

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 1999-2000

20 DÉCEMBRE 1999

Projet de loi portant des dispositions sociales et diverses(1)

Procédure d'évocation

RAPPORT FAIT AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES PAR M. REMANS

Ont participé aux travaux de la commission :

1. Membres effectifs: MM. Kelchtermans, président; Dedecker, De Grauwe, Destexhe, Galand, Malcorps, Malmendier, Moreels, Poty, Santkin, Thissen, Mmes van Kessel, Vanlerberghe, M. Raes et M. Remans, rapporteur.
2. Membres suppléants: Mmes De Schamphelaere, Lindekens, MM. Mahoux, Siquet, Vandenberghe et Mme Van Riet.
3. Autres sénateurs: MM. De Volder et Van Quickenborne.

Voir:

Documents du Sénat:

2-229 - 1999/2000:

N° 1: Projet transmis par la Chambre des représentants.

N° 2: Amendements.

(1) En remplacement de la page 1 du document distribué précédemment.

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 1999-2000

20 DECEMBER 1999

Wetsontwerp houdende sociale en diverse bepalingen(1)

Evocatieprocedure

VERSLAG NAMENS DE COMMISSIE VOOR DE SOCIALE AANGELEGENHEDEN UITGEBRACHT DOOR DE HEER REMANS

Aan de werkzaamheden van de commissie hebben deelgenomen :

1. Vaste leden: de heer Kelchtermans, voorzitter; Dedecker, De Grauwe, Destexhe, Galand, Malcorps, Malmendier, Moreels, Poty, Santkin, Thissen, de dames van Kessel, Vanlerberghe, de heer Raes en de heer Remans, rapporteur.
2. Plaatsvervangers: de dames De Schamphelaere, Lindekens, de heren Mahoux, Siquet, Vandenberghe en mevrouw Van Riet.
3. Andere senatoren: de heren De Volder en Van Quickenborne.

Zie:

Stukken van de Senaat:

2-229 - 1999/2000:

Nr. 1: Ontwerp overgezonden door de Kamer van volksvertegenwoordigers.

Nr. 2: Amendementen.

(1) Ter vervanging van pagina 1 van het vroeger rondge-deelde stuk.

SOMMAIRE

	Pages
Partie I. — Matières sociales	4
1. Exposé introductif du ministre des Affaires sociales	4
2. Discussion générale	5
A. Observations des membres	5
1. Norme de croissance	5
2. Mécanismes de correction	6
3. Simplification des structures — Contrôle	7
4. Conseil scientifique — Enregistrement de données	8
5. Carte SIS	9
6. Médicaments	10
7. Médecine forfaitaire — Financement par pathologie — Échelonnement	12
B. Réponses du ministre	13
1. Adaptation de la norme de croissance des dépenses qui est portée de 1,5% à 2,5% par an (article 4)	13
2. Mécanismes de contrôle et de correction	14
3. Marge budgétaire	15
4. Information et transparence des informations	16
5. Financement des soins de santé	17
6. L'enregistrement de données	18
7. Le rapport Peers sur les soins de santé en Belgique	18
8. Échelonnement des soins de santé et centres de soins de quartier	18
9. Le rôle des groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM) et des forfaits d'accréditation	19
10. Information objective	20
11. Structures de l'INAMI	20
12. Carte SIS	20
13. Contrôle de la livraison effective	20
14. Diminution des prix d'anciens médicaments et de médicaments vendus en grande quantité	21
15. Contrôle a posteriori du comportement prescripteur	21
C. Questions supplémentaires et répliques	22
1. Les caisses de prévoyance	22
2. Médecine factuelle	23

INHOUD

	Blz.
Partie I. — Sociale aangelegenheden	4
1. Inleidende uiteenzetting door de minister van Sociale Zaken	4
2. Algemene bespreking	5
A. Opmerkingen van de leden	5
1. Groeïnorm	5
2. Correctiemechanismen	6
3. Vereenvoudiging van de structuren — Controle	7
4. Wetenschappelijke Raad — Registratie van gegevens	8
5. SIS-kaart	9
6. Geneesmiddelen	10
7. Forfaitaire geneeskunde — Pathologie-financiering — Echelonnering	5
B. Antwoorden van de minister	13
1. De verhoging van de groeïnorm van de uitgaven van 1,5% tot 2,5% per jaar (artikel 4)	13
2. Controle- en correctiemechanismen	14
3. Budgettaire ruimte	15
4. Informatie en transparantie van de informatie	16
5. Financiering van de gezondheidszorg	17
6. De registratie van gegevens	18
7. Het verslag-Peers over de gezondheidszorg in België	18
8. Echelonnering van de gezondheid en wijkgezondheidscentra	18
9. De rol van de lokale kwaliteitsgroepen (LOK'S) en de accrediteringsforfaits	19
10. Objectieve voorlichting	20
11. Structuren van het RIZIV	20
12. SIS-kaart	20
13. Controle op de effectieve aflevering	20
14. Prijsdaling voor oudere geneesmiddelen en geneesmiddelen met grote verkoopseenheden	21
15. Controle a posteriori van het voorschrijfgedrag	21
C. Bijkomende vragen en replieken	22
1. Voorzorgskassen	22
2. Evidence based medicine	23

3. Financement des pathologies	23	3. Pathologiefinanciering	23
4. « <i>Managed care</i> »	24	4. <i>Managed care</i>	24
5. Contrôle des organismes assureurs	24	5. Controle op de verzekeringsinstellingen	24
3. Discussion des articles et vote sur les amendements	25	3. Artikelsgewijze bespreking en stemming over de amendementen	25
Article 5	25	Artikel 5	25
Article 5 <i>bis</i>	27	Artikel 5 <i>bis</i>	27
Articles 54 <i>bis</i> , 54 <i>ter</i> et 54 <i>quater</i>	28	Artikelen 54 <i>bis</i> , 54 <i>ter</i> en 54 <i>quater</i>	28
Article 96	28	Artikel 96	28
Article 97	29	Artikel 97	29
Article 107	29	Artikel 107	29
Article 129 <i>bis</i>	30	Artikel 129 <i>bis</i>	30
Article 137 <i>bis</i>	30	Artikel 137 <i>bis</i>	30
Partie II. — Intégration sociale et économie sociale (articles 116 à 125)	31	Deel II. — Maatschappelijke integratie en sociale economie (artikelen 116 tot 125)	31
I. Exposé du vice-premier ministre et ministre du Budget et de l'Intégration sociale	31	I. Uiteenzetting van de vice-eerste minister en minister van Begroting en Maatschappelijke Integratie	31
II. Discussion des articles et vote sur les amendements	31	II. Bespreking van de artikelen en stemming over de amendementen	31
Article 116	31	Artikel 116	31
Article 117	31	Artikel 117	31
Article 118	32	Artikel 118	32
Article 119	34	Artikel 119	34
Article 120	34	Artikel 120	34
Article 121	35	Artikel 121	35
Article 122	35	Artikel 122	35
Article 123	37	Artikel 123	37
Article 124	37	Artikel 124	37
Article 125	37	Artikel 125	37
Partie III. — Vote sur l'ensemble	38	Deel III. — Stemming over het geheel	38

La commission a examiné ce projet de loi au cours de ses réunions des 15, 16 et 20 décembre 1999.

PARTIE I. — MATIÈRES SOCIALES

1. EXPOSÉ INTRODUCTIF DU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES

Le projet de loi contient de nombreux articles à caractère technique. Néanmoins, il répond à une vision claire. Il s'inscrit dans la politique de réalisation d'un État social actif.

La portée exacte des divers articles est largement détaillée dans l'exposé des motifs (doc. Chambre, 50-297/1).

Le projet vise principalement à réaliser les objectifs budgétaires que s'est fixés le gouvernement. Une série de mesures concernent dès lors exclusivement l'exécution des décisions budgétaires. Par ailleurs, ce projet assouplit certaines procédures dans l'assurance maladie, de manière à permettre à tous — médecins et INAMI — de travailler plus vite et plus efficacement. Il importe, par exemple, pour les médecins que le contrôle *a priori* du remboursement des médicaments par les médecins-conseils fasse place à des expériences de contrôle *a posteriori* permettant d'éviter pas mal de paperasserie.

Le projet prévoit aussi l'introduction de corrections automatiques en cas de dépassement budgétaire.

Le projet est divisé en plusieurs chapitres. Le chapitre I^{er} contient une série de mesures présentant un caractère strictement financier et budgétaire, comme l'adaptation de la norme de croissance réelle qui passe de 1,5 % à 2,5 % l'an, et l'instauration d'un mécanisme de correction automatique en cas de dépassement budgétaire.

Le chapitre II a pour objectif de simplifier une série de procédures, notamment dans le cadre du Fonds spécial de solidarité, ce qui permettra de travailler au cas par cas au profit de patients atteints d'affections très exceptionnelles et graves qui ne sont pas prévues dans la nomenclature. Des arrêtés royaux rendront le Fonds réellement performant.

Le chapitre III comporte des mesures concernant le contrôle et les sanctions. Le chapitre IV règle une série de matières diverses, comme l'extension de la mission légale du Conseil scientifique en vue d'une radioscopie permanente de la nomenclature.

De commissie heeft dit wetsontwerp besproken tijdens haar vergaderingen van 15, 16 en 20 december 1999.

DEEL I. — SOCIALE AANGELEGENHEDEN

1. INLEIDENDE UITEENZETTING DOOR DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN

Het wetsontwerp bevat heel wat artikelen van technische aard. Niettemin schuilt er een duidelijke visie achter. Het kadert in het beleid dat de actieve welvaartstaat wil uitbouwen.

De juiste draagwijdte van de diverse artikelen wordt uitvoerig besproken in de memorie van toelichting (Stuk Kamer, 50-297/1).

Het ontwerp ambieert in hoofdzaak om de budgettaire doelstellingen van de regering waar te maken. Een aantal bepalingen betreffen dan ook louter de uitvoering van budgettaire beslissingen. Anderzijds versoepelt dit ontwerp een aantal procedures in de ziekteverzekering zodat op alle niveaus — zowel bij de artsen als bij het RIZIV — sneller en efficiënter kan worden gewerkt. Belangrijk voor de artsen is, bijvoorbeeld, dat de controle *a priori* van de terugbetaling van geneesmiddelen door geneesherenadviseurs ruimte maakt voor experimenten met een controle *a posteriori*, waardoor heel wat papierwerk kan worden vermeden.

Het ontwerp voorziet ook in de invoering van automatische correcties in geval van budgetoverschrijdingen.

Het ontwerp is ingedeeld in verscheidene hoofdstukken. Hoofdstuk I bevat een aantal maatregelen met een strikt budgettair en financieel karakter, zoals de aanpassing van de reële groeinorm van 1,5 naar 2,5 % per jaar en de invoering van een automatische correctie in geval van budgetoverschrijdingen.

Hoofdstuk II heeft tot doel een aantal procedures te vereenvoudigen, meer bepaald in het kader van het Bijzonder Solidariteitsfonds. Hierdoor zal men maatwerk kunnen verrichten ten aanzien van patiënten die lijden aan zeer uitzonderlijke en ernstige aandoeningen die niet geregeld zijn in de nomenclatuur. Het Fonds zal dankzij koninklijke besluiten werkelijk goed kunnen functioneren.

Hoofdstuk III bevat maatregelen met betrekking tot de controles en het sanctieapparaat. In hoofdstuk IV worden een aantal uiteenlopende zaken geregeld, zoals de uitbreiding van de wettelijke opdracht van de Wetenschappelijke Raad met het oog op de permanente doorlichting van de nomenclatuur.

Le débat en commission de la Chambre a été constructif. Plusieurs amendements, même de l'opposition, ont permis d'apporter des modifications tant techniques que politiques au projet, notamment en ce qui concerne le Fonds spécial de solidarité.

2. DISCUSSION GÉNÉRALE

A. Observations des membres

Un membre reconnaît que, malgré son contenu très technique, le projet de loi témoigne d'une certaine vision de la politique des soins de santé. Dès les premières lignes de l'exposé des motifs, le projet lui-même précise que la politique des soins de santé est beaucoup plus vaste qu'une simple politique budgétaire. Certains articles de journaux récents ont cité le rapport Peers, qui soulevait la question de savoir si notre politique des soins de santé n'accorde pas trop d'importance aux prestataires de soins et trop peu aux patients. Le souci de l'équilibre budgétaire doit être contrebalancé par le souci du patient. Le projet souligne à raison que le patient doit bénéficier de soins de santé de haute qualité, accessibles et abordables.

Cependant, il est extrêmement difficile pour l'autorité de définir une politique de soins de santé. Le processus décisionnel repose presque intégralement entre les mains des acteurs mêmes du secteur. Que l'on songe aux associations de médecins, aux organismes assureurs, aux organisations hospitalières, etc. L'autorité n'acquiert qu'avec peine quelque emprise sur le système. Le débat sur la suppression des suppléments d'honoraires pour les chambres à deux lits l'a illustré à merveille au cours de la législature précédente. Le Parlement avait la conviction que ces suppléments étaient contraires à toute logique médicale. Ce ne fut pourtant rien moins qu'une sinécure de persuader les acteurs des soins de santé — en l'espèce, les syndicats de médecins — du bien-fondé de cette position. Ceux-ci y trouvèrent, au contraire, matière à résilier l'accord sur les tarifs. Mais s'il est vrai qu'une politique de soins de santé sérieuse ne peut se faire qu'en accord avec les acteurs du secteur lui-même, cela ne doit pas empêcher l'autorité de la marquer de son empreinte.

1. Norme de croissance

La norme de croissance réelle des dépenses passe de 1,5 à 2,5 % par an. Déjà lors de la législature précédente, on s'était rendu compte que la norme de croissance de 1,5 % était pratiquement intenable. La majoration proposée se traduit par une marge budgétaire plus grande, qui était effectivement nécessaire. Pourtant, dans sa rigidité, cette norme de 1,5 % était en un sens un levier permettant de contraindre l'INAMI à prendre des mesures structurelles. Ce levier est

Het debat in de Kamercommissie verliep constructief. Verschillende amendementen, ook van de oppositie, brachten technische maar ook beleidsmatige wijzigingen aan het ontwerp aan, bijvoorbeeld in verband met het Bijzonder Solidariteitsfonds.

2. ALGEMENE BESPREKING

A. Opmerkingen van de leden

Een lid erkent dat het ontwerp, ondanks zijn zeer technisch gehalte, toch blijk geeft van een bepaalde visie op het gezondheidsbeleid. Reeds in de aanhef van de memorie van toelichting geeft het ontwerp zelf aan dat gezondheidsbeleid heel wat ruimer is dan een louter budgettair beleid. In recente krantenberichten wordt het verslag-Peers geciteerd waarin de vraag wordt opgeworpen of ons gezondheidsbeleid niet te veel aandacht besteedt aan de medische hulpverleners en te weinig aan de patiënten. De zorg voor het budgettaire evenwicht moet een pendant vinden in de zorg voor de patiënt. Het ontwerp vermeldt terecht dat de patiënt een kwalitatief hoogstaande, toegankelijke en betaalbare zorg moet krijgen.

Het is evenwel opvallend moeilijk voor de overheid om een gezondheidsbeleid uit te stippelen. De besluitvorming is vrijwel integraal in handen van de actoren uit de gezondheidszorg zelf. Men denke maar aan de artsengroeperingen, de verzekeringsinstellingen, de ziekenhuisorganisaties, enz. De overheid krijgt slechts moeizaam enige greep op het systeem. Dit werd tijdens de vorige zittingsperiode treffend geïllustreerd door het debat over de opheffing van de ereloon-supplementen voor tweepersoonskamers. In het Parlement leefde de overtuiging dat die supplementen indruisen tegen iedere medische logica. Het bleek evenwel allerm minst een sinecure om de gezondheidsactoren — *in casu* de artsensyndicaten — van dit standpunt te overtuigen. Integendeel, het vormde voor hun de aanleiding om het tarievenakkoord op te zeggen. Nu kan een degelijk gezondheidsbeleid weliswaar slechts worden gevoerd in samenspraak met de mensen van de gezondheidssector zelf, maar dit mag niet beletten dat de overheid een stempel drukt op dat beleid.

1. Groeinorm

De reële groeinorm van de uitgaven wordt verhoogd met 1,5 naar 2,5 % per jaar. Reeds in de vorige zittingsperiode beseftte men dat de groeinorm van 1,5 % vrijwel onhoudbaar werd. De verhoging biedt meer budgettaire ademruimte waaraan inderdaad nood was. Toch vormde die strakke norm van 1,5 % in zekere zin een hefboom om het RIZIV tot structurele maatregelen te dwingen. Die hefboom wordt nu prijsgegeven. Bovendien biedt het ontwerp geen

aujourd'hui abandonné. En outre, le projet ne fournit aucune information sur l'évolution future de la norme de croissance. Quels sont les facteurs exogènes qui pourraient éventuellement l'influencer ?

De plus, il ressort du rapport de la commission de la Chambre que la ministre est acquise à une planification pluriannuelle de la politique des soins de santé. Or, on ne retrouve pas vraiment de trace d'une telle politique dans le projet. Comment la ministre conçoit-elle concrètement cette planification ?

Un commissaire se réjouit de l'augmentation de la norme de croissance réelle des dépenses de 1,5 % à 2,5 %. L'adaptation de cette norme vise à couvrir l'ensemble des besoins. Il reste cependant des dépenses dans le secteur des soins de santé qui ne sont pas intégrées dans l'assurance obligatoire et qui sont des dépenses de nature incontournable, des dépenses qui ne résultent donc ni de choix spécifiques ou d'exigences particulières du malade ni d'abus éventuels du médecin. L'intervenant cite l'exemple des prothèses et du matériel de viscérosynthèse. L'assurance obligatoire devrait couvrir ce type de frais. Il est important d'affiner l'analyse à ce sujet et d'examiner pourquoi certaines prothèses et certains matériels de viscérosynthèse coûtent plus cher en Belgique que dans les pays limitrophes, alors que ce matériel est exactement de même nature. Il faut viser à intégrer ces dépenses importantes et incontournables dans l'assurance obligatoire, d'une part, et à égaliser les prix de vente en Belgique et dans les pays limitrophes, d'autre part.

2. Mécanismes de correction

Les corrections automatiques en cas de dépassement des objectifs budgétaires partiels existaient déjà précédemment. La formule est à présent étendue à l'hypothèse d'un risque de dépassement significatif des objectifs budgétaires. Aux termes de l'article 5*bis* en projet, l'application des mécanismes de correction par les médecins ne peut servir de prétexte pour dénoncer les conventions et accords conclus. A-t-on cependant des garanties ? L'expérience nous apprend que les médecins sont très enclins à se servir de cette arme. Les patients en sont bien évidemment les victimes. Pour eux, la sécurité des tarifs pratiqués est essentielle. Le membre déposera un amendement pour garantir que l'application des mécanismes de correction ne soit pas répercutée sur le prix des prestations.

Le prélèvement de 4 % que les entreprises pharmaceutiques paient sur le chiffre d'affaires réalisé l'année précédente est en fait un aveu d'impuissance. En effet, on ne parvient pas à maintenir le budget des médicaments dans certaines limites. Quel sera, selon le ministre, l'impact budgétaire de Pharmanet ?

Une autre question porte sur les causes de la forte propension à prescrire des médicaments. Ce compor-

information over de toekomstige evolutie van de groeïnorm. Wat zijn de mogelijke exogene factoren die hierop een invloed kunnen uitoefenen ?

Uit het verslag van de Kamercommissie blijkt bovendien dat de minister gewonnen is voor een meerjarenplanning in het gezondheidsbeleid. Daarvan is in het voorliggende ontwerp evenwel niet meteen een duidelijk spoor terug te vinden. Hoe wenst de minister die meerjarenplanning concreet uit te werken ?

Een lid verheugt zich over de verhoging van de reële groeïnorm van de uitgaven van 1,5 % tot 2,5 %. De aanpassing van die norm is bedoeld om aan alle behoeften te voldoen. Er blijven in de sector van de gezondheidszorg echter uitgaven die niet in de verplichte verzekering zijn opgenomen en die van nature onvermijdelijk zijn. Het gaat om uitgaven die niet voortvloeien uit specifieke keuzen of bijzondere wensen vanwege de patiënt, noch uit eventueel misbruik vanwege de arts. Spreker geeft het voorbeeld van prothesen en het materiaal voor viscerosynthese. De verplichte verzekering zou dat soort kosten moeten dekken. Het is belangrijk de analyse terzake te verfijnen en na te gaan waarom bepaalde prothesen en bepaalde materialen voor viscerosynthese duurder zijn in België dan in de buurlanden, terwijl het materiaal precies hetzelfde is. Men dient ervoor te zorgen dat die hoge en onvermijdelijke kosten gedekt zijn door de verplichte verzekering en dat de verkoopprijzen in België op hetzelfde niveau worden gebracht als deze in de buurlanden.

2. Correctiemechanismen

De automatische correcties bij overschrijding van de partiële begrotingsdoelstellingen bestonden reeds eerder. De formule wordt nu verruimd tot de hypothese waarin zich een risico op een beduidende overschrijding van de begrotingsdoelstellingen aandient. Luidens het ontworpen artikel 5*bis* kan de toepassing van de correctiemechanismen door de artsen niet worden aangegrepen om de overeenkomsten en akkoorden op te zeggen. Bestaat daarvoor echter enige waarborg ? Het verleden leert dat de artsen gemakkelijk naar dat wapen grijpen. De patiënten zijn dan uiteraard het slachtoffer. Tarievenzekerheid is voor hen essentieel. Het lid zal een amendement indienen om te verzekeren dat de toepassing van de correctiemechanismen niet ten koste gaat van de betaalbaarheid van de prestaties.

De heffing van 4 % die de farmaceutische bedrijven betalen op de omzet verwezenlijkt in het vorige jaar, is eigenlijk een uiting van onmacht. Men slaagt er immers niet in om het geneesmiddelenbudget binnen bepaalde perken te houden. Welke budgettaire impact verwacht de minister echter van Farmanet ?

Een andere vraag betreft de oorzaken van het hoge voorschrijfgedrag. Vindt dit niet zijn oorzaak in de

tement prescripteur ne tire-t-il pas son origine du manque d'informations adressées aux prescripteurs par les autorités? Les médecins sont assaillis par les représentants des entreprises pharmaceutiques, dont on peut difficilement attendre une information objective. Les autorités parviennent-elles à combler suffisamment cette lacune? Existe-t-il un lien entre les données réunies par Pharmanet et celles dont dispose le ministère de la Santé publique? Il pourrait être particulièrement utile de mettre en relation les données de Pharmanet et les données objectives relatives aux médicaments. Au besoin, le membre prendra lui-même une initiative en ce sens.

En ce qui concerne le financement et le fonctionnement des organes d'accréditation, la commission a déjà eu un échange de vues avec M. De Cock, directeur général de l'INAMI. Dans le passé, les médecins étaient très critiques à ce propos. L'audition de M. De Cock a mis en lumière que l'accréditation a fait l'objet d'une correction après une évaluation intermédiaire. L'accréditation et le financement de la formation complémentaire des médecins poursuivent en soi des objectifs fort louables en théorie, même si dans la pratique, les dysfonctionnements ne sont pas rares. Les histoires de «chasse aux cachets» sont devenues monnaie courante. L'article 19 en projet implique sans doute un financement des groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM). Comment ce financement sera-t-il organisé concrètement, compte tenu des écarts importants entre les divers GLEM?

3. Simplification des structures — Contrôle

Le Chapitre II comporte une série de mesures de simplification de structures et de procédures. Particulièrement utile est, entre autres, l'assouplissement des procédures du Fonds spécial de solidarité, qui permet du travail sur mesure à l'égard des patients qui souffrent d'affections exceptionnelles que ne règle pas la nomenclature (art. 22 du projet).

Le rapport annuel — du reste tout à fait accessible — fait ressortir la structure fort complexe de cet organisme. Il va de soi que cette complexité n'améliore pas la transparence du processus décisionnel. S'il faut simplifier des structures, ce sont indubitablement celles de l'INAMI. Cet organisme est caractérisé par un foisonnement de comités. Pareil problème ne peut bien entendu pas être résolu à court terme, mais comment le ministre souhaite-t-il l'aborder?

Le projet comporte également des mesures de contrôle. On crée un cadre pour des expériences avec un contrôle *a posteriori* du remboursement des médicaments. C'est là une évolution positive. Le patient ne dispose guère de recours contre un médecin-conseil qui refuserait la prescription d'un médicament déterminé. Le glissement du contrôle *a priori* vers un

gebrekkige informatie van de voorschrijvers door de overheid? De artsen worden wel bestookt door vertegenwoordigers van de farmaceutische ondernemingen, maar men kan van hen bezwaarlijk objectieve informatie verwachten. Weet de overheid die leemte voldoende te vullen? Bestaat er een verbinding tussen de gegevens die worden verzameld door het Farmanet en de gegevens waarover het ministerie van Volksgezondheid beschikt? Het zou bijzonder nuttig kunnen zijn om het Farmanet en de objectieve geneesmiddeleninformatie met elkaar te verbinden. Eventueel neemt het lid daartoe zelf een initiatief.

Wat de financiering van de werking van de accrediteringsorganen betreft, kon de commissie reeds van gedachten wisselen met de heer De Cock, directeur-generaal van het RIZIV. In het verleden hadden de artsen zelf hier heel wat kritische bedenkingen bij. Uit de hoorzitting met de heer De Cock leerde men dat de accreditering, na een tussentijdse evaluatie, werd bijgestuurd. Gemeten aan hun theoretische doelstellingen zijn de accreditering en de financiering van de bijscholing van de artsen zeer lovenswaardig, doch in de praktijk loopt er wel wat fout. De verhalen over het «stempeltjes-jagen» zijn reeds gemeengoed geworden. Het ontworpen artikel 19 houdt wellicht een financiering van de LOK's in. Hoe zal dat concreet worden georganiseerd, gelet op grote verschillen tussen de LOK's onderling?

3. Vereenvoudiging van de structuren — Controle

Hoofdstuk II bevat een aantal maatregelen ter vereenvoudiging van structuren en procedures. Bijzonder nuttig is onder meer de versoepeling van de procedures van het Bijzonder Solidariteitsfonds waardoor maatwerk kan worden verricht ten aanzien van patiënten die lijden aan zeer uitzonderlijke en ernstige aandoeningen die niet geregeld zijn in de nomenclatuur (artikel 22 van het ontwerp).

Uit het — overigens heel toegankelijke — jaarverslag van het RIZIV blijkt de erg complexe structuur van deze instelling. Die complexiteit maakt de besluitvorming er uiteraard niet transparanter op. Indien er een structuur moet worden vereenvoudigd, dan is het ongetwijfeld die van het RIZIV. Die instelling wordt gekenmerkt door een wildgroei van comité's. Dit valt uiteraard niet op te lossen binnen een korte termijn, doch hoe wenst de minister dit probleem aan te pakken?

Het ontwerp bevat tevens maatregelen inzake de controle. Er wordt ruimte gemaakt voor experimenten met een controle *a posteriori* van terugbetaling van geneesmiddelen. Dit is een positieve evolutie. De patiënt beschikt echter over weinig verhaal tegen een medisch adviseur die de voorschrijving van een bepaald geneesmiddel weigert. De verschuiving van

contrôle *a posteriori* ne change rien au problème. Ne conviendrait-il pas de renforcer d'urgence la position du patient ?

Un autre membre fait observer que la réduction automatique des honoraires en cas de dépassement d'un objectif budgétaire est étendue à tous les secteurs, même si ce dépassement n'est le fait que d'un secteur bien déterminé. Est-il logique que l'on se mette de la sorte à pénaliser directement les personnes qui fournissent un effort ?

Le contrôle exercé *a posteriori* par les mutualités n'engendre-t-il pas une insécurité permanente ? Qui assume en l'espèce la responsabilité ? Il faut veiller à ce que le patient ne devienne pas en fin de compte la victime, parce que le médecin n'oserait plus prescrire certains médicaments de peur d'être sanctionné par le médecin-conseil.

En ce qui concerne le contrôle, un autre commissaire souligne que l'approche de la santé doit garder une dimension éthique. Le contrôle doit dès lors être effectué par la structure publique, en l'occurrence par l'INAMI. Il faut éviter que d'autres structures (mutuelles ou organismes assureurs privés) puissent se substituer aux organismes publics de contrôle, ce qui impliquerait que la structure qui doit effectuer les dépenses serait également chargée d'effectuer le contrôle. La gestion des dépenses de santé serait alors effectuée en fonction d'impératifs de nature économique. Il s'agit ici d'une discussion de problèmes de santé de nature éthique et non de nature économique. Le danger de dérives économiques est extrêmement important. Ce danger peut se traduire par une multiplication des actes de prescriptions ou par une augmentation de la consommation de médicaments. Il peut également mener à une abstention thérapeutique, parce que les dépenses sont estimées trop importantes. Il faut donc insister pour que le contrôle, à l'intérieur des hôpitaux, mais également à l'intérieur des maisons de repos et de soins, reste effectué par un organisme public.

Un dernier intervenant note qu'en ce qui concerne le contrôle *a priori* ou *a posteriori*, on fait simplement état du contrôle exercé sur les patients ou les dispensateurs de soins, sans souffler mot du contrôle des organismes assureurs.

4. Conseil scientifique—enregistrement de données

Le Conseil scientifique de l'INAMI est chargé d'examiner la nomenclature. C'est une mission importante à la lumière de la simplification. Au cours de la législature précédente, on a débattu longuement de la reconnaissance des médecines complémentaires parallèles. Le patient recherche essentiellement, en faisant appel à ce type de médecine, un dialogue plus

de contrôle *a priori* naar een controle *a posteriori* verandert daaraan niets. Moet de positie van de patiënt niet dringend worden versterkt ?

Een ander lid merkt op dat de automatische vermindering van de honoraria bij overschrijding van een budgettaire doelstelling wordt uitgebreid tot alle sectoren, zelfs al bestaat deze overschrijding slechts in hoofde van een welbepaalde sector. Is het logisch dat men aldus de personen die een inspanning leveren, indirect gaat bestraffen ?

Brengt de controle *a posteriori* door de ziekenfondsen geen permanente onzekerheid met zich mee ? Wie draagt hier de verantwoordelijkheid ? Men moet ervoor waken dat de patiënt niet het uiteindelijke slachtoffer wordt, omdat de geneesheer bepaalde geneesmiddelen niet meer zou durven voor te schrijven, vrezend dat hij zou gesanctioneerd worden door de ziekenfondsarts.

Wat de controle betreft, benadrukt een ander lid dat men in het gezondheidsbeleid een ethische dimensie dient te behouden. De controle moet dus worden uitgevoerd door de overheid, meer bepaald door het RIZIV. Men dient te voorkomen dat andere instellingen (ziekenfondsen of privé-verzekeraars) de rol op zich kunnen nemen van de controlediensten van de overheid. In dat geval zou de instelling die de kosten dekt immers ook belast zijn met de controle. De kosten van de gezondheidszorg zouden dan beheerd worden in functie van economische drijfveren. De gezondheidsproblemen moeten echter vanuit een ethische en niet vanuit een economische invalshoek worden benaderd. Het gevaar dat men hiervan afwijkt om economische redenen is zeer groot. Dit kan leiden tot overdreven of herhaalde onderzoeken en tot het overdreven voorschrijven of gebruiken van geneesmiddelen. Het kan er zelfs toe leiden dat men geen verzorging meer toestaat omdat de kosten te hoog oplopen. Men moet er dus op letten dat de controle in de ziekenhuizen, maar ook in de rusthuizen en de verzorgingstehuizen ook in de toekomst wordt uitgeoefend door een overheidsdienst.

Een laatste spreker stipt aan dat wat de controle *a priori* of *a posteriori* betreft, er enkel gewag wordt gemaakt van de controle naar patiënten toe, of naar zorgverstrekkers toe, maar er wordt niets vermeld over de controle van de verzekeringsinstellingen.

4. Wetenschappelijke Raad—Registratie van gegevens

De Wetenschappelijke Raad van het RIZIV wordt belast met een doorlichting van de nomenclatuur. Dit is, in het licht van de vereenvoudiging, een belangrijke opdracht. Tijdens de voorbije zittingsperiode werd langdurig gedebatteerd over de erkenning van de alternatieve complementaire geneeswijzen. De patiënt zoekt in die geneeswijzen voornamelijk een

intense avec le médecin traitant. On peut espérer que, dans son évaluation de la nomenclature, le Conseil scientifique s'intéressera également à ce genre d'actes portant sur le contenu. À l'heure actuelle, les honoraires des chirurgiens, d'une part, et ceux des médecins gériatriques et des psychiatres, d'autre part, par exemple, divergent beaucoup trop.

Le Conseil scientifique dispose-t-il toutefois du personnel suffisant pour pouvoir remplir cette mission? À combien de personnes fera-t-on appel pour évaluer la nomenclature? Si la mission en question est considérée comme suffisamment importante, il faudra probablement engager davantage de personnel.

Enfin, le projet vise également à créer une répartition efficace et une plus grande transparence des résumés cliniques et financiers réunis. En tant que membre du Parlement flamand, l'intervenant a déjà demandé à Mme Vogels, membre du Gouvernement flamand, si les équipes de vérification pouvaient disposer des données enregistrées au niveau fédéral. Il est ressorti de sa réponse que lesdites équipes pouvaient effectivement en disposer, mais on ne sait toujours pas très bien sur quel fondement légal. Il est nécessaire, en vue d'une politique efficace au niveau fédéral et communautaire, que les équipes de vérification puissent disposer des résumés cliniques minimaux. Cela devra se faire, à la limite, sur la base d'un amendement que l'intervenante a déposé.

La réunion des résumés cliniques minimaux et des résumés financiers minimaux peut, elle aussi, causer des problèmes. Maintenant déjà, de nombreux hôpitaux enregistreraient les résumés cliniques minimaux de telle façon qu'ils produisent un rendement maximal en ce qui concerne le financement. Cet effet indésirable ne se manifesterait-il pas nettement plus lorsque les résumés cliniques minimaux et les résumés financiers minimaux seront réunis? L'enregistrement des résumés cliniques minimaux ne perdra-t-il pas encore davantage de sa fiabilité?

5. Carte SIS

Un membre se dit nettement favorable au système de la carte SIS qui, à terme, aura certainement des effets très positifs. Ce système est en effet un moyen de contrôle particulièrement efficace, tant sur le plan de la consommation que sur le plan de la fraude sociale. La carte actuelle est valable cinq ans. À l'expiration de ce délai, le système sera parvenu à maturité et il sera très performant. Concernant la carte suivante, l'on devra toutefois veiller à certains détails pratiques. L'intervenant cite l'exemple de la mise à jour. Certains organismes assureurs et certaines mutualités sont en effet incapables d'effectuer une mise à jour avant le 31 décembre 1999. On peut le comprendre quand on sait qu'il y a plus de 10 millions de cartes SIS en circulation en Belgique et que 8 millions d'entre

intense dialoge met de behandelende arts. Men mag hopen dat de Wetenschappelijke Raad in zijn evaluatie van de nomenclatuur ook aandacht zal besteden aan dergelijke inhoudelijke aktes. Heden liggen bijvoorbeeld de honoraria van chirurgen enerzijds en die van geriaters en psychiaters anderzijds te zeer uiteen.

Is de Wetenschappelijke Raad echter wel voldoende bemand om die opdracht aan te kunnen? Hoeveel personen gaan worden ingeschakeld voor de evaluatie van de nomenclatuur? Indien die opdracht ernstig wordt opgevat, moet er wellicht meer personeel worden aangeworven.

Tenslotte beoogt het ontwerp ook een doelmatige verspreiding en een grotere transparantie van de gekoppelde klinische en financiële gegevens te creëren. Als lid van het Vlaams Parlement vroeg spreker reeds aan mevrouw Vogels, lid van de Vlaamse regering, of de visitatieteams wel over de federaal geregistreerde gegevens kunnen beschikken. Uit het antwoord bleek dat de teams daarover daadwerkelijk kunnen beschikken, doch het blijft onduidelijk op welke wettelijke grond. Voor een efficiënt beleid op federaal en gemeenschapsniveau is het noodzakelijk dat de visitatieteams over de minimale klinische gegevens kunnen beschikken. Desnoods moet dit worden gerealiseerd op grond van een amendement dat het lid neerlegde.

Ook de koppeling van de minimale klinische gegevens en de minimale financiële gegevens kan problemen veroorzaken. De minimale klinische gegevens zouden nu reeds door vele ziekenhuizen op zo'n wijze worden geregistreerd dat zij, met het oog op de financiering, een maximaal rendement opleveren. Zal dat ongewenste effect zich niet nog veel sterker voordoen wanneer de minimale klinische en de minimale financiële gegevens worden gekoppeld? Zal de registratie van de minimale klinische gegevens niet nog meer aan betrouwbaarheid inboeten?

5. SIS-kaart

Een lid verklaart zich duidelijk voorstander van het systeem van de SIS-kaart, welke op termijn ongetwijfeld zeer positieve gevolgen zal hebben. Dit systeem vormt immers een zeer efficiënt controlemiddel, zowel op het vlak van de consumptie, als op het vlak van de sociale fraude. De huidige kaart heeft een geldigheidstermijn van vijf jaar. Na afloop van deze termijn zal het systeem zijn kinderziekten zijn ontgroeid en zeer performant zijn. Nochtans zou men bij de conceptie van een volgende kaart op een paar praktische zaken moeten letten. Spreker haalt hier het voorbeeld van de updating aan. Bepaalde verzekeringsinstellingen en mutualiteiten zijn inderdaad niet in de mogelijkheid een updating te verrichten voor 31 december 1999. Dit is begrijpelijk als men voor

elles environ devront probablement être mises à jour avant la fin de l'année. En supposant que cette mise à jour nécessite trois minutes par carte, l'opération prendra 24 millions de minutes au total, soit 400 000 heures. C'est donc un système très onéreux pour les organismes assureurs. Certains d'entre eux seraient obligés de procéder en permanence à la mise à jour des cartes du 1^{er} novembre au 31 décembre, à raison de 20 cartes par heure. Il faudrait dès lors imaginer un système performant qui soit moins coûteux en main-d'œuvre.

L'entrée en vigueur de la carte SIS soulève un problème structurel. Il apparaît que le programme de lecture des cartes de certaines pharmacies doit être adapté. Obliger d'autres secteurs à consentir un effort financier supplémentaire sans contrepartie n'est pas une solution. La question concrète se pose de savoir si la ministre a l'intention d'imposer une date par arrêté royal. Certaines firmes de logiciels attendent en effet la publication d'un arrêté royal pour effectuer la mise à jour. Le pharmacien n'a finalement plus d'échappatoire. Il est la victime des querelles entre les administrations. Aujourd'hui, 95 % des pharmaciens sont déjà équipés d'un lecteur de cartes. Ils sont confrontés maintenant à des problèmes techniques dont ils ne sont aucunement responsables.

Il serait peut-être utile de différer de trois à six mois l'introduction obligatoire de la carte.

6. Médicaments

Pour ce qui est des dépenses dans le secteur des médicaments, l'intervenant renvoie aux statistiques qui reposent sur des données comparatives concernant les années 1997, 1998, 1999 et 2000, et tenant compte de tous les facteurs de frais (honoraires médicaux, prix de la journée dans le secteur hospitalier, dans le secteur infirmier et dans les maisons de repos). Il ressort de ces données qu'il n'y a pas de variations importantes (1 % au plus). On constate même une diminution de 0,5 % depuis 1998. Il ne faut pas non plus oublier que les augmentations de frais éventuelles sont généralement dues à l'augmentation continue du prix unitaire du médicament et non pas à une augmentation éventuelle du nombre de préparations ou de médicaments délivrés, ce nombre semble d'ailleurs diminuer à l'heure actuelle. L'intervenant se réjouit à ce propos qu'il y ait eu une concertation intensive au sujet de la délivrance effective des médicaments. Une solution simple consisterait à faire établir une prescription par préparation remboursée. Les préparations non remboursées pourraient alors être inscrites sur une autre prescription. Ce système présenterait un avantage psychologique, en ce sens

ogen houdt dat er in België meer dan 10 miljoen SIS-kaarten in omloop zijn, waarvan er waarschijnlijk ongeveer 8 miljoen kaarten op het einde van het jaar aan updating toe zijn. Indien men veronderstelt dat deze updating 3 minuten per kaart in beslag zal nemen, vergt de totale updating 24 miljoen minuten, of 400 000 uren. Voor de verzekeringsinstellingen is dit dus een zeer duur systeem. In sommige verzekeringsinstellingen is dit dus een zeer duur systeem. In sommige verzekeringsinstellingen zou men van 1 november tot 31 december continu kaarten moeten updaten *a rato* van 20 kaarten per uur. Men zou aldus een performant systeem moeten uitdenken dat minder arbeidsbelastend is.

De inwerkingstelling van de SIS-kaart is een structureel probleem. In bepaalde apotheken blijkt dat het programma van het kaarlezen moet worden aangepast. Het is geen oplossing andere sectoren te verplichten bijkomende financiële inspanningen te doen, waarvoor geen tegemoetkoming is bepaald. De concrete vraag rijst of de minister de intentie heeft een datum voorop te stellen bij koninklijk besluit. Sommige software-firma's wachten immers op een bepaald koninklijk besluit om de updating uit te voeren. Uiteindelijk zit de apotheker in de hoek, en is deze het slachtoffer van de twist tussen de administraties. Reeds 95 % van de apothekers is uitgerust met een kaartlezer. Nu worden zij met technische problemen geconfronteerd die hen niet kunnen worden toegeschreven.

Misschien ware het nuttig de verplichte invoering van de kaart met drie tot zes maanden uit te stellen.

6. Geneesmiddelen

Met betrekking tot de uitgaven in de geneesmiddelensector, verwijst spreker naar de statistieken met vergelijkende gegevens voor de jaren 1997, 1998, 1999 en 2000, waarbij rekening wordt gehouden met alle actoren in de kosten (medische honoraria, farmaceutische verstrekkingen, dagprijzen in de hospitaalsector, in de verplegingssectoren, in de rusthuizen). Uit deze gegevens blijkt dat er geen zware schommelingen zijn (maximum 1 %). Er is zelfs sedert 1998 een daling merkbaar van 0,5 %. Men mag tevens niet uit het oog verliezen dat de eventuele verhogingen meestal toe te schrijven zijn aan de voortdurend stijgende prijs per eenheid van het geneesmiddel. Aldus is de kostprijs per geneesmiddel vaak grotendeels verantwoordelijk voor eventueel stijgende uitgaven, en niet het aantal afgeleverde receptes, geneesmiddelen, wat nu zelfs lichtjes blijkt te verminderen. In dat verband juicht spreker toe dat er heel wat overleg is over de effectieve aflevering van geneesmiddelen. Een eenvoudig middel zou zijn een voorschrift te laten opmaken per terugbetaald recepte. De niet-terugbetaalde receptes mogen dan op een ander voorschriftbriefje worden geplaatst. Dit systeem heeft een psychologisch voor-

que le médecin serait parfaitement conscient du remboursement. Il serait, par ailleurs, réalisable sur le plan administratif, étant donné que la plupart des médecins travaillent déjà avec un ordinateur. La décision définitive de remettre ou non la prescription appartient au patient.

Pour le reste, le membre fait observer que le ministre pourrait réaliser des économies (estimées à 1 milliard) en invoquant des baisses de prix pour les plus grandes unités de consommation. Une concertation avec tous les acteurs (les médecins prescripteurs, l'industrie pharmaceutique et, dans une moindre mesure, les pharmaciens) s'impose.

En ce qui concerne les baisses de prix obligatoires pour les médicaments qui se trouvent depuis longtemps sur le marché, l'intervenant tient à souligner que ces médicaments peuvent toujours être très performants. Les médicaments de substitution proposés par l'industrie sont souvent beaucoup plus chers. Une certaine circonspection est ici de mise.

Un autre intervenant fait remarquer que le délai nécessaire à l'enregistrement et au remboursement de certaines spécialités pharmaceutiques a pour effet que ces médicaments ne sont pas prescrits alors qu'ils devraient l'être. D'autre part, il est également vrai que la consommation de médicaments en Belgique est trop importante en regard de son efficacité par rapport à la santé en général. La prescription et la consommation trop importantes de médicaments a parfois des effets strictement inverses. Sur ce plan, des mesures simples peuvent avoir des effets bénéfiques (formulaires de prescription pour les médicaments remboursables). L'intervenant renvoie à l'augmentation considérable du nombre de prescriptions d'examens de biologie clinique suite à la modification des formulaires. Il est parfois utile de renforcer les actes administratifs.

Il ne faut toutefois pas poursuivre ce raisonnement à outrance. Les conséquences doivent avoir une incidence positive sur les soins de santé.

Un commissaire relève que les trois rapports Jadot ne disent rien de la pharmacie. La carte SIS constituera indubitablement un apport positif en ce qui concerne l'utilisation dans la pratique des produits pharmaceutiques. Cette tâche incombe toutefois non seulement au prescripteur, mais aussi au patient. En effet, de nombreux patients mettent les médecins sous pression. Le texte met en avant la notion de médecine factuelle. L'intervenant considère néanmoins que cette médecine est en contradiction avec le système de l'enveloppe (un montant maximum est fixé pour chaque poste), car des problèmes se posent pour ce qui est de l'utilisation de différents médicaments pour atteindre le même but, localement et globalement.

S'agissant de la nécessité d'un comportement prescripteur adapté, un dernier intervenant fait remarquer

deel, namelijk dat de arts zich zeer bewust zal zijn van de terugbetaling, en is administratief haalbaar, aangezien de meeste huisartsen reeds werken met PC. De uiteindelijke beslissing over het al dan niet indienen van het voorschrift ligt bij de patiënt.

Verder merkt het lid op dat de minister besparingen (geraamd op 1 miljard) zou kunnen realiseren door prijsdalingen in te roepen voor grotere verbruikseenheden. Overleg met alle actoren (voorschrijvende geneesheren, de farmaceutische industrie en in mindere mate de apotheker) is nodig.

Met betrekking tot de verplichte prijsdalingen voor geneesmiddelen die reeds lange termijn op de markt zijn, wenst spreker te onderstrepen dat deze geneesmiddelen nog steeds zeer performant kunnen zijn. De vervangmiddelen die door de industrie worden voorgesteld zijn vaak veel duurder. Een zekere voorzichtigheid moet hier aan de dag worden gelegd.

Een andere spreker wijst erop dat de termijn die nodig is voor de registratie en de terugbetaling van bepaalde farmaceutische specialiteiten ertoe leidt dat deze geneesmiddelen niet worden voorgeschreven wanneer dat eigenlijk wel nodig is. Anderzijds is het onmiskenbaar zo dat in België meer geneesmiddelen worden gebruikt dan met het oog op de volksgezondheid echt efficiënt is. Het feit dat teveel geneesmiddelen worden voorgeschreven en gebuikt, heeft vaak ongewenste effecten. Op dat vlak kunnen eenvoudige maatregelen zeer gunstige gevolgen hebben (voorschrijvingsformulieren voor terugbetaalde geneesmiddelen). Spreker wijst erop dat het aantal voorschriften voor onderzoeken in verband met klinische biologie aanzienlijk gestegen is na de wijziging van de formulieren. Soms is een strengere administratieve controle nuttig.

Dit moet echter niet tot het uiterste worden doorgedreven. De gevolgen moeten een positieve weerslag hebben op de gezondheidszorg.

Een lid stipt aan dat de drie rapporten-Jadot niets over de farmacie vermelden. De SIS-kaart zal ongetwijfeld een positieve inbreng hebben op het vlak van het praktijkgerichte gebruik van farmaceutische middelen. Dit is echter niet alleen een opdracht van de voorschrijver, maar ook van de patiënt. Vele patiënten zetten immers de artsen onder druk. De tekst steekt de hand uit naar «evidence based medicine». Nochtans is spreker van oordeel dat deze evidence based medicine in contradictie is met het systeem van de enveloppe (er mag slechts zoveel geld gaan naar die post en slechts zoveel naar die post). Dan krijgt men immers problemen met het gebruik van verschillende middelen om hetzelfde doel te bereiken, op micro- en macro-niveau.

Een laatste spreker merkt in verband met de noodzaak van een aangepast voorschrijfgedrag, op dat

qu'il faudrait garantir aux médecins des informations objectives concernant les médicaments. La plupart des médecins n'ont aucune idée du prix du médicament. Pourquoi ne pas inscrire cet élément au programme des étudiants, de sorte que le rapport prix/qualité d'un certain nombre de médicaments soit connu précisément et que l'on échappe aux lobbies du secteur pharmaceutique? Du reste, pourquoi notre pays ne recourt-il pas aux médicaments génériques? Cette information objective sur les médicaments pourrait également être fournie par le biais d'un système spécial à tous les médecins qui exercent actuellement (une sorte de *Pharmanet bis*).

Pour le reste, l'intervenant évoque l'expérience de la «Medibank», qui existe depuis 10 à 12 ans à Ostende. Il existe en effet des personnes dont les ressources dépassent à peine le minimex et pour lesquelles les médicaments représentent un coût énorme, qu'elles ne peuvent supporter. On pourrait ainsi envisager de subventionner cette expérience, qui applique d'ailleurs des critères très stricts pour prévenir tout abus.

7. Médecine forfaitaire — Financement par pathologie — Échelonnement

Un membre souligne que la question essentielle qui se pose est celle de savoir si l'on opte pour une médecine plus forfaitaire ou pour une médecine à la prestation. Il va de soi qu'on ne peut pas approfondir cette question dans le cadre de la loi-programme à l'examen, mais qu'elle requiert un débat thématique de fond. Ce débat sera la discussion fondamentale de la présente législature et il soulèvera pas mal de problèmes, vu qu'on raisonne actuellement beaucoup en termes de prestations. Par ailleurs, il faudra aussi légiférer effectivement au sujet de l'échelonnement. L'intervenant plaide en faveur du régime du tiers payant pour la première ligne, comme cela se fait déjà pour les centres de santé de quartier.

En ce qui concerne le financement par pathologie, il n'y a aucune raison pour que, par exemple, le traitement d'un carcinome du côlon soit plus coûteux dans un hôpital que dans un autre. Le suivi classique du carcinome du côlon est connu, de même que les examens à faire; tout abus doit être sanctionné. Le financement par pathologie peut ainsi être élargi au-delà des trois secteurs classiques (utilisation préventive des antibiotiques, biologie clinique et radiologie), en laissant la porte ouverte à l'évolution de la médecine et aux nouvelles découvertes scientifiques.

Une autre membre souscrit au point de vue de l'intervenant précédent, à savoir qu'un débat plus large est nécessaire. Elle plaide elle aussi pour une évolution progressive vers un financement plus forfaitaire des soins de santé, avec le financement par

objective informatieverstrekking over geneesmiddelen zou moeten worden gegarandeerd aan de artsen. De meeste artsen hebben geen weet van de prijs van het geneesmiddel. Waarom dit niet inschrijven in het programma van de studenten, zodat de prijs-kwaliteitverhouding van een aantal geneesmiddelen duidelijk gekend is, en dat men niet moet terugvallen op de lobby's van de farmaceutische sector? Waarom gaat ons land trouwens niet werken met generische middelen? Tevens zou deze objectieve geneesmiddeleninformatie ook kunnen worden verstrekt via een speciaal systeem aan alle artsen die nu in de praktijk staan (een soort *Farmanet bis*).

Verder verwijst spreker naar het experiment van de «Medibank», dat sedert 10 à 12 jaar bestaat in Oostende. Er zijn immers mensen die juist boven het bestaansminimum leven en voor wie de geneesmiddelen een enorme kost uitmaken die zij niet kunnen dragen. Aldus kan men denken aan een subsidiëring van dit experiment, dat trouwens zeer strenge criteria hanteert om elk misbruik te vermijden.

7. Forfaitaire geneeskunde — Pathologiefinanciering — Echelonnering

Een lid onderstreept dat de essentiële vraag rijst of men opteert voor een meer forfaitaire geneeskunde of voor een prestatiegerichte geneeskunde. Deze vraag kan uiteraard niet worden uitgediept in het kader van de bespreking van voorliggende programmawet, maar vereist een inhoudelijk themadebat. Dit debat zal de essentiële discussie zijn in deze legislatuur en heel wat problemen doen rijzen, aangezien nu zeer prestatiegericht wordt gedacht. Tevens is ook effectief wetgevend werk over de echelonnering noodzakelijk. Spreker pleit voor de derde betalingsregeling voor de eerste lijn, zoals nu reeds wordt gerealiseerd in wijkgezondheidscentra.

Met betrekking tot de pathologiefinanciering is er geen enkele reden dat de behandeling van bijvoorbeeld een coloncarcinoom meer zou kosten in het ene ziekenhuis dan in het andere. Men kent de klassieke *follow-up* van een coloncarcinoom, en de onderzoeken die moeten gebeuren; elk misbruik moet worden gesanctioneerd. Aldus kan pathologiefinanciering worden uitgebreid buiten de drie klassieke sectoren (het preventief gebruik van antibiotica, klinische biologie en radiologie), mits een opening te laten naar de evolutie van de geneeskunde en de nieuwe wetenschappelijke uitvindingen.

Een ander lid treedt de zienswijze bij van voorgaande spreker, namelijk dat een ruimer debat noodzakelijk is. Ook deze spreker pleit voor een geleidelijke evolutie naar een meer forfaitaire financiering van de gezondheidszorg, met de pathologiefinanciering

pathologie comme étape intermédiaire éventuelle. Le projet s'en tient quant à lui au financement à la prestation.

Un autre intervenant estime qu'en ce qui concerne l'approche forfaitaire et le remboursement à l'acte, il doit être tenu compte de la notion d'acte médical facilement reproductible. Un acte facilement reproductible est un acte qui ne présente pas en soi d'inconfort pour le patient et qui ne présente pas de danger. Il est inutile d'avoir une approche de remboursement forfaitaire par rapport à des actes médicaux qui ne sont pas facilement reproductibles. Par contre, une prise en compte d'une forme de forfaitarisation doit être recherchée pour tout acte médical facilement reproductible, en affinant les effets pervers d'une éventuelle forfaitarisation.

B. Réponses du ministre

1. Adaptation de la norme de croissance des dépenses qui est portée de 1,5 % à 2,5 % par an (article 4)

Le choix d'une norme de croissance annuelle de 2,5% est motivé par deux considérations. Pour commencer, il est absurde de se braquer sur une norme de croissance dont on sait déjà qu'elle est trop basse. Ensuite, la majoration proposée correspond au schéma de croissance à long terme d'une économie industrielle. Ce chiffre classique reflète la progression annuelle des revenus à long terme.

Grâce à la liaison de la hausse maximale autorisée des dépenses de soins de santé à ce pourcentage, le rapport entre la prospérité de la collectivité et ses dépenses en matière de soins de santé restera constant. Si l'on maintient une norme de croissance de 1,5%, la collectivité consacrerà, à terme, une part proportionnellement plus faible de ses moyens aux soins de santé. Ce n'est pas une chose évidente. En effet, selon la théorie économique, les soins de santé sont un «article de luxe» auquel on consacre proportionnellement plus de moyens à mesure que le revenu augmente.

Il ne paraît donc pas opportun de retenir une norme de croissance de 1,5%. L'on ne peut pas mener une politique budgétaire efficace si l'on se réfère à une norme trop étroite dont on sait à l'avance qu'elle ne pourra pas être respectée.

L'argument selon lequel une norme de croissance plus rigide sur le plan budgétaire, de 1,5% par exemple, pourrait servir de levier pour simplifier les structures de l'INAMI, n'est donc pas défendable. L'adoption d'une telle norme signifierait qu'une société moderne réduit systématiquement ses dépenses de soins de santé en fonction du revenu moyen de la population. Pareille opération irait carrément à

ring als mogelijke tussenstap. Het ontwerp houdt daarentegen vast aan de prestatiefinanciering.

Met betrekking tot de forfaitaire aanpak, de terugbetaling per prestatie, meent een andere spreker dat moet worden gewerkt met het concept van makkelijke herhaalbare medische handeling. Een makkelijk herhaalbare handeling is een handeling die op zich geen ongemak meebrengt voor de patiënt en geen risico inhoudt. De forfaitaire aanpak heeft geen zin voor medische handelingen die niet makkelijk herhaalbaar zijn. Daarentegen moet worden gestreefd naar een forfaitaire aanpak voor alle medische handelingen die makkelijk herhaalbaar zijn, waardoor men de eventuele negatieve gevolgen van deze aanpak kan beperken.

B. Antwoorden van de minister

1. Deverhoging van de groeinorm van de uitgaven van 1,5 % tot 2,5 % per jaar (artikel 4)

De keuze van een jaarlijkse groeinorm van 2,5 % is ingegeven door twee overwegingen. In de eerste plaats heeft het geen zin zich op een groeinorm te richten waarvan voorshands geweten is dat hij te laag is. Ten tweede stemt het voorgestelde stijgingspercentage overeen met het langetermijngroeipad van een industriële economie. Dit klassieke cijfer weerspiegelt op lange termijn de jaarlijkse stijging van de inkomens.

Door de maximaal toegestane stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg aan dit percentage te koppelen, wordt de verhouding tussen de welvaart van de gemeenschap en haar uitgaven voor gezondheidszorg constant gehouden. Indien men een groeinorm van 1,5 % zou aanhouden, zal de gemeenschap op termijn verhoudingsgewijs minder aan gezondheidszorg besteden. Dat is niet evident. De economische theorie houdt immers voor dat gezondheidszorg een «luxegoed» is waarvan verhoudingsgewijs meer wordt gespendeerd naarmate het inkomen groeit.

Een groeinorm van 1,5 % lijkt derhalve niet opportuun. Men kan geen efficiënt budgettair beleid voeren met een norm die te krap bemeten is en waarvan bij voorbaat geweten is dat hij niet kan worden gerespecteerd.

Het argument dat een budgettair strakkere groeinorm, bijvoorbeeld van 1,5 %, als hefboom zou kunnen worden gebruikt om de structuren van het RIZIV te vereenvoudigen, is dus niet houdbaar. Het zou erop neerkomen dat een moderne samenleving haar uitgaven voor gezondheidszorg systematisch doet dalen in verhouding tot het gemiddelde inkomen van de bevolking. Een dergelijke ingreep gaat regel-

l'encontre de la tendance qui consiste au moins à aligner ces deux variables économiques l'une sur l'autre.

C'est pourquoi le projet de loi prévoit un pourcentage d'augmentation de 2,5 %, avec pour corollaire une série de mécanismes stricts de contrôle et de correction qui permettent de maîtriser l'augmentation des dépenses dans le secteur des soins de santé. Ce contrôle des dépenses est nécessaire parce qu'une norme de croissance de 2,5 % reste étroite et servira de levier pour réaliser des économies. En effet, le budget 2000 prévoit une augmentation des moyens à consacrer aux soins de santé alors qu'il faudra réaliser au moins pour 10 millions de francs d'économies.

2. Mécanismes de contrôle et de correction

L'article 4 du projet de loi dispose à cet égard que l'application des mécanismes de contrôle et de correction qui sont instaurés entre autres au niveau du Conseil général de l'assurance soins de santé ne peut pas être utilisée par les médecins ni les mutualités pour dénoncer les conventions qu'ils ont conclues. Cette précision est nécessaire parce que les parties au contrat ont la possibilité, selon le droit commun, de dénoncer ces conventions dans certaines circonstances, par exemple parce que l'autre partie a modifié unilatéralement la nomenclature. En excluant, en vertu d'une loi, l'application automatique d'un mécanisme de correction comme motif de dénonciation, on évite tout malentendu à ce propos entre les parties contractantes.

Les mécanismes de correction visés dans le projet se justifient par le fait que les conventions existantes omettent d'en prévoir un elles-mêmes. Elles restent souvent dans le vague à ce sujet. En outre, ceux qui sont chargés de contrôler l'application de ces mécanismes ne prennent pas leurs responsabilités. Ou bien la commission de convention concernée n'intervient pas lorsque le budget est dépassé, ou bien le comité de l'assurance n'intervient pas. Pour sortir de cette impasse, le projet de loi propose que ce soit le Conseil général de l'assurance soins de santé qui soit responsable en la matière. Pour être honnête, il faut bien avouer que le ministre a bien souvent, par le passé, omis d'intervenir alors qu'il en avait le pouvoir. Le ministre Vandembroucke souhaite rompre avec le passé sur ce point. Dorénavant, l'organe essentiel sera néanmoins le Conseil général.

Il déplore par conséquent l'amendement n° 7 à l'article 5 de Mme van Kessel et consorts, qui propose de confier cette compétence au comité de l'assurance où — il convient de ne pas l'oublier — les médecins et les mutualités sont plus fortement représentés. Cet amendement relève à son avis d'un malentendu et il

recht in tegen de tendens dat beide op zijn minst gelijke tred houden.

In het wetsontwerp is daarom een stijgingspercentage van 2,5 % ingeschreven, met als corollarium een aantal strikte controle- en correctiemechanismen die de mogelijkheid bieden de stijging van de uitgaven in de sector van de gezondheidszorg in de hand te houden. Dat laatste is noodzakelijk omdat zelfs een groeinorm van 2,5 % krap blijft en als hefboom zal dienen om bezuinigingen door te voeren. Voor het jaar 2000 zijn er immers langs de ene kant meer middelen voor de gezondheidszorg uitgetrokken, terwijl er langs de andere kant voor ten minste 10 miljard frank moet worden bezuinigd.

2. Controle- en correctiemechanismen

In dit verband bepaalt artikel 5 van het wetsontwerp dat de toepassing van de correctiemechanismen die onder andere op het niveau van de Algemene Raad van de ziekteverzekering zijn ingesteld, door de artsen en de mutualiteiten niet mag worden aangegrepen om de door hen afgesloten conventies op te zeggen. Deze precisering is nodig omdat de contractpartijen volgens het gemene recht de mogelijkheid hebben deze conventies in bepaalde omstandigheden op te zeggen, bijvoorbeeld omdat de andere partij eenzijdig de nomenclatuur heeft gewijzigd. Door de automatische toepassing van een correctiemechanisme bij wet als opzeggingsgrond uit te sluiten, kan er hieromtrent bij de contractpartijen geen misverstand bestaan.

De in het ontwerp bedoelde correctiemechanismen vinden hun rechtvaardiging in het feit dat de bestaande conventies niet voldoen aan de voorwaarde om daarin zelf te voorzien. Zij blijven hierover veeleer in het vage. Bovendien nemen zij die dienen toe te zien op de toepassing van deze mechanismen, hun verantwoordelijkheid niet op. Ofwel grijpt de betrokken conventiecommissie niet in bij een budgetoverschrijding, ofwel treedt het Verzekeringscomité niet op. Om uit deze impasse te geraken, stelt het wetsontwerp voor de Algemene Raad van de ziekteverzekering hiervoor verantwoordelijk te stellen. De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat de minister in het verleden dikwijls evenmin van zijn bevoegdheid gebruik heeft gemaakt om op te treden. Minister Vandembroucke wenst op dat punt met het verleden te breken. Voortaan zal het zwaartepunt echter bij de Algemene Raad liggen.

Hij betoont zich dan ook niet gelukkig met amendement nr. 7 op artikel 5 van mevrouw van Kessel c.s., dat voorstelt deze bevoegdheid op te dragen aan het Verzekeringscomité, waarin — en dit mag men niet vergeten — de artsen en de mutualiteiten zwaarder vertegenwoordigd zijn. Zijns inziens berust dit

n'existe en la matière aucune divergence de vues fondamentale.

En rendant le Conseil général responsable de la fixation de la réduction, on crée un moyen de pression susceptible d'inciter le comité de l'assurance à intervenir plus rapidement (*Cf.* la discussion des articles).

L'on a avancé, contre le principe de l'application automatique des mécanismes de correction, qu'elle touche de manière linéaire des personnes qui ne sont pas responsables du dépassement budgétaire.

Deux éléments permettent de le réfuter.

Premièrement, la réduction n'est pas appliquée à l'ensemble du budget des soins de santé. L'article 5 du projet prévoit expressément que le dépassement ou le risque de dépassement doit concerner l'objectif budgétaire annuel partiel. Cela permet de limiter l'application de la mesure de réduction aux secteurs qui connaissent des problèmes.

Il convient de noter que la notion de risque de dépassement significatif n'est pas une notion vague que l'on peut interpréter comme on l'entend. Les conditions que doivent être réunies pour que l'on puisse parler d'un tel risque ont été définies en détail dans un arrêté royal. Dès qu'il ressort de certaines statistiques que l'on va atteindre le niveau d'alerte, un système de signaux s'enclenche, de manière que l'on puisse encore intervenir à temps.

Deuxièmement, l'article 5 du projet dispose que le Conseil général fixe la réduction sur la base d'un rapport de la commission de Contrôle budgétaire, qui énumère entre autres les raisons du dépassement budgétaire.

Le projet de loi ne vise donc nullement à ce que l'on prenne à l'aveuglette des mesures qui s'appliqueraient aussi, de manière linéaire, à des personnes qui ne sont en rien responsables du dépassement budgétaire. Le projet de loi présente suffisamment de garanties à cet égard.

3. Marge budgétaire

La remarque selon laquelle l'augmentation de la norme de croissance de 1,5 % à 2,5 % ouvre des perspectives budgétaires signifie qu'il n'y a pas assez de moyens pour pouvoir répondre aux nombreux besoins qui existent dans le secteur des soins de santé. Les deux sont indéniablement liés.

Le ministre partage l'avis de plusieurs intervenants selon lequel il convient en tout cas de veiller à ce que l'aide médicale couverte par l'assurance permette de répondre correctement aux besoins.

amendement eerder op een misverstand en bestaat hierover geen fundamenteel meningsverschil.

Door de Algemene Raad verantwoordelijk te stellen voor het bepalen van de vermindering, wordt een drukingsmiddel gecreëerd — de spreekwoordelijke stok achter de deur — waarmee het Verzekeringcomité ertoe kan worden aangezet sneller op te treden (*cf.* artikelsgewijze bespreking).

Tegen de automatische toepassing van de correctiemechanismen is het bezwaar geopperd dat zij op lineaire wijze ook personen treft die niet verantwoordelijk zijn voor de budgetoverschrijding.

Deze opmerking kan op tweeërlei wijze worden gepareerd.

In de eerste plaats wordt de vermindering niet toegepast op het volledige budget van de gezondheidszorg. In artikel 5 van het ontwerp wordt uitdrukkelijk bepaald dat de overschrijding of het risico daarop de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling moet betreffen. Dit maakt het mogelijk de maatregel van de vermindering toe te spitsen op de sectoren waar er zich problemen voordoen.

Aangestipt moet worden dat het risico op een beduidende overschrijding geen vage term is waarmee men alle kanten op kan. De voorwaarden waaronder van een dergelijk risico kan worden gesproken, zijn op gedetailleerde wijze bij koninklijk besluit vastgelegd. Indien bepaalde statistieken het alarmpeil bereiken, treedt een knipperlichtensysteem in werking zodat tijdig kan worden ingegrepen.

Ten tweede bepaalt artikel 5 van het ontwerp dat de Algemene Raad de vermindering bepaalt op grond van een verslag van de commissie voor Begrotingscontrole, waarin onder andere de redenen voor de budgetoverschrijding worden opgesomd.

Het ligt dus geenzins in de bedoeling van het wetsontwerp om blindweg maatregelen te nemen waarmee op lineaire wijze ook personen worden getroffen die geen schuld hebben aan de budgetoverschrijding. Het wetsontwerp biedt op dat vlak voldoende garanties.

3. Budgettaire ruimte

De opmerking dat de verhoging van de groeinorm van 1,5 % tot 2,5 % budgettaire perspectieven opent, heeft als pendant dat er een schaarste aan middelen bestaat waarmee gepoogd moet worden de vele behoeften in de sector van de gezondheidszorg te lenigen. Er bestaat tussen deze twee een onmiskenbare spanning.

De minister deelt de mening van verschillende sprekers dat er alleszins voor moet worden gewaakt dat het verzekerde pakket medische hulpverlening op adequate wijze de behoeften dekt.

4. *Information et transparence des informations*

Dans la démarche qu'il adopte pour régler les problèmes qui se posent dans le secteur des soins de santé, le ministre utilise un certain nombre de clefs essentielles. Une de celles-ci est constituée par l'information et la transparence des informations.

a) *Pharmanet*

De nombreux débats, par exemple ceux concernant les soins prodigués en milieu hospitalier et le comportement prescripteur des médecins, s'enlisent par manque de données objectives et transparentes permettant de comparer ce que font les différents acteurs aux différents niveaux.

C'est pourquoi le ministre attache beaucoup d'importance aux données de Pharmanet, qu'il veut faire converger. Cela signifie que l'on relierait les données relatives à la prescription des médicaments, les résumés cliniques minimaux, aux données de facturation, les résumés financiers minimaux.

Cette liaison est nécessaire pour deux raisons.

En premier lieu, cela permet d'organiser une «évaluation par les pairs» entre les médecins concernant leur comportement prescripteur, et ce, en se basant sur les données détaillées qui restent anonymes. Comme ces données contiennent des informations relevant de la vie privée, elles doivent être mises à la disposition de façon sûre.

En deuxième lieu, cela permet de réaliser un objectif social. Les patients doivent être protégés contre une augmentation du ticket modérateur pour les médicaments. À cet effet, il faut disposer d'une banque de données grâce à laquelle on peut vérifier ce qui a été prescrit, non seulement de manière globale, mais également par catégorie de médicaments pour les patients individuels.

Si, par exemple, le ministre souhaite mettre les patients à l'abri d'une augmentation du ticket modérateur pour les médicaments absolument indispensables, il doit savoir quel montant ils ont dépensé pour ceux-ci. À cet égard, il s'intéresse à l'expérience Medibank qu'il voudrait suivre de plus près.

Le ministre a l'intention d'inclure le coût des médicaments dans le système de franchise. À cet effet, Pharmanet est indispensable.

Les mesures précitées, élaborées dans le projet de loi, visent à permettre un débat public au sujet du secteur des soins de santé sur la base de données objectives. C'est nécessaire non seulement pour maîtriser les dépenses, mais également pour garantir la qualité des soins de santé.

4. *Informatie en transparantie van de informatie*

De minister hanteert bij zijn aanpak van de problemen in de gezondheidszorg een aantal essentiële sleutels. Een daarvan is informatie en transparantie van de informatie.

a) *Farmanet*

Veel debatten, bijvoorbeeld over de zorgverlening in de ziekenhuizen en het voorschrijfgedrag van de artsen, lopen mank bij gebrek aan transparante objectieve gegevens die het mogelijk maken te vergelijken wat de verschillende actoren op de verschillende niveaus doen.

Vandaar het belang dat de minister aan de gegevens van Farmanet hecht die hij op één spoor wenst te brengen. Dit betekent dat de gegevens over het voorschrijven van geneesmiddelen, de minimale klinische gegevens (MKG's), aan de facturatiegegevens, de minimale financiële gegevens (MFG's), zouden worden gekoppeld.

Dat is noodzakelijk om twee redenen.

In de eerste plaats kan zodoende tussen de artsen onderling een *peer review* over hun voorschrijfgedrag worden georganiseerd en dit op grond van anoniem gehouden gedetailleerde gegevens. Aangezien die gegevens privacygevoelige informatie bevatten, dienen zij op een beveiligde wijze ter beschikking te worden gesteld.

Ten tweede wordt een sociale doelstelling nagestreefd. Patiënten moeten worden beschermd tegen een stijging van de remgelden voor geneesmiddelen. Dat vergt een databank waarmee kan worden nagegaan wat er voorgeschreven is, niet alleen globaal, maar ook per categorie geneesmiddelen voor individuele patiënten.

Bijvoorbeeld, indien de minister patiënten wenst te behoeden voor een stijging van de remgelden voor levensnoodzakelijke geneesmiddelen, dan dient hij te weten welk bedrag zij daarvoor juist hebben uitgegeven. In dat verband betoont hij zich geïnteresseerd in het experiment Medibank dat hij nader wenst op te volgen.

Het is de bedoeling van de minister om de kostprijs van de geneesmiddelen onder te brengen in het franchisesysteem. Daarvoor is Farmanet noodzakelijk.

De hiervoor vermelde maatregelen die in het wetsontwerp zijn uitgewerkt, hebben ten doel een publiek debat op grond van objectieve gegevens over de gezondheidszorg mogelijk te maken. Dat is niet alleen noodzakelijk om de uitgaven te beheersen, maar ook om de kwaliteit van de gezondheidszorg te garanderen.

b) Échange de données entre les organismes de sécurité sociale et les communautés

Le ministre déclare être intéressé par ce genre d'échange de données. Il y a déjà, à l'heure actuelle, un protocole concernant les résumés cliniques minimaux. Les organismes de sécurité sociale rassemblent cependant davantage de données, alors que les communautés disposent d'informations qui intéressent le ministre.

C'est pourquoi le projet de loi prévoit qu'il sera possible, en principe, de communiquer éventuellement aux communautés les résumés cliniques minimaux et les résumés financiers minimaux réunis. Les conditions auxquelles cette communication pourra se faire seront déterminées par arrêté royal.

Dans cet ordre d'idées, le ministre mettra l'échange obligatoire des données à l'ordre du jour de la Conférence interministérielle de la Politique de la santé.

5. Financement des soins de santé

Il est frappant de constater que certains envisagent le problème sous l'angle du paiement forfaitaire, tandis que d'autres choisissent celui du paiement à l'acte.

Pareille dichotomie reflète mal la complexité du débat. Outre l'application de forfaits, il existe en effet différentes autres techniques permettant d'utiliser la nomenclature comme un instrument destiné à assurer des soins de santé de qualité. C'est la raison pour laquelle le ministre souhaite que le Conseil scientifique de l'INAMI réalise une radioscopie de la nomenclature. Le groupement de numéros de la nomenclature, l'introduction d'honoraires dégressifs et une subdivision selon le type de prestations sont des mesures possibles. Par exemple: quelles sont les prestations qui peuvent être répétées et celles qui ne peuvent pas l'être?

La radioscopie dont il est question est donc un exercice de réflexion fondamental lors duquel on examinerait minutieusement tant les signaux que la nomenclature adresse en fait de prix aux différents acteurs que les méthodes de financement. À cette occasion, il faudrait également rechercher la manière de mieux rémunérer les prestations intellectuelles des auxiliaires médicaux.

Quant à savoir si le Conseil scientifique de l'INAMI est en mesure d'assumer cette tâche, il renvoie au rapport de la commission des Affaires sociales de la Chambre (doc. Chambre, 1999-2000, n° 0297/008, p. 14). Il ajoute que ce conseil est en cours d'installation. Une section pour les patients chroniques sera créée sous peu.

b) Uitwisseling van gegevens tussen de socialezekerheidsinstellingen en de gemeenschappen

De minister verklaart geïnteresseerd te zijn in een dergelijke gegevensuitwisseling. Op dit ogenblik geldt er reeds een protocol inzake MKG's. De socialezekerheidsinstellingen verzamelen echter meer gegevens, terwijl de gemeenschappen over informatie beschikken waarin de minister geïnteresseerd is.

Het wetsontwerp voorziet daarom in de principiële mogelijkheid om de gekoppelde MKG's en MFG's eventueel aan de gemeenschappen mee te delen. De voorwaarden waaronder dit kan gebeuren, zullen bij koninklijk besluit worden bepaald.

Verdergaand op dit spoor zal hij het punt van een verplichte gegevensuitwisseling op de agenda plaatsen van de Interministeriële Conferentie voor het Gezondheidsbeleid.

5. Financiëring van de gezondheidszorg

Het valt op dat sommigen dit probleem benaderen vanuit de invalshoek van de forfaitaire betaling, terwijl anderen de invalshoek van de betaling per prestatie verkiezen.

Een dergelijke dichotomie doet de complexiteit van het debat tekort. Er bestaan naast het hanteren van forfaits, immers nog verschillende andere technieken om de nomenclatuur aan te wenden als een instrument dat gericht is op een kwaliteitsvolle gezondheidszorg. Om die reden wenst de minister de nomenclatuur te laten doorlichten door de Wetenschappelijke Raad van het RIZIV. Mogelijke maatregelen zijn het groeperen van nomenclatuurnummers, het degressief honoreren en een indeling volgens het type prestaties. Bijvoorbeeld, welke prestaties kunnen worden herhaald, welke niet?

De doorlichting waarvan sprake is dus een fundamentele denkoefening waarbij zowel de prijssignalen die de nomenclatuur aan de verschillende actoren uitzendt, als de financieringsmethoden onder de loep zullen worden genomen. Bij die gelegenheid zou tevens moeten worden onderzocht op welke wijze de intellectuele prestaties van de medische hulpverleners beter kunnen worden beloond.

Met betrekking tot de vraag of de Wetenschappelijke Raad van het RIZIV op die taak berekend is, verwijst hij naar het verslag van de Kamercommissie voor de Sociale Zaken (Stuk Kamer, 1999-2000, nr. 0297/008, blz. 14). Hij voegt hieraan toe dat de installatie van deze raad volop aan de gang is. Zo wordt binnenkort de afdeling chronische patiënten opgericht.

On prépare en outre la création par arrêté royal de la section pour la planification et l'évaluation de la technologie médicale et de la section pour la réévaluation des honoraires.

Pour étayer cette structure et dans l'optique de la radioscopie de la nomenclature, des moyens supplémentaires ont été dégagés en vue de renforcer le rôle des experts.

En ce qui concerne la « forfaitarisation », le ministre met en garde contre le lancement d'un système qui ne serait pas mis à exécution par la suite. Il déplore ainsi que l'on ait renoncé, voici environ deux ans, à la formule annoncée de budget hospitalier global. Comme les hôpitaux croyaient que cette mesure serait mise en place, ils ont réagi en gonflant leur budget au maximum, dans l'espoir de pouvoir prétendre plus tard à une plus grande enveloppe. Tirons-en la leçon : si l'on opte pour une méthode de financement déterminée, il faut effectivement l'instaurer.

6. L'enregistrement de données

En ce qui concerne le problème de l'enregistrement correct des données, le ministre croit se souvenir que le gouvernement précédent était assez réticent à dégager des moyens pour les médecins qui se chargeraient du contrôle des RCM. Il espère bien obtenir à présent les crédits nécessaires à cette fin. La réussite d'une part considérable de sa politique dépend en effet d'une collecte correcte des RCM et des RFM.

7. Le rapport Peers sur les soins de santé en Belgique

À l'initiative de l'ancien premier ministre, Jean-Luc Dehaene, les ministères des Affaires sociales et de la Santé publique et de l'Environnement ont chargé M. Peers de rédiger un rapport sur les soins de santé en Belgique. Le 14 décembre 1999, M. Peers a fourni au ministre une version provisoire de son rapport, qui ne pouvait pas encore matériellement être diffusée. Dès que ce sera le cas, tous les représentants et tous les sénateurs et recevront un exemplaire. Mme Aelvoet, ministre de la Santé publique et de l'Environnement, en a également reçu un exemplaire.

Ils décideront ensemble de la manière dont un débat public pourra être consacré à ce thème. Entre-temps, les premières réactions ont déjà paru dans la presse.

8. Échelonnement des soins de santé et centres de soins de quartier

En ce qui concerne l'échelonnement, le ministre déclare qu'un accord important a été conclu au sujet

Voorts wordt bij koninklijk besluit de oprichting voorbereid van de afdeling planning en *medical technology assessment* en van de afdeling herijking erelonen.

Ter ondersteuning van deze structuur en met het oog op de doorlichting van de nomenclatuur zijn bijkomende middelen uitgetrokken om de rol van de experts te versterken.

Wat de forfaitarisering betreft, waarschuwt de minister ervoor een systeem te lanceren dat achteraf niet ten uitvoer wordt gelegd. Zo betreurt hij dat een tweetal jaar geleden afgezien werd van de aangekondigde regeling van het globaal ziekenhuisbudget. Aangezien de ziekenhuizen meenden dat deze regeling er toch zou komen, reageerden ze door hun budget zo hoog mogelijk te laten oplopen in de hoop later op een grotere enveloppe aanspraak te kunnen maken. Dit moge een les zijn dat, wanneer voor een bepaalde financieringsmethode is gekozen, ze ook effectief wordt ingevoerd.

6. De registratie van gegevens

Met betrekking tot het probleem van de correcte registratie van gegevens staat het de minister voor dat de vorige regering nogal terughoudend was om middelen uit te trekken voor de artsen die zouden instaan voor de controle van de MKG's. Hij hoopt hiervoor nu wel de nodige kredieten te krijgen. Een aanzienlijk deel van zijn beleid staat of valt immers met een correcte inzameling van de MKG's en de MFG's.

7. Het verslag-Peers over de gezondheidszorg in België

Op initiatief van de vorige eerste minister, Jean-Luc Dehaene, hebben de ministeries van Sociale Zaken en van Volksgezondheid en Leefmilieu de heer Peers de opdracht gegeven een verslag op te stellen over de gezondheidszorg in België. De heer Peers heeft de minister op 14 december 1999 een voorlopige versie van zijn rapport bezorgd, welke materieel nog niet kon worden verspreid. Zodra dat het geval is, zal aan alle volksvertegenwoordigers en senatoren een exemplaar worden toegezonden. Mevrouw Aelvoet, minister van Volksgezondheid en Leefmilieu, heeft eveneens een exemplaar ontvangen.

Samen zullen zij beslissen op welke wijze hierover een publiek debat kan worden gevoerd. Inmiddels zijn in de pers al de eerste reacties verschenen.

8. Echelonnering van de gezondheidszorgen wijkgezondheidscentra

Wat de echelonnering betreft, verklaart de minister dat over de kwestie van het medisch dossier een

du dossier médical avec les médecins et les mutuelles. Il espère pouvoir boucler cette question dans un bref délai. Pour cela, il faut d'abord dégager des moyens supplémentaires. Le dossier médical est l'instrument idéal pour fournir les soins de santé primaires. On encouragera aussi l'échange de données, afin de faire de cette première ligne le point focal des soins de santé. Avec la ministre de la Santé publique et de l'Environnement, il a proposé aux médecins d'utiliser le dossier médical, non seulement comme instrument de gestion, mais aussi comme moyen pour améliorer la qualité des soins. En contrepartie, les deux ministres sont disposés à retirer ou à ne pas appliquer certaines dispositions de la réglementation que les médecins jugent trop étatiques. Pour cela, il faut également que les médecins abandonnent la méfiance que leur inspire l'évaluation par les pairs et qu'ils organisent ce contrôle de manière efficace.

La loi en projet donne aux centres de soins de quartier une meilleure place dans les structures et les mécanismes de l'INAMI. Jusqu'ici, ces centres étaient traités en parents pauvres par le comité d'assurance (medicomut). Pour remédier au problème, l'article 19 de la loi en projet contient une disposition en vertu de laquelle le Roi est chargé de veiller à un financement adéquat de ces centres.

9. Le rôle des groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM) et des forfaits d'accréditation

Le ministre souhaite, en particulier en ce qui concerne les médicaments, soutenir l'expertise à tous les niveaux. Pour ce faire, le gouvernement ne se contente pas d'investir de manière centralisée dans l'INAMI; il investit également de manière décentralisée chez les médecins, étant entendu qu'à ce niveau, l'évaluation par les pairs du comportement prescripteur et de l'utilisation des médicaments doit fonctionner efficacement. Pour le ministre, cette évaluation peut s'effectuer dans les GLEM, dont le fonctionnement doit toutefois être amélioré. Si on leur demande de veiller à ce que les médicaments soient utilisés de manière rationnelle, il faut aussi leur donner les moyens de le faire. Le problème est que le ministre ne dispose pas d'instruments pour le faire directement par le biais du budget de l'INAMI. Il doit donc recourir à des moyens indirects, notamment en majorant les forfaits d'accréditation et en versant le produit de la majoration aux GLEM. La loi en projet ouvre cette possibilité.

Le ministre espère que le produit de l'utilisation rationnelle des médicaments pourra être réinvesti sur le terrain pour soutenir l'expertise au sein des GLEM, en vue de développer le système du dossier médical.

belangrijk akkoord is gesloten met de artsen en de mutualiteiten. Hij hoopt deze aangelegenheid op korte termijn te kunnen afronden. Dat vereist in de eerste plaats dat hiervoor meer middelen worden uitgetrokken. Het medisch dossier is het instrument bij uitstek om de eerstelijnsgezondheidszorg te versterken. Voorts zal de gegevensuitwisseling worden bevorderd die van deze eerste lijn het knooppunt maakt in de zorgverlening. Samen met de minister van Volksgezondheid en Leefmilieu is aan de artsen voorgesteld om het medisch dossier niet alleen aan te wenden als beleidsinstrument, maar ook als middel ter verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening. Als tegenprestatie zijn beide ministers bereid om sommige overheidsregelingen die de artsen te etatistisch vinden, in te trekken of niet uit te voeren. Daartoe is eveneens vereist dat de artsen hun wantrouwen tegen de *peer review* laten varen en dit toezicht op efficiënte wijze organiseren.

Het wetsontwerp verleent de wijkgezondheidscentra een betere plaats in de structuren en de mechanismen van het RIZIV. Deze centra werden tot op heden stiefmoederlijk behandeld door het Verzekeringscomité (de medicomut). Om dat te verhelpen, bevat artikel 19 van het ontwerp een bepaling krachtens welke de Koning instaat voor een adequate financiering van de wijkgezondheidscentra.

9. De rol van de lokale kwaliteitsgroepen (LOK's) en de accrediteringsforfaits

De minister wenst, inzonderheid wat geneesmiddelen betreft, de expertise op alle niveaus te steunen. Daartoe wordt niet alleen centraal bij het RIZIV geïnvesteerd, maar ook decentraal bij de artsen, met dien verstande dat op dat niveau de *peer review* over het voorschrijfgedrag en het geneesmiddelengebruik op doeltreffende wijze functioneert. Deze *review* kan volgens de minister gebeuren in de LOK's waarvan de werking wel moet worden verbeterd. Indien hen wordt gevraagd te waken over een rationeel geneesmiddelengebruik, dan dienen zij de daartoe vereiste middelen te krijgen. Het probleem is dat de minister geen instrument heeft om dat direct via de RIZIV-begroting te doen. Hij moet zich bijgevolg van een omweg bedienen, namelijk door de accrediteringsforfaits te verhogen en de verhoging aan de LOK's door te storten. Het wetsontwerp opent daartoe de weg.

De minister hoopt de opbrengst die voortvloeit uit het rationeel geneesmiddelengebruik, te laten terugvloeien naar het terrein ter ondersteuning van de expertise in de LOK's en met het oog op de uitbouw van het systeem van het medisch dossier.

10. Information objective

Pour démontrer l'importance d'une information objective, le ministre renvoie au succès enregistré par le projet prévoyant des médecins informateurs indépendants que Farmaca a mis sur pied en région gantoise: 83 % des médecins appartenant au groupe cible y ont collaboré. Le ministre a l'intention de généraliser cette expérience.

11. Structures de l'INAMI

Le ministre est tout à fait d'accord sur l'observation suivant laquelle il est nécessaire de simplifier ces structures. La loi en projet et, en particulier, son chapitre II relatif à la simplification des structures et des procédures, constituent un premier pas dans ce sens.

12. Carte SIS

Le problème de la mise à jour de ces cartes sera réglé en permettant aux assurés d'utiliser les cartes SIS existantes moyennant leur validation aux guichets des mutuelles. L'arrêté royal qui le permet sera bientôt publié au *Moniteur belge*. L'opération compliquée de la mise à jour n'aura donc pas lieu.

Un membre déclare qu'il y a un problème structurel dans les pharmacies dont les lecteurs devraient être adaptés parce que la carte SIS ne fonctionne pas bien. On a demandé à certaines firmes de logiciels de régler rapidement le problème. Dans l'intervalle, les pharmaciens se trouvent entre le marteau et l'enclume.

Le ministre répond qu'il a averti l'une de ces firmes et que cet avertissement a porté ses fruits. Cela fait plus de deux ans qu'on est confronté à des difficultés concernant la carte SIS et il est grand temps d'intervenir. La plupart des problèmes sont déjà résolus. L'arrêté royal susvisé y contribue.

Le ministre répond par l'affirmative à la question de savoir si, en attendant la validation de la carte SIS après le 1^{er} janvier 2000, on pourra encore utiliser, pendant une période limitée, les vignettes à coller.

13. Contrôle de la livraison effective

Le ministre souligne que, lorsque l'on demande si les médicaments ont été effectivement livrés, l'on ne doit pas penser automatiquement à de la fraude. Il peut y avoir de multiples raisons. Il peut arriver, par exemple, qu'un pharmacien conserve un médicament qui figurait sur la prescription d'un client, mais que ce dernier a omis de venir retirer.

10. Objectieve voorlichting

Ten bewijze van het belang van een objectieve voorlichting verwijst de minister naar het succesvol project met onafhankelijke artsenvoorlichters, dat Farmaca in de Gentse regio heeft opgestart: 83 % van de artsen uit de doelgroep hebben hieraan meegewerkt. De minister heeft het plan opgevat dit experiment te veralgemenen.

11. Structuren van het RIZIV

De minister is het volmondig eens met de opmerking dat deze structuren moeten worden vereenvoudigd. Het voorliggend wetsontwerp, inzonderheid hoofdstuk II betreffende de vereenvoudiging van structuren en procedures, vormt daartoe een eerste aanzet.

12. SIS-kaart

Het probleem met de updating van deze kaarten zal worden ondervangen door de verzekerden toe te staan de bestaande SIS-kaarten verder te blijven gebruiken mits de validatie ervan aan de loketten van de ziekenfondsen. Het desbetreffende koninklijk besluit zal binnenkort in het *Belgisch Staatsblad* worden gepubliceerd. De ingewikkelde operatie van de updating vindt dus geen doorgang.

Een lid verklaart dat er zich een structureel probleem voordoet in de apotheken waar de leesapparaten zouden moeten worden aangepast omdat de SIS-kaart niet goed functioneert. Aan bepaalde softwarefirma's was gevraagd dit probleem snel op te lossen. Ondertussen zitten de apothekers wel tussen hamer en aambeeld.

De minister antwoordt dat hij een van die firma's op de vingers heeft getikt, met nuttig gevolg. De moeilijkheden met de SIS-kaart slepen al meer dan twee jaar aan. Het wordt hoog tijd dat er wordt ingegrepen. De meeste problemen zijn inmiddels opgelost. Het bovenvermelde koninklijk besluit draagt daartoe bij.

Op de vraag of in afwachting van de validatie van de SIS-kaart na 1 januari 2000 nog gedurende een beperkte periode de kleefvignettes mogen worden gebruikt, antwoordt de minister bevestigend.

13. Controle op de effectieve aflevering

De minister beklemtoont dat bij de vraag of geneesmiddelen wel effectief worden afgeleverd, niet onmiddellijk aan fraude moet worden gedacht. De niet-aflevering kan velerlei oorzaken hebben. Zo houdt een apotheker soms even een geneesmiddel bij dat bij hem op voorschrift is besteld, maar achteraf niet meer door de cliënt wordt afgehaald.

Les pharmaciens proposent, pour essayer de résoudre ce problème, d'obliger les médecins à n'utiliser qu'une seule prescription par médicament. En d'autres termes, il ne pourrait y avoir qu'un seul remboursement par prescription.

Le ministre estime que cette procédure peut aider à résoudre le problème. Malheureusement, elle alourdirait considérablement les tâches administratives et, comme beaucoup de prescriptions sont établies actuellement par ordinateur, elle n'aurait qu'un effet dissuasif limité. À son avis, il faudra prendre d'autres mesures plus radicales.

L'utilisation des codes-barres est le meilleur moyen de contrôler la livraison effective, selon le ministre. L'industrie pharmaceutique a toutefois fait savoir qu'il est très difficile d'apposer ce code sur les emballages. Voilà pourquoi l'on utilisera provisoirement des vignettes.

14. Diminution des prix d'anciens médicaments et de médicaments vendus en grande quantité

Le ministre est partisan de cette diminution de prix. Il estime qu'il faut définir la notion de «vente en grande quantité» en tenant compte de la posologie, c'est-à-dire de la durée possible du traitement selon le conditionnement. L'on octroiera à l'avenir, en fonction de la durée du traitement, une réduction de prix de 10%, 20% ou plus. Actuellement, l'on accorde une réduction de prix unique sur la base du nombre d'unités d'un médicament par emballage. L'on est en train d'examiner la manière de mettre cette mesure en œuvre du point de vue technique. Il va de soi qu'il faudra se concerter à cet égard avec l'industrie pharmaceutique et avec les pharmaciens.

15. Contrôle a posteriori du comportement prescripteur

Le ministre ne cache pas qu'un tel contrôle comporte des risques. Le contrôle *a priori* a toutefois généré une énorme paperasserie tant pour les médecins que pour les médecins-conseils. Ce contrôle sur support papier n'est plus efficace. C'est pourquoi ce projet de loi suit une nouvelle piste en autorisant, à titre expérimental, le contrôle *a posteriori*. Le ministre est conscient du danger de la chose. Comment éviter un comportement prescripteur arbitraire? Quelles peines appliquer en cas d'abus? Aux termes du projet de loi, on apportera une réponse à ces questions, et à d'autres, dans des arrêtés royaux qui définiront en détail la procédure de contrôle. Ce régime doit garantir la sécurité tant des médecins que des patients et il ne peut laisser planer aucune incertitude quant aux sanctions.

De apothekers stellen voor dit probleem aan te pakken door de artsen ertoe te verplichten om slechts één voorschrift per geneesmiddel te gebruiken. Met andere woorden per voorschrift zou slechts één terugbetaling mogen worden verricht.

De minister is van oordeel dat deze procedure kan bijdragen tot de oplossing van het probleem. Daartegenover staat dat zij een zware administratieve last meebrengt en, gelet op het groot aantal voorschriften die nu met de computer worden aangemaakt, geen sterk remmende werking zal hebben. Zijns inziens zullen er andere, meer doortastende maatregelen moeten worden genomen.

De effectieve aflevering kan volgens de minister het best worden gecontroleerd aan de hand van de streepjescode. De farmaceutische industrie heeft echter laten weten dat het zeer moeilijk is om die code op de verpakking aan te brengen. Daarom zal voorlopig met vignettes worden gewerkt.

14. Prijsdaling voor oudere geneesmiddelen en geneesmiddelen met grote verkoopseenheden

De minister is voorstander van deze prijsdaling. Het begrip «grote verkoopseenheid» moet zijns inziens worden gedefinieerd rekening houdend met de posologie, dat wil zeggen de behandelingsduur volgens de verpakking. Op grond van deze behandelingsduur zal in de toekomst een prijsvermindering van 10%, 20% of meer worden toegestaan. Voor het heden wordt een eenmalige prijsdaling toegekend op grond van het aantal eenheden van een geneesmiddel per verpakking. De technische uitwerking van deze maatregel wordt thans onderzocht. Het spreekt vanzelf dat hieromtrent overleg zal worden gepleegd met de farmaceutische industrie en de apothekers.

15. Controle a posteriori van het voorschrijfgedrag

De minister verheelt niet dat een dergelijke controle risico's inhoudt. De controle *a priori* is echter zowel voor de geneesheren als voor de adviserend geneesheren tot een enorme bureaucratie verworden. Het gaat om een papieren controle die niet langer afdoend is. Het wetsontwerp volgt daarom een nieuw spoor door bij wijze van experiment de controle *a posteriori* mogelijk te maken. De minister is niet blind voor de hieraan verbonden gevaren. Hoe kan men arbitrair voorschrijfgedrag voorkomen? Op welke wijze dienen misbruiken bestraft te worden? Deze en andere vragen zullen een oplossing vinden in koninklijke besluiten, zo bepaalt het ontwerp, waarin het verloop van de controle gedetailleerd wordt. Deze regeling moet zowel de artsen als de patiënten zekerheid verschaffen en mag geen onduidelijkheid laten bestaan over de sancties.

C. Questions supplémentaires et répliques

1. Les caisses de prévoyance

Un membre observe que les Caisses de prévoyance des pharmaciens, médecins et praticiens de l'art dentaire seront confrontées, à partir de l'année prochaine, aux assureurs privés. L'ancien gouvernement envisageait la possibilité pour les caisses d'élargir leur offre de prestations à l'ensemble des professionnels de la santé. Pourquoi cette idée n'a-t-elle pas été reprise dans le présent projet de loi ? Il ne s'agit pourtant pas d'un aspect de caractère politique ?

Le ministre déclare que le monopole des caisses a été supprimé. Il est vrai qu'au cours de la précédente législature, il y a eu une proposition d'élargissement du champ d'action des caisses. Cette idée peut être discutée, bien qu'elle ne figure dans le présent projet de loi. On a en effet voulu concentrer l'effort législatif sur le budget et l'assouplissement des procédures, ce qui paraît le plus urgent à ce moment. Le dossier des caisses de prévoyance sera examiné aussitôt que possible.

La deuxième question concerne l'effort de l'industrie pharmaceutique en ce qui concerne les cotisations supplémentaires. Ces cotisations se justifient au vu des marges de profit et du taux de rentabilité de cette industrie. Comment le gouvernement en est-il arrivé à imposer aux entreprises pharmaceutiques une cotisation de 2 % du chiffre d'affaires réalisé sur les médicaments délivrés en milieu hospitalier ?

Le ministre déclare qu'il y a un appel à l'industrie pharmaceutique de contribuer à une utilisation plus rationnelle des médicaments. La Belgique est confrontée à une paradoxe : d'une part, la consommation de médicaments est nettement plus élevée que dans d'autres pays européens et, d'autre part, la Belgique est souvent en retard quant à l'introduction de nouveaux médicaments. L'industrie pharmaceutique a tout intérêt à essayer d'assainir cette situation en limitant la promotion des médicaments qui ne sont pas efficaces du point de vue de la santé publique. Il ne convient pas de légiférer en la matière. Il faudrait plutôt un code déontologique plus rigoureux en matière de publicité et, de l'avis du ministre, l'industrie est prête à en discuter. L'article 13 du projet transmis par la Chambre comporte une incitation à cet égard : la taxe imposée aux entreprises pharmaceutiques sera augmentée de 4 à 6 % au cas où le budget prévu pour le secteur des médicaments n'atteindrait pas l'objectif fixé. D'autre part, il faut raccourcir les délais et accélérer l'introduction de médicaments innovateurs. On fera également appel à la responsabilité professionnelle des médecins.

Le membre est entièrement d'accord avec cette philosophie. Il faut reconnaître qu'il y a beaucoup de médicaments inutiles. L'industrie pharmaceutique ne

C. Bijkomende vragen en replieken

1. Voorzorgskassen

Een lid merkt op dat de voorzorgskassen van apothekers, geneesheren en tandartsen vanaf volgend jaar af te rekenen krijgen met de concurrentie van de privé-verzekeraars. De vorige regering wilde reeds aan de kassen de mogelijkheid bieden hun aanbod van prestaties te verruimen tot alle medische hulpverleners. Waarom vindt men dat niet terug in het voorliggend ontwerp ? Daar zit toch geen politiek aspect aan vast ?

De minister deelt mee dat het monopolie van de kassen opgeheven is. Het is inderdaad zo dat er tijdens de vorige zittingsperiode een voorstel bestond om het actieterrain van de kassen te verruimen. Dat voorstel komt in aanmerking voor bespreking ofschoon het voorliggend ontwerp daarvan niet gewaagt. Het lag immers in de bedoeling de inspanning van de wetgever af te stemmen op de begroting en op de versoepeling van de procedures want thans lijkt dat een opdracht van eerste urgentie. Het dossier van de voorzorgskassen wordt zo spoedig mogelijk onderzocht.

De tweede vraag handelt over de inspanning van de farmaceutische nijverheid voor de extra heffingen. Deze laatste vallen te verantwoorden met de winstmarges en de rentabiliteitspercentages van die industrietak. Hoe is de regering ertoe gekomen aan de farmaceutische bedrijven een heffing van 2 % van de omzet van aan ziekenhuizen geleverde geneesmiddelen op te leggen ?

De minister wijst erop dat men de farmaceutische industrie oproept bij te dragen aan een rationeler geneesmiddelenverbruik. In België staat men voor een paradoxale toestand : enerzijds ligt het geneesmiddelenverbruik merkelijk hoger dan in andere Europese landen en anderzijds is België vaak de rode lantaarn wat betreft de invoering van nieuwe geneesmiddelen. De farmaceutische industrie heeft er zelf alle belang bij te pogen die toestand te verhelpen door het gebruik van geneesmiddelen die uit een oogpunt van de volksgezondheid niet efficiënt zijn, minder sterk te bevorderen. Op dat punt hoeft er geen wetgeving te komen. Er bestaat veeleer nood aan strengere deontologische regels inzake reclame. Volgens de minister is de industrie bereid dat punt te bespreken. Artikel 13 van het door de Kamer overgezonden ontwerp vormt een aanzet daartoe : de heffing voor de farmaceutische bedrijven gaat van 4 naar 6 % ingeval de geplande begroting voor de sector geneesmiddelen het gestelde doel niet bereikt. Voorts dient men de termijnen te bekorten en de invoering van nieuwe geneesmiddelen te bespoedigen. Tevens zal men een beroep doen op de beroepsethiek van de artsen.

Het lid verklaart het volkomen eens te zijn met die zienswijze. Men moet toegeven dat er heel wat overbodige geneesmiddelen bestaan. De farmaceutische

peut cependant pas remédier aux délais d'introduction de nouveaux médicaments. Il appartient aux autorités de respecter les délais européens. Ces délais sont respectés par tous les pays à l'exception de la Grèce, de la Belgique et du Luxembourg, qui attend souvent la décision de la Belgique. On pourrait prévoir que le médicament est supposé autorisé au prix demandé par le fabricant si l'administration n'est pas capable de répondre dans un délai déterminé.

2. *Médecine factuelle*

Un membre souligne l'importance de cette médecine et la contradiction qui existe selon lui entre celle-ci et l'approche purement financière de la médecine en termes de budgets et d'enveloppes.

Le ministre estime qu'il ne faut pas nécessairement voir de contradiction entre les deux. La médecine factuelle est une médecine basée sur des connaissances qui ont reçu une validation scientifique et qui sont soumises à une évaluation systématique avec les acteurs concernés. Un tel concept n'est pas incompatible avec l'idée d'une discipline budgétaire stricte qui encourage à suivre pas à pas les progrès de la science médicale et à vérifier comment les connaissances scientifiques les plus récentes peuvent trouver des applications efficaces dans le secteur des soins de santé.

Il y aura cependant toujours une tension entre le désir de pouvoir travailler sans subir le poids des contraintes financières, d'une part, et la réalité des budgets à respecter strictement, d'autre part.

3. *Financement des pathologies*

Un membre souhaite savoir si le ministre est partisan d'une extension du financement des pathologies. Par exemple, si des recherches scientifiques démontreraient qu'il est préférable de faire des examens en vue de détecter la récurrence d'un carcinome dans les deux premières années et pas durant les trois années qui suivent, ne serait-il pas indiqué dans ce cas d'adapter la réglementation et le financement de ces examens à ces nouvelles conclusions, compte tenu de l'évolution de la recherche génétique? Cette méthode permettrait de freiner l'inflation des examens onéreux.

Le ministre répond que la réflexion annuelle sur le budget, des hôpitaux est une bonne occasion de se pencher sur cette question. Pour l'exercice 2000, on n'a fait qu'un exercice relativement limité pour ce budget d'une part, en apportant une série de corrections techniques mineures et, d'autre part, en créant une certaine marge permettant de prendre une série de mesures positives, telles que le traitement des déchets par les hôpitaux.

industrie kan evenwel niets doen aan de invoeringstermijnen voor nieuwe geneesmiddelen. De overheid moet de Europese termijnen nakomen. Die termijnen worden nageleefd door alle landen met uitzondering van Griekenland, België en Luxemburg. Dat laatste land wacht vaak de beslissing van België terzake af. Men zou kunnen bepalen dat een geneesmiddel geacht wordt toegestaan te zijn tegen de door de fabrikant gevraagde prijs indien de overheid niet binnen een bepaalde termijn kan antwoorden.

2. *Evidence based medicine*

Een lid heeft gewezen op het belang van deze geneeskunde en de contradictie die er volgens hem bestaat met een louter financiële benadering van de geneeskunde in termen van budgetten en enveloppen.

Volgens de minister hoeft er tussen deze twee geen contradictie te bestaan. *Evidence base medicine* betekent dat de geneeskunde gebaseerd is op wetenschappelijk gevalideerde inzichten die systematisch met de actoren worden geëvalueerd. Een dergelijk concept is niet strijdig met de idee van een strenge budgettaire discipline. Deze laatste vormt een stimulans om de vooruitgang van de medische wetenschap op de voet te volgen en om na te gaan op welke wijze de nieuwste wetenschappelijke inzichten doeltreffend in de gezondheidszorg kunnen worden toegepast.

Dat neemt niet weg dat er altijd een spanning zal blijven bestaan tussen het verlangen om zonder financiële constraints te kunnen werken enerzijds en de realiteit van de strikt te respecteren budgetten anderzijds.

3. *Pathologiefinanciering*

Een lid wenst te weten of de minister voorstander is van een uitbreiding van de pathologiefinanciering. Bijvoorbeeld, wanneer er op grond van wetenschappelijk onderzoek wordt aangetoond dat de recidive van een carcinoom beter tijdens de eerste twee jaar wordt onderzocht en niet in de daaropvolgende periode van drie jaar, is het dan niet raadzaam om de reglementering en de financiering van deze onderzoeken aan die nieuwe bevindingen aan te passen, rekening houdend met de evolutie van het genonderzoek? Daarmee wordt de inflatie van dure onderzoeken afgeremd.

De minister antwoordt dat de jaarlijkse bezinning over het budget van de ziekenhuizen een goede aanleiding vormt om deze vraag te onderzoeken. Voor het jaar 2000 wordt een relatief beperkte oefening met dit budget gemaakt. Enerzijds zijn er een aantal mineure technische correcties aangebracht, anderzijds is er ruimte gecreëerd voor een aantal positieve maatregelen, zoals de afvalverwerking door ziekenhuizen.

Pour l'exercice 2001, il souhaite cependant se livrer à un exercice fondamental sur le budget des hôpitaux. Dans ce cadre se pose la question clé de savoir dans quelles mesure on continuera à tenir compte des pathologies. Quelle importance accordera-t-on au financement des pathologies dans les hôpitaux? Comment ce financement s'insérera-t-il dans la vision de la continuité des soins, tant à l'hôpital qu'en dehors de celui-ci?

Le ministre ne peut pas encore donner de réponse ferme et définitive à ce sujet. Le financement des pathologies est cependant une importante piste de réflexion.

4. «*Managed care*»

Un intervenant attire l'attention sur le danger du «*managed care*» et, dans une perspective plus large, sur le danger que soulèverait un secteur des soins de santé qui ne serait pas géré exclusivement par les pouvoirs publics. Si l'on accepte le principe du «*managed care*», les assureurs contribueront à définir la politique qui sera menée en matière de soins de santé. Il est à craindre qu'ils ne se laissent guider par des objectifs économiques et des données actuarielles plutôt que par l'intérêt général. Aussi l'intervenant est-il partisan d'une réglementation dans laquelle le contrôle sur les hôpitaux relèverait de la compétence exclusive des pouvoirs publics. Ce sont ces derniers qui sont le mieux placés pour veiller à l'intérêt général.

Le ministre partage l'inquiétude du préopinant. Le risque de voir le secteur des soins de santé glisser vers un secteur des soins de santé à deux vitesses est réel. Pour éviter cette évolution, il convient de prendre deux mesures.

Il faut tout d'abord prévoir un financement adéquat de l'assurance obligatoire collective. Si les pouvoirs publics viennent à faillir sur ce plan, on risque de voir le «*managed care*» faire son entrée dans notre pays.

Les pouvoirs publics doivent ensuite veiller à la collecte, à la gestion et à la validation des données pertinentes pour les soins de santé, qui proviennent notamment des hôpitaux et de Pharmanet.

5. *Contrôle des organismes assureurs*

Un membre fait remarquer à cet égard que certaines mutuelles ne sont pas en règle en ce qui concerne leurs fonds de réserve. Le système de financement institué à cet effet présente l'avantage que les mutualités peuvent investir les montants perçus. Ce système présente le désavantage de coûter très cher aux pouvoirs publics, qui doivent emprunter les montants en question.

Voor het jaar 2001 wenst hij met het ziekenhuisbudget echter een fundamentele oefening te plegen. In dat kader rijst de kernvraag op welke wijze men rekening zal blijven houden met de pathologieën. Welk belang zal worden gehecht aan de pathologiefinanciering voor de ziekenhuizen? Hoe zal dit worden ingepast in de visie van de continuïteit van de zorgverlening, die ook transmuraal is?

De minister kan hieromtrent nog geen sluitend antwoord verstrekken. Pathologiefinanciering vormt echter een belangrijke denkpijpe.

4. *Managed care*

Een lid waarschuwt voor het gevaar van de *managed care* en, in een breder perspectief, voor een gezondheidszorg die niet uitsluitend door de overheid wordt gestuurd. Indien men het principe van de *managed care* aanvaardt, dan betekent dat de deelname van de verzekeraars aan het bepalen van het beleid inzake gezondheidszorg. Het valt te vrezen dat zij zich daarbij eerder door economische doelstellingen en actuariële gegevens zullen laten leiden dan door het algemeen belang. Spreker is dan ook voorstander van een regeling waarin de controle op de ziekenhuizen de exclusieve bevoegdheid is van de overheid. Zij is het best geplaatst om te waken voor het algemeen belang.

De minister deelt de bezorgheid van de vorige spreker. Het gevaar dat men naar een gezondheidszorg met twee snelheden afglijdt, is reëel. Om dit te voorkomen, moeten twee maatregelen worden genomen.

In de eerste plaats moet er in een adequate financiering van de verplichte collectieve verzekering worden voorzien. Indien de overheid op dat vlak tekortschiet, bestaat het gevaar dat de *managed care* toch ingang vindt.

Ten tweede dient de overheid in te staan voor de inzameling, het beheer en de validering van de voor de gezondheidszorg relevante gegevens van onder andere de ziekenhuizen en van Farmanet.

5. *Controle op de verzekeringsinstellingen*

In dit verband merkt een lid op dat sommige ziekenfondsen niet in regel zijn met hun reservefondsen. Het daarvoor ingestelde financieringssysteem heeft als voordeel dat de mutualiteiten de ontvangen bedragen kunnen investeren. Het nadeel is de hoge kostprijs voor de overheid die deze bedragen dient te ontfemen.

En outre, il semblerait que le contrôle sur les ASBL des organismes assureurs aille totalement à vau-l'eau.

Le ministre répond que le projet de loi clarifie les choses en ce qui concerne l'affectation des bonus que les organismes assureurs réalisent dans le cadre de leur responsabilisation. Jusqu'à présent, le flou régnait en la matière. Certains organismes portaient les intérêts en compte comme frais d'administration, d'autres pas.

Le but du projet n'est pas de régler le contrôle sur les organismes assureurs. Le ministre ne pense pas que la législation actuelle relative aux mutualités soit mauvaise sur ce plan. Cela ne signifie aucunement qu'il n'y ait absolument aucune erreur. Lorsqu'on constate des erreurs, on doit les signaler aux instances compétentes.

3. DISCUSSION DES ARTICLES ET VOTE SUR LES AMENDEMENTS

Article 5

M. Thissen dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-229/2, amendement n° 5) tendant à supprimer le 1° de cet article. Les possibilités de correction lui paraissent en effet trop vastes. Il serait logique que cette disposition ne vise que les responsables du dépassement de l'objectif budgétaire annuel partiel.

Le ministre renvoie à la discussion générale. Le but poursuivi n'est effectivement pas que les logopèdes, par exemple, aient à assumer les conséquences financières d'un dépassement dans le secteur des médicaments. Il est question, dans le texte, d'objectifs budgétaires partiels qui sont évidemment plus affinés que l'enveloppe complète des 500 milliards de l'assurance maladie. Les objectifs budgétaires sont donc définis en termes, par exemple, de spécialités pharmaceutiques, d'honoraires, de kinésithérapie, etc.

Le ministre se rend compte qu'il subsiste des groupes importants au sein de ces sous-secteurs, par exemple dans celui des honoraires. Ce n'est donc pas un hasard si le texte de l'article proposé prévoit que le Conseil général doit se prononcer sur la base d'un rapport décrivant la nature et l'origine du dérapage. C'est toutefois suffisant. Il ne faut pas rester enfermé dans des textes qui participent de bonnes intentions mais n'en sèment pas moins la confusion. Le ministre souhaite que les mécanismes de correction fonctionnent. Il en existait jusqu'à ce jour, mais, ni la Commission de conventions, ni le Comité de l'assurance ne sont jamais intervenus. Quant au ministre, il n'est intervenu que très rarement.

Le ministre s'oppose à cet amendement, bien qu'il comprenne la préoccupation qui le sous-tend.

Voorts lijkt de controle op de VZW's van de verzekeringsorganismen totaal spaak te lopen.

De minister antwoordt dat het wetsontwerp een klare lijn trekt in verband met de aanwending van de boni die de verzekeringsinstellingen realiseren in het kader van de responsabilisering. Tot op heden heerste daarover onduidelijkheid. Sommige instellingen boekten de interesten als administratiekosten, andere niet.

Het ontwerp heeft niet tot doel de controle op de verzekeringsinstellingen te regelen. De minister heeft niet het gevoel dat de vigerende wetgeving inzake de mutualiteiten op dat vlak tekort schiet. Dat betekent geenszins dat er absoluut niets fout loopt. Indien dat het geval is, dan moet dat aan de bevoegde instanties worden gemeld.

3. ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING EN STEMMING OVER DE AMENDEMENTEN

Artikel 5

De heer Thissen dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-229/2, amendement nr. 5), dat ertoe strekt het 1° van dit artikel te doen vervallen. Inderdaad komt het hem voor dat de correctiemogelijkheden te ruim zijn. Het zou logisch zijn dat enkel de personen die verantwoordelijk zijn voor de overschrijding van de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling door deze bepaling worden getroffen.

De minister verwijst naar de algemene bespreking. Het is inderdaad niet de bedoeling dat de logopedisten bijvoorbeeld moeten opdraaien voor een overschrijding in de sector van de geneesmiddelen. De tekst maakt immers gewag van «partiële begrotingsobjectieven», die uiteraard fijner zijn dan de hele enveloppe van 500 miljard waarvan sprake in de ziekteverzekering. De begrotingsobjectieven zijn aldus gedefinieerd in termen van bijvoorbeeld farmaceutische specialiteiten, honoraria, kinesithérapie, enz.

De minister geeft er zich wel rekenschap van dat men ook binnen deze deelsectoren nog grote groepen heeft, bijvoorbeeld in de honoraria. Daarom is het niet onbelangrijk dat de tekst van het voorgestelde artikel stelt dat de Algemene Raad zich dient uit te spreken op basis van een verslag, waarin de aard en de oorsprong van de ontsparing worden aangeduid. Dit is echter voldoende. Men moet zich niet verder opsluiten in teksten die op basis van een goed bedoeld moreel principe zeer grote onduidelijkheid scheppen. De minister wenst dat de correctiemechanismen functioneren. Tot op heden waren er ook correctiemechanismen bepaald, maar noch de Conventiecommissie, noch het Verzekeringscomité traden ooit op en slechts heel zelden is er een optreden van de minister geweest.

De minister verzet zich tegen het amendement, hoewel hij de zorg die erin vervat ligt best kan begrijpen.

À la lumière de ces considérations, M. Thissen retire son amendement.

Mme van Kessel et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-229/2, amendement n° 7). L'auteur principale renvoie à la discussion générale. Elle reconnaît que son amendement se fonde sur l'organigramme de l'INAMI, selon lequel le Comité de l'assurance joue un rôle crucial au niveau de l'objectif budgétaire. Il ressort cependant de l'exposé du ministre qu'il veut surtout responsabiliser le Conseil général.

Compte tenu de ces considérations, l'intervenante retire son amendement.

Mme van Kessel et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-229/2, amendement n° 8) qui est un amendement subsidiaire à l'amendement n° 7 qui a été retiré précédemment. L'association du Comité de l'assurance à la réduction automatique des honoraires, prix ou autres montants paraît logique. Le raisonnement relatif à la responsabilisation du Conseil général est moins pertinent à cet égard.

Le ministre estime que cet amendement est fondé sur une lecture erronée de la structure proposée. La Commission de contrôle budgétaire établit un rapport concernant le dépassement. Ce rapport est transmis à toutes les instances, à savoir à la Commission de conventions, au Comité de l'assurance et au Conseil général. Les mutuelles et les médecins sont représentés au sein, tant du Conseil général que du Comité de l'assurance. Il y a donc une cascade d'instances qui devraient prendre leurs responsabilités. Trois instances sont responsabilisées successivement. Pour les contraindre à prendre leurs responsabilités, les auteurs du projet ont inscrit, dans celui-ci, une disposition désignant l'instance (le Conseil général) qui doit intervenir. Le ministre espère que cette disposition aura un effet coercitif qui amènera toutes les autres instances, comme le Comité de l'assurance et les Commissions de conventions, à prendre leurs responsabilités, contrairement à ce qui est le cas aujourd'hui. Au cas où elles ne le feraient pas, il appartiendrait au Conseil général d'intervenir et, au cas où celui-ci resterait inactif, l'initiative appartiendrait au ministre. Il y a donc une construction logique que l'amendement a tendance à méconnaître quelque peu.

L'amendement subsidiaire n° 8 est rejeté par 9 voix contre 2 et 1 abstention.

Mme van Kessel et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-229/2, amendement n° 6), tendant à éviter qu'une correction automatique soit appliquée à la suite de l'évaluation des dépenses pour l'année en cours, influencée seulement par les dépenses du dernier trimestre.

Le ministre renvoie à l'arrêté royal sur les «clignotants», qui définit très précisément sur la base

In het licht van deze beschouwingen trekt de heer Thissen zijn amendement in.

Mevrouw van Kessel c.s. dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-229/2, amendement nr. 7). De hoofddienster verwijst naar de algemene bespreking. Zij erkent dat zij zich bij het opstellen van dit amendement had gebaseerd op het organigram van het RIZIV, waaruit bleek dat het Verzekeringscomité een cruciale rol was toebedeeld in de begrotingsdoelstelling. Uit de uiteenzetting van de minister blijkt echter dat hij voornamelijk de responsabilisering van de Algemene Raad voor ogen heeft.

Gelet op deze beschouwingen wenst spreekster dit amendement terug te trekken.

Mevrouw van Kessel c.s. dienen een volgend amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-229/2, amendement nr. 8) dat een subsidiair amendement is op het eerder ingetrokken amendement nr. 7. De tussenkomst van het Verzekeringscomité bij de automatische vermindering van de honoraria, prijzen of andere bedragen lijkt logisch. De redenering van de responsabilisering van de Algemene Raad gaat in dit verband in mindere mate op.

De minister is van oordeel dat het amendement voortspruit uit een verkeerde lezing van de voorgestelde structuur. De commissie Begrotingscontrole rapporteert het fenomeen van de overschrijding. Dat rapport gaat naar alle instanties, namelijk de Conventiecommissie, het Verzekeringscomité en de Algemene Raad. In de Algemene Raad zitten ook de ziekenfondsen en de artsen, net als in het Verzekeringscomité. Er is aldus een cascade van instanties die hun verantwoordelijkheid zouden moeten nemen. Drie instanties worden successievelijk geresponsabiliseerd. Om hen te verplichten hun verantwoordelijkheid te nemen, wordt er in de wet een instantie aangewezen (de Algemene Raad) die moet tussenkomen. De minister hoopt dat deze bepaling een stok achter de deur is waardoor de andere instanties, zoals het Verzekeringscomité en de Conventiecommissies, in tegenstelling tot vandaag, wel hun verantwoordelijkheid nemen. Als zij het niet doen, moet de Algemene Raad tussenkomen. Als dit niet gebeurt, kan men nog steeds terugvallen op de minister. Er is dus een logische opbouw, die enigszins miskend wordt door het amendement.

Het subsidiair amendement nr. 8 wordt verworpen met 9 tegen 2 stemmen bij 1 onthouding.

Mevrouw van Kessel c.s. dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-229/2, amendement nr. 6), dat wil vermijden dat een automatische correctie zou worden toegepast ten gevolge van een raming van de uitgaven voor het lopende jaar, enkel beïnvloed door de uitgavencijfers van het voorbije trimester.

De minister verwijst naar het koninklijk besluit op de zogenaamde «knipperlichten», waarbij heel

de quelles statistiques et de quelle manière on constate qu'il y a un risque significatif de dépassement. Le terme en question n'est donc pas un terme vague. En outre, ce système implique que l'on autorise une marge beaucoup plus large pour ce qui est des données du premier trimestre. L'on prévoit ainsi une marge de sécurité. Enfin, l'on a pris récemment un arrêté royal organisant aussi partiellement les «clignotants» sur une base pluriannuelle. L'on prendra alors pour base une année mobile, étant entendu que le ministre prendra la période actuelle pour base de départ, pour remonter d'un an, et qu'il fera ensuite une comparaison avec une période antérieure, également sur une base annuelle. Les «clignotants» concerneront dès lors des années mobiles, qui chevaucheront les années comptables. Le système en question répond à la préoccupation qui sous-tend l'amendement.

À la suite de ces considérations, Mme van Kessel retire son amendement n° 6.

Article 5bis

Mme van Kessel et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-229/2, amendement n° 9) insérant un article 5bis, qui dispose que l'application des mécanismes de correction ne peut entraîner d'augmentation de la quote-part personnelle du bénéficiaire. Il n'est malheureusement pas exclu, selon l'auteur de l'amendement, que le patient puisse subir des effets négatifs à la suite de l'application des mécanismes de correction automatique.

Le ministre déclare qu'il partage la préoccupation de l'auteur et qu'il ne veut pas imposer de mécanismes permettant de réaliser des économies qui seraient ensuite répercutées à charge des patients. Comme le texte concerne des honoraires, des tarifs et des prix, et qu'il ne parle pas de remboursements, il n'est toutefois pas nécessaire d'y inscrire une disposition expresse. Il n'y a aucun risque de majoration du ticket modérateur.

L'auteur fait observer que le ministre part du principe que les médecins sont dans l'impossibilité de dénoncer les accords.

Le ministre répond que le texte de l'amendement ne protège pas non plus les patients contre la dénonciation d'un accord. L'amendement dit simplement que la quote-part personnelle ne peut pas être majorée. Lorsque les médecins dénoncent un accord, il n'y a pas de majoration de la quote-part personnelle, mais on s'écarte de la convention.

L'auteur souhaite maintenir son amendement. Elle considère que celui-ci offre une garantie au patient en précisant que le ticket modérateur ne peut pas être majoré.

L'amendement n° 9 est rejeté par 9 voix contre 2 et 1 abstention.

nauwkeurig omschreven wordt op basis van welke statistieken en hoe men vaststelt dat er een beduidend risico is op overschrijding. Dit is dus niet zomaar een vage term. Verder bepaalt dit systeem dat men uiteraard een veel grotere marge toelaat voor de gegevens van het eerste trimester. Men bouwt aldus een veiligheidsmarge in. Ten slotte werd onlangs een koninklijk besluit geïntroduceerd waarbij ook de knipperlichten voor een stuk op een meerjarenbasis worden georganiseerd. Men zal dan werken met een mobiel jaar, waarbij de minister het huidige tijdstip neemt als uitvalbasis, een jaar teruggaat, en dit dan vergelijkt met een vorige periode, eveneens op jaarbasis. De knipperlichten gaan aldus functioneren op mobiele jaren, die over de boekhoudkundige jaren gaan. Dit systeem komt tegemoet aan de bekommernis van het amendement.

Ten gevolge van deze beschouwingen trekt mevrouw van Kessel haar amendement nr. 6 terug.

Artikel 5bis

Mevrouw van Kessel c.s. dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-229/2, amendement nr. 9) tot invoeging van een artikel 5bis, dat bepaalt dat de toepassing van de correctiemechanismen niet mag leiden tot een verhoging van het persoonlijk aandeel van de rechthebbende. De indiener vreest dat het niet is uitgesloten dat de patiënt bij de toepassing van de automatische correctiemechanismen het slachtoffer zou zijn.

De minister verklaart dezelfde bekommernis te delen en geen besparingsmechanismen te willen opleggen die worden afgewenteld op de patiënt. Het is echter niet noodzakelijk een uitdrukkelijke bepaling in de tekst op te nemen. De tekst betreft immers honoraria, tarieven en prijzen en gaat niet over terugbetalingen. Er bestaat geen enkel risico dat het remgeld wordt verhoogd.

De indiener merkt op dat de minister ervan uitgaat dat de artsen in de onmogelijkheid verkeren de akkoorden op te zeggen.

De minister antwoordt dat de tekst van het amendement evenmin aan de patiënten een bescherming biedt tegen de opzegging van een akkoord. Het amendement stelt enkel dat het persoonlijk aandeel niet mag worden verhoogd. Als de artsen een akkoord opzeggen, is er geen verhoging van het persoonlijk aandeel, maar treedt men buiten conventie.

De indiener wenst het amendement aan te houden. Zij is van oordeel dat het een verzekering biedt naar de patiënt toe om de bekommernis dat het remgeld niet mag worden verhoogd, te verduidelijken.

Het amendement nr. 9 wordt verworpen met 9 tegen 2 stemmen bij 1 onthouding.

Articles 54bis, 54ter et 54quater

Mme van Kessel et consorts déposent des amendements (doc. Sénat, n° 2-229/2, amendements n°s 10, 11 et 12) qui tendent à insérer des articles 54bis à 54quater (nouveaux).

Le but de ces amendements est de garantir un suivi réel du rapport Jadot. Outre une enquête détaillée sur l'application uniforme de la législation, le rapport devra contenir une évaluation des distorsions injustifiées et faire des propositions visant à les éliminer. Les derniers rapports n'abordent pas cet aspect de la question.

Le ministre a comparé le texte de l'amendement avec celui de l'article 16, § 2, actuel et il a constaté que le texte de l'amendement était un peu plus précis. En fait, c'est une question de volonté politique. La question est de savoir si le rapport Jadot débouche effectivement sur une discussion sérieuse et si le gouvernement fédéral intervient au cas où il y aurait des plaintes légitimes concernant le manque d'uniformité de l'application de la loi et des pratiques non uniformes. Il s'agit là d'une question politique.

Le ministre dit être disposé à tout mettre en œuvre pour redresser les distorsions éventuelles, mais, pour la raison qui vient d'être indiquée, il estime peu judicieux d'insérer une disposition à ce sujet dans la loi.

Les amendements n°s 10, 11 et 12 sont rejetés par 9 voix contre 2 et 1 abstention.

Article 96

Mme van Kessel et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-229/2, amendement n° 13). L'auteur estime qu'il est de la plus haute importance que les données RCM et RFM puissent être communiquées également aux communautés. Elle souhaite que cela soit précisé dans la loi, même si le ministre a évoqué un protocole qui autoriserait la communication des RCM.

Le ministre signale que le transfert de données résultant de la mise en relation des résumés financiers minimum et des résumés cliniques minimum est précisément rendue possible par la loi-programme à l'examen. L'article 96 est donc très important. Il y a déjà un protocole en ce qui concerne le résumé clinique minimum. On devrait également conclure un protocole concernant l'échange des données résultant de la conjonction RCM-RFM. Le ministre est disposé à inscrire ce point à l'ordre du jour d'une prochaine conférence interministérielle. L'échange devra toutefois être réciproque, de sorte que l'autorité fédérale puisse également recevoir des données des communautés.

Artikelen 54bis, 54ter en 54quater

Mevrouw van Kessel c.s. dienen amendementen in (Stuk Senaat, nr. 2-229/2, amendementen nrs. 10, 11 en 12), die ertoe strekken in het ontwerp nieuwe artikelen 54bis tot 54quater in te voegen.

Deze amendementen strekken ertoe een daadwerkelijke opvolging te krijgen van het rapport-Jadot. Naast een omstandig onderzoek over de eenvormige toepassing van de wetgeving, moet het rapport eveneens een evaluatie omvatten van de ongerechtvaardigde verschillen en voorstellen tot wegwerking ervan. In de jongste rapporten ontbreekt dit laatste aspect.

De minister heeft de tekst van het amendement vergeleken met het huidige artikel 16, § 2, en vastgesteld dat de tekst van het amendement iets preciezer is. Eigenlijk is dit een probleem van politieke wil. De vraag is of het rapport-Jadot inderdaad aanleiding geeft tot een ernstige discussie en of de federale regering optreedt, indien er legitieme klachten zijn over de niet-uniforme toepassing en niet-uniforme praktijken. Dit is een politieke vraag.

Hoewel hijzelf alles in het werk wil stellen om eventuele scheefftrekkingen recht te zetten vindt hij het om bovenstaande reden weinig zinvol terzake een bepaling in de wet op te nemen.

Deze amendementen 10, 11 en 12 worden verworpen met 9 tegen 2 stemmen bij 1 onthouding.

Artikel 96

Mevrouw van Kessel c.s. dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-229/2, amendement nr. 13). De indienster is van oordeel dat het uitermate belangrijk is dat de gegevens MKG en MFG ook doorgegeven kunnen worden aan de gemeenschappen. Zij wenst dit verduidelijkt te zien in de wet zelf, ook al heeft de minister gesproken van een protocol dat het mogelijk zou maken de MKG's door te geven.

De minister merkt op dat de overdracht van gegevens die voortkomen uit de koppeling van de minimale financiële gegevens en de minimale klinische gegevens precies mogelijk gemaakt wordt door voorliggende programmawet. Artikel 96 is dus zeer belangrijk. Met betrekking tot de minimale klinische gegevens is er reeds een protocol. Er zou eveneens een protocol moeten worden gesloten met betrekking tot de uitwisseling van gegevens die voortkomen uit de koppeling van MKG aan MFG. De minister is bereid dit te agenderen op een eerstkomende interministeriële conferentie. De uitwisseling moet dan wel in twee richtingen werken, zodat de federale overheid ook gegevens van de gemeenschappen kan ontvangen.

L'amendement n° 13 est rejeté par 9 voix contre 2 et 1 abstention.

Le ministre souligne que le texte de l'article 96 a finalement été modifié par la commission des Affaires sociales de la Chambre des représentants (doc. Chambre, n° 0297/013). Il a été précisé que seules les données visées au deuxième alinéa, à savoir les données qui ne révèlent pas l'identité de personnes physiques, pourront être mises à la disposition de tiers.

Article 97

Mme van Kessel et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-229/2, amendement n° 14). L'auteur précise que son amendement fait suite à une discussion qui a été menée en commission des Affaires sociales de la Chambre, où on s'est inquiété du mécanisme automatique par lequel l'employeur perd immédiatement son immunité contre les actions en indemnisation lorsque l'inspection a émis un avertissement. Il importe que le juge ait également la possibilité de prendre position en la matière, en quelque sorte pour protéger l'employeur.

Le ministre reconnaît que ce problème a déjà été soulevé en commission des Affaires sociales de la Chambre. Le mécanisme proposé contient cependant suffisamment de garanties qui font que l'automatisme prévu par le projet ne s'enclenche pas sans raison valable. Il faut que l'employeur ait commis une erreur. Si l'amendement est adopté, on aura à faire à des retards considérables. De plus, il y a un précédent; ce même mécanisme existe déjà dans le secteur des maladies professionnelles.

L'amendement n° 14 est rejeté par 9 voix contre 2 et 1 abstention.

Article 107

Mme van Kessel et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-229/2, amendement n° 15), visant à supprimer cet article.

L'auteur de l'amendement renvoie à un entretien avec plusieurs présidents de CPAS, des mandataires locaux, qui sont très mécontents de cet article. En mai 1999, l'ancienne coalition gouvernementale avait promis d'augmenter les traitements des mandataires locaux, en partant du principe qu'il fallait les responsabiliser. On était aussi convenu que les pensions qui prendront cours à partir du 1^{er} janvier 2001 seraient calculées sur la base de nouvelles échelles barémiques, plus favorables. L'intervenante souhaiterait que cet accord soit respecté. Elle renvoie également aux observations du Conseil d'État, qui fait état d'une nouvelle discrimination (doc. Chambre, n° 297/001,

Het amendement nr. 13 wordt verworpen met 9 tegen 2 stemmen bij 1 onthouding.

De minister stipt aan dat de tekst van artikel 96 in laatste instantie werd gewijzigd door de commissie voor de Sociale Zaken van de Kamer van volksvertegenwoordigers (Stuk Kamer, nr. 0297/013). Er werd verduidelijkt dat enkel de gegevens als bedoeld in het tweede lid, namelijk de gegevens waarbij men geen natuurlijke personen bekendmaakt, kunnen worden ter beschikking gesteld van derden.

Artikel 97

Mevrouw van Kessel c.s. dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-229/2, amendement nr. 14). De indienster verduidelijkt dat dit amendement is ingegeven naar aanleiding van een discussie gevoerd in de commissie voor de Sociale Zaken in de Kamer, waar men zich zorgen maakte over het automatisme waarbij de immunititeit van de werkgever inzake de aanspraken tot schadeloosstelling onmiddellijk wordt opgeheven wanneer er door de inspectie een waarschuwing is gegeven. Het is aangewezen dat ook de rechter in dat verband een standpunt moet kunnen innemen, enigszins ter beveiliging van de werkgever.

De minister beaamt dat dit probleem ook reeds in de commissie voor de Sociale Zaken van de Kamer werd opgeworpen. Er zijn echter voldoende garanties ingebouwd in het voorgestelde mechanisme, zodanig dat men niet lichtzinnig omspringt met het ingevoerde automatisme. De werkgever moet een fout hebben begaan. Als het amendement wordt aanvaardt, zal men te kampen hebben met aanzienlijke vertragen. Bovendien is er een precedent; dit mechanisme bestaat immers reeds in de sector van de beroepszaken.

Het amendement nr. 14 wordt verworpen met 9 tegen 2 stemmen bij 1 onthouding.

Artikel 107

Mevrouw van Kessel c.s. dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-229/2, amendement nr. 15), dat ertoe strekt het artikel te doen vervallen.

De indienster verwijst naar een onderhoud met enkele OCMW-voorzitters, lokale mandatarissen, die zeer misnoegd zijn over dit artikel. Door de vorige regeringscoalitie werd in mei 1999 een verhoging van de weddenschalen van de lokale mandatarissen toegezegd, vanuit de redenering van de responsabilisering van de lokale mandatarissen. Er werd ook afgesproken dat de pensioenen die ingaan vanaf 1 januari 2001 zouden berekend worden op basis van de nieuwe, gunstiger weddenschalen. Spreekster wenst deze afspraak behouden te zien. Tevens verwijst zij naar de opmerkingen van de Raad van State, die op een nieuwe discriminatie wijzen (Stuk Kamer, nr. 0297/

p. 148, art. 104). Le système de la péréquation risque de s'effriter.

Le ministre comprend le mécontentement d'un certain nombre de mandataires locaux. Il n'est pas indécent de vouloir défendre son intérêt personnel. La loi du 4 mai 1999 vise à revaloriser le mandant des élus locaux et à réévaluer les traitements à partir du 1^{er} janvier 2001. Grâce au système de la péréquation, les pensions s'en trouvent également majorées. La loi était toutefois formulée de telle façon qu'une personne qui avait reporté la date à laquelle elle prenait sa retraite bénéficiait également de la réévaluation, même si sa pension ne prenait cours qu'après le 1^{er} janvier 2001. Cela créerait une discrimination par rapport à une personne ayant la même activité politique mais qui n'aurait pas reporté la date de sa mise à la retraite. De plus, le texte était imprécis. L'article 107 sert à clarifier les choses et à réaliser l'égalité la plus pertinente. En outre, il n'y a aucune obligation d'appliquer le principe de péréquation valable pour les fonctionnaires de façon identique aux mandataires locaux.

Un membre renvoie aux pensions des ouvriers mineurs.

L'amendement n° 15 est rejeté par 9 voix contre 2 et 1 abstention.

Article 129bis

Mme van Kessel et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-229/2, amendement n° 16), visant à insérer un article 129bis concernant le retard du paiement, par des personnes de droit public, des cotisations de sécurité sociale.

Le ministre renvoie à plusieurs observations qui ont été faites précédemment à cet égard et estime l'amendement superflu.

L'amendement est rejeté par 9 voix contre 1 et 1 abstention.

Article 137bis

Mme van Kessel et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 229/2, amendement n° 17), visant à insérer un article 137bis concernant une répartition aussi objective que possible des moyens du Fonds des équipements et services collectifs, plus particulièrement en ce qui concerne l'accueil des enfants.

Le ministre pense qu'il n'est pas souhaitable de prévoir pareille clef de répartition dans une loi. On constate d'ailleurs que de nouveaux projets sont développés en Flandre, ce qui redressera automatiquement la situation.

L'amendement est rejeté par 9 voix contre 1 et 1 abstention.

001, blz. 148, artikel 104). Het systeem van de perequatie wordt hier afgebrokkeld.

De minister begrijpt de misnoegdheid van een aantal lokale mandatarissen. De verdediging van het eigenbelang is niet oneerbaar. De wet van 4 mei 1999 wenst het mandaat van de lokale verkozenen te revaloriseren en herwaardeert de wedden vanaf 1 januari 2001. Door het systeem van de perequatie leidt dit ook tot een verbetering van de pensioenen. De wet was echter dusdanig gelibelleerd dat iemand die zijn pensioen uitgesteld had ook zou genieten van de herwaardering, indien dat pensioen pas zou ingaan na 1 januari 2001. Dit zou discriminerend zijn ten opzichte van een persoon met dezelfde politieke activiteit, die zijn pensioen echter niet had uitgesteld. Bovendien was de tekst onduidelijk. Om duidelijkheid te scheppen en de meest relevante vorm van gelijkheid na te streven, moet artikel 107 worden ingevoerd. Tevens is men helemaal niet verplicht om op identieke wijze het perequatieprincipe van de ambtenaren te hanteren ten aanzien van lokale mandatarissen.

Een lid verwijst naar de mijnwerkerspensioenen.

Het amendement nr. 15 wordt verworpen met 9 tegen 2 stemmen bij 1 onthouding.

Artikel 129bis

Mevrouw van Kessel c.s. dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-229/2, amendement nr. 16), dat ertoe strekt een artikel 129bis in te voegen, en betreft de achterstand bij de betaling van sociale zekerheidsbijdragen door publiekrechtelijke rechtspersonen.

De minister verwijst naar eerdere opmerkingen in dat verband en acht het amendement overbodig.

Het amendement wordt verworpen met 9 stemmen tegen 1 stem bij 1 onthouding.

Artikel 137bis

Mevrouw van Kessel c.s. dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-229/2, amendement nr. 17), dat ertoe strekt een artikel 137bis in te voegen met betrekking tot een zo objectief mogelijke verdeling van de middelen van het Fonds voor collectieve uitrustingen en diensten, meer bepaald naar kinderopvang toe.

De minister acht het niet wenselijk dat bij wet een dergelijke verdeelsleutel wordt opgelegd. Overigens stelt men vast dat zich in Vlaanderen nieuwe projecten ontwikkelen wat automatisch tot een verdere rechtzetting van de situatie zal leiden.

Het amendement wordt verworpen met 9 stemmen tegen 1 stem bij 1 onthouding.

**PARTIE II. —
INTÉGRATION SOCIALE ET ÉCONO-
MIE SOCIALE
(articles 116 à 125)**

**I. EXPOSÉ DU VICE-PREMIER MINISTRE ET
MINISTRE DU BUDGET ET DE L'INTÉGRA-
TION SOCIALE**

Le ministre donne un aperçu schématique des mesures qu'il propose pour pallier les lacunes dans certaines dispositions ayant trait à l'aide sociale et plus particulièrement à l'intégration de personnes sans ressources dans le circuit du travail et à l'introduction d'un système généralisé d'hébergement des demandeurs d'asile durant la première période de leur présence sur le territoire à charge des pouvoirs publics ou leurs mandataires.

**II. DISCUSSION DES ARTICLES ET VOTE SUR
LES AMENDEMENTS**

Article 116

Le ministre fait remarquer qu'il s'agit de mettre en vigueur dès le 1^{er} janvier 2001 des dispositions introduisant la nouvelle catégorie 5 dans le régime de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées. Cette mesure était prévue pour le 1^{er} juillet 2000, mais pour des raisons de mise en œuvre des procédures informatiques, il est plus opportun d'instaurer le système à une date postérieure à celle prévue initialement par la loi du 25 janvier 1999 portant des dispositions sociales.

Article 117

Le ministre indique que cet article, comme les articles 120 et 124, a comme objectif d'élargir le terrain d'application de l'article 60, § 7, de la loi organique des CPAS.

Il s'agit en l'occurrence de permettre aux allocataires du minimum de moyens d'existence d'obtenir l'équivalent de ce minimex et d'acquérir une expérience professionnelle, et ce jusqu'à la fin du contrat, qui peut dépasser le délai d'attente pour pouvoir accéder à certaines allocations sociales.

Cet article 60 sera désormais aussi applicable à certains projets à temps partiel ou de courte durée.

L'accent est donc mis sur l'insertion dans le circuit du travail.

Un membre constate que selon le texte proposé, le Roi fixe la subvention en cas d'occupation à temps

**DEEL II. —
MAATSCHAPPELIJKE INTEGRATIE EN
SOCIALE ECONOMIE
(artikelen 116 tot 125)**

**I. UITEENZETTING VAN DE VICE-EERSTE
MINISTER EN MINISTER VAN BEGROTING
EN MAATSCHAPPELIJKE INTEGRATIE**

De minister geeft een schematisch overzicht van de maatregelen die hij voorstelt om de leemten aan te vullen in sommige bepalingen die verband houden met de maatschappelijke bijstand en vooral met de inschakeling van mensen zonder inkomsten in het arbeidscircuit en met de invoering van een algemene regeling voor de huisvesting van asielzoekers gedurende de eerste periode van hun aanwezigheid op Belgisch grondgebied ten laste van de openbare besturen of hun gemachtigden.

**II. BESPREKING VAN DE ARTIKELEN EN
STEMMING OVER DE AMENDEMENTEN**

Artikel 116

De minister merkt op dat het gaat om de inwerkingtreding op 1 januari 2001 van de bepalingen die een nieuwe categorie 5 invoeren in het stelsel van tegemoetkomingen voor hulp aan bejaarden. Die maatregel was gepland voor 1 juli 2000 maar wegens de toepassing van de informaticaprocedures is het beter de regeling in te voeren op een later tijdstip dan oorspronkelijk in de wet van 25 januari 1999 houdende sociale bepalingen was bepaald.

Artikel 117

De minister merkt op dat dit artikel, zoals de artikelen 120 en 124, tot doel heeft de toepassing van artikel 60, § 7, van de wet tot regeling van de OCMW's te verruimen.

Het gaat er in dit geval om de bestaansminimum-trekkers in staat te stellen een sociale uitkering te genieten waarvan het bedrag ten minste gelijk is aan dat van het bestaansminimum en een werkervaring op te doen, en dit tot aan het einde van de arbeidsovereenkomst. Die termijn kan de wachttijd overschrijden om in aanmerking te komen voor bepaalde sociale uitkeringen.

Dit artikel 60 zal voortaan ook van toepassing zijn op bepaalde deeltijdse of kortlopende projecten.

De klemtoon wordt dus gelegd op de inschakeling in het arbeidscircuit.

Een lid stelt vast dat volgens de voorgestelde tekst de Koning de hoogte van de toelage bepaalt bij een

plein. Sera-ce une subvention forfaitaire ou proportionnelle ?

Le ministre répond qu'il s'agira d'un subside proportionnel au temps de travail presté.

Un autre membre demande à quoi correspond 100% de subvention.

Le ministre indique qu'il s'agit du montant du minimex.

Article 118

Le ministre déclare que cet article vise à garantir que l'aide sera effectivement fournie par les CPAS ou par l'institution qui est prévue dans le plan de répartition, et qu'elle le sera en nature.

Une membre émet des objections à l'encontre de cette réforme parce qu'elle pense que beaucoup de CPAS ne pourront pas s'y conformer.

Les contacts qu'elle a eus avec des présidents de CPAS lui ont appris qu'il y avait beaucoup de réticence vis-à-vis de l'aide en nature, surtout dans les petites communes, et principalement en matière d'hébergement. Dans beaucoup de communes, il n'y a tout simplement pas de logements disponibles.

Il y a en outre la question de l'ignorance de la langue, qui crée surtout des problèmes dans les écoles. Une visite qu'elle a faite au cours de la législature précédente dans une école de Kapellen que fréquentaient des enfants étrangers venant du centre ouvert là-bas, lui a certes permis de constater que l'on y travaillait avec beaucoup de bonne volonté et que l'on obtenait de bons résultats. Le système fonctionnait, mais uniquement en raison des efforts considérables consentis par les enseignants.

Elle se demande si les CPAS sont suffisamment armés pour résoudre ces problèmes et s'ils pourront y arriver avec une contribution de 1 100 francs par personne et par jour.

Le ministre est convaincu que le régime fonctionnera et il assure le membre que les informations nécessaires seront fournies à tous les services concernés. Dès à présent, des lettres ont été envoyées pour informer tous les intéressés de la manière dont il conçoit cette nouvelle forme d'aide.

Par ailleurs, dès janvier 2000, des exposés seront donnés dans les provinces à l'occasion de journées d'étude organisées sous les auspices des gouverneurs. Y seront invités les fonctionnaires de toutes les instances concernées (tant fédérales que locales), les bourgmestres et les présidents de CPAS.

L'opération est calquée sur le modèle des centres de la Croix-Rouge.

niet voltijdse tewerkstelling. Gaat het om een vaste of om een evenredige toelage ?

De minister antwoordt dat het om een toelage gaat die in verhouding staat tot de gepresteerde arbeidstijd.

Een ander lid vraagt met wat 100% van de toelage overeenstemt.

De minister merkt op dat het om het bedrag van het bestaansminimum gaat.

Artikel 118

De minister verklaart dat dit bedoeld is om de hulp daadwerkelijk te laten presteren door het OCMW of de instelling die door het spreidingsplan is voorzien, en wel onder de vorm van hulp in natura.

Een lid oppert bezwaren tegen deze hervorming, omdat ze denkt dat vele OCMW's dit niet aankunnen.

Uit haar contacten met OCMW-voorzitters kon ze opmaken dat er veel terughoudendheid is tegen hulp in natura, vooral in kleine gemeenten, en voornamelijk op het vlak van de huisvesting. In vele gemeenten zijn er gewoonweg geen woningen beschikbaar.

Daarnaast is er de kwestie van de taalvreemdheid die vooral problemen schept in de scholen. Weliswaar kon zij tijdens een bezoek dat ze vorige legislatuur in Kapellen bracht aan een school met vreemde kinderen uit het centrum aldaar, vaststellen dat er met veel goede wil werd gewerkt met goed resultaat. Het systeem werkte, maar slechts mits zeer grote inspanningen van de leerkrachten.

Ze vraagt zich af of de OCMW's voldoende gewaagd zijn voor het oplossen van deze problemen, en of ze met een toelage van 1 100 frank per persoon per dag zullen rondkomen.

De minister is ervan overtuigd dat de regeling werkt en verzekert het lid dat aan alle betrokken diensten de nodige informatie zal worden verstrekt. Nu reeds zijn er brieven vertrokken om alle betrokkenen op de hoogte te stellen van zijn inzichten over deze nieuwe vorm van hulpverlening.

Bovendien zullen vanaf januari 2000 per provincie uiteenzettingen worden gegeven tijdens studiedagen ingericht onder de auspiciën van de gouverneurs. Daarop worden de ambtenaren van alle betrokken instellingen (federaal en lokaal), de burgemeesters en de OCMW-voorzitters uitgenodigd.

Het model van de operatie is dit van de Rode Kruiscentra.

Le CPAS doit pouvoir organiser des centres similaires, comme le fait la Croix-Rouge.

Et tout comme pour les centres de la Croix-Rouge, une subvention des 100 francs par jour et par personne doit suffire pour les centres des CPAS.

Le but est donc d'aider les communes et les CPAS à franchir le pas en les accompagnant et en les informant au mieux.

Un autre membre demande comment le ministre déterminera si un CPAS renvoie ou non indûment les étrangers à d'autres communes.

Le ministre est convaincu qu'un tel contrôle est possible. Il a déjà connaissance de toute une série de CPAS aiguillant systématiquement les réfugiés ailleurs.

Il n'a pas l'intention d'organiser une chasse aux sorcières contre les CPAS, mais bien d'infliger des sanctions s'il constate une mauvaise volonté manifeste.

Un précédent intervenant se demande si la désignation des CPAS qui doivent organiser des centres, ne fera pas d'une façon trop arbitraire.

Le ministre fait observer que selon l'esprit de cet article, qui ne fait que traduire en un texte légal une situation qui existe déjà, les demandeurs d'asile bénéficient à un premier échelon des soins octroyés par la Croix-Rouge dans un de ses centres.

Si ces centres ne suffisent pas, il leur est désigné un CPAS, qui essaye de les installer de façon équivalente.

Dans une troisième phase, ils ont droit à l'accueil financier de la part du CPAS, et doivent s'installer de leur façon.

C'est cette dernière étape que l'on veut éviter, tandis que la deuxième va être continuée. Si besoin est, le CPAS pourra faire appel à la sous-traitance pour l'hébergement. Il pourra ainsi libérer un certain nombre d'assistants sociaux au profit d'autres tâches.

Il insiste très fortement sur le fait que toute cette conversion des modalités d'aide par les CPAS se passera de façon contractuelle, sur une base tout à fait volontaire.

L'intervenante suivante demande si le texte implique que le CPAS devra s'entendre avec la Croix-Rouge pour fournir l'aide en nature.

Le ministre affirme que cette coopération est facultative. Par exemple, le CPAS de Roulers a passé des accords avec la Croix-Rouge en vue de mettre 40 places à disposition dans l'une de ses maisons.

L'intervenante juge la technique de la sous-traitance plausible, mais elle s'interroge sur sa faisabilité.

Het OCMW moet gelijkaardige centra ook kunnen opzetten, net als het Rode Kruis.

En net als voor de Rode Kruis-centra moet de subsidie van 1 100 frank per dag per persoon volstaan voor de OCMW-centra.

De bedoeling is dus om de gemeenten en OCMW's over de drempel heen te helpen dankzij een zo goed mogelijke begeleiding en informatie.

Een ander lid vraagt hoe de minister gaat uitmaken welk OCMW al dan niet onverantwoord de vreemdelingen doorstuurt naar andere gemeenten.

De minister is ervan overtuigd dat dit mogelijk is. Zo heeft hij al kennis van een reeks OCMW's die systematisch vluchtelingen doorsturen.

Hij wil geen heksenjacht organiseren tegen de OCMW's, maar wel sancties treffen als er duidelijk onwil wordt vastgesteld.

Een vorige spreker vraagt zich af of de OCMW's die centra moeten organiseren, niet op al te willekeurige wijze aangewezen zullen worden.

De minister wijst erop dat volgens de geest van dit artikel, dat uiteindelijk niet meer is dan een weergave van een reeds bestaande situatie, de asielzoekers op een eerste echelon de zorg genieten die het Rode Kruis hun in een van zijn centra verstrekt.

Indien deze centra niet volstaan, wordt hun een OCMW toegewezen dat hen op gelijkwaardige wijze tracht te huisvesten.

In een derde fase hebben ze recht op financiële hulp van het OCMW en moeten ze zelf huisvesting zoeken.

Deze laatste fase wil men vermijden, terwijl de tweede fase voortgezet zal worden. Indien nodig, kan het OCMW de huisvesting onderaanbesteden. Het kan zo een aantal sociaal assistenten vrijmaken voor andere taken.

Hij legt er sterk de nadruk op dat deze hulpverlening door de OCMW's contractueel georganiseerd zal worden, op volstrekt vrijwillige basis.

De volgende spreekster vraagt of de tekst impliceert dat het OCMW zal moeten afspreken met het Rode Kruis om de hulp in natura te verschaffen.

De minister beweert dat deze samenwerking facultatief is en niet verplicht. Zo heeft het OCMW van Roeselare afspraken gemaakt met het Rode Kruis om 40 plaatsen ter beschikking te stellen in één van haar huizen.

De spreekster vindt de techniek van de onderaanneming plausibel, maar twijfelt aan de haalbaarheid ervan.

Elle renvoie à la situation qui se pose dans des villes comme Lier, où il n'y a pas de logements disponibles. Même pour les sociétés de logement social, il y a déjà de longues listes d'attente. Le logement va poser un grave problème.

Le ministre ne le nie pas, mais il affirme que le logement est un problème général dans un pays comme la Belgique et qu'il n'est pas lié uniquement à l'installation des demandeurs d'asile.

Il faut également admettre que, dans ce domaine, on a réalisé des performances importantes dans le passé.

En dépit de la croissance rapide du nombre de demandeurs d'asile, on est parvenu à trouver un logement dans des centres ouverts pour 4 500 d'entre eux.

L'intervenante signale qu'il y a des fluctuations importantes dans l'afflux des demandeurs d'asile et que certains centres risquent de ne pas être rentables du fait d'une occupation insuffisante.

Le ministre doute qu'il y ait encore une sous-occupation.

Il reconnaît que l'accueil nécessaire est par définition difficile à fournir. C'est pourquoi l'on propose une combinaison des deux systèmes, à savoir les centres de la Croix-Rouge et ceux des CPAS.

La capacité a été doublée à court terme et le nouveau système permettra de l'accroître encore.

Article 119

Le ministre signale que cet article règle l'entrée en vigueur du nouveau système de l'article 118.

Article 120

Le ministre explique que cet article s'inscrit dans la ligne de l'article 117. Il précise les formes possibles d'occupation dans le régime de l'article 60, § 7, de la loi organique des CPAS, notamment l'occupation dans les institutions publiques ou para-publiques (par exemple les hôpitaux au chapitre XII de la loi précitée), toutes ces institutions appartenant au secteur socio-culturel.

Un membre fait observer qu'à en croire le ministre, l'on va bientôt pouvoir trouver un emploi à tout le monde.

Le ministre indique que l'on ne peut certes pas mettre tout le monde au travail. Il ne faut par contre pas minimaliser cet effort: il y a actuellement 4 000 bénéficiaires de contrats sous l'article 60, § 7, de la loi sur les CPAS. Le but est d'augmenter ce chiffre jusqu'à atteindre 10 000 personnes.

Ze verwijst naar de toestand in een stad als Lier, waar geen woningen vrijstaan. Zelfs voor de sociale huisvestingsmaatschappijen zijn er lange wachtlijsten. De huisvesting zal een zwaar probleem stellen.

De minister ontkent dit niet, maar stelt dat de huisvesting in een land als België nu eenmaal een algemeen probleem is, dat niet enkel gebonden is aan het installeren van asielzoekers.

Men moet overigens toegeven dat op dit vlak in het verleden belangrijke prestaties zijn geleverd.

Ondanks de snelle groei van het aantal asielzoekers is men erin geslaagd 4 500 van hen een onderkomen te bezorgen in open centra.

De spreekster vestigt er de aandacht op dat er in de toevloed van asielzoekers een grote schommeling is en dat sommige centra riskeren onrendabel te zijn wegens onderbezetting.

De minister betwist dat er nog onderbezetting zou zijn.

Hij geeft toe dat de benodigde opvang per definitie moeilijk te voorzien is. Daarom ook de combinatie van twee systemen, namelijk de centra van het Rode Kruis en deze van de OCMW's.

De capaciteit is op korte tijd verdubbeld en zal dankzij het nieuwe systeem nog groeien.

Artikel 119

De minister geeft aan dat dit artikel de inwerking-treding van het nieuwe systeem van artikel 118 regelt.

Artikel 120

De minister verklaart dat dit artikel in de lijn ligt van artikel 117. Het regelt nader de mogelijke vormen van tewerkstelling onder het regime van artikel 60, § 7, van de OCMW-wet, onder andere de tewerkstelling in de publieke of para-publieke instellingen (zoals hospitalen onder hoofdstuk XII van de OCMW-wet), alle in de socio-culturele sector.

Als men de minister mag geloven, zal men volgens het lid binnenkort een baan kunnen vinden voor iedereen.

De minister merkt op dat men weliswaar niet iedereen aan het werk kan zetten. Toch mag men deze inspanning niet minimaliseren: er zijn thans 4 000 wernemers die verbonden zijn door een contract als bedoeld in artikel 60, § 7, van de OCMW-wet. Het is de bedoeling dit cijfer op te trekken tot 10 000 personen.

Par ailleurs, il ne faut pas perdre de vue que le but premier ne sera plus de remplir une période d'attente, mais principalement de fournir à l'intéressé une expérience de travail.

Cette opération cadre parfaitement avec le programme européen pour l'emploi.

Le but est dorénavant de sortir des gens de la voie sans issue du minimex.

Le préopinant demande au ministre s'il a déjà procédé à une évaluation des mesures en cours, avant d'en introduire d'autres.

Si la balance entre les bénéficiaires de l'article 60 et ceux qui en retirent un emploi subséquent, est négative, il ne faut pas donner l'impression qu'on résout le chômage. Ceci est dû entre autres au fait que ces initiatives ne procurent que très peu de formation.

Le ministre indique que la proportion a été établie, et que celle-ci démontre que l'on obtient actuellement un taux de mise au travail subséquent de 30 %, sans accompagnement.

Il mise toutefois sur un taux de 45 % avec les nouvelles mesures, qui prévoient une valorisation de la formation.

Schématiquement parlant, il explique qu'auparavant l'on ne pouvait pas apporter son minimex au privé, mais uniquement la prime de formation, tandis que maintenant le privé recevra le minimex entier. Il faut qu'en compensation, le privé offre une certaine formation.

Il faut se rendre compte que ceci est un pas en avant pour le minimexé. La seule difficulté consistera à convaincre le privé sous ces conditions. En fait, il s'agit d'une porte ouverte, qui permet un meilleur avenir pour les démunis.

Article 121

Cet article règle, selon le ministre, le détachement au privé, en solutionnant les problèmes de droit social.

Il ne s'agit ici que du règlement formel d'une pratique qui existe déjà dans les faits.

Article 122

Le ministre explique que cet article prévoit des sanctions pour les CPAS des communes qui incitent systématiquement des candidats réfugiés à quitter le territoire de ces communes et à aller s'installer ailleurs, alors qu'ils ont été désignés par le plan de répartition pour les accueillir.

Men mag overigens niet uit het oog verliezen dat het hoofddoel niet is een wachtperiode te vervullen maar wel de betrokkene een werkervaring te verschaffen.

Deze operatie past volledig in het Europees werkgelegenheidsprogramma.

Voortaan komt er erop aan mensen uit de uitzichtloze toestand van het bestaansminimum te halen.

De vorige spreker vraagt de minister of hij de lopende maatregelen reeds aan een evaluatie heeft onderworpen, vooraleer hij er nieuwe uitvaardigt.

Indien de balans tussen de gerechtigden van artikel 60 en degenen die er nadien een baan aan overhouden, negatief is, moet men niet de indruk wekken dat men de werkloosheid oplost. Dat is onder meer te wijten aan het feit dat deze initiatieven slechts zeer weinig opleiding verschaffen.

De minister merkt op dat de verhouding vastgesteld is: hieruit blijkt dat op dit ogenblik de tewerkstelling achteraf 30 % bedraagt, zonder begeleiding.

Hij mikt met de nieuwe maatregelen, die de opleiding willen laten renderen, echter op een percentage van 45 %.

Schematisch voorgesteld kon men vroeger het bestaansminimum niet meenemen naar de privé-sector, alleen de opleidingspremie. Nu zal de privé-sector echter het volledige bestaansminimum krijgen. In ruil daarvoor moet de privé-sector voor enige opleiding zorgen.

Men moet er zich van bewust zijn dat dit een stap vooruit is voor het bestaansminimum. De enige moeilijkheid is dat het bedrijfsleven overtuigd moet worden van deze voorwaarden. In feite staat een deur open, hetgeen de armsten een betere toekomst kan bieden.

Artikel 121

Dit artikel regelt volgens de minister de detachering naar de privé-sector en lost de sociaalrechtelijke problemen op.

Het gaat hier slechts om een formele regeling van een praktijk die reeds toegepast wordt.

Artikel 122

De minister verklaart dat dit artikel voorziet in sancties voor OCMW's van gemeenten die systematisch kandidaat-vluchtelingen aanzetten om het grondgebied van deze gemeente te verlaten en zich elders te gaan vestigen, hoewel ze door het spreidingsplan aangewezen zijn om ze op te vangen.

M. Thissen dépose 4 amendements (doc. Sénat, n° 2-229/2, amendements n°s 1 à 4) tendant à améliorer le texte de cet article. La critique de l'auteur porte sur l'arbitraire de l'État dans le choix du CPAS sanctionné, l'amalgame opéré entre les CPAS et leurs agents, même si ceux-ci agissent en dehors du cadre de leur mission, l'amalgame entre communes et CPAS, alors qu'il s'agit d'institutions distinctes et enfin la libellé imprécis (« d'une autre manière ») des faits pouvant donner lieu à sanction.

Le ministre dit connaître ces critiques, qui émanent de fait de l'UVCB. Il est d'avis qu'il doit maintenir sa vision. En fait, les critiques de l'UVCB ne portent pas sur le fond, mais uniquement sur la formulation. Le ministre s'est laissé inspirer, lors de la rédaction du projet, de textes et de notions existants, afin de ne pas créer des problèmes d'interprétation en insérant des notions inconnues.

L'auteur admet qu'on puisse diverger d'opinion sur une formulation, mais prétend qu'il faut admettre que des textes soient évolutifs.

Le ministre doit, selon lui, en tout état de cause préciser la portée de son texte.

Le ministre prétend que son exposé et ses explications faits à la Chambre des représentants ont abordé ces questions à suffisance et qu'il n'a rien à y ajouter.

Un membre dit avoir des problèmes avec le principe de l'aide en nature sans exception.

Il ne faut pas sous-estimer l'aspect culturel attaché au respect des valeurs de la famille chez les étrangers. Le fait pour eux de pouvoir consacrer ne fût-ce qu'une infime partie de l'argent auquel ils ont droit en Belgique, en tant que soutien à ceux qui sont restés au pays d'origine, valorise ce sentiment d'appartenance et de solidarité.

Il insiste pour qu'on tienne compte de cet élément culturel. En enlevant cette possibilité aux demandeurs d'asile, l'on encourage en fait le travail au noir.

Le ministre souligne que cette proposition ne règle que les premiers mois de séjour. Il ne faut donc pas surestimer l'incidence de cette mesure sur divers phénomènes, comme la solidarité familiale.

Une fois que la demande d'asile a été déclarée recevable, les demandeurs se retrouvent dans le système du minimum de moyens d'existence. Ils peuvent alors disposer librement de leur argent.

L'objectif de cette mesure est triple :

a) prévoir un accueil convenable lors de l'arrivée;

De heer Thissen dient 4 amendementen in (Stuk Senaat, nr. 2-229/2, amendementen nrs. 1 tot 4) die ertoe strekken de tekst van dit artikel te verbeteren. De indiener bekritiseert de enorme vrijheid die de Staat heeft bij het bestraffen van de OCMW's, het gebrek aan onderscheid tussen de OCMW's en hun personeel, zelfs als die laatsten hun bevoegdheden te buiten gaan, het gebrek aan onderscheid tussen de gemeenten en de OCMW's, die toch afzonderlijke instellingen zijn, en ten slotte de onduidelijke opsomming (« of anderszins ») van de feiten die tot een sanctie kunnen leiden.

De minister kent deze punten van kritiek, die eigenlijk van de Belgische Vereniging van Steden en Gemeenten komen. Hij blijft echter bij zijn standpunt. De kritiek van de BVVG betreft immers niet de inhoud, maar de formulering van dit artikel. Bij het opstellen van dit ontwerp heeft de minister zich laten inspireren door bestaande teksten en concepten, omdat de invoering van nieuwe concepten interpretatieproblemen kan veroorzaken.

De indiener geeft toe dat men het oneens kan zijn over een formulering, maar meent dat men toch moet toegeven dat teksten niet statisch zijn.

Volgens hem moet de minister de reikwijdte van zijn tekst hoe dan ook verduidelijken.

De minister meent dat zijn toelichting en zijn verklaringen in de Kamer van volksvertegenwoordigers deze kwesties voldoende hebben uitgeklaard en dat daar niets meer aan toe te voegen is.

Een lid heeft vragen bij het principe van de steun in natura, waarop blijkbaar geen uitzonderingen worden gemaakt.

Men mag het belang dat in vreemde culturen wordt gehecht aan de familiewaarden niet onderschatten. Vreemdelingen beschouwen het sturen van zelfs een klein deel van het geld waarop ze in België recht hebben naar diegenen die thuis zijn achtergebleven, als een uiting van hun gevoel van samenhang en solidariteit.

Het lid dringt erop aan dat men met dit cultureel gegeven rekening houdt. Als men asielzoekers deze mogelijkheid afneemt, zet men ze in feite aan tot zwartwerk.

De minister legt er de nadruk op dat dit voorstel enkel de eerste maanden van verblijf regelt. Men mag dus de impact niet overschatten die deze maatregel heeft op allerlei fenomenen, zoals de familiale solidariteit.

Eens de asielaanvraag ontvankelijk verklaard, vallen de aanvragers terug in het systeem van het bestaansminimum. Ze kunnen dan vrij over hun geld beschikken.

De bedoeling van deze maatregel is drievoudig :

a) een degelijke opvang voorzien bij de aankomst;

b) éviter que des rabatteurs et des rapaces ne fassent des profits exagérés au détriment des réfugiés en leur extorquant des loyers trop élevés;

c) leur laisser le temps de chercher un logement à leur aise, au départ d'un centre, aidés en cela par des personnes compétentes qui connaissent le marché.

Cela fait déjà quatre ans qu'ils sont accueillis dans des centres fédéraux. S'y ajoutent à présent les centres des CPAS.

Cela doit être considéré comme un accueil de première ligne formant un tout.

Le système demeure inchangé, mais il sera plus décentralisé.

L'intervenant demande si le CPAS peut encore intervenir dans ce système pour payer la garantie locative.

Le ministre répond que la nécessité de payer une garantie locative n'intervient pas à ce stade. Ce n'est le cas que si la recevabilité de la demande d'asile est acquise.

Les amendements n^{os} 1 à 4 sont rejetés par 9 voix contre 3.

Article 123

Le ministre explique que cet article règle l'application du principe contenu à l'article 22.

Article 124

Le ministre explique que cet article adapte la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours à l'article 60, § 7, modifié, de la loi sur les CPAS.

Article 125

D'après le ministre, cet article a pour objectif de permettre la création d'une «Commission consultative fédérale de l'aide sociale».

En créant cette commission, on vise à combler le vide qui existait dans le domaine des organes consultatifs.

Après la communautarisation des CPAS, on a institué, dans les deux communautés, des conseils consultatifs chargés d'informer le ministre des points de vue des institutions, des associations, etc., concernées par les problèmes liés aux compétences des CPAS.

Les pouvoirs publics fédéraux sont toutefois restés compétents pour certaines matières résiduelles, comme le secteur des soins prodigués aux réfugiés. On

b) vermijden dat ronselaars en huisjesmelkers overdreven winst maken op de rug van de vluchtelingen door veel te hoge huurprijzen af te persen;

c) hun de tijd gunnen vanuit een centrum rustig uit te kijken naar een huurwoning, daarbij geholpen door competente mensen die de markt kennen.

Vier jaar lang worden ze nu al opgevangen in federale centra. Nu komen daar nog de OCMW-centra bij.

Men moet dit zien als één geheel van eerstelijnsopvang.

Het systeem blijft ongewijzigd, maar zal meer gedecentraliseerd werken.

De spreker vraagt of het OCMW in dit systeem nog kan tussenkomen voor het betalen van de huurwaarborg.

De minister antwoordt dat de nood aan het betalen van een huurwaarborg zich in dit stadium niet voor doet. Dat is pas het geval als de ontvankelijkheid van de asielaanvraag is verworven.

De amendementen nrs. 1 tot en met 4 worden verworpen met 9 tegen 3 stemmen.

Artikel 123

De minister verklaart dat dit artikel de toepassing regelt van het principe vervat in artikel 122.

Artikel 124

De minister verklaart dat dit artikel de wet van 2 april 1965 op de tenlasteneming van hulp aanpast aan het gewijzigde artikel 60, § 7, van de OCMW-wet.

Artikel 125

Dit artikel is volgens de minister bedoeld om de oprichting mogelijk te maken van een «Federale adviescommissie maatschappelijk welzijn».

Deze commissie is bedoeld om een leemte op te vullen in het landschap van de adviesorganen.

Na de communautarisering van de OCMW's werden in beide gemeenschappen adviesraden opgericht om de minister in te lichten over de standpunten van de bij de OCMW-problematiek betrokken instellingen, verenigingen, enz.

Er is echter een restmaterie waarvoor de federale overheid bevoegd bleef, zoals de zorg voor vluchtelingen. Om de federale minister die hiervoor bevoegd is,

crée maintenant ladite commission consultative fédérale pour permettre au ministre fédéral compétent en la matière de disposer également d'un groupe de personnes à consulter.

**PARTIE III. —
VOTE SUR L'ENSEMBLE**

L'ensemble du projet de loi a été adopté par 9 voix contre 1 et 1 abstention.

Le présent rapport a été approuvé à l'unanimité des 10 membres présents.

La rapporteuse,

Ingrid van KESSEL.

Le président,

Theo KELCHTERMANS.

eveneens een forum ter beschikking te stellen, wordt nu deze federale adviescommissie opgericht.

**DEEL III. —
STEMMING OVER HET GEHEEL**

Het wetsontwerp in zijn geheel wordt aangenomen met 9 stemmen tegen 1 stem bij 1 onthouding.

Dit verslag werd goedgekeurd bij eenparigheid van de 10 aanwezige leden.

De rapporteur,

Ingrid van KESSEL.

De voorzitter,

Theo KELCHTERMANS.