

Chambre des Représentants

SESSION 1972-1973.

27 JUIN 1973

PROJET DE LOI

modifiant la loi du 23 décembre 1963
sur les hôpitaux.

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA FAMILLE (1)

PAR M. COENS.

MESDAMES, MESSIEURS,

I. — Exposé du Ministre de la Santé publique et de l'Environnement.

Le présent projet de loi a été déposé au Sénat le 8 juin 1971 (Doc. n° 477 de 1970-1971) par M. Namèche, Ministre de la Santé publique de l'époque, et soumis à un premier examen au cours de 4 réunions de la Commission de la Santé publique et de la Famille du Sénat.

M. De Saeger, Ministre de la Santé publique et de l'Environnement, a repris le projet et déposé des amendements.

L'amendement principal concerne la création du « Fonds de construction d'institutions hospitalières et médico-sociales », prévue par l'article 6 nouveau du projet de loi. Le principe de cette création avait été prévu par le projet de loi initial, mais les modalités et la nature exacte n'en avaient pas été précisées.

(1) Composition de la Commission :

Président : M. Anciaux.

A. — Membres : MM. Coens, Delporte, Markey, Michel, Plasman, Van Mechelen, Van Rompaey, Verhenne. — MM. Adriaenssens, Castel, Geldolf, Hubin, Namèche, Vandenhove, Van Lent. — MM. Colla, Niemegeers, Picron, Poma. — Helguers, Payfa. — MM. Anciaux, Van Leemputten.

B. — Suppléants : MM. Barbeaux, Callebert, Mme Crayebeckx-Orij, M. Gheysen. — Mme Copée-Gerbinet, MM. Nazé, Temmerman, Vanderhaegen. — MM. Flamant, Poortmans. — M. Petit. — Mme Van der Eecken-Maes.

Voir :

628 (1972-1973) :

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

Kamer van Volksvertegenwoordigers

ZITTING 1972-1973.

27 JUNI 1973

WETSONTWERP

tot wijziging van de wet van 23 december 1963
op de ziekenhuizen.

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE
VOOR DE VOLKSGEZONDHEID EN HET GEZIN (1)

UITGEBRACHT DOOR DE H. COENS.

DAMES EN HEREN,

I. — Uiteenzetting van de Minister van Volksgezondheid en Leefmilieu.

Het wetsontwerp werd door de heer Namèche, toenmalig Minister van Volksgezondheid, op 8 juni 1971 bij de Senaat ingediend (Struk n° 477, van 1970-1971) en aan een eerste onderzoek onderworpen in de loop van 4 vergaderingen van de Senaatscommissie voor de Volksgezondheid en de Gezinszorg.

De heer De Saeger, Minister van Volksgezondheid en Leefmilieu heeft het wetsontwerp hernomen en hierop amendementen ingediend.

Het belangrijkste amendement betreft het Fonds voor de bouw van ziekenhuizen en medisch-sociale inrichtingen, voorzien bij het nieuw artikel 6 van het wetsontwerp. Het principe ervan was opgenomen in het oorspronkelijke wetsontwerp, maar de werkwijze en juiste aard ervan werden niet bepaald.

(1) Samenstelling van de Commissie :

Voorzitter : de heer Anciaux.

A. — Leden : de heren Coens, Delporte, Markey, Michel, Plasman, Van Mechelen, Van Rompaey, Verhenne. — de heren Adriaenssens, Castel, Geldolf, Hubin, Namèche, Vandenhove, Van Lent. — de heren Colla, Niemegeers, Picron, Poma. — de heren Helguers, Payfa. — de heren Anciaux, Van Leemputten.

B. — Plaatsvervangers : de heren Barbeaux, Callebert, Mevr. Crayebeckx-Orij, de heer Gheysen. — Mevr. Copée-Gerbinet, de heren Nazé, Temmerman, Vanderhaegen. — de heren Flamant, Poortmans. — de heer Petit. — Mevrouw Van der Eecken-Maes.

Zie :

628 (1972-1973) :

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

G. — 458.

Un autre amendement simplifie la procédure en matière de programmation. Il tient compte de l'évolution survenue depuis 1971 en ce qui concerne la régionalisation.

Un troisième amendement concerne l'article 9 du projet de loi n° 477. Cet article prévoyait le principe en vertu duquel le montant dont le prix de la journée d'entretien pourrait être majoré en application de l'article 9 de la loi sur les hôpitaux serait intégralement à charge de l'Etat. L'article 14 du projet n° 477 prévoyait que ce principe serait appliqué à partir du 1^{er} janvier 1972. Le tout était appelé à constituer une contribution directe de l'Etat à l'assainissement de la situation financière de l'assurance maladie-invalidité.

Depuis lors la situation financière de l'I. N. A. M. I. a évolué favorablement en 1972, par suite de l'accroissement des recettes de cet organisme et on insiste moins pour décharger l'I. N. A. M. I. de la charge financière de l'article 9. Par contre, l'Etat se trouve dans une situation financière plus difficile qu'en 1971. La loi du 23 décembre 1963 détermine que les $\frac{3}{4}$ du prix normal sont à charge de l'I. N. A. M. I. et $\frac{1}{4}$ à charge de l'Etat. Or, les prix normaux sont liés à l'indice des prix à la consommation, mais n'ont pas été revus structurellement depuis plusieurs années. Le résultat est que plus de la moitié des hôpitaux, dont presque tous ceux de quelque importance, demandent actuellement l'application de l'article 9, c'est-à-dire qu'à peu de choses près l'exception est devenue la règle générale et vice-versa.

L'amendement maintient le principe de la prise en charge par l'Etat de la totalité du montant accordé en application de l'article 9 de la loi sur les hôpitaux, mais sa mise en application est différée jusqu'à une date à fixer par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres (cfr. art. 16 — ancien art. 14). Il est matériellement et financièrement impossible de prévoir une mise en vigueur de ce principe à dater du 1^{er} janvier 1974, car il faudra revoir les prix normaux et procéder à une étude approfondie des éléments du prix normal. Avant d'envisager l'inscription au budget de l'Etat d'une charge financière importante, il importe de la calculer avec précision.

Il résulte du rapport fait par M. Hambye au nom de la Commission de la Santé publique et de la Famille du Sénat qu'au cours de la discussion il a été insisté pour que les secteurs public et privé soient mis sur un pied d'égalité, aussi et surtout en matière de procédure.

La liquidation des dossiers des C. A. P. subit souvent du retard, en raison de la lourde procédure à laquelle sont assujetties les C. A. P. du fait des règles en vigueur en matière de tutelle administrative. Un assouplissement en cette matière nécessitera une modification de la loi sur les C. A. P.

D'autres mesures d'assouplissement sont possibles. Il sera notamment rédigé une circulaire concernant l'octroi de la promesse de principe d'une subvention, permettant à la C. A. P. de s'adresser directement au Ministre de la Santé publique en vue d'obtenir un accord de principe pour la construction et l'équipement d'un établissement de soins. Cette décision de principe n'engage aucunement les finances communales.

Le possibilités d'intervention du Fonds des constructions hospitalières présentent d'autres avantages, de nature à résoudre bien des problèmes aussi bien des institutions libres que des C. A. P.

Auparavant, le subsidie de l'Etat de 60 % portait sur un prix plafonné et le reste devait être emprunté par la C. A. P. C'était une charge financière qui grevait lourdement le budget de la commission. Le Fonds des constructions allouera dorénavant le subsidie en lieu et place de l'Etat. Il pourra

Een ander amendement vereenvoudigt de procedure voor de programmatie. Het houdt rekening met de evolutie die zich sinds 1971 heeft voorgedaan met betrekking tot de regionalisatie.

Een derde amendement houdt verband met artikel 9 van het wetsontwerp n° 477. Dit artikel voorzag het beginsel dat het bedrag waarmede de prijs van de verpleegdag in toepassing van artikel 9 van de ziekenhuiswet mag worden verhoogd, volledig ten laste zou komen van de Staat. Artikel 14 van het ontwerp n° 477 bepaalde dat dit beginsel toepassing zou vinden vanaf 1 januari 1972. Dit alles was bedoeld als rechtstreekse bijdrage van de Staat tot de sanering van de financiële toestand van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Sedertdien kwam een kentering in de financiële toestand van het R. I. Z. I. V., die zich in 1972 in gunstige zin ontwikkelde ingevolge de toeneming van de ontvangsten van die instelling; er wordt thans minder op aangedrongen om het R. I. Z. I. V. te ontlasten van de financiële terugslag van artikel 9. Anderzijds kent de Staat een moeilijker financiële toestand dan in 1971. De wet van 23 december 1963 bepaalt dat $\frac{3}{4}$ van de normale prijs ten laste is van het R. I. Z. I. V. en $\frac{1}{4}$ ten laste van de Staat. Welnu, de normale prijzen zijn gekoppeld aan het indexcijfer van de consumptieprijzen, maar hun structuur werd sinds verscheidene jaren niet meer herzien. Het gevolg daarvan is dat meer dan de helft van de ziekenhuizen — en daaronder bijna alle die van enig belang zijn — thans de toepassing van artikel 9 vragen, wat betekent dat op weinig na, de uitzondering de algemene regel is geworden en omgekeerd.

Het amendement behoudt het beginsel van de tenlasteneming door de Staat van het volle bedrag dat ter uitvoering van artikel 9 van de wet op de ziekenhuizen wordt toegekend; de toepassing wordt nochtans uitgesteld tot een bij in Ministerraad overlegd koninklijk besluit te bepalen datum (zie art. 16 — vroeger art. 14). Materieel en financieel is het onmogelijk te bepalen dat dit beginsel zal worden toegepast vanaf 1 januari 1974, omdat de normale prijzen zullen moeten worden herzien en men zal dienen over te gaan tot een grondige bestudering van de elementen van de normale prijs. Vooraleer men er kan aan denken een krediet voor een belangrijke financiële last op de Rijksbegroting uit te trekken, dient men deze nauwkeurig te berekenen.

Uit het verslag van de heer Hambye dat namens de Senaatscommissie voor de Volksgezondheid en de Gezinszorg werd uitgebracht, blijkt dat tijdens de bespreking de nadruk werd gelegd op de gelijke behandeling van de openbare en de private sector, ook en vooral qua procedure.

De afhandeling van de dossiers van de C. O. O.'s loopt dikwijls vertraging op wegens de zware procedure waaraan de C. O. O.'s onderworpen zijn ingevolge de bestaande regels inzake administratieve voorgedij. Om hierin versoepeling te brengen zal een wijziging aan de wet op de C. O. O.'s nodig zijn.

Andere maatregelen ter versoepeling zijn mogelijk. Zo zal een circulaire opgesteld worden betreffende het verlenen van de principiële belofte van toelage, volgens welke de C. O. O. zich rechtstreeks tot de Minister van Volksgezondheid kan richten om een principieel akkoord te bekomen voor de bouw en de uitrusting van een verzorgingsinstelling. De gemeentefinanciën worden door die principebeslissing niet geëngageerd.

Het feit dat het Fonds voor de ziekenhuisbouw tegemoetkomingen kan verstrekken, biedt nog andere voordelen waardoor zowel de vrije instellingen als de C. O. O.'s voor heel wat problemen een oplossing kunnen vinden.

Vroeger had de 60 %-subsidie van het Rijk betrekking op een maximumprijs en de rest diende door de C. O. O. te worden geleend. Die financiële last drukte zwaar op de begroting van de commissie. De subsidie zal voortaan door het Ziekenhuisfonds i.p.v. door het Rijk worden verstrekt.

aussi accorder, pour les 40 % restants, la garantie de l'Etat et une bonification d'intérêt.

Il en sera ainsi également pour les hôpitaux des universités libres.

Le Ministre souhaite que, une fois que le Fonds fonctionnera effectivement, des méthodes plus modernes soient appliquées pour la construction hospitalière.

Il désire comptabiliser l'engagement pour la totalité de la dépense nécessaire à un nouvel hôpital. Les paiements seront échelonnés sur plusieurs années.

Il a également l'intention d'aider les maîtres de l'ouvrage en mettant à leur disposition une équipe technique et en prévoyant l'utilisation de méthodes de préfabrication.

En ce qui concerne la programmation impérative des hôpitaux, il importe de bien délimiter la compétence respective de la Commission nationale et des trois commissions régionales.

La Commission nationale précisera les critères mathématiques de nature à déterminer les besoins pour l'ensemble de la population de la Belgique, de façon qu'on puisse mesurer le fossé entre l'équipement existant et celui qu'il faut atteindre.

Cette commission ne s'occupera pas en principe des dossiers individualisés.

Les commissions régionales s'occuperont de l'implantation des hôpitaux dans les régions et examineront si cette implantation cadre avec les principes établis.

2. — Discussion générale.

Déficit des hôpitaux des C. A. P.

Plusieurs membres se préoccupent de savoir comment sera résolu le problème du déficit des hôpitaux des C. A. P.

Si l'on veut rétablir la responsabilité financière en la matière, la charge obérant la commune où l'hôpital est établi ne risque-t-elle pas de devenir excessive? Ne conviendrait-il pas de rechercher une formule par laquelle les communes avoisinantes apporteraient, elles aussi, leur quote-part pour leurs habitants qui sont admis dans cet hôpital?

Le Ministre a répondu que si une solution n'a pas encore été apportée à ce problème, c'est parce que le département de la Santé publique et le département de l'Intérieur ont pris des positions contradictoires. Les deux Ministres en question sont déjà entrés en contact en vue de rechercher une solution.

Le Ministre a ensuite indiqué dans quel sens il y avait lieu d'orienter la recherche d'une telle solution. D'abord, l'on aurait la ressource de répéter l'opération par laquelle les « déficits accumulés » seraient consolidés jusqu'à l'année budgétaire 1973 inclusivement, étant entendu que l'Etat supporterait la charge financière de cet emprunt consolidé.

La solution consisterait, pour l'avenir, à rétablir et à organiser la responsabilité financière de la commune, et ce dans la perspective d'une réforme fondamentale des C. A. P., prévoyant la création de centres régionaux de bien-être social.

Cette solution serait qu'une tranche de base (de 20 %, par exemple) demeure à charge de la commune où est établi l'hôpital, le restant du déficit étant réparti entre les communes comptant parmi leurs habitants des malades ayant été admis dans cet hôpital, à condition que le nombre de ceux-ci atteigne 5 % au moins du total des malades admis. Le Ministre estime que, pour réaliser cet objectif,

Voor de overige 40 % kan het Fonds daarenboven de Staatsgarantie en een rentevergoeding toekennen.

Dit zal ook het geval zijn met de ziekenhuizen van de vrije universiteiten.

De Minister uit de wens dat, als het Fonds eenmaal werkelijk zal functioneren, de bouw der ziekenhuizen met moderne methoden zal worden aangepakt.

Bij de bouw van een nieuw ziekenhuis wenst hij de vastlegging voor het totale bedrag van de daartoe noodzakelijke uitgave geboekt te zien. De betalingen zullen over verscheidene jaren gespreid worden.

Hij is ook voornemens de bouwheren te helpen door een team van technici beschikbaar te stellen en in het gebruik van prefabricatiemethoden te voorzien.

Met het oog op de noodzakelijke ziekenhuisprogramma's komt het er op aan de respectieve bevoegdheid van de Nationale Commissie en die van de drie gewestelijke commissies nauwkeurig af te bakenen.

De Nationale Commissie zal de mathematische criteria bepalen op grond waarvan de behoeften van de gehele Belgische bevolking worden vastgesteld, zodat kan worden nagegaan hoe groot de kloof is tussen de bestaande en de te bereiken infrastructuur.

Deze Commissie zal zich in principe niet met individuele dossiers bemoeien.

De gewestelijke commissies zullen zich bezighouden met de vestiging van de ziekenhuizen in de diverse streken en zij zullen nagaan of die vestiging strookt met de vastgestelde principes.

2. — Algemene bespreking.

Deficit van de C. O. O.-ziekenhuizen.

Verscheidene leden bekommeren zich om de vraag hoe het probleem van de deficits van de C. O. O.-ziekenhuizen zal worden opgelost.

Indien men terzake de financiële verantwoordelijkheid wil herstellen zal dan geen overdreven last drukken op de gemeente waar het ziekenhuis gevestigd is? Moet men geen formule zoeken waarbij ook de omliggende gemeenten bijdragen voor hun inwoners die in dat ziekenhuis zijn opgenomen?

De Minister antwoordt dat het probleem tot op heden onopgelost is gebleven omdat een tegenstrijdige houding werd aangenomen tussen het Departement van Volksgezondheid en het Departement van Binnenlandse Zaken. Met het oog op het vinden van een oplossing werd reeds contact genomen tussen beide Ministers.

De Minister geeft dan aan in welke richting naar een oplossing wordt gezocht. Vooreerst zal men de operatie kunnen herhalen waarbij de « geaccumuleerde deficits » tot en met het boekjaar 1973 worden geconsolideerd en waarbij de Staat de financiële last draagt van die geconsolideerde lening.

De regeling voor de toekomst zou er in bestaan de financiële verantwoordelijkheid van de gemeente te herstellen en te organiseren en dit in het perspectief van de fundamentele hervorming van de C. O. O.'s waarbij gewestelijke centra voor maatschappelijk welzijn zijn voorzien.

De regeling zou erin bestaan dat een basisschijf (b.v. 20 %) ten laste blijft van de gemeente waar het ziekenhuis gevestigd is. De rest van het deficit zou dan omgeslagen worden over de gemeenten waarvan zieken in het ziekenhuis opgenomen zijn indien dit minimum b.v. 5 % bedraagt van het totaal der opgenomen zieken. Om dit te realiseren zal het volgens de Minister wellicht best zal zijn dat vóór het einde

il serait peut-être indiqué de faire voter, avant la fin de cette année, un projet de loi limité, de telle façon que le nouveau système entre en vigueur au 1^{er} janvier 1974.

La liquidation se fera suivant une formule simple, en l'occurrence un règlement direct par l'intermédiaire du Crédit communal qui débitera ou créditera le compte de la commune intéressée après réception de l'état de l'année écoulée. En cas de litige, le Département de la Santé publique peut assurer l'arbitrage.

Prix normal et application de l'article 9.

Plusieurs membres ont attiré l'attention sur les difficultés relatives au remboursement du prix de la journée d'entretien.

Actuellement, trois éléments jouent un rôle essentiel : le prix normal, le régime d'avances pour la péréquation des traitements et l'application de l'article 9.

C'est surtout en cas d'application de l'article 9 que la procédure est très fastidieuse. A cet égard, un membre a demandé s'il ne serait pas possible de procéder à un rattrapage unique. Un autre membre a demandé si un prix prévisionnel ne peut être prévu immédiatement pour les nouveaux hôpitaux ou services hospitaliers, principalement parce que le prix normal est très inférieur au prix de revient réel.

Le Ministre a répondu qu'il entend procéder en deux phases. Tout d'abord, il voudrait mettre fin au système des avances à partir du 1^{er} janvier 1974 et incorporer l'augmentation de 14 % au montant du prix normal, mais pas pour tous les services cependant. Il a déjà eu, à cette fin, un premier contact avec son collègue de la Prévoyance sociale. Ultérieurement, il faudrait encore aboutir à une révision fondamentale du prix de la journée d'entretien, sur la base d'une définition précise de ses éléments constitutifs.

Lorsque le prix normal aura été revu, l'article 9 pourra redevenir un article d'exception, contrairement à la situation actuelle, où l'application de l'article 9 est devenue la règle quasi générale.

En ce qui concerne l'instauration d'un prix prévisionnel, le Ministre a répondu que celui-ci est déjà appliqué actuellement pour les nouveaux hôpitaux et services. Sans doute le système actuel peut-il être encore amélioré.

Retenues sur les honoraires des médecins.

Un membre a demandé s'il ne serait pas possible de réaliser une plus grande uniformité en ce qui concerne les différents systèmes de retenues sur les honoraires des médecins à titre de contribution aux frais d'équipements, etc. Des directives générales ne pourraient-elles être données sur ce point par le département ?

Le Ministre a répondu qu'il s'agit d'un problème qui est discuté au sein de la Commission paritaire « médecins-hôpitaux ».

On sait que ces pourparlers se trouvent dans une impasse depuis le mois de janvier.

Le Ministre a souligné qu'il ne perd nullement de vue ces problèmes particuliers. Il s'est engagé à s'occuper personnellement des problèmes discutés au sein de la commission paritaire. Il espère pouvoir mettre à profit la période des vacances pour faire redémarrer les négociations. Il estime, en effet qu'il est impossible pour le département de donner des directives sans qu'il y ait un accord entre les médecins et les administrateurs des hôpitaux.

van het jaar een beperkt wetsontwerp wordt gesteund ten einde het nieuwe systeem in werking te laten treden op 1 januari 1974.

De afrekening zal volgens een eenvoudige formule verlopen : rechtstreekse regeling via het gemeentekrediet door debitering of kreditering van de rekening van de betrokken gemeente na ontvangst van het overzicht van het verlopen jaar. In geval van betwisting kan de arbitrage gebeuren door het Departement van Volksgezondheid.

Normale prijs en toepassing van artikel 9.

Verscheidene leden wijzen op de moeilijkheden in verband met de terugbetaling van de verpleegdagprijs.

Thans spelen in hoofdzaak drie elementen een rol : de normale prijs, de voorschottenregeling voor de weddeaanpassing en de toepassing van artikel 9.

Inzonderheid bij toepassing van artikel 9 is de procedure zeer omslachtig. Een lid stelt hierbij de vraag of het niet mogelijk is een eenmalige rattrapage door te voeren. Een ander lid vraagt of voor nieuwe ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten niet onmiddellijk een previsionele prijs kan worden voorzien, vooral omdat de normale prijs ver beneden de werkelijke kostprijs ligt.

De Minister antwoordt dat hij in twee fasen zou willen tewerkgaan. Vooreerst zou hij op 1 januari 1974 het systeem van de voorschotten willen stop zetten en de verhoging van de 14 % incorporeren in het bedrag van de normale prijs, evenwel niet voor alle diensten. Hiervoor heeft hij reeds een eerste contact gehad met zijn collega van Sociale Voorzorg. Later zou men nog moeten komen tot een fundamentele herziening van de verpleegdagprijs, op basis van een nauwkeurige bepaling van de constituerende elementen ervan.

Eens de normale prijs herzien zal artikel 9 terug een uitzonderingsartikel kunnen worden in tegenstelling met de huidige toestand waar de toepassing van artikel 9 tot een quasi-algemene regel is geworden.

Wat de invoering van een previsionele prijs betreft antwoordt de Minister dat deze thans reeds wordt toegepast voor nieuwe ziekenhuizen en diensten. Het huidige systeem kan wellicht verbeterd worden.

Inhoudingen op de honoraria van de geneesheren.

Een lid stelt de vraag of er geen groter eenvormigheid kan gebracht worden in de verschillende systemen van inhoudingen op de honoraria van geneesheren als bijdrage in de kosten van apparatuur en dergelijke. Kunnen door het departement terzake geen algemene richtlijnen gegeven worden ?

De Minister antwoordt dat het een probleem is dat besproken wordt in de paritaire commissie, « geneesheren-ziekenhuizen ».

Zoals bekend zijn die besprekingen in de maand januari in het slop geraakt.

De Minister legt er de nadruk op dat hij deze bijzondere problematiek zeker niet uit het oog heeft verloren. Hij heeft er zich toe verbonden zich persoonlijk in te laten met de problematiek die in de paritaire commissie besproken wordt. Hij hoopt van de vakantieperiode te kunnen gebruik maken om de besprekingen terug op gang te brengen. Hij meent dat het inderdaad onmogelijk is vanuit het departement richtlijnen te verstrekken zonder dat er terzake een overeenkomst wordt bereikt tussen de geneesheren en de ziekenhuisbeheerders.

Programmation hospitalière.

Plusieurs membres sont intervenus à propos de la programmation hospitalière.

Une première question concerne « la répartition équitable des lits entre les divers secteurs représentant les pouvoirs organisateurs d'hôpitaux ».

Cette expression a-t-elle une autre signification que la formulation employée dans l'arrêté royal du 12 décembre 1966 où il est dit notamment que « la proportion existant actuellement sur le plan national entre le nombre global de lits dans le secteur public et celui du secteur privé sera respectée dans son ensemble » ?

Il a été répondu que cette dernière formulation avait pour but d'effacer l'impression qu'à la suite de l'augmentation (de 15 à 50 %) du pourcentage de subventionnement du secteur privé, ce secteur connaîtrait une expansion excessive. En ce qui concerne la formulation employée par le projet, le Ministre a répondu qu'il avait repris telle quelle la formulation du projet n° 477, ce texte étant le résultat des discussions préparatoires avec toutes les parties intéressées. La répartition équitable dont il est question devra, en pratique, être mise en œuvre aussi bien lors de la détermination des critères nationaux que lors des décisions relatives à l'implantation des hôpitaux.

Une deuxième question concerne la programmation et le rôle de la Commission nationale et des Commissions régionales.

Comment pourra-t-on réaliser cette programmation si l'on considère combien la situation spécifique diffère, non seulement selon les régions, mais encore selon les sous-régions. Ne faut-il pas créer des régions dans le domaine sanitaire ?

En réponse à cette question, le Ministre a précisé ses conceptions au sujet des commissions de programmation et de leur rôle respectif.

Il est évident que tous les intéressés doivent être représentés à cette commission.

La Commission nationale ne doit pas avoir une composition aussi large que les commissions régionales.

Le Ministre a souhaité également associer aux activités de la Commission nationale un certain nombre d'experts spécialisés dans les problèmes hospitaliers et dans la programmation hospitalière.

Cette Commission nationale a pour mission d'émettre des avis concernant les critères nationaux qui sont d'application sur tout le territoire. Il doit être possible de déterminer les besoins en comparant ces critères avec la situation existante. Ces critères sont donc valables pour l'ensemble du territoire, mais leur application pourra être différente selon les régions ou sous-régions; dans certaines régions l'objectif peut déjà être presque atteint, alors qu'en d'autres des lacunes importantes doivent encore être comblées.

Les critères nationaux ne sont pas fixés définitivement, mais ils devront être adaptés en fonction de l'évolution des besoins; il faudra d'ailleurs tenir à jour un inventaire permanent.

En réponse à une question, le Ministre a fait observer que le chiffre de la population n'est pas le seul point de référence dont il a été tenu compte pour la définition des critères; d'autres éléments ont également été pris en considération: la morbidité, la pyramide des âges, etc...

Les commissions régionales auront une compétence consultative au niveau régional: elles donneront des avis sur tout projet dès la phase initiale de celui-ci, elles seront tenues d'examiner si le projet s'intègre dans le programme et donneront un avis sur l'implantation, compte tenu notamment d'un sain équilibre et de la situation dans les diverses sous-régions.

Ziekenhuisprogrammatie.

Verscheidene leden komen tussen i.v.m. de ziekenhuisprogrammatie.

De eerste vraag betreft « de billijke verdeling van de bedden onder de verscheidene sectoren die door de inrichtende besturen van de ziekenhuizen worden vertegenwoordigd ».

Heeft deze uitdrukking een andere betekenis dan de formulering gebruikt in het koninklijk besluit van 12 december 1966 waar bepaald wordt dat « de thans op het nationaal vlak bestaande verhouding tussen het globale aantal bedden in de openbare en dat in de private sector in hun geheel zal geëerbiedigd blijven. » ?

Hierop wordt geantwoord dat deze laatste formulering tot doel had de indruk weg te werken dat door de verhoging van het subsidiëringspercentage van de private sector (van 15 naar 50 %), deze sector een overdreven expansie zou kennen. Wat de in het ontwerp voorziene formulering betreft antwoordt de Minister dat hij de formulering van het ontwerp n° 477 ongewijzigd heeft behouden omdat deze tekst het resultaat is van de voorbereidende besprekingen met alle betrokken partijen. Het billijk evenwicht waarvan sprake zal in de praktijk moeten worden tot stand gebracht zowel bij het uitwerken van de nationale criteria als bij de beslissingen over de inplanting van de ziekenhuizen.

Een tweede vraag betreft de programmatie en de rol van de Nationale Commissie en de Gewestelijke Commissies.

Hoe zal men die planning kunnen verwezenlijken als men ziet hoe de toestand specifiek verschillend is niet alleen volgens de regio, maar ook volgens de sub-regio? Moet men niet komen tot sanitaire regio's?

In aansluiting op deze vraag verduidelijkt de Minister zijn ideeën over de programmatiecommissies en hun respectievelijke rol.

Vanzelfsprekend moeten in deze commissie alle betrokkenen vertegenwoordigd zijn.

De samenstelling van de Nationale Commissie hoeft niet zo uitgebreid te zijn als die van de regionale commissies.

De Minister wenst ook een aantal experts gespecialiseerd in ziekenhuisproblemen en ziekenhuisplanning bij de werking van de Nationale Commissie te betrekken.

Deze Nationale Commissie heeft tot opdracht te adviseren over de nationale criteria die gelden voor het ganse grondgebied. De vergelijking tussen deze criteria en de bestaande toestand moet toelaten de behoeften te meten. Deze criteria gelden dus voor het ganse land maar de toepassing ervan op de verschillende regio's en sub-regio's kan verschillen; in bepaalde gebieden kan het streefdoel reeds quasi-bereikt zijn, terwijl in andere gebieden nog belangrijke leemten moeten worden weggewerkt.

De nationale criteria worden niet eens en voor goed vastgesteld maar zullen moeten aangepast worden naar gelang van de evolutie van de behoeften; men zal trouwens een permanente inventaris moeten bijhouden.

In antwoord op een vraag laat de Minister opmerken dat het bevolkingscijfer niet het enige referentie-punt is waarmee rekening wordt gehouden voor het opstellen van de criteria; ook andere gegevens komen in aanmerking: morbiditeit, ouderdomsstructuur, enz.

De gewestelijke commissies zullen adviseren over de prioriteiten op het gewestelijk vlak; ze zullen advies verstrekken over elk ontwerp van bij zijn aanvangsfase; ze zullen moeten nagaan of het ontwerp past in het kader van het programma en advies geven over de inplanting, rekening houdend onder meer met het billijk evenwicht en de toestand in de verschillende sub-regio's.

De cette manière, une délimitation précise a été tracée entre les attributions de la Commission nationale et celles des commissions régionales. Un lien est cependant prévu entre elles : les membres de la Commission nationale sont membres de la commission régionale de la région où ils sont domiciliés. A un membre qui demandait s'il ne faudrait pas plutôt prévoir l'inverse, un autre membre a répondu que le texte proposé par le projet est logique. Le Ministre a ajouté qu'il y a lieu d'éviter de trop étoffer la Commission nationale.

Un membre a demandé si la Commission nationale ne fait pas double emploi avec l'actuel Conseil des hôpitaux et si la compétence de ce dernier ne devrait pas être expressément limitée en raison du texte nouveau.

Le Ministre a répondu que le Conseil des hôpitaux a un champ d'action très vaste, plus particulièrement en ce qui concerne le fonctionnement des hôpitaux, alors qu'il s'agit en l'occurrence de problèmes de construction. D'ailleurs, le Ministre ne désire pas restreindre la compétence du Conseil des hôpitaux.

A un membre qui demandait si le conseil technique des soins hospitaliers n'intervient pas dans la programmation, il a été répondu que ce Conseil a certes été prévu par l'arrêté du 4 novembre 1963, pris en exécution de la loi sur l'assurance maladie-invalidité, mais qu'en fait il n'a jamais fonctionné.

A un membre qui a demandé si la programmation s'applique impérativement à toutes les initiatives en matière de construction, que celles-ci fassent ou non l'objet d'une demande de subsides, le Ministre a répondu par l'affirmative : c'est, en effet, inhérent au principe de la programmation impérative qui est maintenant inscrit dans notre législation.

Un membre a fait observer que l'égalité de traitement entre le secteur privé et le secteur public ne peut en fait être altérée par suite de la procédure pesante à laquelle le secteur public est soumis.

Le Ministre a rappelé ses déclarations en Commission et en séance publique du Sénat ainsi que celles qu'il a faites dans son exposé introductif.

Selon lui, un assouplissement immédiat de la procédure est possible dès à présent en ce qui concerne la demande d'accord de principe, en autorisant les C. A. P. à introduire cette demande directement auprès des services compétents; il s'agit, en l'occurrence, d'une partie de la procédure par laquelle la commune n'est pas encore engagée financièrement. Ce problème mineur peut être résolu par une circulaire ministérielle.

Le Ministre a fait observer qu'en principe la même procédure est maintenant applicable aux secteurs public et privé.

Il y a bien le problème que les C. A. P. sont lésées en raison de la lourde tutelle administrative auxquelles elles sont soumises. Le Ministre entend assouplir dans la mesure du possible les dispositions y relatives de la loi du 10 mars 1925 organique de l'assistance publique; il déposera à cet effet un projet de loi de portée réduite, qui s'inspirera des suggestions faites par l'Union des Villes et Communes de Belgique. Il fera examiner ce projet lors de la reprise des travaux parlementaires, si bien qu'il pourrait être voté par les deux Chambres pour la fin de l'année 1973.

Le Fonds de construction d'institutions hospitalières et médico-sociales.

En ce qui concerne le champ d'application, un membre a fait observer que, selon le rapport de M. Hambye, les institutions médico-pédagogiques ne pourront pas encore bénéficier de l'intervention du Fonds. Une programmation

Aldus werd een duidelijke aflijning gemaakt tussen de bevoegdheden van de Nationale Commissie en van de gewestelijke commissies. Wel wordt voorzien in een binding tussen beide : de leden van de Nationale Commissie zijn lid van de gewestelijke Commissie van het gewest waarin ze gevestigd zijn. Op de vraag van een lid of het niet eerder omgekeerd moet zijn, antwoordt een ander lid dat de voorgestelde tekst van het ontwerp logisch is. De Minister voegt eraan toe dat moet vermeden worden dat aan de Nationale Commissie een al te ruime samenstelling wordt gegeven.

Een lid vraagt of de Nationale Commissie geen dubbel gebruik maakt met de bestaande ziekenhuisraad en of de bevoegdheid van deze laatste ingevolge de nieuwe tekst niet uitdrukkelijk moet beperkt worden.

De Minister antwoordt dat de ziekenhuisraad een zeer ruim werkkterrein heeft, meer in het bijzonder met betrekking tot de werking van de ziekenhuizen, terwijl het in dit geval over bouwproblemen gaat. Overigens wenst de Minister de bevoegdheid van de ziekenhuisraad niet te beperken.

Op de vraag van een lid of de technische raad voor de ziekenhuisverpleging geen rol speelt in de programmering, wordt geantwoordt dat deze Raad wel voorzien was in het uitvoeringsbesluit van 4 november 1963 van de wet op de ziekte- en invaliditeitsverzekering, maar dat deze in feite niet heeft gefunctioneerd.

Een lid wenst te weten of het imperatief karakter van de programmering alle bouwinitiatieven treft onverschillig of al dan niet aanspraak gemaakt wordt op subsidiëring. De Minister antwoordt bevestigend : dit is inderdaad inherent aan het principe van de imperatieve planning, hetwelk thans in onze wetgeving wordt opgenomen.

Een lid laat opmerken dat de gelijke behandeling van de privé sector en de openbare sector in feite niet mag vertekend worden door de zware procedure waaraan de openbare sector onderworpen is.

De Minister herinnert aan wat hij terzake verklaard heeft in de Commissie en in de openbare vergadering van de Senaat evenals in zijn inleidende uiteenzetting.

Hij meent dat een onmiddellijke versoepeling van de procedure reeds mogelijk is inzake de aanvraag voor principieel akkoord door aan de C. O. O.'s toe te laten deze aanvraag rechtstreeks bij de bevoegde diensten in te dienen; het gaat hier om een onderdeel van de procedure waarbij de gemeente financieel nog niet geëngageerd is. Dit beperkt probleem kan bij ministerieel rondschrijven worden opgelost.

De Minister wijst erop dat thans in beginsel dezelfde procedure geldt voor de openbare en private sector.

Wel is er voor de C. O. O.'s het probleem dat zij benadeeld worden omwille van de zware administratieve voogdij. De Minister wil de desbetreffende bepalingen in de wet van 10 maart 1925 tot regeling van de openbare onderstand zo veel mogelijk versoepelen; hij zal hiertoe een beperkt wetsontwerp indienen, geïnspireerd door de suggesties terzake van de Vereniging van Belgische Steden en Gemeenten. Hij zal dit ontwerp bij de hervatting van de parlementaire werkzaamheden in bespreking brengen zodat het tegen het einde van 1973 zou kunnen gestemd worden door beide Kamers.

Het Fonds voor de bouw van ziekenhuizen en medisch-sociale inrichtingen.

Wat het toepassingsgebied betreft merkt een lid op dat volgens het verslag van de heer Hambye, de medisch-pedagogische inrichtingen nog niet in aanmerking komen voor de tussenkomst van het Fonds. Wordt een programmering voor-

est-elle en cours de préparation et a-t-on une idée de l'incidence financière qu'entraînera finalement cette large possibilité d'action du Fonds ?

Le Ministre a répondu qu'en effet, les institutions médico-pédagogiques ne pourront pas bénéficier immédiatement du Fonds : une programmation doit d'abord être élaborée en fonction des besoins en ce domaine. Dès qu'elle aura été établie, il sera possible d'évaluer les répercussions financières.

Un membre a déclaré que, selon lui, le comité consultatif financier et technique ne peut être composé uniquement de techniciens, mais doit comprendre également des représentants des pouvoirs organisateurs. En effet, la construction d'hôpitaux n'est pas la construction de routes.

Le Ministre a répondu qu'il en est très conscient. Il a estimé néanmoins que l'émission d'emprunts pour la construction d'hôpitaux présente des aspects financiers analogues à ceux des emprunts pour la construction de routes : c'est pourquoi il entend y associer des fonctionnaires spécialisés des Finances. En ce qui concerne les aspects techniques de la construction, un raisonnement analogue s'impose.

Le Ministre a souligné à cette occasion que cela ne signifie pas que la réalisation de la programmation constitue une question purement financière et technique : aussi est-il fait droit au souci du membre dans le cadre des organes de programmation, où tous les intéressés doivent évidemment être représentés.

Un membre a fait observer que le Fonds n'interviendra qu'en faveur d'A. S. B. L. et de pouvoirs subordonnés. N'en découle-t-il pas une restriction de la liberté des personnes physiques et des sociétés ? Il se propose de revenir sur ce point lors de la discussion des articles.

Un membre se réjouit de la simplification de la procédure tendant à accélérer la construction d'hôpitaux. Il demande néanmoins ce que signifient les termes « adjudication-concours dans l'établissement de projets » qui figurent dans le rapport de M. Hambye, à la page 9.

Il insiste sur le danger que ferait présenter la publicité en faveur d'hôpitaux construits « clé sur porte ». Les expériences de ce genre faites en matière de logement social n'ont pas donné des résultats heureux.

Or le projet de construction d'un hôpital est une opération compliquée qui nécessite une étude sérieuse.

Le Ministre précise que tout le monde est d'accord pour accélérer la construction des hôpitaux. Celle-ci nécessite cependant d'autres méthodes administratives et budgétaires, à savoir que le crédit d'engagement doit pouvoir être comptabilisé en une fois, ce qui n'implique pas qu'il y aura nécessairement un seul adjudicataire. D'autre part, le Ministre n'est pas partisan de la formule de la construction clé sur porte parce qu'elle permet au « general contractor » de faire pression sur les sous-contractants.

A son avis, trois formules sont valables : l'adjudication publique classique, l'appel d'offres général, l'adjudication-concours avec possibilité pour tous les intéressés d'y participer.

La première formule implique la rédaction du projet par l'architecte lui-même, ce qui exclut en général l'introduction d'éléments préfabriqués ou industrialisés.

Les expériences faites au département des Travaux publics devraient pouvoir être répétées pour la construction d'hôpitaux.

Quant à l'adjudication-concours, il s'agit de concours d'idées pour les architectes. Le Ministre ne voit pas d'objec-

taire et heeft men een idee van die ruime werkingsmogelijkheid van het Fonds uiteindelijk als financiële weerslag zal hebben ?

De Minister antwoordt dat inderdaad de M. P. I. nog niet onmiddellijk van het Fonds kunnen genieten; er moet eerst een programmatie worden uitgewerkt in functie van de behoeften op dit domein; eens deze programmatie opgesteld zal men ook de financiële weerslag kunnen ramen.

Een lid verklaart dat volgens hem, het comité voor financieel en technisch advies niet alleen uit techniciers mag bestaan, doch ook vertegenwoordigers van de inrichtende machten moet bevatten. De bouw van ziekenhuizen is immers iets anders dan de wegenbouw.

De Minister antwoordt dat hij zich van dit laatste zeer goed bewust is. Hij meent evenwel dat bij het uitschrijven van leningen voor ziekenhuisbouw gelijkaardige financiële aspecten voorkomen als bij leningen voor wegenbouw; vandaar dat hij gespecialiseerde ambtenaren van Financiën hierbij wil betrekken. Wat de technische aspecten van de bouw betreft geldt een analoge redenering.

Bij deze gelegenheid beklemtoont de Minister dat zulks niet wil zeggen dat de verwezenlijking van de programmatie een louter financieel-technische aangelegenheid zou zijn; aan de bekommernissen van het lid wordt evenwel tegemoetgekomen in het kader van de programmatieorganen waarin vanzelfsprekend alle belanghebbenden moeten vertegenwoordigd zijn.

Een lid merkt op dat het Fonds alleen tussenkomt voor V. Z. W. en ondergeschikte besturen. Houdt dit geen beperking in van de vrijheid der natuurlijke personen en van de vennootschappen ? Hij neemt zich voor op dit punt terug te komen bij de artikelswijze bespreking.

Een lid heeft met genoegen vastgesteld dat de procedure om tot een versnelling van de bouw van ziekenhuizen te komen vereenvoudigd werd. Hij vraagt nochtans wat bedoeld wordt met de term « aanbestedingsprijsvraag voor de redactie van ontwerpen » die voorkomt op bladzijde 9 van het verslag van de heer Hambye.

Hij legt de nadruk op het gevaar dat kan schuilen in de publiciteit voor de bouw van « kant en klaar »-ziekenhuizen. Soortgelijke experimenten i.v.m. de oprichting van sociale woningen zijn niet erg gelukkig uitgevallen.

Nu is het ontwerp voor de bouw van een ziekenhuis een ingewikkelde opdracht die een ernstige studie vergt.

De Minister zegt dat elkeen het ermede eens is dat meer haast dient te worden gemaakt met de bouw van ziekenhuizen. Daartoe zijn echter andere administratieve en budgettaire methodes nodig, m.a.w. het vastleggingskrediet moet in één keer geboekt kunnen worden. Zulks impliceert niet noodzakelijk dat er slechts één aanbesteder zal zijn. Anderzijds is de Minister niet erg te vinden voor de formule van de « kant en klaar »-bouw, want die stelt de « general contractor » in de gelegenheid de onderaannemer onder druk te zetten.

Naar zijn mening zijn er drie aanvaardbare formules : de klassieke openbare aanbesteding, de algemene uitnodiging tot inschrijving en de aanbestedingsprijsvraag met mogelijkheid voor alle betrokkenen om daaraan deel te nemen.

De eerste formule impliceert dat het ontwerp door de architect zelf wordt opgesteld, wat over het algemeen de inbreng van geïndustrialiseerde of geprefabriceerde elementen uitsluit.

De experimenten die terzake bij het departement van Openbare Werken werden gedaan, zouden moeten kunnen worden herhaald voor de bouw van ziekenhuizen.

Wat de aanbestedingsprijsvraag betreft, dit is een wedstrijd waarbij architecten hun ideeën ten beste geven. De

tion à l'utilisation du mot « concours » en lieu et place de « adjudication-concours ».

3. — Examen des articles.

Article 1.

Un membre s'est demandé si l'article 1^{er} de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux ne doit pas être modifié, compte tenu du fait que le champ d'application du Fonds de construction d'institutions hospitalières et médico-sociales est limité aux A. S. B. L. et aux pouvoirs subordonnés.

Le Ministre a répondu qu'il n'est nullement porté atteinte aux principes qui sont à la base de la loi de 1963.

Le champ d'application qui est circonscrit à l'article 1^{er} de la loi du 23 décembre 1963 englobe tous les hôpitaux et impose des obligations en matière d'agrégation, de comptabilité, de prix normal par catégorie de services, etc. L'arrêté royal du 13 décembre 1966 limite l'octroi de subsides aux pouvoirs subordonnés, A. S. B. L., établissements d'utilité publique et universités libres. Aucune modification n'est apportée au Fonds en ce domaine.

Un membre a souhaité obtenir des précisions sur les soins médicaux urgents. Ce problème est une source de conflits, étant donné que dans certaines régions l'Ordre des médecins estime devoir les considérer comme relevant des médecins, bien qu'ils relèvent indiscutablement de la responsabilité du gestionnaire.

En réponse, il est renvoyé à la discussion que la Commission du Sénat a consacrée à ce problème et qui a abouti au texte actuel. La permanence des soins pour les malades hospitalisés doit en tout cas être assurée par les médecins et est également imposée par les normes aux services hospitaliers. Si certains hôpitaux sont associés à l'organisation des soins urgents pour la région, les services intéressés doivent satisfaire aux normes supplémentaires pour lesquelles le gestionnaire de l'hôpital est responsable, en commun avec le corps médical.

L'article 1 a été adopté à l'unanimité.

Art. 2.

Cet article a été adopté à l'unanimité sans observations.

Art. 3.

Un membre a demandé des précisions concernant l'identité des personnes visées dans cet article. La loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux est restée imprécise sur ce point.

Le Ministre s'est d'abord référé aux dispositions pénales de la loi actuelle, où ne figure effectivement aucune disposition claire concernant cette identité. Étant donné les nombreuses obligations nouvelles que prévoit le projet de loi et, plus particulièrement, les nombreux éléments qui doivent être régulièrement communiqués aux services compétents, le Ministre a estimé que le pouvoir organisateur doit donner l'identité des personnes appelées à fournir ces renseignements à son administration.

Cet article a été adopté à l'unanimité.

Art. 4.

Cet article a été adopté à l'unanimité sans observations.

Minister oppert geen bezwaar tegen het gebruik van het woord « prijsvraag » i.p.v. het woord « aanbestedingsprijsvraag ».

3. — Artikelsgewijze bespreking.

Artikel 1.

Een lid vraagt zich af of artikel 1 van de wet dd. 23 december 1963 op de ziekenhuizen niet moet gewijzigd worden, rekening houdend met het feit dat het toepassingsgebied van het Fonds voor de bouw van ziekenhuizen en medisch-sociale inrichtingen, beperkt wordt tot V. Z. W. en ondergeschikte besturen.

Hierop antwoordt de Minister dat aan de principes die aan de basis liggen van de wet op de ziekenhuizen niet geraakt wordt.

Het toepassingsgebied dat in artikel 1 van de wet dd. 23 december 1963 wordt omschreven omvat alle ziekenhuizen en legt verplichtingen op inzake erkenning, boekhouding, normale prijs per soort van dienst enz. Het koninklijk besluit dd. 13 december 1966 beperkt de betoelaging tot ondergeschikte besturen, V. Z. W., instellingen van openbaar nut en de vrije universiteiten. Op dit vlak wordt door het Fonds geen wijziging aangebracht.

Een lid verlangt een verduidelijking over de dringende geneeskundige verzorging. Dit probleem vormt een bron van conflicten daar de Orde der geneesheren in sommige streken meent dit als een taak van de geneesheren te moeten beschouwen, ofschoon het ongetwijfeld tot de verantwoordelijkheid van de beheerder behoort.

In antwoord hierop wordt verwezen naar de bespreking die in de Senaatscommissie daaraan gewijd was en die tot de huidige tekst heeft geleid. De continuïteit van de zorgen voor de opgenomen zieken moet alleszins worden verzekerd door de geneesheren en wordt ook door de normen opgelegd aan de ziekenhuisdiensten. Wanneer bepaalde ziekenhuizen worden betrokken in de organisatie van de dringende zorgen voor de streek moeten de hierbij betrokken diensten beantwoorden aan bijkomende normen waarvoor de beheerder van het ziekenhuis moet instaan, in samenwerking met het geneesherenkorps.

Artikel 1 wordt eenparig aangenomen.

Art. 2.

Dit artikel wordt zonder opmerking eenparig aangenomen.

Art. 3.

Een lid vraagt uitleg over de identiteit van de personen die in dit artikel vermeld worden. De wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen bleef dienaangaande in het vage.

De Minister verwijst vooreerst naar de strafbepalingen van de huidige wet waarin inderdaad geen duidelijke bepaling omtrent de bedoelde identiteit werd opgenomen. Gelet op de talrijke nieuwe verplichtingen die in het wetsontwerp worden voorzien en meer bepaald de menigvuldige gegevens die regelmatig aan de bevoegde diensten moeten worden medegedeeld, is de Minister van mening dat het inrichtend bestuur de identiteit van de personen moet aangeven die deze inlichtingen moeten verstrekken aan zijn administratie.

Dit artikel wordt eenparig aangenomen.

Art. 4.

Dit artikel wordt zonder opmerkingen eenparig aangenomen.

Art. 5.

Un membre demande des précisions en ce qui concerne le § 2 relatif à la répartition des crédits entre les trois régions.

Le Ministre répond que l'on envisage effectivement de fixer pour chaque région un montant annuel des crédits, compte tenu des critères, besoins et priorités.

L'amendement de M. Payfa (Doc. n° 628/2) tend à supprimer in fine du § 2 les mots « et de la répartition équitable dont question au dernier alinéa du § 1 ». L'auteur justifie son amendement comme suit :

« Il paraît souhaitable de prévoir entre les divers secteurs représentant les pouvoirs organisateurs d'hôpitaux une répartition équitable des lits; toutefois, cette notion d'équilibre ne peut intervenir pour estimer les besoins. »

La programmation hospitalière étant réalisée suivant des critères nationaux, les commissions régionales de programmation hospitalière décideront de l'équilibre à prévoir dans l'implantation des instituts hospitaliers. »

Le Ministre se réjouit que le membre marque son accord sur le principe de la répartition équitable, tel qu'il a été formulé au dernier alinéa du § 1.

Pour ce qui est du fond de la question, les positions ne sont donc pas divergentes. La question se réduit, dès lors, à l'opportunité de reprendre cette disposition au premier alinéa du § 2. Le membre craint manifestement que cette réitération n'aboutisse à un suréquipement.

Faisant référence au rapport de M. Hambye (page 20), le Ministre répète que la répartition équitable entre les différents secteurs ne peut aboutir à un suréquipement en un endroit quelconque.

Le membre maintient son amendement. Mis aux voix, l'amendement est repoussé par 12 voix contre 2.

En réponse à une question relative à l'interprétation exacte à donner au texte du § 9, le Ministre précise que l'octroi de subventions est toujours subordonné aux possibilités financières de l'Etat.

L'article 5 est adopté à l'unanimité moins une abstention.

Art. 6.

Cet article est adopté à l'unanimité sans observations.

Art. 7.

Un membre désire connaître la portée exacte de la modification apportée par cet article.

Dans la législation actuelle, le prix normal par service ne peut être converti en un prix moyen que si les soins hospitaliers donnent lieu à l'intervention d'un tiers payant.

Pour ceux qui ne pouvaient en bénéficier, le prix par service devait être porté en compte. Le membre demande si le prix moyen peut maintenant être porté en compte pour ces personnes également.

Le Ministre répond qu'en effet cette hypothèse est exacte, étant donné que certaines réglementations, qui en 1963 empêchaient la conversion automatique en un prix moyen, ont depuis lors été adoptées à la règle générale du prix moyen.

Cet article est adopté à l'unanimité.

Art. 5.

Een lid vraagt verduidelijking over § 2 met betrekking tot de verdeling van de kredieten tussen de drie gewesten.

De Minister antwoordt dat het inderdaad in de bedoeling ligt voor elk gewest een jaarlijks bedrag van de kredieten te bepalen rekening gehouden met de criteria, de behoeften en de prioriteiten.

Het amendement van de heer Payfa (Stuk n° 628/2) strekt ertoe in fine van § 2 de woorden « en met de billijke verdeling waarvan sprake is in het laatste lid van § 1 » te schrappen. Het lid verantwoordt zijn amendement als volgt :

« Het lijkt wenselijk te voorzien in een billijke verdeling van de bedden over de verschillende sectoren die vertegenwoordigd zijn door de besturen die de ziekenhuizen inrichten; dat evenwicht mag echter niet in aanmerking worden genomen bij de raming van de behoeften. »

Daar de ziekenhuisprogrammatie volgens nationale criteria uitgewerkt wordt, zullen de gewestelijke commissies voor ziekenhuisprogrammatie beslissen over het evenwicht bij de vestiging van ziekenhuizen. »

De Minister verheugt er zich over dat het lid akkoord gaat met het principe van de billijke verdeling zoals dit geformuleerd werd in het laatste lid van § 1.

Wat de grond van de kwestie betreft is er dus geen verschillend standpunt. De vraag herleidt zich dus tot de opportuniteit van het hernemen van deze bepaling in het eerste lid van § 2. Blijkbaar vreest het lid dat deze herhaling zou kunnen leiden tot een overuitrusting.

Verwijzend naar het verslag van de heer Hambye (blz. 20) herhaalt de Minister dat de billijke verdeling tussen de verschillende sectoren niet mag leiden tot een overuitrusting op een of andere plaats.

Het lid houdt zijn amendement staande. Bij de stemming wordt het amendement verworpen met twaalf stemmen tegen twee.

In antwoord op een vraag naar de juiste interpretatie van de tekst van § 9, verduidelijkt de Minister dat de subsidiëring steeds afhankelijk is van de financiële mogelijkheden van de Staat.

Artikel 5 wordt eenparig aangenomen op één onthouding na.

Art. 6.

Dit artikel wordt zonder opmerkingen eenparig aangenomen.

Art. 7.

Een lid wenst de juiste draagwijdte te kennen van de wijziging aangebracht door dit artikel.

In de huidige wetgeving is de omzetting van de normale prijs per dienst in een gemiddelde prijs slechts van kracht indien de ziekenhuisverpleging aanleiding geeft tot tegemoetkoming van een derde betalende.

Voor de personen die hiervoor niet in aanmerking konden komen, moest de prijs per dienst worden aangerekend. Het lid vraagt of nu ook voor deze personen de gemiddelde prijs mag aangerekend worden.

De Minister antwoordt dat deze stelling inderdaad juist is, aangezien bepaalde reglementeringen die de systematische omzetting in een gemiddelde prijs in 1963 in de weg stonden, sindsdien werden aangepast aan de algemene regel van de gemiddelde prijs.

Dit artikel wordt eenparig aangenomen.

Art. 8.

Un membre a l'impression que les termes « les conditions particulières et exceptionnelles » du dernier alinéa pourraient entraîner une plus grande rigidité dans l'application de l'article 9 de la loi sur les hôpitaux.

Le Ministre a fait observer que ces termes sont empruntés à l'article 9 de la loi sur les hôpitaux, lequel reste d'ailleurs maintenu. Le Ministre a estimé que pour l'application de l'article 9 il faut tenir compte d'une réglementation meilleure en ce qui concerne le prix normal et de critères plus uniformes pour l'application de cet article.

Cet article est adopté à l'unanimité.

Art. 9.

Il convient de faire observer que l'insertion des mots « de bureau » répare une omission de la loi du 11 juillet 1966.

Cet article est adopté à l'unanimité.

Art. 10.

Un membre demande si les charges seront assumées par l'Etat en vertu de l'article 9 concernant uniquement la catégorie des assurés sociaux.

Le Ministre répond que cette règle devrait s'appliquer à toutes les catégories assimilées aux assurés sociaux, et notamment aux personnes tombant à charge des commissions d'assistance publique.

L'article 10 est adopté à l'unanimité.

Art. 11 à 16.

Ces articles sont adoptés à l'unanimité sans observations.

L'ensemble du projet de loi est adopté à l'unanimité moins une abstention.

Le Rapporteur,

Le Président,

Art. 8.

Een lid heeft de indruk dat de termen in het laatste lid « de bijzondere en uitzonderlijke voorwaarden... » een verstrakking zouden kunnen meebrengen bij de toepassing van artikel 9 van de ziekenhuiswet.

De Minister wijst er op dat deze termen overgenomen zijn uit het huidige artikel 9 van de ziekenhuiswet dat trouwens behouden blijft. De Minister meent dat bij de toepassing van artikel 9 rekening moet gehouden worden met een betere regeling inzake de normale prijs en met meer uniforme criteria bij de toepassing van bedoeld artikel.

Dit artikel wordt eenparig aangenomen.

Art. 9.

Er zij opgemerkt dat door de inlassing van de woorden « van het bureau », een vergetelheid van de wet van 11 juli 1966 herstelt.

Dit artikel wordt eenparig aangenomen.

Art. 10.

Een lid vraagt of de lasten, ingevolge de toepassing van artikel 9, die door de Staat zullen worden overgenomen, enkel verband houden met de categorie van de sociale verzekerden.

De Minister antwoordt dat deze regel zou moeten gelden voor alle categorieën die met de sociale verzekerden worden gelijkgesteld, onder andere voor de personen die ten laste vallen van de C. O. O.'s.

Artikel 10 wordt eenparig aangenomen.

Art. 11 tot en met 16.

Deze artikelen worden zonder opmerkingen eenparig aangenomen.

Het gehele wetsontwerp wordt eenparig aangenomen op één onthouding na.

De Verslaggever,

D. COENS.

De Voorzitter,

V. ANCIAUX.