeding.

Art. 2

Artikel 23, 1^o, van de ziektewet somt de activiteiten op die worden erkend als gewone geneeskundige hulp. Aan deze lijst worden de werkzaamheden toegevoegd van pro-

dicateurs d'orientation, les principales étant le contrôle de la qualité et les sanctions frappant les infractions aux règles fixées.

La présente proposition de loi met l'accent sur le forfait en matière de soins de santé primaires et ne prévoit aucune disposition pour les autres échelons. Il y a à cela deux raisons. En premier lieu, ce sont le plus souvent les travailleurs du secteur des soins de santé primaires, notamment les médecins de famille, qui sont disposés, sans réserve, à s'engager dans les liens d'un système forfaitaire. En outre, un système forfaitaire au deuxième échelon et aux autres serait bien plus difficile à réaliser. Les difficultés techniques se posant sous ce rapport à d'autres échelons ne peuvent cependant constituer une entrave au développement d'un tel système de soins primaires. Les besoins des divers échelons étant parfois assez divergents, il convient de poser, en des termes chaque fois différents, la nécessité et les modalités d'application d'un système de paiement forfaitaire. Le principal résultat escompté d'une proposition de forfait pour les soins de santé primaires est que le développement de soins qualitativement élevés et orientés vers les besoins servira sur ce plan d'exemple à l'ensemble du régime des soins de santé.

* * *

Commentaire des articles

Article 1

L'article 2 de la loi du 9 août 1963, appelée ci-après « loi d'assurance maladie » définit un certain nombre de notions utilisées dans la même loi. Les notions de « soins de santé primaires » et de « service de soins de santé primaires » y sont ajoutées et définies conformément au consensus international existant en cette matière :

a) Les « soins de santé primaires » constituent une notion se situant au-delà des soins traditionnellement prodigués par la médecine générale. Conformément aux conceptions actuelles en matière de soins de santé, la médecine de base est également appelée à englober l'octroi d'assistance professionnelle psycho-sociale. De plus, le caractère avant tout curatif de l'actuel premier échelon devrait être complété par la prévention et l'information sanitaire. Les soins à domicile occupent également une place bien précise dans le secteur des soins de santé primaires.

b) Tous ces éléments impliquent une étroite coopération entre les travailleurs médicaux de diverses disciplines. L'unité fonctionnelle dans laquelle ces travailleurs médicaux collaborent du point de vue de l'organisation et de la spécificité de leur mission est appelée ici le « service des soins de santé primaires ». Les conditions minimales requises sont qu'un tel service dispense des soins en dehors des établissements hospitaliers sans avoir recours à un équipement technique spécialisé; que le service soit accessible de manière permanente et immédiate et que ces activités couvrent le domaine global des doléances dont il est fait état dans les développements généraux. Une attention particulière est également accordée à la prévention et à l'éducation sanitaire.

Art. 2

L'article 23, 1^o, de la « loi sur l'assurance maladie » énumère les activités reconnues comme soins courants. A cette liste sont ajoutées les activités des dispensateurs pro-

fessionele hulpverleners met een opleiding in de thuisverzorgingssector en hulpverleners uit de psycho-sociale sfeer.

Omdat onderhavig voorstel de eerstelijnsgezondheidszorg wil loskoppelen van de betaling per prestatie, wordt deze hulpverlening slechts vergoedbaar gesteld binnen een stelsel van forfaitaire betaling in het kader van een dienst voor eerstelijnsgezondheidszorg.

Art. 3

Hoofdstuk IV van Titel III van de ziektewet regelt de betrekkingen met de gezondheidswerkers en instellingen in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging en bepaalt de voorwaarden waaraan overeenkomsten en akkoorden tussen de verzekeringsinstellingen en de genoemde gezondheidswerkers moeten voldoen.

Omdat onderhavig wetsvoorstel een afzonderlijke regeling voorziet voor forfaitaire overeenkomsten met samenwerkingsverbanden op het eerste echelon, wordt het opschrift van voornoemd Hoofdstuk IV aangevuld met de vermelding: « en met diensten voor eerstelijnsgezondheidszorg ».

Art. 4

Artikel 34ter voorziet in een regeling betreffende het forfait voor individuele zorgenverstrekkers, voor wie ook in dit voorstel beoogd wordt een forfaitaire betalingswijze mogelijk te maken, of opnieuw mogelijk te maken. Rekening houdend met de vaststelling dat sedert 1963 geen enkele passende en voldoende ruime reglementering voor het forfait werd uitgewerkt in de daartoe bevoegde commissie, lijkt het logisch dat de Minister met die taak belast wordt zo de commissie verder in gebreke blijft.

Art. 5

Dit artikel bevat het eigenlijke voorstel voor een afzonderlijke forfaitaire regeling voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Alle voorgestelde bepalingen vallen onder een nieuwe Afdeling 1quinquies van Hoofdstuk IV van de ziektewet.

Art. 34sexies. — Ofschoon Artikel 34ter de formele mogelijkheid tot het sluiten van forfaitaire overeenkomsten of akkoorden voorziet, wordt in de ziektewet een nieuw artikel 34sexies ingevoegd dat een bijzondere regeling voor de forfaitaire betaling van de eerstelijnsgezondheidszorg inhoudt. Hiervoor zijn verscheidene redenen aan te voeren. Zo draagt de in het kader van artikel 34ter geldende reglementering de duidelijke sporen van een onvoldoende inzicht in de noodzaak tot echelonnering (zie algemene toelichting). Ze houdt géén rekening met de specifieke opdracht van de eerste lijn, vermits zij de mogelijkheid van forfaitaire betaling tot de technische verrichtingen en de verpleging beperkt. Deze activiteiten spelen uitsluitend op de tweede lijn een belangrijke rol (specialistische en ziekenhuisgeneeskunde). De bestaande reglementering sluit zodoende de niet zuiver medisch-technische activiteiten uit die juist de hoofdbrok vormen van het werk op de eerste lijn, en ze is dan ook onbruikbaar als algemene regeling voor alle echelons. Elk echelon wordt gekenmerkt door een eigen specifieke problematiek en vergt een aangepaste regeling. Zulke afzonderlijke en specifieke regeling wordt door dit wetsvoorstel nagestreefd voor de eerste lijn.

fessionnels de soins ayant subi une formation dans le secteur des soins à domicile, ainsi que les dispensateurs de soins sur le plan psychologique.

Etant donné que la présente proposition de loi entend dissocier les soins de santé primaires du paiement par prestation, cette assistance ne sera indemnisée que selon le régime des paiements forfaitaires dans le cadre d'un service de soins de santé primaires.

Art. 3

Le chapitre IV du Titre III de la loi sur l'assurance maladie règle les rapports avec les travailleurs et les établissements de santé dans le cadre de l'assurance-soins de santé et fixe les conditions auxquelles doivent satisfaire les conventions et accords passés entre les compagnies d'assurances et lesdits travailleurs médicaux.

La présente proposition de loi prévoyant un régime distinct pour les conventions forfaitaires passées dans les liens d'un coopération au premier échelon, l'intitulé du dit chapitre IV est complété par la mention: « et avec des services de soins de santé primaires ».

Art. 4

L'article 34ter prévoit un régime forfaitaire à l'usage des dispensateurs de soins individuels pour lesquels cette proposition entend soit ouvrir la possibilité d'un mode de paiement forfaitaire, soit rouvrir cette possibilité. Etant donné que depuis 1963 aucun régime forfaitaire suffisamment large et approprié n'a été élaboré au sein de la commission compétente, il paraît logique que le Ministre soit chargé de cette tâche, si la commission reste en défaut de l'accomplir.

Art. 5

Cet article comporte la proposition proprement dite concernant le règlement forfaitaire distinct des soins de santé primaires. Toutes les dispositions proposées ressortissent à une nouvelle section 1quinquies du Chapitre IV de la « loi sur l'assurance-maladie ».

Art. 34sexies. — Bien que l'article 34ter prévoie la possibilité formelle de conclure des conventions ou accords forfaitaires, il est inséré dans la « loi sur l'assurance-maladie » un nouvel article 34sexies, comportant un régime particulier pour le paiement forfaitaire des soins de santé primaires. Il y a à cela plusieurs raisons. Ainsi la réglementation en vigueur dans le cadre de l'article 34ter ne paraît pas suffisamment tenir compte de la nécessité d'un échelonnement (voir développements généraux). Elle néglige la spécificité des soins de santé primaires, puisqu'elle limite la possibilité de paiement forfaitaire aux opérations techniques et aux soins. Ces activités ne jouent un rôle important qu'en deuxième ordre (médecine spécialisée et hospitalière). De la sorte, la réglementation existante n'exclut pas les activités purement médico-techniques qui constituent précisément l'essentiel de l'activité primaire et elle est dès lors inadéquate en tant que réglementation générale applicable à tous les échelons. Chaque échelon se caractérise, en effet, par des problèmes spécifiques et exige une réglementation appropriée. La présente proposition de loi a pour objectif de chercher à instaurer, pour les soins primaires, une réglementation distincte et spécifique de cet ordre.

Art. 34septies. — § 1. Legt algemene principes vast waar- aan een overeenkomst betreffende forfaitaire betaling dient te beantwoorden. Hoewel gestreefd wordt naar een optimale samenstelling van de teams, kan deze wisselen naargelang de aard van de lokale patiëntenpopulatie en het verzorgings- c.q. hulpverleningsaanbod dat ter plaatse reeds bestaat. Wel moet er voldaan worden aan de minimale eisen zoals gesteld in artikel 1 van dit voorstel.

Het opleggen van een vaste structuur zou bovendien afbreuk doen aan de dynamiek van de reeds bestaande of nieuwe, in hun opzet nog beperkte initiatieven van integrale zorgenverlening op de eerste lijn.

Punt 1. — Hoewel onderhavig wetsvoorstel in zijn geheel via een aangepast betalingssysteem de oprichting wil aanmoedigen van volledige diensten voor eerstelijnsgezondheidszorg, worden individuele zorgenverleners niet uitgesloten. Niet overal en niet voor elke arts die bereid is patiënten te verzorgen in een stelsel van forfaitaire betaling, is de mogelijkheid voorhanden tot integratie in een reeds bestaand multi-disciplinair team.

Punt 2. — De samenstelling van een team van gezondheidswerkers in een dienst voor eerstelijnsgezondheidszorg kan variëren binnen de grenzen bepaald door Artikel 23, 1^o a) tot en met f), 2^o en 5^o.

Punt 3. — Onderhavig wetsvoorstel wil een eerlijke kans geven aan de initiatieven die erop gericht zijn het aanbod in de gezondheidszorg beter aan te passen aan de behoeften. Wil men dat ze zich verder ontwikkelen, dan moet de stabiliteit van de gesloten overeenkomsten gewaarborgd worden. Dit was ook de wil van de wetgever toen in 1965 besloten werd de duurtijd der medisch-mutualistische akkoorden te bepalen op drie jaar. Deze doelstelling werd later in het gedrang gebracht, toen de duurtijd van die akkoorden werd beperkt tot één jaar.

Dit wetsvoorstel sluit aan bij de oorspronkelijke bedoeling om in een stabiele regeling te voorzien, en het bepaalt dan ook dat de termijn waarna de overeenkomsten kunnen worden herzien, drie jaar bedraagt. Bij het verstrijken van deze termijn, en bij ontstentenis van een nieuwe overeenkomst, blijven de bepalingen van de vroeger gesloten overeenkomst geldig.

Punt 4. — Zoals bij gelijkaardige regelingen in andere sectoren (o.a. de centra voor geestelijke gezondheidszorg) wordt deze globale vergoeding gevormd door de wedden, de basis-, de uitrustings- en de werkingskosten. De minst omslachtige wijze van berekening van deze posten bestaat er in het aantal en de beroepshoedanigheid der tewergerstelde personen als basis te nemen. Dergelijke regeling wordt trouwens ook toegepast in andere Europese landen zoals Nederland en Groot-Brittannië (zie de algemene toelichting).

Zo kan men de basis- en werkingskosten berekenen naar rata van een percentage van de wedden, wisselend volgens de samenstelling van het team. Als onderdeel van de basis- en werkingskosten zal de wedde voor het secretariaat echter een vaste post uitmaken. Ook zullen de uitrustingskosten in functie van de omvang en de samenstelling van de dienst dienen berekend te worden.

Voor het bepalen van de globale vergoeding zullen criteria moeten opgesteld worden die rekening houden met de omvang, aard en kwaliteit van het gepresteerde werk. We denken hierbij aan een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve elementen, waardoor zowel de mogelijke nadelen van het zuivere salariaat als die van de abonnementsgeneeskunde worden ontweken. In aanmerking te nemen

Art. 34septies. — Le § 1 fixe les principes généraux auxquels doit répondre toute convention relative au mode de paiement forfaitaire. Encore qu'on veuille à une composition optimale des équipes, celle-ci peut varier selon la spécificité d'un groupe de patients déterminé et les dispositifs existants en matière de soins et d'offre d'assistance. Il convient toutefois de satisfaire aux conditions minimales requises dans l'article 1 de la présente proposition.

De plus, l'obligation d'une structure fixe porterait atteinte à la dynamique des initiatives déjà existantes ou initiatives nouvelles, fussent-elles encore limitées dans leurs objectifs, en matière de soins primaires complets.

Point 1. — Si la présente proposition de loi vise globalement à encourager la création de services complets de soins de santé primaires et ce, moyennant l'instauration d'un système de paiement approprié, les dispensations individuelles de soins n'en sont cependant pas exclues. La possibilité d'intégration dans une équipe multi-disciplinaire déjà existante ne se présente, ni partout, ni pour chaque médecin disposé à soigner des patients dans le cadre d'un régime de paiement forfaitaire.

Point 2. — La composition d'une équipe de travailleurs médicaux attachés à un service de soins de santé primaires peut varier dans les limites fixées par l'article 23, 1^o, a) à f), 2^o et 5^o.

Point 3. — La présente proposition de loi entend donner une réelle chance aux initiatives visant à mieux adapter l'offre des soins de santé aux besoins en la matière. Si l'on veut que ces initiatives continuent à se développer, il convient d'assurer la stabilité des conventions conclues. Telle fut également la volonté du législateur de 1965, lorsqu'il décida de fixer à 3 ans la durée des accords médico-mutualistes. Cet objectif a été mis en cause par la suite, lorsque la durée de ces accords fut limitée à 1 an.

La présente proposition de loi rejoint l'objectif initial d'un régime stable en précisant que le délai à l'expiration duquel les conventions peuvent être révisées, sera de 3 ans. Passé ce délai, et à défaut de toute convention nouvelle, les dispositions de la convention antérieure demeureront en vigueur.

Point 4. — A l'instar de dispositions analogues appliquées à d'autres secteurs (notamment les centres de soins de santé mentale) cette rétribution globale sera constituée par les traitements ainsi que par les frais de base, d'équipement et de fonctionnement. Le mode de calcul le plus simple de ces postes serait de prendre comme base le nombre et la qualification professionnelle des personnes occupées, à l'exemple des normes observées dans d'autres pays européens, tels que les Pays-Bas et la Grande-Bretagne (voir les développements généraux).

Ainsi, les frais de base et de fonctionnement pourraient-ils être calculés au prorata d'un pourcentage des traitements variant d'après la composition de l'équipe. Néanmoins, les traitements alloués au secrétariat constitueront un poste fixe des frais de base et de fonctionnement. En outre, les frais d'équipement devront être calculés en fonction de l'importance et de la composition du service.

En ce qui concerne la fixation de l'indemnité globale, il conviendra d'établir des critères qui tiennent compte du volume, de la nature et de la qualité des prestations. A cet égard, on peut envisager de combiner des éléments quantitatifs et qualitatifs, de manière à éviter les éventuels inconvénients aussi bien de la médecine salariée que de la médecine « par abonnement ». Les critères à rete-

criteria zijn : het aantal verzorgde patiënten, de verscheidenheid van de aangeboden verzorging en hulpverlening, de beschikbaarheid, het aantal activiteiten op het vlak van preventie en gezondheidsopvoeding, de inspanningen om de wetenschappelijke en therapeutische vernieuwingen te blijven volgen, de aandacht die aan thuisverzorging wordt geschonken, het optimaliseren van de samenstelling van het team.

Punt 5. — Het deel van het globale forfaitaire bedrag dat aan de afzonderlijke medewerkers als wedde wordt uitgekeerd, moet qua grootte binnen sociaal aanvaardbare grenzen liggen. De barema's voor vergelijkbare functies in overheidsdiensten kunnen hierbij een aanleiding geven.

Er zij opgemerkt dat in een aanvangsfase, d.w.z. voor de duur van de eerste overeenkomst, een zorgenverlener of een dienst niet op basis van criteria zoals patiëntenpopulatie of optimale samenstelling van het team zal kunnen vergoed worden. Wat de personeelskosten betreft, werd gedacht aan een aanvangswedde vergelijkbaar met die in de overheidsdiensten. Wat de basis-, de werkings- en de uitrustingskosten betreft, dient de bevoegde commissie een bijzondere regeling uit te werken. Elk mogelijk misbruik van deze aanvangsregeling wordt door de bepalingen van punt 7 infra gesanctioneerd.

Punt 6. — Binnen de bestaande wetgeving op de ziekteverzekering zijn twee vormen van overeenkomsten mogelijk, waarvan één de forfaitaire is.

Het is logisch dat de twee vormen van betaling streng gescheiden blijven. Naast administratief-technische bezwaren tegen de vermenging van twee betalingssystemen kunnen ook negatieve ervaringen in het buitenland worden aangehaald, waar de mogelijkheid voor een zorgenverlener om zowel forfaitair als per prestatie te werken tot misbruiken heeft geleid. Zorgenverleners die beide betalingssystemen combineren, vertonen vaak de neiging om hun per prestatie betalende patiënten een voorkeursbehandeling te geven.

In de concrete Belgische context blijft het echter een vraag, of een speciale regeling moet worden voorzien voor activiteiten tijdens een erkende weekend-wacht en op feestdagen. In principe is het redelijk dat ook deze werkzaamheden door het forfait zouden worden gedekt. Mocht dit echter moeilijkheden opleveren op het vlak van de praktische organisatie van de wachtdiensten, dan kan de mogelijkheid worden overwogen om hiervoor een uitzondering te maken op de regel. Punt 6 stelt echter uitdrukkelijk dat een georganiseerde wachtdienst kan gedekt worden door de overeenkomst van forfaitaire betaling.

Punt 7. — Ondanks het feit dat men kan verwachten dat gezondheidswerkers voor het forfaitaire betalingssysteem kiezen omdat zij een hogere kwaliteit van de gezondheidszorg nastreven, zijn garanties voor de beveiliging tegen misbruiken noodzakelijk. Het is niet ondenkbaar dat zorgenverleners de forfaitaire betaling enkel zouden gebruiken om er een cliënteel mee op te bouwen. Bijgevolg moet de zekerheid bestaan dat een zorgenverlener niet met dezelfde patiënten kan overschakelen naar het stelsel van betaling per prestatie. Punt 7 sluit zulks uit zonder te raken aan de vrijheid van overeenkomst en van vestiging. Een overtreding van deze bepaling kan worden gesanctioneerd volgens de bepalingen van artikel 34*decies* infra.

§ 2 omschrijft de bevoegdheden inzake het vaststellen van concrete criteria voor de bepaling van het forfait. De « Commissie van het Forfait voor Eerstelijnsgezondheidszorg », bij een nieuw artikel 34*octies*, § 1, opgericht in het

nir seraient les suivants : le nombre de patients soignés, la diversité des soins et de l'assistance, la disponibilité, le nombre d'activités au niveau de la prévention et de l'éducation sanitaire, les efforts fournis pour continuer à suivre de près les innovations scientifiques et thérapeutiques, l'attention accordée aux soins à domicile, la composition optimale de l'équipe.

Point 5. — La part du montant forfaitaire global afférente aux traitements des collaborateurs individuels doit se situer, quantitativement, dans des limites socialement acceptables. On peut se référer à cet égard aux barèmes appliqués à des fonctions comparables dans des services publics.

Il y a lieu de noter qu'au stade initial, soit pour la durée de la première convention, aucun dispensateur de soins, ni service de soins ne pourra être rétribué en fonction de critères tels que le nombre de patients ou la composition optimale de l'équipe soignante. Quant aux frais de personnel, le traitement de début pourrait être analogue à celui des services publics. En ce qui concerne les frais de base, de fonctionnement et d'équipement, la commission compétente sera chargée d'élaborer des règles spécifiques, tout abus éventuel en cette matière étant sanctionné par les dispositions prévues au point 7 ci-après.

Point 6. — Dans le cadre de la législation existante en matière d'assurance maladie, deux formes de convention sont possibles dont l'une est la convention forfaitaire.

Il est logique que les deux modes de paiement restent strictement distincts. Outre des objections techniques d'ordre administratif contre l'interférence des deux systèmes de paiement, on peut faire état également des expériences négatives à l'étranger, où la possibilité pour un prestataire de soins de travailler aussi bien au forfait qu'à la prestation a donné lieu à des abus. Des dispensateurs de soins qui combinent les deux modes de paiement ont souvent tendance à accorder un traitement de faveur à leur malades payant à la prestation.

Dans le contexte concret belge, subsiste cependant la question de savoir s'il faut prévoir un régime spécial pour les activités durant des gardes reconnues pendant les week-ends et les jours de fête. En principe il est raisonnable que ces activités soient également couvertes par le forfait. S'il devait toutefois en résulter des difficultés au niveau de l'organisation pratique des services de garde, on pourrait envisager la possibilité d'une exception à la règle. Le point 6 dispose toutefois explicitement qu'une garde organisée peut être couverte par le contrat de paiement forfaitaire.

Point 7. — Bien qu'on puisse escompter que les soignants opteront pour le mode de paiement forfaitaire parce qu'ils recherchent une meilleure qualité des soins de santé, des garanties contre d'éventuels abus sont nécessaires. Il n'est pas impensable que des dispensateurs de soins n'utilisent le paiement forfaitaire qu'en vue de se constituer une clientèle. Il faut donc avoir la certitude que le dispensateur de soins ne puisse jamais avec les mêmes malades passer au régime de paiement à la prestation. Le point 7 exclut cette possibilité sans porter atteinte à la liberté de contrat et d'établissement. Toute infraction à cette disposition est punissable conformément aux dispositions de l'article 34*decies* ci-dessous.

Le § 2 définit les compétences en ce qui concerne la fixation des critères concrets servant à établir le forfait. La « Commission du forfait des soins primaires créée par un nouvel article 34*octies*, § 1, au sein de l'I. N. A. M. I., est

R.I.Z.I.V., is bevoegd voor het sluiten van forfaitaire overeenkomsten en stelt de criteria voor inzake de bepaling van het bedrag van het forfait. Voor deze criteria kan verwezen worden naar de toelichting bij punt 4 van artikel 34septies, § 1.

Onderhavig wetsvoorstel wijkt op een belangrijk punt af van de bestaande bevoegdheidsomschrijvingen betreffende overeenkomsten en akkoorden in de wetgeving op de ziekteverzekering. Als betalingsinstelling wordt het R.I.Z.I.V. voorgesteld. Deze taak, die momenteel uitsluitend door de verzekeringsinstellingen wordt vervuld, kan aan deze laatste niet worden toebedeeld in een betalingsstelsel dat niet langer steunt op de vergoeding van afzonderlijke verstrekkingen. Er zouden bijna onoverkomelijke problemen rijzen indien de gelden voor het forfait over de verzekeringsinstellingen zouden moeten verdeeld worden, en daarom worden door het R.I.Z.I.V. de wedden rechtstreeks aan de gezondheidswerkers, en de basis-, uitrustings- en werkingstoe-lagen rechtstreeks aan de diensten voor eerstelijnsgezondheidszorg overgemaakt.

Art. 34nonies. — Dit artikel bevat de bepalingen inzake de erkenning van diensten voor eerstelijnsgezondheidszorg. § 1 legt de erkenningsvoorwaarden in hoofde van de aanvrager vast. In § 2 wordt bepaald wie de erkenning verleent en volgens welke procedure dit moet gebeuren. § 3 tenslotte heeft betrekking op de samenstelling en werking van de in § 2 bedoelde erkenningscommissie.

Art. 34decies. — Omvat de strafbepalingen.

L. HANCKÉ

WETSVOORSTEL

Artikel 1

Aan artikel 2 van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt een letter i) toegevoegd luidend als volgt :

« i) a) onder « eerstelijnsgezondheidszorg », de extramurale, niet-specialistische verzorging die betrekking heeft op de lichamelijke, geestelijke en sociale aspecten van de gezondheid, verleend door de gezondheidswerkers beoogd in artikel 23, 1°, 2° en 5°.

b) onder « dienst voor eerstelijnsgezondheidszorg », elke functionele eenheid die eerstelijnsgezondheidszorg verleent, gekenmerkt door het extramuraal, niet-specialistisch, continu en integraal karakter van de zorgen. »

Art. 2

Aan artikel 23, 1°, van dezelfde wet van 9 augustus 1963 wordt een letter f) toegevoegd, luidend als volgt :

« f) de werkzaamheden van sociale en psychologische assistenten, sociaal verplegenden, gezins- en bejaarden-hulp(st)ers, diëtisten, logopedisten, licentiaten in de psychologische, pedagogische en sociale wetenschappen, voorzover hun activiteiten verricht worden in het kader van een erkende dienst voor eerstelijnsgezondheidszorg, verbonden door een overeenkomst voor forfaitaire betaling. »

compétente pour conclure des contrats forfaitaires et propose les critères de fixation du montant du forfait. Pour ces critères, il y a lieu de se référer au commentaire du point 4 de l'article 34septies, § 1.

La présente proposition de loi s'écarte sur un point important des définitions de compétence existantes relatives aux contrats et accords dans la législation de l'assurance-maladie. L'I. N. A. M. I. est proposé comme organisme de paiement. Cette tâche, qui est actuellement assumée par les seuls organismes assureurs, ne peut plus être confiée à ceux-ci dans un système de paiement ne reposant désormais plus sur l'indemnisation de prestations individuelles. Des problèmes quasiment insolubles surgiraient si les fonds destinés à payer le forfait devaient être répartis à l'intervention des organismes assureurs. Dès lors, c'est l'I. N. A. M. I. qui devra verser les rétributions directement entre les mains des dispensateurs de soins et qui devra remettre les subventions de base, d'équipement et de fonctionnement directement aux services de soins de santé primaires.

Art. 34nonies. — Cet article contient les dispositions en matière d'agrégation de services de soins de santé primaires. Le § 1 fixe les conditions d'agrégation dans le chef du demandeur. Le § 2 précise qui procède à l'agrégation et selon quelle procédure. Enfin, le § 3 se rapporte à la composition et au fonctionnement de la commission d'agrégation prévue au § 2.

Art. 34decies. — Cet article contient les dispositions pénales.

PROPOSITION DE LOI

Article 1

L'article 2 de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité est complété par un littera i), libellé comme suit :

« i) a) par "soins de santé primaires", les soins extramuros, non spécialisés qui visent les aspects corporels, mentaux et sociaux de la santé, dispensés par les travailleurs médicaux visés à l'article 23, 1°, 2° et 5°;

b) par "service de soins de santé primaires", toute entité fonctionnelle qui dispense des soins de santé primaires ayant un caractère extra-muros, non spécialisé, continu et intégral. »

Art. 2

L'article 23, 1°, de la même loi du 9 août 1963 est complété par un littera f), libellé comme suit :

« f) les activités des assistants sociaux et psychologiques, les infirmiers sociaux, les aides familiales et aides seniors, les diététistes, les logopédistes, les licenciés en sciences psychologiques, pédagogiques et sociales, pour autant que leurs activités s'exercent dans le cadre d'un service agréé de soins de santé primaires, liés par une convention de rétribution forfaitaire. »

Art. 3

Het opschrift van Hoofdstuk IV van Titel III van dezelfde wet wordt vervangen door het volgende opschrift :

« Betrekkingen met het geneesherenkorps, het tandheelkundigenkorps, het apothekerskorps, de ziekenhuizen en klinieken, de paramedische medewerkers, en met diensten voor eerstelijnsgezondheidszorg. »

Art. 4

Aan artikel 34^{ter} van dezelfde wet wordt een zesde lid toegevoegd, luidend als volgt :

« Blijft het Beheerscomité in gebreke om deze regelen op te stellen binnen de zes maanden nadat de Minister van Sociale Voorzorg erom verzocht, dan worden deze regelen opgesteld door de Koning. »

Art. 5

In Titel III, Hoofdstuk IV, van dezelfde wet wordt een Afdeling 1^{quinquies} omvattende de artikelen 34^{sexies} tot 34^{decies} ingevoegd, luidende als volgt :

« Afdeling 1^{quinquies} : Overeenkomsten betreffende de forfaitaire betaling van de eerstelijnsgezondheidszorg. Betrekkingen met gezondheidswerkers.

Art. 34^{sexies}. — Er wordt in een bijzondere regeling voorzien voor forfaitaire betaling van de eerstelijnsgezondheidszorg. Zij bepaalt de in Afdeling 1^{quinquies} bedoelde betrekkingen tussen de rechthebbenden en de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het R. I. Z. I. V. enerzijds, en de diensten voor eerstelijnsgezondheidszorg en de personen die de zorgen verlenen bedoeld in artikel 23, 1°, 2° en 5° anderzijds.

Art. 34^{septies}. — § 1. De volgende regelen gelden wat betreft de in artikel 34^{sexies} bedoelde betaling :

- 1) de aanvragen tot het sluiten van een forfaitaire overeenkomst kunnen ingediend worden door zorgverstrekkers of door erkende diensten voor eerstelijnsgezondheidszorg;
- 2) de diensten voor eerstelijnsgezondheidszorg waarop het forfait betrekking kan hebben, stellen een aantal personen tewerk die alle of een aantal werkzaamheden uitoefenen opgesomd in artikel 23, 1°, a) tot en met f), 2° en 5°, met dien verstande dat het integraal karakter van de zorgen wordt gewaarborgd;
- 3) de forfaitaire overeenkomst wordt afgesloten voor een bepaalde tijd, die niet korter dan drie jaar mag zijn en hernieuwbaar is voor een zelfde of een andere termijn;
- 4) het bedrag van het forfait dekt de wedden, de basis-, uitrustings- en werkingskosten, inbegrepen deze voor het secretariaat;
- 5) bij een eerste forfaitaire overeenkomst wordt voor de wedden in een minimumbedrag voorzien, gelijk aan de aanvangswedde voor vergelijkbare functies bij het Rijks-personeel;
- 6) de zorgverstrekkers en de erkende diensten voor eerstelijnsgezondheidszorg kunnen tijdens de periode gedekt door de overeenkomst tot forfaitaire betaling voor de zorgen die zij verstrekken, in geen enkele omstandigheid een betaling vorderen van de rechthebbenden, behoudens voor de zorgen die verstrekt worden in het kader van een georganiseerde wachtdienst die niet gedekt is door de overeenkomst tot forfaitaire betaling;

Art. 3

Dans la même loi, l'intitulé du Chapitre IV du Titre III est remplacé par l'intitulé suivant :

« Des rapports avec le corps médical, le corps des dentistes, le corps des pharmaciens, les hôpitaux et les cliniques, les auxiliaires paramédicaux et les services des soins de santé primaires. »

Art. 4

L'article 34^{ter} de la même loi est complété par un sixième alinéa, libellé comme suit :

« Si le Comité de gestion reste en défaut d'établir ces règles dans les six mois après y avoir été invité par le Ministre de la Prévoyance sociale, ces règles sont fixées par le Roi. »

Art. 5

Sous le Titre III, Chapitre IV, de la même loi est inséré une Section 1^{quinquies}, comprenant les articles 34^{sexies} à 34^{decies}, libellés comme suit :

« Section 1^{quinquies} : » Des conventions concernant le paiement forfaitaire des soins de santé primaires".
Des rapports avec les travailleurs médicaux.

Art. 34^{sexies}. — Il est prévu un règlement spécial pour le paiement forfaitaire des soins de santé primaires. Ce règlement fixe les rapports visés à la Section 1^{quinquies} entre les bénéficiaires et le Service des soins de santé de l'I. N. A. M. I., d'une part, et les services de soins de santé primaires et les personnes qui dispensent les soins visés à l'article 23, 1°, 2° et 5°, d'autre part.

Art. 34^{septies}. — § 1. Le paiement visé à l'article 34^{sexies} est régi par les règles suivantes :

- 1) les demandes tendant à conclure une convention forfaitaire peuvent être introduites par les dispensateurs de soins ou par des services agréés de soins de santé primaires;
- 2) les services de soins de santé primaires qui peuvent faire l'objet du forfait, occupent un certain nombre de personnes qui exercent toutes les activités ou une partie des activités visées à l'article 23, 1°, a) à f), 2° et 5°, étant entendu que l'intégralité des soins est garantie;
- 3) la convention forfaitaire est conclue pour une durée déterminée, ne pouvant être inférieure à trois ans et renouvelable pour une même ou pour une autre période;
- 4) le montant du forfait couvre les traitements, les dépenses de base, d'équipement et de fonctionnement, en ce compris les dépenses du secrétariat;
- 5) lors d'une première convention forfaitaire, il est prévu, pour les traitements, un montant minimum égal au traitement de départ afférent à des fonctions comparables dans les cadres du personnel de l'Etat;
- 6) les dispensateurs de soins et les services agréés de soins primaires ne peuvent, pendant la période couverte par la convention de paiement forfaitaire des soins qu'ils dispensent, en aucun cas réclamer aux bénéficiaires une rétribution, sauf pour les soins dispensés dans le cadre d'un service de garde non couvert par la convention de paiement forfaitaire;

7) de beoefenaars van de geneeskunst die verbonden zijn door een forfaitaire overeenkomst of die tewerkgesteld zijn in een erkende dienst voor eerstelijnsgezondheidszorg die verbonden is door een forfaitaire overeenkomst, alsook de erkende dienst zelf, kunnen zich gedurende de periode van één jaar die volgt op het einde van hun tewerkstelling of op het einde van de forfaitaire overeenkomst, niet vestigen om medische zorgen te verlenen die betaald worden per verstrekking. Dit verbod is beperkt tot een gebied met een straal van 10 kilometer ten opzichte van elke vestigingsplaats waar de beoefenaar van de geneeskunst zijn activiteit uitoefende of waar de erkende dienst een activiteitscentrum had.

§ 2. Op voorstel van de Commissie van het Forfait voor de eerstelijnsgezondheidszorg, beoogd in artikel 34octies, § 1, en na advies van het beheerscomité van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het R. I. Z. I. V., bepaalt de Koning de criteria tot vaststelling van het bedrag van het forfait, alsook de regelen betreffende de betaling, rechtstreeks door het R. I. Z. I. V. uit te voeren aan de gezondheidswerkers wat de wedden betreft, en aan de diensten wat de basis-, uitrustings- en werkingskosten betreft.

Het in alinea 1 bedoelde voorstel dient gedaan en het advies gegeven binnen de twee maanden nadat er om verzocht werd door de Minister die de Sociale Voorzorg onder zijn bevoegdheid heeft; indien het advies niet binnen de gestelde termijn uitgebracht werd, is het niet meer vereist.

Art. 34octies. — § 1. Bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het R. I. Z. I. V. wordt een Commissie van het Forfait voor de eerstelijnsgezondheidszorg ingesteld die bevoegd is voor het afsluiten van overeenkomsten voor forfaitaire betaling van eerstelijnsgezondheidszorg.

§ 2. De Commissie bestaat uit :

1) zes werkende en zes plaatsvervangende leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen;

2) zes werkende en zes plaatsvervangende leden die de bij de overeenkomsten voor forfaitaire betaling betrokken zorgenverstrekkers of diensten voor eerstelijnsgezondheidszorg vertegenwoordigen;

3) drie werkende en drie plaatsvervangende leden die de representatieve werknemersorganisaties vertegenwoordigen;

4) drie werkende en drie plaatsvervangende leden die de representatieve organisaties van de werkgevers en van de middenstand vertegenwoordigen.

§ 3. De leden worden benoemd door de Koning voor een termijn van zes jaar; hun benoeming kan vernieuwd worden.

§ 4. De Commissie wordt voorgezeten door de leidende ambtenaar van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het R. I. Z. I. V. of door een ambtenaar van dezelfde dienst, door hem aangewezen.

§ 5. Het secretariaat wordt verzekerd door een ambtenaar van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het R. I. Z. I. V.

§ 6. De voorzitter roept de Commissie samen telkens als hij dit nuttig acht. Hij is verplicht de Commissie samen te roepen binnen de maand nadat een aanvraag tot het sluiten van een overeenkomst voor forfaitaire betaling ingediend werd.

§ 7. De Commissie beraadslaagt en beslist geldig zo de helft van de leden aanwezig is.

7) les praticiens de l'art de guérir qui sont liés par une convention forfaitaire ou qui sont occupés dans un service agréé de soins primaires, lié par une convention forfaitaire, ainsi que le service agréé lui-même ne peuvent, pendant un délai d'un an qui suit la fin de leur occupation ou la fin de la convention forfaitaire, s'installer pour dispenser des soins médicaux qui sont payés à la prestation. Cette interdiction se limite à une région sise dans un rayon de 10 kilomètres par rapport à tout lieu d'implantation où le praticien de l'art de guérir exerçait son activité ou dans lequel le service agréé disposait d'un centre d'activité.

§ 2. Sur proposition de la Commission du forfait pour les soins de santé primaires, visée à l'article 34octies, § 1, et après l'avis du Comité de gestion du Service des soins de santé de l'I. N. A. M. I., le Roi fixe les critères pour établir le montant du forfait ainsi que les règles concernant le paiement qui sera fait directement par l'I. N. A. M. I. aux travailleurs médicaux, en ce qui concerne les traitements, et aux services, en ce qui concerne les frais de base, d'équipement et de fonctionnement.

La proposition visée au premier alinéa doit être faite et l'avis donné dans les deux mois de la demande qui en sera faite par le Ministre qui a la prévoyance sociale dans ses attributions; si l'avis n'est pas donné dans les délais fixés, il n'est plus requis.

Art. 34octies. — § 1. Après du Service des soins de santé de l'I. N. A. M. I. est instituée une Commission du forfait des soins de santé primaires qui sera compétente pour conclure les conventions de paiement forfaitaire des soins de santé primaires.

§ 2. La Commission est composée de :

1) six membres effectifs et six membres suppléants qui représentent les organismes assureurs;

2) six membres effectifs et six membres suppléants qui représentent les dispensateurs de soins ou les services de soins de santé primaires concernés par les conventions de paiement forfaitaire;

3) trois membres effectifs et trois membres suppléants qui représentent les organisations représentatives des travailleurs.

4) trois membres effectifs et trois membres suppléants qui représentent les organisations représentatives des employeurs et des classes moyennes.

§ 3. Les membres sont nommés par le Roi pour un terme de six ans; leur nomination peut être renouvelée.

§ 4. La Commission est présidée par le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'I. N. A. M. I. ou par un fonctionnaire du même service qu'il désigne.

§ 5. Le secrétariat est assuré par un fonctionnaire du Service des soins de santé de l'I. N. A. M. I.

§ 6. Le président convoque la Commission chaque fois qu'il le juge utile. Il est tenu de convoquer la Commission dans le mois de la demande tendant à conclure une convention de paiement forfaitaire.

§ 7. La Commission délibère et décide valablement si la moitié des membres est présente.

Indien over een ingediende aanvraag tot het sluiten van een overeenkomst voor forfaitaire betaling niet kan beraadslaagd worden omdat de leden niet in voldoende getale aanwezig zijn, kan op de daaropvolgende vergadering, te houden binnen de maand, over die aanvraag geldig beraadslaagd en beslist worden, welke ook het aantal aanwezige leden zij. Zo er niet of niet tijdig beslist is over die aanvraag, wordt zij geacht ingewilligd te zijn.

§ 8. De Commissie stelt haar huishoudelijk reglement op.

§ 9. De overeenkomsten betreffende de forfaitaire betaling van de eerstelijnsgezondheidszorg worden voor advies voorgelegd aan het Beheerscomité van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het R.I.Z.I.V. Het advies dient gegeven binnen de twee maanden na het afsluiten van de overeenkomst; zo het advies niet tijdig gegeven werd, is het niet meer vereist.

§ 10. De overeenkomst betreffende de forfaitaire betaling van de eerstelijnsgezondheidszorg wordt door de Minister van Sociale Voorzorg goedgekeurd. Zo de Minister geen beslissing treft binnen de maand na de toezending van de overeenkomst, is ze goedgekeurd.

Art. 34nonies. — § 1. Wordt erkend als « Dienst voor eerstelijnsgezondheidszorg », de vereniging zonder winstoogmerk wier hoofdactiviteit ligt in het verlenen van eerstelijnsgezondheidszorg aan de rechthebbenden, en die bovendien aan de volgende voorwaarden voldoet :

- 1) over de materiële middelen en het personeel beschikken om een voortdurende en integrale eerstelijnsgezondheidszorg te kunnen verlenen;
- 2) voorzien in een permanente beschikbaarheid voor dringende geneeskundige verzorging, en zulks in voorkomend geval ook in het kader van een georganiseerde wachtdienst;
- 3) statutair voorzien in de deelneming aan het beheer door de rechthebbenden en door de gezondheidswerkers bedoeld in artikel 23, 1^o, a) tot en met f), 2^o en 5^o.
- 4) zich verbinden om voor elke rechthebbende een medisch dossier bij te houden waarin alle verleende zorgen vermeld worden.

Indien de aanvrager tegelijk zorgen verstrekt bedoeld in artikel 23, 3^o, 7^o en 8^o, kan de erkenning slechts verleend worden zo voor deze zorgenverstrekingen een akkoord werd afgesloten overeenkomstig de bepalingen van artikel 34ter.

§ 2. De erkenning als dienst voor eerstelijnsgezondheidszorg wordt verleend en ingetrokken door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, na advies van de Erkenningscommissie voor eerstelijnsgezondheidszorg, ingesteld bij het Ministerie van Volksgezondheid.

De Erkenningscommissie brengt advies uit binnen de door de Minister gestelde termijn die niet langer dan twee maand zal zijn.

Indien het advies niet gegeven wordt binnen de gestelde termijn, is het niet meer vereist.

De erkenning kan ingetrokken worden indien de dienst voor eerstelijnsgezondheidszorg de voorwaarden bepaald in § 1 van dit artikel niet meer vervult.

Voor het geven van het advies over de erkenning of de intrekking ervan wordt de verantwoordelijke van de betreffende dienst voor eerstelijnsgezondheidszorg door de Erkenningscommissie gehoord; indien de bedoelde verantwoordelijke aan de oproeping geen gevolg geeft, is het verhoor niet vereist.

S'il ne peut être délibéré au sujet d'une demande introduite en vue de conclure une convention relative au paiement forfaitaire parce que les membres ne sont pas présents en nombre suffisant, la prochaine réunion, à tenir dans le mois, pourra valablement délibérer et statuer sur la demande quel que soit le nombre des membres présents. S'il n'est pas statué ou s'il est statué tardivement sur cette demande, celle-ci est censée être admise.

§ 8. La Commission établit son règlement d'ordre intérieur.

§ 9. Les conventions relatives au paiement forfaitaire des soins de santé primaires sont transmises pour avis au Comité de gestion du Service des soins de santé de l'I. N. A. M. I. L'avis doit être donné dans les deux mois qui suivent la signature de la convention; si cet avis n'a pas été donné en temps utile, il n'est plus requis.

§ 10. La convention relative au paiement forfaitaire des soins de santé primaires est approuvée par le Ministre de la Prévoyance sociale. Si le Ministre ne prend pas de décision dans le mois de l'envoi de la convention, cette dernière est approuvée.

Art. 34nonies. — § 1. Est reconnue comme « Service de soins de santé primaires », l'association sans but lucratif dont l'activité principale est de fournir des soins de santé primaires aux ayants droit et qui, en outre, remplit les conditions suivantes :

- 1) disposer des moyens matériels et du personnel nécessaires pour fournir des soins de santé primaires permanents et intégraux;
- 2) prévoir une disponibilité permanente pour les soins médicaux urgents et ce, le cas échéant, dans le cadre d'un service de garde organisé;
- 3) prévoir statutairement la participation à la gestion par les ayants droit et par les travailleurs médicaux visés à l'article 23, 1^o, a) à f), 2^o et 5^o.
- 4) s'engager à tenir à jour, pour tout ayant droit, un dossier médical mentionnant tous les soins dispensés.

Si le demandeur fournit simultanément des soins visés à l'article 23, 3^o, 7^o et 8^o, l'agrément ne peut être accordée que pour autant que ces prestations de soins aient fait l'objet d'un accord conformément aux dispositions de l'article 34ter.

§ 2. L'agrément du service de soins de santé primaires est accordée et révoquée par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions, sur avis de la Commission d'agrément des soins de santé primaires, instituée au sein du Ministère de la Santé publique.

La Commission d'agrément rend son avis dans les délais fixés par le Ministre et ne pouvant excéder deux mois.

Si cet avis n'est pas rendu dans le délai requis, il n'est plus nécessaire.

L'agrément peut être révoquée si le Service de soins de santé primaires ne remplit plus les conditions requises au § 1 de cet article.

Le responsable du Service de soins de santé primaires est entendu avant qu'il ne soit rendu un avis au sujet de l'agrément ou de la révocation du Service en question; si le responsable en question ne donne aucune suite à cet appel, l'audition n'est plus requise.

§ 3. De Erkeningscommissie voor eerstelijnsgezondheidszorg is samengesteld uit :

- een vertegenwoordiger van de Minister van Volksgezondheid;
- een vertegenwoordiger van het R. I. Z. I. V.;
- drie vertegenwoordigers van respectievelijk de beoefenaars van de geneeskunst, van de paramedici en van de andere gezondheidswerkers, allen betrokken bij de activiteiten van diensten voor eerstelijnsgezondheidszorg.

De vertegenwoordiger van de Minister van Volksgezondheid en de vertegenwoordiger van het R. I. Z. I. V. vervullen de functie respectievelijk van voorzitter en ondervoorzitter van de Erkeningscommissie.

De Koning benoemt de elf leden van de Erkeningscommissie voor een termijn van zes jaar; de benoeming kan hernieuwd worden.

Het secretariaat van de Erkeningscommissie wordt verzekerd door een ambtenaar van het Ministerie van Volksgezondheid.

De Erkeningscommissie vergadert en beslist geldig, indien minstens de helft der leden aanwezig zijn. De beslissingen worden door de meerderheid van de aanwezige leden getroffen.

De Erkeningscommissie stelt zijn huishoudelijk reglement op, dat door de Minister van Volksgezondheid goedgekeurd wordt.

Art. 34decies. — De inbreuken op de bepalingen van artikel 34septies, § 1, 6° en 7°, worden vastgesteld overeenkomstig artikel 102 en bestraft overeenkomstig de artikelen 90, 103 en 104.

Bij overtreding van artikel 34septies, § 1, 6°, kan het R. I. Z. I. V. de onrechtmatig geïnde bedragen terugvorderen voor de arbeidsrechtbank. »

Art. 6

Overgangsbepaling. In afwachting dat de commissies bedoeld in artikel 34octies en *nonies* samengesteld zijn, worden hun bevoegdheden gedurende een termijn van maximaal één jaar uitgeoefend respectievelijk door de Minister die de Sociale Voorzorg, en de Minister die de Volksgezondheid onder hun bevoegdheid hebben.

20 november 1980.

L. HANCKÉ
J. C. VAN CAUWENBERGHE
G. TEMMERMAN
R. GONDRIY
J. ADRIAENSSENS
A. MOOCK

§ 3. La Commission d'agrégation des soins de santé primaires est composée :

- d'un représentant du Ministre de la Santé publique;
- d'un représentant de l'I. N. A. M. I.;
- de trois représentants, respectivement des praticiens de l'art de guérir, de para-médicaux et de tous les autres travailleurs médicaux intéressés aux activités des services de soins de santé primaires.

Le représentant du Ministre de la Santé publique et le représentant de l'I. N. A. M. I. remplissent les fonctions respectives de président et de vice-président de la Commission d'agrégation.

Le Roi nomme onze membres de la Commission d'agrégation pour un terme de six ans; la nomination peut être renouvelée.

Le secrétariat de la Commission d'agrégation est assuré par un fonctionnaire du Ministère de la Santé publique.

La Commission se réunit et statue valablement si la moitié des membres au moins sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

La Commission établit son règlement d'ordre intérieur, qui est approuvé par le Ministre de la Santé publique.

Art. 34decies — Les infractions aux dispositions de l'article 34septies, § 1, 6° et 7°, sont constatées conformément à l'article 102 et punies conformément aux articles 90, 103 et 104.

En cas d'infraction à l'article 34septies, § 1, 6°, l'I. N. A. M. est habilité à réclamer, devant le tribunal du travail, les sommes perçues indûment.

Art. 6

Disposition transitoire. En attendant que les commissions visées à l'article 34octies et *nonies* soient constituées, leurs attributions sont exercées pour une durée d'un an au maximum, respectivement par le Ministre qui a la prévoyance sociale dans ses attributions et par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

20 novembre 1980.