

**BELGISCHE SENAAAT**


---

**ZITTING 2001-2002**


---

15 JULI 2002

---

**Wetsontwerp houdende maatregelen  
inzake gezondheidszorg**


---

*Evocatieprocedure***VERSLAG**

NAMENS DE COMMISSIE VOOR DE  
SOCIALE AANGELEGENHEDEN  
UITGEBRACHT  
DOOR DE HEREN **REMANS EN BARBEAUX**

---



---

Aan de werkzaamheden van de commissie hebben deelgenomen :

1. Vaste leden : de heer D'Hooghe, voorzitter; mevrouw Bouarfa, de heren Buysse, Cornil, Dedecker, Destexhe, Galand, Malcorps, Malmendier, mevrouw Pehlivan, de heer Steverlynck, de dames van Kessel, Van Riet en de heren Remans en Barbeaux, rapporteurs.

2. Plaatsvervangers : mevrouw De Roeck, de heer Geens, mevrouw Leduc, de heren Lozie, Monfils, mevrouw Thijs, de heer Vandenberghe en mevrouw Vanlerberghe.

3. Andere senator : de heer Vankrunkelsven.

*Zie :***Stukken van de Senaat :****2-1245 - 2001/2002 :**

Nr. 1 : Ontwerp geëvoceerd door de Senaat.

Nr. 2 : Amendementen.

**SÉNAT DE BELGIQUE**


---

**SESSION DE 2001-2002**


---

15 JUILLET 2002

---

**Projet de loi portant des mesures en matière  
de soins de santé**


---

*Procédure d'évocation***RAPPORT**

FAIT AU NOM  
DE LA COMMISSION  
DES AFFAIRES SOCIALES  
PAR MM. **REMANS ET BARBEAUX**

---



---

Ont participé aux travaux de la commission :

1. Membres effectifs : M. D'Hooghe, président; Mme Bouarfa, MM. Buysse, Cornil, Dedecker, Destexhe, Galand, Malcorps, Malmendier, Mme Pehlivan, M. Steverlynck, Mmes van Kessel, Van Riet et MM. Remans et Barbeaux, rapporteurs.

2. Membres suppléants : Mme De Roeck, M. Geens, Mme Leduc, MM. Lozie, Monfils, Mme Thijs, M. Vandenberghe et Mme Vanlerberghe.

3. Autre sénateur : M. Vankrunkelsven.

*Voir :***Documents du Sénat :****2-1245 - 2001/2002 :**

N° 1 : Projet évoqué par le Sénat.

N° 2 : Amendements.

Dit wetsontwerp, dat ressorteert onder de optioneel bicamerale procedure, werd op 12 juli 2002 aangenomen door de Kamer van volksvertegenwoordigers, met 95 stemmen bij 41 onthoudingen, en het werd op diezelfde dag overgezonden aan de Senaat.

In toepassing van artikel 27, 1, tweede lid, van het Reglement van de Senaat, heeft de commissie voor de Sociale Aangelegenheden de bespreking van dit wetsontwerp aangevat vóór de eindstemming in de Kamer van volksvertegenwoordigers.

Het is op 12 juli 2002 geëvoceerd. De commissie voor de Sociale Aangelegenheden heeft het ontwerp in haar vergaderingen van 9 en 13 juli 2002 besproken in aanwezigheid van de minister van Sociale Zaken en Pensioenen en van de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.

## I. INLEIDENDE UITEENZETTINGEN

### A. Inleidende uiteenzetting van de minister van Sociale Zaken en Pensioenen

De heer Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken en Pensioenen, wijst erop dat voorliggend ontwerp één van de hoekstenen vormt van het regeringsbeleid, maar tegelijk het resultaat is van uitgebreid overleg met de verschillende actoren in de gezondheidszorg. De verschillende hoofdstukken bevatten dan ook maatregelen die essentieel zijn voor het globale gezondheidsbeleid.

Hoofdstuk 1 bevat voornamelijk bepalingen die deel uitmaken van het toekomstplan voor de huisartsgeneeskunde. Artikel 2 betreft de besluitvorming in de Technische Geneeskundige Raad, waar de beslissingen momenteel in alle gevallen genomen worden bij gewone meerderheid van de leden die aan de stemming deelnemen. Er wordt geen rekening gehouden met de onthoudingen. Alhoewel in de raad zowel huisartsen als geneesheren-specialisten zetelen en in bepaalde gevallen bepaalde onderwerpen voor één van die groepen van bijzonder belang kunnen zijn, wordt bij het nemen van de beslissingen dus geen enkel onderscheid gemaakt in functie van de behandelde materies.

Door de voorgestelde toevoeging aan artikel 28, § 2, van de ZIV-wet wordt het mogelijk gemaakt dat via koninklijk besluit de beslissingen in de Technische geneeskundige raad door minstens de helft van de stemgerechtigde huisartsen of de stemgerechtigde geneesheren-specialisten moeten worden goedgekeurd.

Hoewel de minister geenszins pleit voor aparte overeenkomsten of een apart budget voor geneeshe-

Le présent projet de loi, qui relève de la procédure facultativement bicamérale, a été adopté par la Chambre des représentants le 12 juillet 2002, par 95 voix et 41 abstentions, et transmis au Sénat le même jour.

Conformément à l'article 27, 1<sup>o</sup>, alinéa 2, du règlement du Sénat, la commission des Affaires sociales a entamé la discussion de ce projet de loi avant le vote final à la Chambre des représentants.

Le projet a été évoqué le 12 juillet 2002. La commission des Affaires sociales l'a examiné au cours de ses réunions des 9 et 13 juillet 2002, en présence du ministre des Affaires sociales et des Pensions et de la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement.

## I. EXPOSÉS INTRODUCTIFS

### A. Exposé introductif du ministre des Affaires sociales et des Pensions

M. Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et des Pensions, souligne que le projet en discussion constitue l'une des clés de voûte de la politique gouvernementale, mais qu'il est en même temps le fruit d'une large concertation avec les différents acteurs du secteur des soins de santé. Les divers chapitres comportent donc des mesures qui sont essentielles à la politique globale de la santé.

Le chapitre I<sup>er</sup> comporte principalement des dispositions qui font partie d'un plan d'avenir pour la médecine générale. L'article 2 concerne le processus décisionnel utilisé au sein du Conseil technique médical. Les décisions s'y prennent actuellement, dans tous les cas, à la majorité ordinaire des membres qui participent au vote. Il n'est pas tenu compte des abstentions. Bien qu'au sein du conseil siègent à la fois des médecins généralistes et des médecins-spécialistes et que, dans certains cas, certains sujets peuvent revêtir une importance particulière pour un de ces groupes, on ne fait donc aucune distinction, lors de la prise des décisions, en fonction des matières traitées.

L'ajout proposé à l'article 28, § 2, de la loi sur l'AMI permet de disposer par arrêté royal que les décisions au sein du Conseil technique médical doivent être approuvées par au moins la moitié des médecins généralistes ou des médecins-spécialistes disposant du droit de vote.

Bien que le ministre ne soit absolument pas partisan de conventions séparées ou d'un budget distinct

ren-specialisten en huisartsen, moeten beide groepen in de besluitvorming toch op een aparte wijze tot uiting komen.

Artikel 3 creëert een wettelijk kader dat toelaat om een voordeel toe te kennen aan artsen, die beantwoorden aan kwantitatieve of kwalitatieve vereisten van medische praktijk. Het idee om deze artsen op een positieve wijze te stimuleren is afkomstig van de heer Perl, die een uitgebreide consultatie heeft gedaan bij de geneesheren. De minister onderstreept dat hier een mogelijkheid — geen verplichting — in het leven wordt geroepen.

Artikel 4 hangt nauw samen met de bepalingen van het ontwerp die betrekking hebben op de spoedgevalendiensten in de ziekenhuizen. De bedoeling is om de wachtdiensten van de huisartsen meer te honoreren op het financiële vlak, hetgeen thans onmogelijk is vermits het honorarium van de arts thans wordt bepaald door het aantal contacten met de patiënt. Door deze maatregel wordt de rol van de huisarts niet enkel versterkt, maar wordt tevens vermeden dat nodeloos een beroep wordt gedaan op de spoedgevaldienst.

Artsen en ziekenfondsen hebben onlangs een akkoord bereikt over het bedrag van een dergelijke beschikbaarheidspremie, met name 125 euro. De bedoeling is dat dit systeem in werking kan treden op 1 september 2002.

Artikel 5 creëert een wettelijke basis om investeringen van artsen in software te subsidiëren. Hiervoor werd een budget voorzien van ongeveer 5 miljoen euro. De honorering van de huisarts voor het beheer van het globaal medisch dossier, die thans reeds geschiedt als gevolg van een akkoord hieromtrent tussen de ziekenfondsen en de artsen, krijgt een wettelijke grondslag in artikel 6.

Artikel 7 maakt het mogelijk dat, in de akkoorden tussen ziekenfondsen en geneesheren, aangelegenheden worden bepaald waarvoor bij de stemmingen de vereiste meerderheid wordt vastgesteld op, al naargelang het geval, minstens de helft van de leden geneesheren-specialisten of van de leden algemeen geneeskundigen. Sommige elementen van een akkoord hebben immers meer betrekking op de ene of de andere categorie.

Hoofdstuk 2 heeft betrekking op de klinische biologie, de medische beeldvorming en de dialyse. Artikel 8 maakt het mogelijk dat het budget voor de klinische biologie kan worden goedgekeurd door de algemene raad van het RIZIV, zonder dat de Ministerraad

pour les médecins-spécialistes et les généralistes, ces deux groupes doivent pouvoir s'exprimer séparément dans le cadre du processus décisionnel.

L'article 3 crée un cadre légal permettant d'octroyer une bonification aux médecins qui satisfont à des critères qualitatifs ou quantitatifs de pratique médicale. L'idée de stimuler les médecins de façon positive a été lancée par M. Perl qui a organisé une vaste consultation auprès des médecins. Le ministre souligne que l'on crée ici une possibilité et non pas une obligation.

L'article 4 est étroitement lié aux dispositions du projet concernant les services des urgences en milieu hospitalier. Le but est de mieux rétribuer financièrement le médecin généraliste assurant la garde, ce qui n'est pas possible actuellement, étant donné que les honoraires du médecin sont fixés sur la base du nombre de contacts qu'il a avec le patient. Cette mesure a pour effet non seulement de renforcer le rôle du médecin généraliste, mais aussi d'éviter que l'on fasse inutilement appel au service des urgences.

Les médecins et les mutuelles se sont récemment mis d'accord sur le montant de cette prime de disponibilité, à savoir 125 euros. On voudrait que ce système puisse entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2002.

L'article 5 crée une base légale permettant de subventionner les investissements consentis par les médecins pour acheter des logiciels. Le budget prévu à cet effet s'élève à environ 5 millions d'euros. L'article 6 confère une base légale aux honoraires dus au médecin généraliste pour la gestion du dossier médical global, ce qui se fait déjà à la suite d'un accord médico-mutualiste portant sur cette question.

L'article 7 permet de fixer, dans les accords médico-mutualistes, des matières pour lesquelles, en cas de vote, la majorité doit comporter, selon le cas, au moins la moitié des membres médecins généralistes ou au moins la moitié des membres médecins-spécialistes. Certains éléments des accords de ce type concernent en effet une catégorie plus que l'autre.

Le chapitre 2 a trait à la biologie clinique, à l'imagerie médicale et à la dialyse. L'article 8 permet au conseil général de l'INAMI d'approuver le budget affecté à la biologie clinique, sans que le Conseil des ministres ou le Roi doivent marquer leur accord.

of de Koning goedkeuring hieraan dienen te hechten. Artikel 9 bepaalt dat het forfaitair honorarium, betaalbaar per daghospitalisatie, voortaan zal deel uitmaken van het deelbudget voor de verstrekkingen verleend aan de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, en niet langer van het budget voor de rechthebbenden die niet in een ziekenhuis worden opgenomen. Dit idee werd overgenomen uit de nota van de heer Perl en vloeit voort uit de stijging van het aantal daghospitalisaties en bijgevolg ook van het budget dat hiervoor wordt voorzien.

Artikel 10 verleent de Koning de bevoegdheid om de tegemoetkoming in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging vast te stellen voor bepaalde dialyses. De vrees bestaat immers dat over dit punt in de Overeenkomstencommissie van het RIZIV geen akkoord kan worden gevonden.

De problematiek van de referentiebedragen wordt geregeld in Hoofdstuk 3 van het wetsontwerp. Artikel 11 is zeer technische, doch fundamentele bepaling in het ontwerp. Het voert referentiebedragen in met betrekking tot geneeskundige verstrekkingen die worden uitgevoerd bij standaardprocedures. Per APR-DRG («All Patient Refined Diagnosis Related Groups») wordt per severity klasse een nationaal gemiddelde berekend voor de technische prestaties, de klinische biologie en de medische beeldvorming. De berekening van dit gemiddelde houdt evenwel geen rekening met de outliers  $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$ . Dit gemiddelde bedrag + 10% is het nationaal referentiebedrag (kolommen 1 en 3 van onderstaande tabel). Vervolgens wordt dit bedrag vermenigvuldigd met het aantal opnames dat het ziekenhuis voor die APR-DRG heeft gerealiseerd (kolommen 2 en 4 van onderstaande tabel). In deze berekening wordt, per ziekenhuis, abstractie gemaakt van de opnames die voor dat ziekenhuis outliers uitmaken [opnieuw berekend volgens de formule  $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$ ]. Het resultaat is een referentiebedrag voor het ziekenhuis per APR-DRG. Hierin wordt per APR-DRG severity klasse 1 en 2 gegroepeerd (kolom 5): beide severity niveaus kunnen zichzelf dus binnen het ziekenhuis compenseren. Dit referentiebedrag voor het ziekenhuis wordt vermenigvuldigd met een factor 1.1, en vervolgens afgetrokken van het door dit ziekenhuis gerealiseerd reëel bedrag (kolom 7). Per ziekenhuis wordt dan de som gemaakt van de positieve bedragen in kolom 7. Dit is het te recuperen bedrag. Deze berekening wordt per APR-DRG toegepast voor elk van de 3 groepen (technische prestaties, klinische biologie, medische beeldvorming).

L'article 9 prévoit que les honoraires forfaitaires payables par hospitalisation de jour font désormais partie du budget partiel pour les prestations dispensées à des bénéficiaires hospitalisés et non plus du budget pour les prestations dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés. Cette idée, que M. Perl a lancée dans sa note découle de l'augmentation du nombre d'hospitalisations de jour et, partant, du budget prévu pour ce qui est de celles-ci.

L'article 10 donne au Roi la compétence pour fixer l'intervention dans les frais pour certains types de dialyses à accorder dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé. Il est à craindre en effet que l'on n'arrive pas à dégager un accord sur ce point au sein de la Commission de convention de l'INAMI.

Le chapitre 3 du projet de loi règle le problème des montants de référence. L'article 11 est une disposition extrêmement technique mais fondamentale du projet. Il instaure des montants de référence pour des prestations médicales qui sont effectuées dans le cadre de procédures standard. Par APR-DRG («All Patient Refined Diagnosis Related Groups») et par niveau de sévérité, une moyenne nationale est calculée pour les prestations techniques, la biologie clinique et l'imagerie médicale. Il n'est toutefois pas tenu compte, pour le calcul de cette moyenne, des outliers  $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$ . Ce montant moyen majoré de 10% est le montant de référence national (colonnes 1 et 3 du tableau ci dessous). Ce montant est ensuite multiplié par le nombre d'admissions que l'hôpital a réalisées pour ces APR-DRG (colonnes 2 et 4 du tableau ci-dessous). Dans ce calcul, il est fait abstraction, pour chaque hôpital, des admissions qui, pour l'hôpital en question, constituent des outliers [calculé une fois de plus selon la formule  $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$ ]. Il en résulte un montant de référence pour l'hôpital par APR-DRG. Par APR-DRG, les niveaux de sévérité 1 et 2 sont regroupés (colonne 5): un niveau de sévérité peut donc compenser l'autre au sein même de l'hôpital. Ce montant de référence pour l'hôpital est multiplié par un facteur 1.1 et est ensuite soustrait du montant réalisé par l'hôpital en question (colonne 7). Par hôpital, on additionne les montants positifs qui figurent dans la colonne 7. On obtient ainsi le montant à récupérer. Le calcul est appliqué par APR-DRG pour chacun des trois groupes (prestations techniques, biologie clinique, imagerie médicale).

**Berekeningen per prestatie groep<sup>(3)</sup>  
voor de chirurgische APR-DRG**
**Calcul par groupe de prestations<sup>(3)</sup>  
pour les APR-DRG chirurgicaux**

APR-DRG	Referentie- gemiddelde klinische ernst 1 <sup>(1)</sup> — <i>Moyenne de référence Niveau de sévérité 1<sup>(1)</sup></i>	Aantal opnames klinische ernst 1 <sup>(2)</sup> — <i>Nombre d'admis- sions niveau de sé- vérité 1<sup>(2)</sup></i>	Referentie Gemiddel- de klinische ernst 2 <sup>(1)</sup> — <i>Moyenne de référence Niveau de sévérité 2<sup>(1)</sup></i>	Aantal opnames klinische ernst 2 <sup>(2)</sup> — <i>Nombre d'admis- sions niveau de sévérité 2<sup>(2)</sup></i>	Referentiebedrag ziekenhuis (R) — <i>Montant de référence hôpital</i>	Werkelijke uitgaven zieken- huis <sup>(2)</sup> — <i>Montant réel hôpital<sup>(2)</sup></i>	(Referentiebedrag ziekenhuis x 1.1) werkelijk bedrag ziekenhuis — <i>(Montant de référence hôpital x 1.1) montant réel hôpital</i>
073 Ingrepen op de lens met of zonder vitrectomie. — <i>Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie</i> . . . . .	A1	N1	W1	Z1	$(A1 \times N1) + (W1 \times Z1) = R1$	B1	$B1 - [R1 \times 1.1]$
097 Adenoïd & amygdalectomie. — <i>Adénoïdectomie et amygdalectomie</i> . . . . .	A2	N2	W2	Z2	$(A2 \times N2) + (W2 \times Z2) = R2$	B2	$B2 - [R2 \times 1.1]$
179 Onderbinden en strippen van venen. — <i>Ligature de veine et stripping</i> . . . . .	A3	N3	W3	Z3	$(A3 \times N3) + (W3 \times Z3) = R3$	B3	$B3 - [R3 \times 1.1]$
225 Appendectomie. — <i>Appendicectomie</i> . . . . .	A4	N4	W4	Z4	$(A4 \times N4) + (W4 \times Z4) = R4$	B4	$B4 - [R4 \times 1.1]$
228 Ingrepen voor hernia inguinalis en cruris. — <i>Cures de hernie inguinale et crurale</i> . . . . .	A5	N5	W5	Z5	$(A5 \times N5) + (W5 \times Z5) = R5$	B5	$B5 - [R5 \times 1.1]$
263 Laparoscopische cholecystectomie. — <i>Cholécystectomie laparoscopique</i> . . . . .	A6	N6	W6	Z6	$(A6 \times N6) + (W6 \times Z6) = R6$	B6	$B6 - [R6 \times 1.1]$
302 Majeure ingrepen op gewrichten & heraanhechten onderste ledematen behalve bij trauma, code 289085. — <i>Interventions majeures articulation, rattachement membres des extrémités inférieurs sans trauma, code 289085</i> . . . . .	A7	N7	W7	Z7	$(A7 \times N7) + (W7 \times Z7) = R7$	B7	$B7 - [R1 \times 1.1]$
302 Majeure ingrepen op gewrichten & heraanhechten onderste ledematen behalve bij trauma, code 290286. — <i>Interventions majeures articulation, rattachement membres des extrémités inférieur sans trauma, code 290286</i> . . . . .	A8	N8	W8	Z8	$(A8 \times N8) + (W8 \times Z8) = R8$	B8	$B8 - [R8 \times 1.1]$
313 Ingrepen onderste extremiteiten knie en onderbeen, behalve voet, code 300344. — <i>Interventions des membres inférieurs et genoux, excepté pied, limité au code 300344</i> . . . . .	A9	N9	W9	Z9	$(A9 \times N9) + (W9 \times Z9) = R9$	B9	$B9 - [R9 \times 1.1]$
318 Locale excisie en verwijderen van inwendige fixatoren van de heup en femur. — <i>Enlèvement matériel de fixation interne</i> . . . . .	A10	N10	W10	Z10	$(A10 \times N10) + (W10 \times Z10) = R10$	B10	$B10 - [R10 \times 1.1]$
482 Transurethrale prostatectomie. — <i>Prostatectomie transurétrale</i> . . . . .	A11	N11	W11	Z11	$(A11 \times N11) + (W11 \times Z11) = R11$	B11	$B11 - [R11 \times 1.1]$
513 Ingrepen op uterus/adnexen voor carcinoom <i>in situ</i> en benigne aandoeningen, code 431281. — <i>Interventions sur utérus/annexes, pour carcinome in situ et affections bénignes, code 431281</i> . . . . .	A12	N12	W12	Z12	$(A12 \times N12) + (W12 \times Z12) = R12$	B12	$B12 - [R12 \times 1.1]$

APR-DRG	Referentie- gemiddelde klinische ernst 1 <sup>(1)</sup> — <i>Moyenne de référence Niveau de sévérité 1<sup>(1)</sup></i>	Aantal opnames klinische ernst 1 <sup>(2)</sup> — <i>Nombre d'admis- sions niveau de sé- vérité 1<sup>(2)</sup></i>	Referentie Gemiddel- de klinische ernst 2 <sup>(1)</sup> — <i>Moyenne de référence Niveau de sévérité 2<sup>(1)</sup></i>	Aantal opnames klinische ernst 2 <sup>(2)</sup> — <i>Nombre d'admis- sions Niveau de sévérité 2<sup>(2)</sup></i>	Referentiebedrag ziekenhuis (R) — <i>Montant de référence hôpital</i>	Werkelijke uitgaven zieken- huis <sup>(2)</sup> — <i>Montant réel hôpital<sup>(2)</sup></i>	(Referentiebedrag ziekenhuis x 1.1) werkelijk bedrag ziekenhuis — <i>(Montant de référence hôpital x 1.1) montant réel hôpital</i>
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

513 Ingrepen op uterus/adnexen voor carcinoom <i>in situ</i> en benigne aandoeningen, code 431325. — <i>Interventions sur utérus/annexes, pour carcinome in situ et affections bénignes, code 431325</i> . . . . .	A13	N13	W13	Z13	(A13×N13)+(W13×Z13)=R13	B13	B13 – [R13×1.1]
516 Laparoscopie en onderbreken tubae. — <i>Ligature tubaire par voie laparoscopie</i> . . . . .	A14	N14	W14	Z14	(A14×N14)+(W14×Z14)=R14	B14	B14 – [R14×1.1]
540 Keizersnede. — <i>Césarienne</i> . . . . .	A15	N15	W15	Z15	(A15×N15)+(W15×Z15)=R15	B15	B15 – [R15×1.1]
560 Vaginale bevalling. — <i>Accouchement par voie vaginale</i> . . . . .	A16	N16	W16	Z16	(A16×N16)+(W16×Z16)=R16	B16	B16 – [R16×1.1]

(1) Referentie gemiddelde = 1.1. \* nationale gemiddelde zonder outliers.

(2) Na weglating van de outliers van het ziekenhuis.

(3) Afzonderlijk voor klinische biologie, medische beeldvorming en technische verstrekkingen.

Recuperatie per ziekenhuis: positieve bedragen van de laatste kolom optellen.

De bovenstaande berekening wordt eerst op theoretische wijze gemaakt voor het jaar 1997 en meegedeeld aan de ziekenhuizen. Pas daarna wordt dit systeem werkelijk ingevoerd. Bij wijze van amendement werd in de Kamer van volksvertegenwoordigers een bepaling ingevoegd volgens dewelke de referentiebedragen per opname voor de eerste maal worden vastgesteld voor het jaar 2003, op basis van de gegevens in de periode tussen 1 oktober 2002 en 31 december 2003.

De verrekening ten aanzien van de individuele ziekenhuisgeneesheren van het verschil tussen de werkelijke uitgaven en de referentieuitgaven dient te worden geregeld in het ziekenhuisreglement.

In hoofdstuk 4 van het wetsontwerp komen de experimenten in het voorschrijfgedrag aan bod. Voor elk ziektebeeld kan men thans een schema uitwerken waarin de medische handelingen aan bod komen die doorgaans vereist zijn. De bedoeling is om ook een gelijkaardig schema te ontwikkelen dat de artsen kan helpen in hun voorschrijfgedrag zodat dit kan gerationaliseerd worden, evenwel zonder de vrijheid van de arts in het gedrang te brengen.

Hoofdstuk 5 voert een meer graduele en realistische bestraffing in voor de artsen die zich niet houden aan de maximumhonoraria en -prijzen die werden vastgesteld bij koninklijk besluit. Verder worden in dit hoofdstuk enkele technische aspecten geregeld inzake

(1) Moyenne de référence = moyenne nationale sans outliers majorée de 10%.

(2) Après élimination des outliers de l'hôpital.

(3) Calculé séparément pour la biologie clinique, imagerie médicale et prestations techniques.

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

Le calcul dont il est question ci-dessus est d'abord fait en théorie pour l'année 1997 et est communiqué aux hôpitaux. Ce n'est qu'ensuite que le système est véritablement appliqué. La Chambre des représentants a inséré, par la voie d'un amendement, une disposition selon laquelle les montants de référence par admission sont fixés pour la première fois pour l'année 2003 sur la base des données recueillies au cours de la période allant du 1<sup>er</sup> octobre 2002 au 31 décembre 2003.

Les modalités d'imputation, à l'égard des médecins individuels, de la différence entre les dépenses réelles et les dépenses de référence, doivent être réglées dans le règlement de l'hôpital.

Le chapitre 4 du projet de loi traite des expériences en matière de comportement prescripteur. Pour chaque pathologie, on peut à présent établir un schéma intégrant les actes médicaux qui sont habituellement requis. L'objectif est de développer un schéma similaire qui pourra aider les médecins à rationaliser leur comportement prescripteur, sans toutefois porter atteinte à leur liberté.

Le chapitre 5 instaure une sanction plus graduelle et plus réaliste pour les médecins qui ne respectent pas les honoraires et les tarifs maximums qui ont été fixés par arrêté royal. Pour le reste, ce chapitre règle quelques aspects techniques en matière d'amendes admi-

de administratieve geldboeten die de farmaceutische bedrijven verschuldigd zijn wanneer ze hun verplichtingen niet nakomen.

Het wetsontwerp bevat ook tal van financiële bepalingen, die werden gegroepeerd onder hoofdstuk 6. Artikel 15 maakt de algemene raad van het RIZIV bevoegd om jaarlijks te bepalen welke uitzonderlijke of financiële uitgaven niet opgenomen worden in de berekeningsbasis voor de toepassing van de maximale groeinorm van 2,5%, die van toepassing is op de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Er is derhalve geen interventie van de Ministerraad meer vereist. Dit artikel geeft aan de Koning bovendien de bevoegdheid om de globale en partiële begrotingsdoelstellingen aan te passen, indien bepaalde verstrekkingen of specifieke taken worden vergoed via het ziekenhuisbudget en deze vergoeding geschiedt vanuit de middelen, voorzien binnen een of meerdere partiële begrotingsdoelstellingen.

De artikelen 16 en 17 zijn technische bepalingen die het gevolg zijn van het feit dat men de ziekenhuizen maandelijks het bedrag wenst uit te keren dat overeenstemt met 80% van de ligdagprijzen, zonder enige band met individuele facturen. Om later deze individuele gevallen te identificeren, zijn regels voor de verrekening vereist. Dit kan van belang zijn, bijvoorbeeld in het geval van verrekening van de bedragen die de verzekeringsinstellingen bij subrogatie hebben betaald. Ook artikel 18 bevat technische maatregelen die betrekking hebben op de heffing die verschuldigd is door de farmaceutische bedrijven en de aanvullende heffing van 1,5% van de omzet die in 2001 is verwezenlijkt, die met ingang van 2002 verschuldigd is.

De administratiekosten van de mutualiteiten, die thans in een koninklijk besluit worden vastgesteld krijgen door artikel 19 een wettelijke basis. Naast de omzetting van de bedragen in euro, wordt ook de groeinorm voor de administratiekosten ingeschreven. Het variabel deel van de administratiekosten, dat gebaseerd is op performantiecriteria, wordt bovendien verhoogd waardoor de ziekenfondsen meer worden geresponsabiliseerd.

De artikelen 20 en 21 regelen enkele technische aspecten van de vergoedingen voor de ziekenhuizen.

Hoofdstuk 7 van voorliggend wetsontwerp heeft betrekking op de financiering van de verzorgingsinstellingen voor bejaarden, waarvoor de ministerraad thans een globaal budget uittrekt dat over de verschillende instellingen wordt verdeeld. In geval van overschrijding van dit budget, wordt enerzijds van elke instelling op lineaire wijze een bedrag gerecupereerd en wordt anderzijds, instelling per instelling, door de overheid een bedrag gerecupereerd dat in verhouding staat met het percentage waarmee deze instelling het voorziene budget heeft overschreden.

nistratives que les firmes pharmaceutiques se voient infliger lorsqu'elles ne respectent pas leurs obligations.

Le projet de loi contient aussi une série de dispositions financières qui ont été rassemblées au chapitre 6. L'article 15 rend le conseil général de l'INAMI compétent pour déterminer chaque année quelles dépenses exceptionnelles ou particulières ne seront pas prises en considération dans la base de calcul pour l'application de la norme de croissance maximale de 2,5%, qui est applicable à l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé.

Il n'est donc plus nécessaire que le Conseil des ministres intervienne. Cet article confère en outre au Roi le pouvoir d'adapter les objectifs budgétaires global et partiels si certaines prestations ou missions spécifiques sont supportées par le budget des hôpitaux et imputées sur les moyens financiers prévus dans le cadre d'un ou de plusieurs objectifs budgétaires partiels.

Les articles 16 et 17 contiennent des dispositions techniques qui résultent du fait que l'on souhaite allouer chaque mois aux hôpitaux un montant correspondant à 80% des prix de la journée d'entretien, indépendamment des factures individuelles. Pour identifier ultérieurement ces cas individuels, des règles d'imputation seront nécessaires. Cela peut avoir son importance, notamment pour l'imputation de montants que les organismes assureurs ont versés par subrogation. L'article 18 contient aussi des mesures techniques qui ont trait à la cotisation due par les firmes pharmaceutiques et à la cotisation complémentaire de 1,5% du chiffre d'affaires réalisé en 2001, qui est due à partir de 2002.

Les frais administratifs des mutualités, qui sont actuellement fixés dans un arrêté royal, reçoivent une base légale par le truchement de l'article 19. Outre la conversion des montants en euros, on a aussi prévu une norme de croissance des frais administratifs. La partie variable des frais administratifs, qui est basée sur des critères de performance, est en outre augmentée, ce qui tend à responsabiliser davantage les mutualités.

Les articles 20 et 21 règlent quelques aspects techniques des indemnités à verser aux hôpitaux.

Le chapitre 7 du projet à l'examen concerne le financement des institutions de soins pour personnes âgées pour lequel le gouvernement prévoit actuellement un budget global qui est réparti entre les différentes institutions. En cas de dépassement de ce budget, on récupère, d'une part, de manière linéaire, un montant auprès de chaque institution et, d'autre part, institution par institution, un montant proportionnel au pourcentage de dépassement du budget prévu pour l'institution concernée.

Jaarlijks ontstaat bij de betrokken instellingen dan ook enige onrust over hun financiële toestand, die deels gerechtvaardigd is omdat hun uitgaven afhangen van de afhankelijkheidsgraad van de personen die zij aanvaarden. Instellingen die inspanningen doen om de betrokken bejaarden minder afhankelijk te maken, worden bovendien financieel benadeeld. Om deze redenen wordt een meer rechtvaardig systeem voorgesteld, dat aan elke instelling op voorhand een bepaald budget en een tegemoetkoming per verblijfsdag toekent. De wettelijke basis voor de bestaande correctiemechanismen wordt door artikel 22 geschrapt.

De artikelen 23, 24 en 25 slaan op de vertegenwoordiging in de RIZIV-organen. Zij laten toe dat een vertegenwoordiger van de Controledienst voor de ziekenfondsen bepaalde vergaderingen van het RIZIV kunnen bijwonen met raadgevende stem.

Hoofdstuk 9 erkent de diëtisten en de podologen als «paramedische medewerkers» in de ZIV-wet, waardoor voor hen terugbetaalbare verstrekkingen kunnen worden voorzien en waardoor het mogelijk wordt om met hen overeenkomsten te sluiten die de tariefzekerheid garanderen.

In hoofdstuk 10 van het ontwerp, dat de artikelen 30 tot 37 bevat, werden diverse bepalingen gegroepeerd. Onder meer wordt aan de Koning de bevoegdheid gegeven om op te treden indien wordt vastgesteld dat het evaluatie-instrument, dat wordt gebruikt bij in de thuisverpleging, de sector van de rustoorden, de rust- en verzorgingstehuizen, verkeerd wordt gebruikt. Tevens wordt de mogelijkheid voorzien om, indien er een beduidende overschrijding van het budget wordt vastgesteld, een automatische correctie door te voeren die bestaat uit een beperking van de indexering van de honoraria en prijzen. Thans is dit slechts mogelijk voor zover het is afgesproken in een overeenkomst tussen artsen en ziekenfondsen.

Artikel 34 verleent aan de Koning de bevoegdheid om niet enkel een Nationaal College, maar ook lokale colleges van adviserend geneesheren in te stellen, waarvan de samenstelling, de werking en de opdrachten door Hem worden bepaald.

Een ander hoofdstuk van het ontwerp heeft betrekking op adviserend geneesheren en controle in ziekenhuizen. Vermits wordt voorgesteld om de klinische biologie en de ziekenhuizen op een meer rechtstreekse wijze, aan de hand van de pathologie, te financieren, is een correcte registratie vereist. In artikel 41 wordt dan ook een samenwerkingsverband voorgesteld tussen de overheid en de mutualiteiten. De adviserend geneesheren zullen daarbij, onder de verantwoordelijkheid van de overheid, intermutualistisch optreden. Artikel 43 bepaalt de gevolgen voor een ziekenhuis wanneer de registratie niet overeenstemt met de werkelijkheid; in artikel 45 van het ontwerp wordt de vernieuwde rol van de adviserend geneesheren dien-aangaande vastgelegd.

Pour cette raison, il règne chaque année dans les institutions concernées une certaine inquiétude au sujet de leur situation financière, inquiétude qui est partiellement justifiée du fait que leurs dépenses sont fonction du taux de dépendance des personnes qu'elles accueillent. De plus, les institutions qui font des efforts pour réduire la dépendance des personnes âgées concernées sont désavantagées financièrement. C'est pourquoi on propose un système plus équitable qui octroie, par avance, un budget déterminé et une intervention par journée d'hébergement. L'article 22 supprime la base légale des mécanismes de correction existants.

Les articles 23, 24 et 25 portent sur la représentation au sein des organes de l'INAMI. Ils permettent qu'un représentant de l'Office de contrôle des mutuelles assiste avec voix consultative à certaines réunions de l'INAMI.

Le chapitre 9 reconnaît les diététiciens et les podologues comme «auxiliaires paramédicaux» dans la loi sur l'AMI, ce qui permettra de prévoir pour eux des prestations remboursables et de conclure avec eux des conventions garantissant la sécurité des tarifs.

Le chapitre 10 du projet, qui comprend les articles 30 à 37, regroupe des dispositions diverses. Entre autres choses, le Roi se voit attribuer le pouvoir d'intervenir si l'on constate que l'instrument d'évaluation utilisé dans les soins à domicile et dans le secteur des maisons de repos et des maisons de repos et de soins, est appliqué erronément. Le chapitre prévoit également la possibilité d'appliquer automatiquement une correction, consistant en une limitation de l'indexation des honoraires et des prix, en cas de dépassement significatif du budget. Actuellement, cela n'est possible que dans la mesure où la chose a été prévue dans une convention entre les médecins et les mutuelles.

L'article 34 donne au Roi le pouvoir d'instituer non seulement un Collège national de médecins-conseils, mais aussi des collèges locaux de médecins-conseils dont Il fixe la composition, le fonctionnement et les missions.

Un autre chapitre du projet concerne les médecins-conseils et le contrôle dans les hôpitaux. Étant donné qu'il est proposé de financer la biologie clinique et les hôpitaux d'une manière plus directe, sur la base de la pathologie, un enregistrement correct des données est nécessaire. L'article 41 propose dès lors un partenariat entre l'autorité et les mutuelles. Dans ce contexte, les médecins-conseils interviendront en intermutualité, sous la responsabilité de l'autorité. L'article 43 détermine quelles seront les conséquences pour l'hôpital si l'enregistrement ne correspond pas à la réalité; l'article 45 du projet définit le nouveau rôle des médecins-conseil à ce sujet.



## B. Inleidende uiteenzetting van de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Artikel 44 van het ontwerp voegt een bepaling in in de ziekenhuiswet, die duidelijk stelt dat het vorderen door ziekenhuizen van een forfaitaire bijdrage van patiënten die zich aanbieden op een spoedgevallendienst — zowel de functie «eerste opvang» als de functie «gespecialiseerde spoedgevallenzorg» — slechts kan gebeuren overeenkomstig de voorwaarden die worden vastgelegd door de Koning, bij een in Ministerraad overlegd besluit. Bij wijze van amendement werd door de Kamer van volksvertegenwoordigers een lid toegevoegd aan dit artikel, die stelt dat de Koning ook het bedrag van die bijdrage vaststelt bij in Ministerraad overlegd besluit. Zolang dit besluit niet is genomen, is het vorderen van een forfaitair bedrag verboden. In de ontwikkeling van het beleid terzake zal de regering bijzondere aandacht hebben voor de inspanning van ziekenhuizen en huisartsenkringen om de opvang van patiënten in spoedgevallen rationeler te organiseren.

Artikel 46 voorziet in de oprichting van een financiële commissie in ieder ziekenhuis, die wordt opgericht met het oog op het garanderen van de financiële doorzichtigheid van de geldstromen binnen het ziekenhuis. Deze Commissie is samengesteld uit een delegatie van de beheerder en een delegatie van de medische raad. Deze laatste bestaat uit ziekenhuisgeneesheren die worden aangeduid door de medische raad, maar er echter niet noodzakelijk lid van moeten zijn, zodat een praktische taakverdeling en een vlotte doorstroming van kennis mogelijk is. De bedoeling van de financiële commissie is niet zozeer tot beslissingen te komen, dan wel er voor te zorgen dat zowel de beheerder als de ziekenhuisartsen inzage en inzicht krijgen in de financiële gegevens die hen aanbelangen.

De dialoog en discussies binnen de financiële commissie zullen tenminste over de volgende punten georganiseerd worden:

- de jaarlijkse begrotingsramingen;
- de jaarrekening;
- de verslagen van de bedrijfsrevisor bedoeld in de artikelen 80 en 84 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987;
- de aard van de aangerekende kosten.

Het staat de partijen uiteraard vrij deze lijst uit te breiden tot andere items.

Hoofdstuk 2 van titel III heeft betrekking op de versterking van de bevoegdheden van de multipartite-structuur betreffende het ziekenhuisbeleid. Daarbij gaat het in de eerste plaats over de zogenaamde «facultatieve adviesbevoegdheid», die aan bod komt in artikel 51 en die de ministers van Volksgezondheid en Sociale Zaken de mogelijkheid verleent om een advies te vragen over het gebruik en het verspreiden

## B. Exposé introductif de la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

L'article 44 du projet insère dans la loi sur les hôpitaux une disposition disant clairement qu'une contribution forfaitaire des patients qui se présentent au service des urgences — tant la fonction de «premier accueil» que celle de «soins urgents spécialisés» — ne peut être réclamée par un hôpital que conformément aux conditions fixées par le Roi par arrêté délibéré en Conseil des ministres. Par voie d'amendement, la Chambre des représentants a ajouté à cet article un alinéa disposant que le Roi fixe également le montant de cette contribution par arrêté délibéré en Conseil des ministres. Tant que cet arrêté n'aura pas été pris, il sera interdit d'exiger un montant forfaitaire. Dans la politique qu'il développera en la matière, le gouvernement accordera une attention particulière à l'effort consenti par les hôpitaux et les cercles de médecins généralistes en vue d'organiser plus rationnellement l'accueil des patients aux urgences.

L'article 46 prévoit la création, dans chaque hôpital, d'une commission financière afin de garantir la transparence des flux financiers à l'intérieur de l'hôpital. Cette commission est constituée d'une délégation du gestionnaire et d'une délégation du conseil médical. Ce dernier est composé de médecins hospitaliers qui sont désignés par le conseil médical mais ne doivent pas nécessairement en être membres, ce qui permet une répartition pratique des tâches et une circulation fluide des informations. Le but de la commission financière n'est pas tant d'aboutir à des décisions que de veiller à ce que le gestionnaire comme les médecins hospitaliers puissent consulter et évaluer les données financières qui les concernent.

Le dialogue et les discussions au sein de la commission financière porteront au moins sur les points suivants:

- les estimations budgétaires annuelles;
- les comptes annuels;
- les rapports du réviseur d'entreprise visé aux articles 82 et 84 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987;
- la nature des frais imputés.

Il va de soi que les parties sont libres d'étendre cette liste à d'autres sujets.

Le chapitre 2 du titre III porte sur le renforcement des compétences de la structure multipartite en matière de politique budgétaire. Il s'agit tout d'abord de la compétence consultative dite «facultative», qui fait l'objet de l'article 51 et permet aux ministres de la Santé publique et des Affaires sociales de demander un avis sur l'utilisation et la diffusion des données relatives aux activités hospitalières, sur l'enregistre-

van de gegevens met betrekking tot de ziekenhuisactiviteit, over de registratie, de verzameling, de verwerking en het gebruik van gegevens inzake de medische activiteiten opgevraagd in het kader van de ziekenhuiswet en over het beleid inzake ziekenhuizen. Het is de bedoeling dat de zogenaamde MKG-commissie opgeheven wordt.

Wat de adviezen met betrekking tot het beleid inzake ziekenhuizen betreft, moet het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen niet meer gevraagd worden, maar enkel voor zover de adviezen door een meerderheid zijn goedgekeurd door elke categorie van leden van de multipartite-structuur, zijnde de verzekeringsinstellingen, de organisaties van ziekenhuizen en de geneesheren.

De bevoegdheid inzake evaluatie van de medische praktijk — met name inzake het genereren van uitgaven — wordt geëxpliciteerd in artikel 52. Onder meer worden de bevoegdheden van de Profielencommissies, die zullen worden opgeheven, overgenomen door de multipartite-structuur voor wat betreft de medische praktijk in de ziekenhuizen.

Het ontwerp voorziet in een aantal verplichte adviesbevoegdheden inzake het ziekenhuisbeleid, die aan bod komen in artikel 53 (oud artikel 55). Een verplicht advies moet worden gevraagd aan de multipartite-structuur wanneer het gaat om het instellen of wijzigen van regelingen die gelijktijdig aanleiding geven tot een financiering door het budget van financiële middelen en door de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen. Dit doet geen afbreuk aan de bestaande procedures inzake vaststelling en wijziging van de nomenclatuur. De multipartite-structuur wordt verder bevoegd tot het verlenen van een verplicht advies inzake het bepalen van regelen met betrekking tot het vaststellen van referentiebedragen bij standaardingrepen, zoals zal worden voorzien in de ZIV-wet. Een derde verplichte adviesbevoegdheid betreft het geneesmiddelenverbruik van de gehospitaliseerde patiënt. De algemene regelen betreffende de financiering van het endoscopisch en viscerosynthesemateriaal en alle andere medische producten in de ziekenhuizen, zullen eveneens aan het advies van de multipartite-structuur worden onderworpen. Tenslotte wordt deze ook bevoegd voor de methodologie voor de evaluatie van het opnamebeleid.

Het ontwerp preciseert tenslotte dat de multipartite-structuur, naast een advies- en evaluatiebevoegdheid, ook tot taak heeft een overleg op gang te brengen over alle vraagstukken die verband houden met de samenhang van activiteiten, adviezen en beslissingen van de organen van het ministerie van Volksgezondheid en het RIZIV, uiteraard wat het ziekenhuisbeleid betreft.

Artikel 55 (oud artikel 57) voorziet een aantal wijzigingen in de samenstelling van de multipartite-

ment, la collecte, le traitement et l'utilisation des données concernant les activités médicales réclamées dans le cadre de la loi sur les hôpitaux et sur la politique hospitalière. L'objectif est de supprimer la commission dite RCM.

En ce qui concerne la politique hospitalière, il ne faut plus demander l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers si un avis a été approuvé à la majorité par chaque catégorie de membres de la structure multipartite, à savoir les organismes assureurs, les organisations d'hôpitaux et les médecins.

La compétence en matière d'évaluation de la pratique médicale — notamment les dépenses générées — est explicitée à l'article 52. Les attributions des Commissions des profils, qui seront abrogées, seront entre autres reprises par la structure multipartite pour ce qui concerne la pratique médicale dans les hôpitaux.

Le projet prévoit un certain nombre de compétences consultatives obligatoires en ce qui concerne la politique hospitalière, qui sont évoquées à l'article 53 (ancien article 55). Un avis doit obligatoirement être demandé à la structure multipartite s'il s'agit de l'instauration ou de la modification de réglementations qui débouchent simultanément sur un financement tant par le budget des moyens financiers que par la nomenclature des prestations médicales. Cela ne porte pas préjudice aux procédures existantes de fixation et de modification de la nomenclature. La structure multipartite est ensuite habilitée à rendre obligatoirement un avis en ce qui concerne l'établissement des règles en matière de fixation des montants de référence pour les interventions standard, comme le prévoira la loi sur l'AMI. Une troisième compétence consultative obligatoire concerne la consommation médicamenteuse des patients hospitalisés. Les règles générales concernant le financement du matériel endoscopique et de viscérosynthèse et de tous les autres produits médicaux utilisés à l'hôpital seront également soumises à l'avis de la structure multipartite. Enfin, elle sera également compétente en matière de méthodologie pour l'évaluation de la politique d'admission.

Le projet prévoit enfin qu'en plus de sa mission consultative et d'évaluation, la structure multipartite a pour mission d'initier une concertation au sujet de toutes les questions qui touchent aux problèmes de la cohérence des activités ainsi que des avis et des décisions formulés par les organes du ministère de la Santé publique et par l'INAMI, en ce qui concerne bien entendu la politique hospitalière.

L'article 55 (ancien article 57) prévoit un certain nombre de modifications en ce qui concerne la

structuur, onder meer door een aanpassing van het aantal leden. Zo zal elk van de drie betrokken categorieën — de verzekeringsinstellingen, de organisaties van ziekenhuizen en de geneesheren — zes in plaats van acht leden tellen.

Artikel 56 (oud artikel 58) betreft een algemene bepaling, krachtens dewelke de Koning maatregelen kan bepalen inzake de administratieve onderbouwing van de multipartite-structuur, evenals op het vlak van de financiering ervan. Bovendien kan de Koning binnen de multipartite-structuur afdelingen inrichten, die wel ten dele doch niet uitsluitend uit leden van de multipartite-structuur moeten bestaan. Artikel 59 stelt dat de Koning regelen inzake de werking kan bepalen.

In de artikelen 58 en 59 (oude artikelen 60 en 61) wordt de terminologie aangepast. Zo wordt, in de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, de terminologie «ministerie» vervangen door «federale overheidsdienst» en wordt in de ziekenhuiswet en in de wet van 29 april 1996 de term «overlegstructuur» telkens gewijzigd in «multipartite-structuur».

## II. ALGEMENE BESPREKING

### A. Opmerkingen van de leden

De heer Vankrunkelsven verklaart dat de voorgestelde bepalingen een aantal positieve elementen bevatten maar noteert nog een aantal belangrijke lacunes. Zo blijft het mogelijk dat de patiënten zich, zonder voorafgaandelijke raadpleging van de huisarts, kunnen blijven wenden tot de verschillende echelons in onze gezondheidszorg. Een gemiste kans in gans het opzet van deze wetgeving en de senator vraagt zich af waarom deze praktijk mogelijk blijft.

Vervolgens merkt de senator op dat in verschillende bepalingen er een advies aan de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen moet worden gevraagd. Zijn deze adviezen bindend? De senator hoopt van niet, anders riskeert men, bijvoorbeeld voor het artikel 2 in een vicieuze cirkel terecht te komen.

De spreker vraagt zich ook af waarom in het voorgestelde artikel 11 de technische elementen in het artikel zelf worden opgesomd daar waar in de andere artikelen aan de Koning een machtiging wordt verleend.

De heer Remans is van oordeel dat wachtendiensten in de geneeskunde bijvoorbeeld in de ziekenhuizen, bijvoorbeeld door de huisartsen een bepaalde kostprijs hebben. Wat denkt de minister van de integratie van de wachtendiensten van de huisartsen in de ziekenhuiswacht? Kan op die manier de uiteindelijke kostprijs niet gedrukt worden?

composition de la structure multipartite, notamment pour ce qui est du nombre des membres. C'est ainsi que chacune des trois catégories concernées — les organismes assureurs, les organisations d'hôpitaux et les médecins — comptera six au lieu de huit membres.

L'article 56 (ancien article 58) concerne une disposition générale, en vertu de laquelle le Roi peut prendre des mesures en matière de soutien administratif de la structure multipartite, ainsi que du financement de celle-ci. En outre, le Roi peut subdiviser la structure multipartite en sections qui doivent se composer en partie, mais pas exclusivement, de membres de la structure multipartite. L'article 57 (ancien article 59) prévoit que le Roi peut préciser des règles concernant le fonctionnement.

Aux articles 58 et 59 (anciens articles 60 et 61), la terminologie est adaptée. C'est ainsi que, dans la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, le terme «ministère» est remplacé par les termes «service public fédéral» et que, dans la loi sur les hôpitaux et la loi du 29 avril 1996, les termes «structure de concertation» sont chaque fois remplacés par les termes «structure multipartite».

## II. DISCUSSION GÉNÉRALE

### A. Remarques des membres

M. Vankrunkelsven déclare que les dispositions proposées contiennent un certain nombre d'éléments positifs, mais il constate encore plusieurs lacunes importantes. C'est ainsi que les patients pourront continuer à recourir aux divers échelons de nos soins de santé sans consulter au préalable de médecin généraliste. C'est une occasion perdue dans le cadre de la législation à l'examen et le sénateur se demande pourquoi on continue à permettre cette pratique.

Ensuite, le sénateur observe que dans plusieurs dispositions, on prévoit qu'il faut demander l'avis de la commission nationale médico-mutualiste. Ces avis sont-ils contraignants? Le sénateur espère que non, sinon on risque de se retrouver dans un cercle vicieux, par exemple en ce qui concerne l'article 2.

L'intervenant se demande également pourquoi à l'article 11 proposé, on énumère les éléments techniques dans l'article lui-même, alors que dans d'autres articles, on donne une habilitation au Roi.

Pour M. Remans, les services de garde, qu'ils soient organisés par les hôpitaux ou effectués par les généralistes, ont un coût. Que pense le ministre d'une intégration des services de garde effectués par les généralistes dans les services de garde des hôpitaux? Ne pourrait-on comprimer ainsi le coût final?

Ook de voorzitter vraagt naar een mogelijkheid om de verschillende wachtdiensten bijvoorbeeld in de intensieve zorgen, de algemene wacht, de wachtdiensten van huisartsen te combineren? Indien deze combinatie niet mogelijk is, waarom wordt er dan een vergoeding voorzien voor de wachtdiensten van de huisartsen en niet voor die in de ziekenhuizen.

De heer Remans vraagt of de minister kan bevestigen dat de referentiebedragen uit de voorgestelde tekst gebaseerd zijn op gemiddelden en niet op de mediaan? Afhankelijk van de variantie van de reeks kan er immers een verschil optreden tussen beide getallen.

De spreker vraagt waarom de uitbreiding in de zorgvernieuwing beperkt is tot de podologen en de diëtisten. Ook andere paramedici willen voor deze zorgverbreding in aanmerking komen. Kan de minister bovendien uitleg geven over de voorziene frequentie van deze verstrekingen?

De heer Remans is voorstander van een controle van de ziekenhuizen die wordt uitgevoerd door een college van adviserende geneesheren. Kan de minister deze werkwijze bevestigen? Zijn er in dit nieuwe voorstel nog ziekenhuizen die rechtstreeks van de mutualiteit afhangen? Wordt de controle enkel uitgevoerd op de ziekenhuizen of ook op de ambulante klinieken?

Mevrouw van Kessel meent zich het belang te herinneren van een koppeling van de medisch klinische gegevens (MKG) aan de medisch financiële gegevens (MFG) voor een betere controle van de ziekenhuizen. Wat is de stand van zaken voor deze koppeling?

Terzelfder tijd vraagt spreekster zich af hoe de correcties inzake de MKG-MFG-koppeling zich zullen verhouden tot de PAL/NAL correcties.

De spreekster vraagt zich voorts af in hoeverre de voorgestelde werking van de multipartite-structuur geen gevaar voor blokkering inhoudt.

Het voorgestelde artikel 11, waar de ziekenhuizen zullen geconfronteerd worden met de referentiebedragen, biedt een derde mogelijkheid tot evaluatie van good medical practice. Hoe verhouden al deze evaluatiemogelijkheden zich gezien hun vermoedelijk zelfde doelstelling tot elkaar.

Kan de minister bovendien wat meer uitleg verschaffen over de hoofdstuk 4 vermelde experimentele wijze van voorschrijven?

Verder zal de Algemene raad van het RIZIV via het voorgestelde artikel 15 in de toekomst kunnen bepalen welke afwijkingen er zijn van de begrotingsnorm nl bepalen welke uitzonderlijke of bijzondere uitgaven niet opgenomen worden in de berekeningsbasis voor de toepassing van deze maximale groeinorm. Is dat niet riskant?

Le président interroge lui aussi le ministre sur la possibilité de combiner divers services de garde, par exemple les soins intensifs, la garde générale et les services de garde des médecins généralistes. Si cette combinaison n'est pas possible, pourquoi prévoir une indemnisation pour les services de garde des généralistes et non pour ceux des hôpitaux?

M. Remans demande si le ministre peut confirmer que les montants de référence figurant dans le texte proposé sont basés sur des moyennes et non sur la médiane. Il peut y avoir une différence entre les deux chiffres en fonction de la variance de la série.

Dès lors, l'intervenant demande pourquoi on limite l'extension des nouveaux soins à ceux dispensés par les podologues et les diététiciens. D'autres professions paramédicales souhaitent également entrer en ligne de compte pour cet élargissement des soins. Le ministre pourrait-il en outre donner des précisions sur la fréquence prévue de ces prestations?

M. Remans est partisan d'un contrôle des hôpitaux exercé par un collège de médecins-conseils. Le ministre peut-il marquer son accord sur cette manière de procéder? Y aura-t-il encore, dans le cadre de cette nouvelle proposition, des hôpitaux qui dépendent directement des mutuelles? Contrôlera-t-on uniquement les hôpitaux ou également les cliniques de jour?

Mme van Kessel croit se rappeler qu'il est important qu'il y ait un lien entre les résumés cliniques minimums (RCM) et les résumés financiers minimum (RFM) pour améliorer le contrôle des hôpitaux. Qu'en est-il de ce lien?

L'intervenante se demande par ailleurs comment les corrections en ce qui concerne le lien RCM-RFM se rapporteront aux corrections EJP-DJN.

L'intervenante se demande ensuite si le fonctionnement proposé de la structure multipartite ne présente pas un risque de blocage.

L'article 11 proposé, en vertu duquel les hôpitaux seront confrontés aux montants de référence, offre une troisième possibilité d'évaluation des bonnes pratiques médicales. Quel est le rapport entre toutes ces possibilités d'évaluation, sachant qu'elles poursuivent sans doute toutes le même objectif?

Le ministre peut-il en outre donner des précisions sur l'expérimentation en matière de prescription dont il est question au chapitre 4?

Par ailleurs, l'article 15 proposé permettra-t-il au conseil général de l'INAMI de fixer à l'avenir les dérogations à la norme budgétaire, c'est-à-dire déterminer quelles dépenses exceptionnelles ou particulières ne sont pas prises en considération dans la base de calcul pour l'application de cette norme de croissance maximale? N'est-ce pas risqué?

Via het voorgestelde hoofdstuk VII wordt er een stap gezet in de richting van de budgetfinanciering voor de ouderenvoorziening. De uitdaging zal er echter uit bestaan om het budget te bepalen en hoog genoeg te houden. Kan de minister hier enige uitleg bij verschaffen?

Bovendien is ook hier een goede scoring zeer belangrijk? In deze context wordt al jaren gesproken over een nieuw scoringsinstrument. Wat is hier de stand van zaken?

Tot slot had de spreekster gehoopt dat via de voorgestelde bepalingen die een aantal stappen naar de echelonering in onze gezondheidszorg zetten er eveneens een eind zou worden gemaakt aan één welbepaalde anomalie van het Globaal Medisch Dossier. Spreekster had namelijk gehoopt dat er einde zou worden gemaakt aan de mogelijkheid dat een patiënt wanneer hij een andere huisarts dan zijn huisarts raadpleegt hij eveneens kan genieten van de voordelen van het Globaal Medisch Dossier.

Waarom blijft die anomalie bestaan?

De heer Barbeaux is verheugd dat de minister op zijn suggestie de controleopdracht van de MKG-gegevens wil toevertrouwen aan de adviserende geneesheren. (Wetsontwerp houdende maatregelen inzake de gezondheidszorg, stuk Senaat, nr. 2/967).

Toch vraagt hij zich af of het nieuwe voorgestelde circuit voor de controle van de MKG-gegevens wel de meest goedkope en efficiënte manier van controle is. Immers, momenteel wordt er ten behoeve van de controle van deze gegevens een volledig nieuw circuit gecreëerd in de schoot van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu. Was het niet efficiënter en beter om dit nieuwe aspect gewoon toe te voegen aan het bestaande circuit? Enkel de toevoeging van een nieuwe rubriek aan het bestaande formulier 927, afgegeven bij het verlaten van het ziekenhuis, was hiervoor noodzakelijk geweest.

Zo wordt het ook mogelijk de MKG te vergelijken met de ziekenhuisfactuur.

Via de voorgestelde bepalingen wordt het takenpakket van de adviserende geneesheren uitgebreid. Is hier de aanwerving van nieuwe geneesheren voorzien? Of wordt hun takenpakket op een andere manier verminderd?

Verder is het lid verheugd over de versterking van de eerstelijnszorg. Hij stelt vast dat hiervoor een bepaalde forfaitaire tegemoetkoming wordt voorzien. Is deze definitief verworden? Wordt ze voor een bepaalde welbepaalde periode toegekend?

In verband met de spoeddiensten merkt de spreker op dat hierover in de Kamer van volksvertegenwoordigers een gans debat heeft plaatsgehad. Hij is ver-

Le chapitre VII proposé est un pas allant dans le sens de la création d'un budget de financement des établissements de soins pour personnes âgées. Mais le défi consistera à déterminer ce budget et à le maintenir à un niveau suffisant. Le ministre peut-il fournir des explications à ce sujet?

De plus, n'est-il pas essentiel d'avoir un bon critère d'évaluation de la qualité (*scoring*)? Voilà déjà des années que l'on parle d'un nouvel instrument d'évaluation dans ce contexte. Où en est-on exactement?

Enfin, l'intervenante avait espéré que les dispositions proposées visant à franchir plusieurs étapes dans le sens de l'échelonnement de nos soins de santé auraient aussi permis de mettre un terme à une anomalie liée au dossier médical global. L'intervenante avait en effet espéré que l'on mettrait fin à la possibilité, pour le patient, de bénéficier des avantages du dossier médical global lorsqu'il consulte un médecin autre que son médecin généraliste habituel.

Pourquoi a-t-on laissé subsister cette anomalie?

M. Barbeaux se réjouit que le ministre ait suivi sa suggestion et qu'il veuille confier la mission de contrôle des résumés cliniques minimums aux médecins-conseils. (Projet de loi portant des mesures en matière de soins de santé, doc. Sénat, n° 2-967).

Il se demande néanmoins si le nouveau circuit proposé pour le contrôle des résumés cliniques minimums est la manière la plus efficace et la plus économique de procéder. Pour contrôler ces données, on est en effet en train de créer un circuit totalement nouveau au sein du service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. N'aurait-il pas été plus efficace et préférable d'ajouter tout simplement ce nouvel aspect au circuit existant? Il aurait suffi pour ce faire d'ajouter une nouvelle rubrique dans le formulaire 927 existant, fourni lors de la sortie de l'hôpital.

Cela permettrait aussi de pouvoir confronter les RCM avec la facture de l'hôpital.

Les dispositions proposées étendent les missions des médecins-conseils. A-t-on prévu d'engager de nouveaux médecins? Ou réduira-t-on leurs missions d'une autre manière?

Le membre se réjouit en outre du renforcement des soins de première ligne. Il constate que l'on a prévu une intervention forfaitaire à cet égard. Celle-ci est-elle définitivement acquise? Est-elle accordée pour une période déterminée?

En ce qui concerne les services d'urgence, l'intervenant fait remarquer que la Chambre des représentants y a consacré tout un débat. Il se réjouit de l'amende-

heugd over de amendering van de Kamer van volksvertegenwoordigers die inhoudt dat de bedragen die worden betaald in het kader van de spoeddiensten zullen geïntegreerd worden in de maximumfactuur. Deze maatregel geeft alvast een gedeeltelijk antwoord op de problemen die de minder begoeden momenteel zullen ontmoeten als ze een beroep doen op de spoeddiensten.

Vervolgens verwijst de spreker naar het amendement dat hij had ingediend tijdens de bespreking van het wetsontwerp houdende maatregelen inzake gezondheidszorg (860) en waar hij voorstelde de bijdrage op de omzet die deze bedrijfstak betaalt, vast te leggen op 4 %.

Het lid bemerkt momenteel dat de minister, via het voorgestelde artikel 18, voor het jaar 2002 een bijkomende heffing wil instellen van 1,5 % op de omzet die in 2001 is verwezenlijkt. Hierdoor komt de totale heffing op 4,5 %. Kan de minister deze interpretatie bevestigen?

Tot slot is spreker sterk gekant tegen de bepaling uit artikel 38, die aangeeft dat slechts één ziekenhuis per universiteit met een faculteit geneeskunde met volledig leerplan kan worden aangewezen als universitair ziekenhuis. Spreker verwijst in eerste instantie naar de uitwerking van deze bepaling in het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. In dit besluit worden de eigenlijke universitaire ziekenhuizen vastgelegd zijnde 3 in Vlaanderen, 3 in Brussel en slechts 1 in Wallonië. Op het vlak van de regionale evenwichten lijkt deze verdeling de spreker niet aanvaardbaar.

De heer Barbeaux ziet geen enkele reden om de ziekenhuizen «Mont-Godinne» en «Brugmann» van de andere universitaire ziekenhuizen te onderscheiden.

In datzelfde koninklijke besluit worden eveneens de samenstellende delen van de ziekenhuisbudgetten bepaald. Het onderdeel B7 (de specifieke kosten voor de specifieke taken op het gebied van de patiëntenzorg, het klinisch onderricht, het toegepast wetenschappelijk onderzoek, de ontwikkeling van nieuwe technologieën en de evaluatie van de medische activiteiten) wordt opgesplitst in een onderdeel B7A voor de 7 universitaire ziekenhuizen, en een onderdeel B7B voor de andere ziekenhuizen met enkele universitaire bedden maar ook voor diegenen die over minstens 75 % universitaire bedden beschikken. Spreker vraagt in welke mate deze bepaling overeenkomt met de engagementen die de minister heeft genomen in de Kamer van volksvertegenwoordigers en die eveneens werden vermeld in het Senaatsverslag nr. 2-967/3 van de Commissie voor de Sociale Aangelegenheden, met name dat de ziekenhuizen met minstens 75 % univer-

ment déposé à la Chambre, selon lequel les montants payés dans le cadre des services d'urgence seront intégrés dans le maximum à facturer. Cette mesure répond déjà en partie aux problèmes que les moins favorisés rencontreront momentanément lorsqu'ils feront appel aux services d'urgence.

L'intervenant renvoie ensuite à l'amendement qu'il avait déposé au cours de la discussion du projet de loi portant des mesures en matière de soins de santé (n° 2-860) et qui prévoyait de fixer à 4 % la cotisation sur le chiffre d'affaires que l'industrie pharmaceutique paie.

L'intervenant constate que le ministre veut maintenant instaurer, pour l'année 2002, par le biais de l'article 18 proposé, une cotisation supplémentaire de 1,5 % du chiffre d'affaires qui a été réalisé durant l'année 2001. La cotisation totale atteindra de ce fait 4,5 %. Le ministre peut-il confirmer que cette interprétation est exacte?

Enfin, l'intervenant se dit fortement opposé à la disposition de l'article 38, selon laquelle un seul hôpital peut être désigné comme hôpital universitaire pour chaque université qui dispose d'une faculté de médecins offrant un cursus complet. L'intervenant renvoie tout d'abord à l'effet que cette disposition aura par le biais de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux. Cet arrêté royal désigne les hôpitaux universitaires proprement dits, soit trois en Flandre, trois à Bruxelles et seulement un en Wallonie. Du point de vue des équilibres régionaux, cette répartition n'est pas acceptable, selon l'intervenant.

M. Barbeaux ne voit aucune raison qui justifie d'écarter les hôpitaux de «Mont-Godinne» et «Brugmann» des autres hôpitaux universitaires.

Ce même arrêté royal détermine également les éléments constitutifs des budgets des hôpitaux. La sous-partie B7 (coûts spécifiques liés aux tâches spécifiques assumées dans le domaine des soins aux patients, de l'enseignement clinique, de la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies et de l'évaluation des activités médicales) est scindée en une sous-partie B7A qui concerne les sept hôpitaux universitaires, et en une sous-partie B7B qui concerne les autres hôpitaux comptant quelques lits universitaires, mais aussi ceux qui comptent au moins 75 % de lits universitaires. L'intervenant demande dans quelle mesure cette disposition est conforme aux engagements que le ministre a pris à la Chambre des représentants et qui ont également été évoqués dans le rapport du Sénat n° 2-967/3 fait par la commission des Affaires sociales, et selon lesquels les hôpitaux comptant au moins 75 % de lits universitaires

sitaire bedden eveneens zouden beschouwd worden als universitaire ziekenhuizen.

Waarom ressorteren de ziekenhuizen «Mont Godinne» en «Brugmann», die over minstens 75% universitaire bedden beschikken, niet onder de categorie B7A? Gezien hun kostenstructuur en organisatievorm horen zij immers in deze categorie thuis. Heeft een en ander te maken met het feit dat de minister voor deze laatste categorie tussenkomt in het sociaal statuut van de geneesheren-werknemers, terwijl dat niet gebeurt voor de eerste twee instellingen?

In tweede instantie vraagt de senator naar de wettelijke basis van het koninklijke besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. Immers in de eerste considerans van dit koninklijk besluit baseert men zich op de wet op de ziekenhuizen gecoördineerd op 7 augustus 1987 waarvan het artikel 4 toelaat om twee verschillende categorieën van budgetten vast te stellen in de categorie B7. Momenteel wordt dat artikel 4 opgeheven om terug te komen tot de oude regeling. De nieuwe bepaling van één universitair ziekenhuis per universiteit gaat niet meer in op een door de Koning te bepalen datum en uiterlijk op 31 maart 2003. In die zin is er dus momenteel geen legale basis meer om de twee categorieën B7 te behouden.

De heer Remans wil de overgang van een statische manier van terugbetaling van de ziekenhuiskosten naar een meer dynamisch terugbetaling toejuichen. Hij benadrukt echter dat de werking van een dergelijk systeem staat of valt met de efficiëntie van de controle. Hoe gaat die controle die zich niet enkel naar de ziekenhuizen maar ook naar de mutualiteiten moet toespitsen in de praktijk gebeuren?

In verband met de behoeftenraming in de ouderenzorg merkt de heer Remans op dat de ouderenzorg naargelang het gewest anders is gestructureerd. Hoe zal worden ingespeeld op dit gegeven?

Wat de controle van de adviserende geneesheren in de ziekenhuizen betreft, merkt de heer Vankrunkelsven op dat deze geneesheren via deze controles enerzijds het algemeen belang moeten dienen maar anderzijds ook hun mutualiteit die dikwijls een andere doelstelling heeft dan het algemeen belang. Zal dit gegeven geen problemen opleveren?

De heer Vandenberghe vraagt hoe de bepaling van het voorgestelde artikel 7 moet geïnterpreteerd worden? Kan de minister bevestigen dat enkel de helft van de algemene geneeskundigen of van de geneesheren-specialisten moeten akkoord gaan?

Vervolgens verwijst het lid naar de discussie over de administratieve geldboeten die heeft plaatsgehadt tijdens de bespreking van het wetsontwerp houdende

res seraient également considérés comme hôpitaux universitaires.

Pourquoi les hôpitaux de «Mont Godinne» et «Brugmann», qui comptent au moins 75% de lits universitaires, n'entrent-ils pas dans la catégorie B7A? Vu leur structure en matière de coûts et leur forme d'organisation, ils appartiennent en effet à cette catégorie. Cette absence est-elle due au fait que le ministre intervient, pour cette dernière catégorie, dans le statut social des médecins-employés, alors qu'il ne le fait pas pour les deux premiers établissements?

L'intervenant demande en second lieu quelle est la base légale de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux. Dans le premier considérant de cet arrêté royal, on invoque en effet la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, dont l'article 4 permet de fixer deux catégories distinctes de budgets pour la catégorie B7. On supprime actuellement cet article 4 pour revenir à l'ancienne réglementation. La nouvelle disposition d'un seul hôpital universitaire par université n'entre plus en vigueur qu'à partir d'une date à fixer par le Roi et, au plus tard, le 31 mars 2003. Il n'y a donc, à l'heure actuelle, plus de base légale pour maintenir les deux catégories B7.

M. Remans veut se réjouir de ce que l'on passe d'une forme statique de remboursement des frais d'hôpitaux à une forme plus dynamique. Il souligne cependant que le fonctionnement d'un tel système dépend étroitement de l'efficacité du contrôle qui est exercé. Comment ce contrôle, qui doit viser non seulement les hôpitaux, mais aussi les mutualités, sera-t-il exercé en pratique?

En ce qui concerne l'évaluation des besoins pour ce qui est des soins aux personnes âgées, M. Remans signale que ces soins sont structurés différemment suivant la région. Comment va-t-on tenir compte de cette réalité?

En ce qui concerne le contrôle des médecins-conseils dans les hôpitaux, M. Vankrunkelsven fait observer que, par le biais de ces contrôles, les médecins en question doivent servir l'intérêt général, mais aussi leur mutualité qui, dans des cas, poursuit un autre objectif que l'intérêt général. Cela ne va-t-il pas poser problème?

M. Vandenberghe demande comment il y a lieu d'interpréter la disposition de l'article 7 proposé. Le ministre peut-il confirmer que seule la moitié des médecins-généralistes ou des médecins-spécialistes doit être d'accord?

Le membre renvoie ensuite à la discussion relative aux amendes administratives qui a eu lieu dans le cadre de l'examen du projet de loi portant des mesu-

maatregelen inzake de gezondheidszorg (stuk Senaat, nr. 2/860). Momenteel wordt voorgesteld om het systeem van de administratieve geldboete opnieuw te wijzigen. Kan de minister de achterliggende bedoeling aangeven? Welke zijn de verhaalsmiddelen van de betrokkenen tegen deze relatief confiscatoire opgelegde boete? Spreker blijft immers bij zijn mening dat deze boete gezien de omvang die deze kan aannemen het karakter krijgt van een straf. Hiervoor verwijst hij naar de uitspraken van het Europees Hof voor de rechten van de mens.

De spreker stelt ook vast dat er bepaalde bepalingen verwijzen naar de universiteiten. Kan het fusie- en herschikkingsproces van de universiteiten geen invloed hebben op de in de wet gebruikte terminologie?

Spreker stelt immers vast dat de invulling van het begrip dat de wet hanteert, afhangt van het beleid van de deelstaten. Hoe ziet de minister deze mogelijkheid? Hoe zal deze bepaling inspelen op de universitaire ontwikkeling?

Tot slot stelt de spreker vast dat de artikelen 38 en 48 in werking treden met terugwerkende kracht. Waardoor wordt deze beslissing verantwoord?

De heer Malcorps ondersteunt het principe van de responsabilisering van de huisartsen en de instelling van forfaitaire tegemoetkoming voor bepaalde prestaties van deze artsen. Het lid wil echter vooral weten hoe verstrekkend deze bepaling is en welke invulling dit op termijn zal krijgen.

Uiteraard kan dit principe worden gekaderd in de zorg voor de echelonnering maar daarnaast is er ook de primaire preventie inzake volksgezondheid en leefmilieu. Een van de noodzakelijke voorwaarden voor het ontwikkelen van een degelijk beleid is de voldoende registratie. Worden er ook specifiek voor de registratie middelen voorzien?

Ook aan de beroepsziekten en aan het voorschrijfgedrag inzake antibiotica moet er speciale aandacht worden besteed. Misschien kan die aandacht worden weerspiegeld in de verloning van de huisartsen. Gaat dit te ver of wordt deze mogelijkheid door de voorliggende bepalingen geopend?

De heer Galand is van mening dat dit wetsontwerp een positieve bijdrage levert aan het beroep van de huisarts en dat hier op het terrein reeds lang werd op gewacht.

Spreker betreurt bovendien het gebrek aan evaluatie van de voorzienbare middelen inzake gezondheidszorg. Met dergelijk gegevens wordt een evaluatie van het gezondheidsbeleid bijzonder moeilijk. Bij het opstellen van een kwantitatief overzicht met de noden inzake gezondheid, gaat een grote rol naar het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid Louis Pasteur.

res en matière de soins de santé (doc. Sénat, n° 2/860). On propose maintenant de modifier une nouvelle fois le système des amendes administratives. Le ministre peut-il communiquer la motivation de cette mesure? Quelles sont les possibilités de recours dont disposent les intéressés contre ces amendes relativement confiscatoires? L'intervenant reste en effet d'avis qu'étant donné la lourdeur qu'elles peuvent avoir, ces amendes ont le caractère de peines. Il renvoie à ce sujet à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme.

L'intervenant constate également que certaines dispositions renvoient aux universités. Le processus de fusion et de réaménagement des universités ne peut-il pas influencer sur la terminologie utilisée dans la loi?

L'intervenant constate en effet que l'interprétation de la notion utilisée par la loi dépend de la politique des États fédérés. Quelle est l'optique de la ministre à propos de cette possibilité? Comment cette disposition agira-t-elle sur le développement universitaire?

En conclusion, l'intervenant constate que les articles 38 et 48 entrent en vigueur avec effet rétroactif. Comment cette décision se justifie-t-elle?

M. Malcorps soutient le principe de la responsabilisation des médecins généralistes et de l'institution d'une intervention forfaitaire pour certaines prestations de ces médecins. Il veut toutefois savoir quelle est la portée de cette disposition et comment elle sera interprétée à terme.

Il va de soi que ce principe peut répondre à un souci d'échelonnement, mais il y a en outre la prévention primaire en matière de santé publique et d'environnement. L'une des conditions nécessaires au développement d'une telle politique est l'enregistrement suffisant. Prévoit-on également des moyens spécifiques pour l'enregistrement?

Il faut également consacrer une attention particulière aux maladies professionnelles et au comportement prescripteur en matière d'antibiotiques. Peut-être cette attention peut-elle se répercuter dans la rémunération des généralistes. Cela va-t-il trop loin ou les dispositions en discussion ouvrent-elles la voie à cette possibilité?

M. Galand estime que le projet de loi en discussion apporte une contribution positive à la profession de médecin généraliste, que l'on attendait depuis longtemps sur le terrain.

Par ailleurs, l'intervenant dit regretter le manque d'évaluation des moyens prévisibles en soins de santé. De telles données rendent particulièrement difficile une évaluation de la politique de santé. Dans le développement d'un tableau de bord quantitatif comprenant les besoins de santé, un rôle important est dévolu à l'Institut scientifique de santé publique Louis Pasteur.



Bovendien hecht spreker een groot belang aan controles bij het ziekbed van de patiënt zelf.

De heer Galand sluit zich aan bij de heer Barbeaux wat betreft diens vragen over de ziekenhuizen «Mont-Godinne» en «Brugmann».

Na lezing van het voorgestelde hoofdstuk met betrekking tot de referentiebedragen meent de voorzitter begrepen te hebben dat deze gelijk zijn aan het gemiddelde van de jaarlijkse uitgaven vermeerderd met 10%. Worden deze met 10% overschreden dan wordt er teruggevorderd. Gebeurt deze terugvordering op de vroegere prestaties of via de aanpassing van de prijzen van toekomstige prestaties? Hoe gebeurt dat?

Artikel 14 bepaalt sancties voor de farmaceutische bedrijven. De heer D'Hooghe vraagt zich af op welk aspect deze sanctie zich precies toespitst?

In het budgettaire gedeelte heeft men het over bepaalde factoren die men niet in rekening wil brengen voor het bepalen van de groeinorm. Aan welke factoren wordt hier concreet gedacht? Welke overwegingen spelen hierin mee?

Het voorgestelde artikel 16 bepaalt dat de Koning de regels vastlegt waarop de bedragen die met toepassing van de internationale rechtsorde ten laste vallen van de verzekering, worden geboekt. Heeft deze problematiek te maken met de buitenlandse patiënten die zich in België laten verzorgen?

Mevrouw Thijs vraagt in welke mate het voorgestelde artikel 9 inhoudt dat de daghospitalisatie geïntegreerd wordt in de functies van het ziekenhuis.

Het voorgestelde artikel 10 verleent net als een aantal andere artikelen een machtiging aan de Koning. Is deze praktijk niet nefast naar de wetgever en de uitvoering toe?

Mevrouw van Kessel vraagt enige verduidelijking betreffende het voorziene forfait voor de spoedgevallen.

Voor de spreekster is het de evidentie zelf dat de forfaitaire bijdrage alleszins wordt beperkt tot patiënten die niet op doorverwijzing op spoedopname consulteren.

Kan de minister dit bevestigen?

Hoe zal er opgetreden worden tegen die ziekenhuizen die momenteel reeds een hoger forfait aanrekenen in hun spoedgevallendienst dan het wettelijk te bepalen bedrag?

Mevrouw van Kessel meent dat, om wachtdiensten te organiseren in verstedelijkt gebied, de wijkgezondheidscentra een betere oplossing bieden dan het organiseren van deze wachtdiensten van huisartsgeneeskunde.

En outre, l'intervenant attache une grande importance à des contrôles données au chevet du patient même.

M. Galand se joint aux questions de M. Barbeaux concernant les hôpitaux de «Mont-Godinne» et «Brugmann».

Après avoir lu le chapitre proposé concernant les montants de référence, le président croit avoir compris que ceux-ci sont égaux à la moyenne des dépenses annuelles augmentée de 10%. Si ces 10% sont dépassés, on procède à une récupération. Cette récupération se fait-elle sur les prestations antérieures ou par l'adaptation des prix des prestations futures? Comment procède-t-on?

L'article 14 prévoit des sanctions pour les firmes pharmaceutiques. M. D'Hooghe se demande sur quel aspect cette sanction se concentre précisément.

Dans la partie budgétaire, on parle de facteurs déterminés que l'on ne veut pas prendre en compte pour la détermination de la norme de croissance. Quels facteurs vise-t-on concrètement? Quelles sont les considérations qui entrent en ligne de compte?

L'article 16 proposé dispose que le Roi fixe les règles selon lesquelles sont comptabilisés les montants qui, en application de l'ordre juridique international, sont à charge de l'assurance. Vise-t-on en l'occurrence les patients étrangers qui se font soigner en Belgique?

Mme Thijs demande dans quelle mesure l'article 9 proposé suppose l'intégration de l'hospitalisation de jour dans les fonctions de l'hôpital.

L'article 10 proposé octroie, comme une série d'autres articles, une habilitation au Roi. Cette pratique ne nuit-elle pas à la fois au législateur et à l'exécution de la loi?

Mme van Kessel demande quelques précisions concernant le forfait prévu pour les urgences.

Pour l'intervenante, il va de soi qu'il ne faut en tout cas appliquer la contribution forfaitaire qu'aux patients qui viennent aux urgences sans y avoir été envoyés par un médecin.

Le ministre peut-il le confirmer?

Quelles actions entreprendra-t-on contre les hôpitaux qui font payer dès à présent, aux urgences, un forfait supérieur à celui que la loi devra fixer?

Mme van Kessel estime qu'il est préférable de confier l'organisation des services de garde dans les centres urbains aux centres de santé de quartier plutôt qu'aux services de garde des médecins généralistes.

Vervolgens verwijst mevrouw van Kessel naar de werkgroep Perl en het knelpunt dat deze werkgroep had met betrekking tot de verhouding tussen ziekenhuizen en artsen. Zijn de bepalingen van het voorgestelde artikel 46 met de oprichting van een financiële doorzichtigheidscommissie de gulden middenweg om aan dit knelpunt tegemoet te komen?

In verband met de, zinvolle multipartite structuur, vreest de spreekster vervolgens een mogelijke blokkade voor het uitzetten van besluitvorming als er binnen elke deelgroep van deze structuur een akkoord moet zijn met datgene wat voorligt. Wat indien de ene of de andere groep het niet eens is met de gang van zaken? Kunnen zij dan een beslissing blokkeren? Welke mogelijkheden heeft de minister dan nog om op te treden?

Bovendien biedt het voorgestelde artikel 56 de mogelijkheid tot de oprichting van bepaalde deelkamers. Is het mogelijk om een organigram van het RIZIV ter beschikking te stellen. Het RIZIV kent momenteel al zoveel deelstructuren en de structuur heeft eerder de neiging om te verzwaren in de plaats van te verlichten.

De voorzitter stelt vast dat het spoedgevallenforfait in een aantal gevallen niet zal worden aangerekend en in andere wel en dat op die manier de patiënt wordt geresponsabiliseerd. De spreker stelt echter vast dat ook wachtdiensten van huisartsen hun taak echter nogal licht opnemen en patiënten zoveel mogelijk doorsturen naar de spoeddiensten in de ziekenhuizen. Hoe wordt de responsabilisering daar geregeld?

De spreker geeft aan dat de multipartite-structuur verschillende taken zal overnemen onder andere van de MKG en de Profielencommissie. Bestaat er geen risico dat deze nieuwe structuur tegelijkertijd rechter en partij zal zijn?

Naar verluid zou het de bedoeling zijn om de departementen sociale zaken en volksgezondheid afzonderlijk gaan te organiseren. In de vorige zittingsperiode was er echter eerder een neiging tot fusie van deze departementen. Vanwaar deze omgekeerde beweging? Bemoeilijkt deze uitsplitsing de besluitvorming niet?

### **B. Antwoorden van de minister van Sociale Zaken en Pensioenen**

De heer Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken en Pensioenen, wijst erop dat de voorgestelde tekst slechts een juridisch kader schept. Het beleid zelf wordt in de voorgestelde bepalingen niet concreet uitgewerkt, aangezien hiervoor eerst het nodige overleg moet gebeuren in de overlegorganen en de eigenlijke uitwerking plaatsvindt via koninklijke en ministeriële besluiten.

Ensuite, Mme van Kessel fait référence au groupe de travail Perl et au problème qui s'est posé à lui en ce qui concerne la relation entre les hôpitaux et les médecins. Les dispositions de l'article 46 proposé relatives à la création d'une commission de transparence financière sont-elles la voie médiane qui permettrait de résoudre le problème?

En ce qui concerne la structure multipartite, qui a un sens, l'intervenante craint qu'on ne bloque la prise de décision si chaque groupe de cette structure doit parvenir à un accord sur ce qui est proposé. Que se passera-t-il si l'un ou l'autre groupe n'est pas d'accord avec la marche des opérations? Peut-il alors bloquer une décision? Quelles possibilités d'action reste-t-il alors au ministre?

Qui plus est, l'article 56 proposé permet de créer des subdivisions. Pourrait-on disposer d'un organigramme de l'INAMI? L'INAMI compte déjà de nombreuses subdivisions et sa structure a plutôt tendance à s'alourdir qu'à s'alléger.

Le président constate que le forfait pour les cas d'urgence ne sera pas imputé dans un certain nombre de cas et qu'il le sera dans d'autres: c'est une manière de responsabiliser le patient. L'intervenant constate toutefois que certains services de garde de médecins généralistes prennent aussi leur mission assez à la légère et envoient autant que possible les patients aux services d'urgences dans les hôpitaux. Comment régler la responsabilité dans ce cas?

L'intervenant indique que la structure multipartite assumera plusieurs missions, notamment des RCM et de la Commission des profils. N'y a-t-il pas un risque que cette nouvelle structure soit en même temps juge et partie?

Il paraîtrait que l'objectif serait d'organiser les départements des Affaires sociales et de la Santé publique de manière distincte. Au cours de la législature précédente, il y avait plutôt une tendance à fusionner ces départements. Quelle est la raison de ce revirement? Cette scission n'est-elle pas de nature à entraver la prise de décision?

### **B. Réponses du ministre des Affaires sociales et des Pensions**

M. Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et des Pensions, souligne que le texte proposé se borne à créer un cadre juridique. La politique en soi n'est pas élaborée concrètement dans les dispositions proposées, étant donné qu'elle nécessite une concertation préalable dans les organes de concertation et que la mise en œuvre concrète se fera par la voie d'arrêtés royaux et ministériels.

Wat de problematiek van de huisartsen betreft, bevestigt de minister de mening van de heer Vankrunkelsven dat hier nog heel wat meer fundamentele ingrepen vereist zijn, maar hij beschouwt dit niet als een kritiek op dit wetsontwerp. Immers moeten verschillende elementen van deze problematiek, zoals bijvoorbeeld de echelonnering, niet bij wet worden geregeld. Enkel voor de gedifferentieerde, trajectgebonden tarifiering van de spoeddiensten is een wetswijziging nodig. Het wetsontwerp bevat hiervoor de noodzakelijke bepalingen.

Het advies van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen is niet bindend, maar het vormt wel een middel om deze commissie te responsabiliseren. De minister neemt nog geen standpunt in tegenover een eventueel negatief advies en geeft de voorkeur aan een afwachtende houding.

De minister bevestigt eveneens de opmerking van mevrouw van Kessel over de werking van het Globaal Medisch Dossier. De idee werd daarom voorgelegd aan de werkgroep-huisartsen van het RIZIV, die zich daarover zal uitspreken.

De minister sluit de opname van huisartsen in een ziekenhuiswacht niet uit maar hij wil daar wel de nodige voorzichtigheid voor aan de dag leggen. Immers, het huidige beleid tracht mensen die geconfronteerd worden met banale situaties uit de ziekenhuizen te houden, om op die manier onnodige technische onderzoeken te vermijden. Wanneer wachtdiensten van huisartsen in een ziekenhuis worden georganiseerd, bereikt men precies het tegenovergestelde. De patiënt komt immers wel naar een ziekenhuis en ondergaat mogelijk technische onderzoeken die in een huisartsenpraktijk niet worden uitgevoerd. Bovendien wordt een verkeerd signaal gegeven: de patiënt moet zich namelijk in een huisartsennetwerk bekennen tot een huisarts. Toch sluit de minister niet uit dat, in bepaalde regio's, de voorgestelde werkwijze de enige mogelijke oplossing vormt.

De minister wijst er vervolgens op dat artikel 3 van het ontwerp slechts een wettelijke basis biedt voor het toekennen van een voordeel aan sommige geneesheren, wanneer deze beantwoorden aan bepaalde kwantitatieve of kwalitatieve vereisten van medische praktijkvoering. De overeenkomsten tussen artsen en ziekenfondsen moeten deze mogelijkheid concreet moeten gestalte geven, zonder dat de overheid zulks kan forceren.

Wat het voorgestelde artikel 7 betreft, verklaart de minister dat er enkel een bijkomende voorwaarde wordt gecreëerd voor de besluitvorming, die bovenop de bestaande spelregels en meerderheden komt om tussen artsen en ziekenfondsen tot een akkoord te komen.

Met betrekking tot artikel 9, verklaart de minister dat deze bepaling louter tot doel heeft een verduidelij-

En ce qui concerne la problématique des médecins généralistes, le ministre confirme le point de vue de M. Vankrunkelsven selon lequel de nombreuses interventions plus fondamentales sont requises en l'espèce, mais il ne considère pas cela comme une critique à ce projet de loi. En effet, divers éléments de cette problématique, comme par exemple l'échelonnement, ne doivent pas être réglés par voie légale. Une modification légale n'est requise que pour la tarification différenciée et liée au parcours des services d'urgences. Le projet de loi contient les dispositions nécessaires à cet effet.

L'avis de la Commission nationale médecins-mutualités n'est pas contraignant mais il constitue néanmoins un moyen de responsabiliser cette commission. Le ministre ne prend pas encore position en cas d'éventuel avis négatif et préconise une attitude attentiste.

Le ministre confirme aussi la remarque de Mme van Kessel sur le fonctionnement du dossier médical global. L'idée a dès lors été soumise à un groupe de travail «médecins généralistes» de l'INAMI qui se prononcera sur la question.

Le ministre n'exclut pas l'intégration de médecins généralistes dans une garde dans les hôpitaux, mais il tient à faire preuve de prudence en la matière. En effet, la politique actuelle vise à écarter des hôpitaux les personnes qui sont confrontées à des situations banales pour éviter ainsi des examens techniques superflus. En organisant des gardes de médecins généralistes dans les hôpitaux, on obtient le résultat inverse. En effet, le patient se rendra dans un hôpital et il y subira éventuellement des examens techniques qui ne sont pas réalisés dans le cadre d'une pratique de médecin généraliste. En outre, on donne un mauvais signal: dans un réseau de médecins généralistes, le patient doit se tourner vers un médecin généraliste. Le ministre n'exclut pourtant pas que dans certaines régions, la méthode proposée soit l'unique solution.

Il souligne ensuite que l'article 3 du projet de loi-programme contient uniquement une base légale pour l'octroi d'un avantage à certains médecins si ceux-ci répondent à certaines exigences quantitatives ou qualitatives sur le plan de la pratique médicale. Les conventions entre les médecins et les mutuelles doivent donner une forme concrète à cette possibilité, sans que les pouvoirs publics puissent l'imposer.

Pour ce qui est de l'article 7 proposé, le ministre déclare qu'on crée uniquement une condition supplémentaire pour le processus décisionnel, laquelle s'ajoute aux règles et majorités existantes pour parvenir à un accord entre les médecins et les mutuelles.

En ce qui concerne l'article 9, le ministre déclare que cette disposition vise uniquement à apporter une

king te verschaffen, die evenwel leidt tot een nieuwe voorstelling van het budget voor de klinische biologie. Dit bevat twee deelbudgetten: één voor ambulante patienten en één voor gehospitaliseerde patienten. Tot nu toe werden patienten in daghospitalisatie beschouwd als ambulante patienten, zodat de prestaties voor klinische biologie voor deze patienten onder het deelbudget voor ambulante patienten vielen. Dat wordt nu gewijzigd: deze patienten zullen onder het deelbudget voor gehospitaliseerde patienten vallen.

Deze nieuwe voorstelling zal echter voor de patienten noch voor de ziekenhuizen en hun artsen gevolgen hebben, maar is bedoeld om tegemoet te komen aan de kritiek van de klinisch biologen die actief zijn in de extra-murale laboratoria. Zij menen immers dat patienten in daghospitalisatie niet thuis horen in het deelbudget voor ambulante patienten omdat de klinische biologie voor deze patienten door klinische biologen in de ziekenhuizen wordt uitgevoerd. Door de stijging van het aantal daghospitalisaties — die overigens past in het regeringsbeleid — en de daaraan verbonden prestaties in de ziekenhuizen wordt de begroting voor de extra-murale laboratoria immers overschreden. Hoewel dit verwijt niet helemaal terecht is — met deze elementen wordt nu reeds rekening gehouden — meent de minister dat de voorstelling van de budgetten vereenvoudigd wordt indien de uitgaven voor klinische biologie voor een ambulante patient in daghospitalisatie in het deelbudget voor gehospitaliseerde patient opgenomen worden. Hij preciseert daarbij uitdrukkelijk dat het niet gaat om alle patiënten in de polikliniek, maar enkel om de patiënten in daghospitalisatie.

Op de opmerking, dat de Koning al te veel bevoegdheden krijgt toebedeeld om concrete maatregelen uit te werken, antwoordt de minister dat voorliggend ontwerp de regering de mogelijkheid biedt om op te treden wanneer in de traditionele overlegstructuren geen akkoord kan worden gevonden. Hij vreest dat dit onder meer het geval zal zijn op het vlak van de vaststelling van de forfaits voor dialyse. Met name voor de sector van de nierdialyse wil de regering meer financiële prikkels geven om de keuze van de techniek zo doelmatig mogelijk te maken. Artikel 10 laat de regering toe te interveniëren op dit punt. Hij merkt overigens op dat dergelijke materies ook nu reeds aan de bevoegdheid van de Wetgevende Kamers ontsnappen.

De minister erkent vervolgens dat, wat de problematiek van de referentiebedragen betreft, de gedetailleerde opsomming in artikel 11 niet de normale werkwijze vormt, maar ze biedt echter het voordeel van de snelheid. Bovendien krijgt de sector daardoor absolute zekerheid over de inhoud van de voorgestelde bepalingen.

In verband met de zogenaamde «outliers» vindt de minister het verkieslijk om zich te baseren op een

précision, laquelle entraîne toutefois une nouvelle présentation du budget pour la biologie clinique. Ce budget comprend deux budgets partiels: l'un pour les patients ambulants et l'autre pour les patients hospitalisés. Jusqu'ici, les patients en hospitalisation de jour étaient considérés comme des patients ambulants, de sorte que les prestations en biologie clinique pour ces patients relevaient du budget partiel pour les patients ambulants. Cela change désormais: ces patients relèveront du budget partiel pour les patients hospitalisés.

Cette nouvelle présentation n'aura pas de conséquences, ni pour les patients, ni pour les hôpitaux et leurs médecins; elle a pour but de répondre aux critiques des biologistes cliniques qui sont occupés dans les laboratoires *extra-muros*. Ceux-ci estiment en effet que les patients en hospitalisation de jour ne doivent pas relever du budget partiel pour les patients ambulants, parce que la biologie clinique pour ces patients est réalisée par des biologistes cliniques dans les hôpitaux. Du fait de l'augmentation du nombre d'hospitalisations de jour — qui s'inscrit d'ailleurs dans la politique du gouvernement — et des prestations dans les hôpitaux qui y sont liées, le budget pour les laboratoires *extra-muros* est en effet dépassé. Bien que cette critique ne soit pas entièrement justifiée — ces éléments sont déjà pris en compte — le ministre estime que la présentation des budgets est simplifiée si les dépenses en biologie clinique pour un patient ambulant en hospitalisation de jour sont reprises dans le budget partiel pour les patients hospitalisés. À ce sujet, il précise expressément qu'il ne s'agit pas de tous les patients dans la polyclinique, mais uniquement des patients en hospitalisation de jour.

À l'observation selon laquelle le Roi se voit déjà attribuer trop de pouvoirs lui permettant d'élaborer des mesures concrètes, le ministre répond que le projet à l'examen permet au gouvernement d'intervenir lorsqu'aucun accord n'est atteint au sein des structures de concertation traditionnelles. Il craint que cela ne se produise pour la fixation des forfaits applicables à la dialyse. Dans le secteur de la dialyse rénale, le gouvernement veut donner plus d'incitants financiers afin que cette technique soit mise en œuvre le plus efficacement possible. L'article 10 permet au gouvernement d'intervenir sur ce point. Il fait remarquer du reste qu'à l'heure actuelle, ces matières échappent déjà à la compétence des Chambres législatives.

Le ministre reconnaît ensuite qu'en ce qui concerne la problématique des montants de référence, l'énumération de l'article 11 s'écarte de la manière normale de procéder, mais ajoute qu'elle offre cependant l'avantage de la rapidité. De plus, le secteur a ainsi une certitude absolue concernant le contenu des dispositions proposées.

En ce qui concerne les «outliers», le ministre trouve préférable de se baser sur la méthode existante qui est

bestaande werkwijze, die gebaseerd is op een koninklijk besluit. Het feit dat deze werkwijze enigszins asymmetrisch is en enkel de uitschieters naar boven toe weg laat voor de berekening van het gemiddelde, doet hieraan geen afbreuk hoewel ze ertoe leidt dat het gemiddelde eigenlijk een beetje lager is dan het werkelijke gemiddelde.

Vervolgens preciseert de minister dat artikel 11 een systeem van terugvordering invoert dat gekoppeld is aan de referentiegemiddelden. Concreet, zal deze terugvordering gebeuren door het in mindering brengen van de bedragen naar aanleiding van de eerstevolgende terugbetaling door de overheid van facturen. De precieze modaliteiten worden vastgesteld bij koninklijk besluit.

De minister verklaart vervolgens dat de bepaling met betrekking tot de experimentele wijze van voorschrijven slechts tot doel heeft om een hulpmiddel te creëren om de arts te begeleiden naar de onderzoeken die echt nodig zijn voor een bepaalde pathologie voor een bepaalde patiënt. Op deze wijze bekomt men een soort van «modelvoorschrift»: men vestigt de aandacht op bepaalde onderzoeken, en niet langer op alle mogelijke onderzoeken. Artikel 12 laat toe de uitwerking van een dergelijk concept, inclusief de informatiecampagnes errond, te financieren. De minister benadrukt dat aan dit concept geen repressieve functie wordt gekoppeld.

Wat de administratieve geldboetes betreft, verwijst de minister vervolgens naar artikel 167 van de wet op de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, volgens hetwelk betwistingen in het kader van deze wet door de arbeidsrechtbank worden beslecht.

De artikelen 13 en 14 van voorliggend wetsontwerp hebben onder meer als doel om in de wet op de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering zelf de aard en de omvang van de administratieve geldboetes te preciseren, bijvoorbeeld wat de minima betreft. Deze invoeging in de wet is het gevolg van juridische opmerkingen, die onder meer door de Raad van State werden geformuleerd. Het tweede lid van artikel 13 heeft betrekking op de administratieve geldboetes voor zorgverstrekkers die zich niet houden aan de honoraria en prijzen die conventioneel werden bepaald; artikel 14 slaat op farmaceutische bedrijven die producten waarvoor een terugbetalingsregeling is overeengekomen uit de handel nemen, zonder daarbij de contractueel afgesproken procedures te respecteren.

Het risico, dat de Algemene Raad van het RIZIV in de toekomst zal kunnen beslissen wat de zogenaamde «exogene factoren» zijn, is volgens de minister onbestaande daar er in deze Raad immers ook een regeringsdelegatie aanwezig is van 5 leden. Deze delegatie kan, indien noodzakelijk, haar veto stellen. De regering geeft dus geen macht uit handen. Als voorbeeld voor een «exogene factor» geeft de minister het

fondée sur un arrêté royal. La relative asymétrie de cette méthode, combinée au fait que seuls les dépassements vers le haut sont omis du calcul de la moyenne, n'affecte pas ce dernier, bien qu'il s'ensuive que la moyenne soit en fait légèrement en deçà de la réalité.

Le ministre précise pour suivre que l'article 11 n'instaure pas un système de récupération lié aux moyennes de référence. Concrètement, cette récupération se fera en déduisant la somme en question des montants lors du remboursement suivant de factures par les pouvoirs publics. Les modalités précises de ce mécanisme seront fixées par arrêté royal.

Le ministre déclare ensuite que la disposition relative aux expérimentations en matière de prescription a pour seul but de créer un instrument permettant d'aiguiller le médecin vers les examens réellement nécessaires pour traiter la pathologie du patient. On obtient ainsi une espèce de «prescription type»: on attire l'attention sur certains examens et plus sur tous les examens possibles. L'article 12 permet de développer un tel concept et même de financer les campagnes d'information en la matière. Le ministre souligne que ce concept n'est assorti d'aucune fonction répressive.

S'agissant des amendes administratives, le ministre renvoie à l'article 167 de la loi sur l'assurance obligatoire maladie-invalidité, selon lequel les litiges relatifs à cette loi sont tranchés par le tribunal du travail.

Les articles 13 et 14 du projet de loi à l'examen visent, entre autres, à préciser dans la loi sur l'assurance maladie-invalidité obligatoire elle-même, la nature et la hauteur des amendes administratives, notamment en ce qui concerne les minimums. Cet ajout dans la loi est la conséquence de remarques d'ordre juridique qui ont notamment été formulées par le Conseil d'État. L'alinéa 2 de l'article 13 porte sur les amendes administratives pour les dispensateurs de soins qui ne respectent pas les honoraires et les prix qui ont été fixés par convention; l'article 14 porte sur les firmes pharmaceutiques qui retirent du commerce des produits pour lesquels on a convenu d'un régime de remboursement, et qui le font sans respecter les procédures contractuelles convenues.

Le risque de voir, à l'avenir, le Conseil général de l'INAMI pouvoir décider quels sont les «facteurs exogènes» est, selon le ministre, inexistant étant donné qu'une délégation du gouvernement de 5 personnes siège au sein de ce conseil. Cette délégation peut, au besoin, opposer son veto. Le gouvernement ne cède donc aucun pouvoir. Comme exemple de «facteur exogène», le ministre cite l'accord social

sociale akkoord dat werd gesloten met de verzorgingssector, dat een belangrijke meerkost heeft meegebracht.

De minister erkent dat er thans onvoldoende mogelijkheden bestaan om de potentiële groei van de uitgaven in de gezondheidszorg in te schatten. Dit is het gevolg van het ontbreken van een instrument om op behoorlijke wijze de behoeften op het terrein in te schatten. In deze en volgende legislatuur moet de uitwerking van een dergelijk instrument prioritair zijn.

Artikel 16 betreft de buitenlandse patienten voor wie, in het kader van de toepassing van de verordening 1408/71 EG, verrekeningen gebeuren. De mutualiteiten betalen wel voor een patient uit het buitenland die hier wordt verzorgd in het kader van deze verordening, maar zij vorderen nadien dit bedrag terug. Hiertoe moeten zij wel de individuele patient kunnen identificeren aan de hand van de globale ziekenhuisfacturen. Vermits in de toekomst met betalingen in grote sommen — voorlopige twaalfden — zal worden gewerkt, is een wettelijke basis nodig om toe te laten dat een mutualiteit één bepaalde patient identificeert. Op dit ogenblik wordt een studie uitgevoerd die hieromtrent meer gedetailleerde gegevens moet opleveren. Door de toegenomen mobiliteit in de Europese Unie wint deze problematiek sterk aan belang. De minister verwijst naar een toespraak die hij in dit verband heeft gehouden op 17 juni 2002.

In verband met de budgetfinanciering voor de ouderenvoorzieningen zijn de sectoren bezig met het noodzakelijke behoefteninventarisatie. Er is enkel nog geen enkele discussie gevoerd over het budget dat mogelijk ter beschikking moet zijn, maar men is wel al tamelijk ver gevorderd in het debat over het nieuwe financieringssysteem.

De minister geeft aan dat wordt verder gewerkt aan een nieuw stelsel voor het meten van de zorgafhankelijkheid, maar concrete resultaten zijn hier voorlopig nog niet. Hij is het er verder mee eens dat het RIZIV tot op heden nog altijd slecht is toegerust om de behoeften in de verschillende sectoren in te schatten. Wat de ouderenzorg betreft, wordt men enigszins geholpen door het overleg in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid naar aanleiding van het vastleggen van de programmatie, maar dit volstaat niet helemaal.

De techniek voor de controle van de MKG gaat uit van een intermutualistische benadering. De betrokken geneesheer-adviseur moet zich niet individueel bezighouden met de controle van de registratie van de pathologie. Dat zou immers een vertekening kunnen inhouden. Daarom moeten deze geneesheren altijd met minstens twee op stap zijn. Bepaalde onverenigbaarheden zullen worden vastgelegd.

De minister verklaart dat de zgn. «tripartite structuur» en het PAL-NAL-systeem duidelijk worden

qui a été conclu avec le secteur des soins de santé, qui a entraîné un important surcoût.

Le ministre reconnaît qu'actuellement, les moyens d'évaluer la croissance potentielle des dépenses dans le secteur des soins de santé sont insuffisants. Cela est dû au fait qu'un instrument permettant d'évaluer de manière fiable quels sont les besoins sur le terrain fait défaut. La création d'un tel instrument doit être la priorité de la présente législature ainsi que de la prochaine.

L'article 16 concerne les patients étrangers qui sont l'objet d'imputations dans le cadre de l'application du règlement 1408/71 CE. Les mutualités paient certes pour un patient provenant de l'étranger qui est soigné ici dans le cadre de ce règlement, mais elles récupèrent ensuite les sommes versées. Mais elles doivent, à cet effet, pouvoir identifier le patient individuel sur la base des factures globales de l'hôpital. Étant donné qu'à l'avenir, on travaillera avec des paiements de montants importants — douzièmes provisoires —, une base légale est requise pour permettre à une mutualité d'identifier un patient déterminé. À l'heure actuelle, une étude en cours de réalisation devrait pouvoir fournir davantage de détails à ce sujet. L'accroissement de la mobilité dans l'Union européenne ne fait que renforcer cette problématique. Le ministre renvoie à un discours qu'il a prononcé à ce sujet le 17 juin 2002.

En ce qui concerne le budget de financement des établissements pour personnes âgées, les secteurs s'efforcent de faire l'inventaire des besoins nécessaires. Aucune discussion n'a toutefois été menée sur le budget qui devrait être disponible, mais le débat a bien progressé à propos du nouveau système de financement.

Le ministre indique que l'on continue à mettre au point un nouveau régime pour mesurer la dépendance aux soins, mais on ne dispose toujours pas de résultats concrets. Il est en outre d'accord sur le fait que l'INAMI n'a, à ce jour, pas été suffisamment équipé pour pouvoir évaluer les besoins des divers secteurs. En ce qui concerne les soins aux personnes âgées, on tire quelque peu profit de la concertation au sein de la Conférence interministérielle des soins de santé à l'occasion de la fixation de la programmation, mais cela ne suffit guère.

La technique de contrôle des RCM procède d'une approche intermutualiste. Le médecin-conseil concerné ne doit pas s'occuper individuellement du contrôle de l'enregistrement de la pathologie. Cela pourrait en effet entraîner une distorsion. Voilà pourquoi les médecins doivent toujours être accompagnés d'un autre médecin au moins. Certaines incompatibilités seront définies.

Le ministre déclare qu'il faut faire clairement la distinction entre ce que l'on appelle la «structure

gescheiden. Alhoewel beide systemen betrekking hebben op de doelmatigheid van de ziekenhuisfinanciering, spitst PAL-NAL zich toe op de zgn. «hotelfunctie», daar waar de multipartitestructuur op de prestaties focust. Het PAL-NAL-systeem wil de ziekenhuizen ertoe brengen hun patiënten niet langer dan noodzakelijk in het ziekenhuis te houden. De ziekenhuisfinanciering hangt voor een deel af van de PAL-NAL-gegevens, die verwijzen naar de bezettingsgraad binnen het ziekenhuis in vergelijking met nationale gemiddelden. Alhoewel hieraan belangrijke financiële sancties verbonden zijn, meent de minister niet dat een koppeling met de gegevens van de tripartite structuur niet wenselijk is.

De voorgestelde oprichting van deze tripartite structuur, die advies verleent over medische activiteiten, heeft tot doel om per pathologie en per routine-interventie die hiervan het gevolg is na te gaan wat de ziekenhuizen veroorzaken op het vlak van kosten in het domein van de klinische biologie, medische beeldvorming en diverse technische prestaties. Om dit te onderzoeken moet er gewerkt worden met gekoppelde MKG-MFG-gegevens.

De minister vindt de controle van de MKG-gegevens door de ziekenfondsen delicaat, aangezien zij op die manier van elke patiënt niet alleen informatie over de geleverde prestaties zouden krijgen maar ook over de pathologie zelf. Tot nu toe hebben de ziekenhuizen dit steeds geweigerd, aangezien dit problemen zou kunnen opleveren op het vlak van de bescherming van het privé-leven. De argumenten, dat de adviserend geneesheren gebonden zijn aan het beroepsgeheim en dat de mutualiteiten als gevolg van de verstrekte medische prestaties nu reeds een zicht zouden hebben op de pathologie, doen hieraan geen afbreuk.

Er is nog niet gepraat over bijkomende financiële middelen voor het takenpakket van de adviserend geneesheren, omdat in eerste instantie voorrang wordt gegeven aan de uitwerking van het systeem zelf. De minister meent dat dit kan werken en stelt dat ook de mutualiteiten er belang bij hebben dat het systeem financierbaar blijft en doelmatig is. In die zin verschilt de doelstelling van de mutualiteiten dus niet van het algemeen belang, tenminste voor zover de mutualiteiten collectief optreden.

In het voorgestelde hoofdstuk 9, dat betrekking heeft op de podologen en de diëtisten, spitst het zorgprogramma zich volgens de minister toe op de diabetespatiënten. Er wordt voorlopig uitgegaan van één dieetadvies en van twee keer een voetverzorging voor patiënten met een hoog risicoprofiel. De besluiten die deze beslissing detailleren zullen nog nader worden uitgewerkt.

De minister onderschrijft de stelling dat het gezondheidsbeleid mede wordt bepaald door de gemeenschappen, voor zover het aangelegenheden

tripartite» et le système DJP-DJN. Bien que les deux systèmes aient trait à l'efficacité du financement des hôpitaux, le DJP-DJN est axé sur la «fonction hôtelière», alors que la structure multipartite est axée sur les prestations. Le système DJP-DJN vise à amener les hôpitaux à ne pas garder leurs patients plus longtemps que nécessaire. Le financement des hôpitaux dépend en partie des données DJP-DJN, qui renvoient au taux d'occupation de l'hôpital par rapport aux moyennes nationales. Bien que le système s'accompagne de sanctions financières considérables, le ministre n'estime pas souhaitable de faire le lien avec les données de la structure tripartite.

La création proposée de cette structure tripartite, laquelle rendra des avis sur les activités médicales, doit permettre de vérifier quels sont les coûts provoqués par les hôpitaux dans le domaine de la biologie clinique, de l'imagerie médicale et des diverses prestations techniques, par pathologie et par intervention de routine qui en découle. Pour étudier cette question, il faudra utiliser les données liées RCM-RFM.

Le ministre estime que le contrôle des données RCM par les mutualités est une question délicate, car les mutualités obtiendraient ainsi de chaque patient des informations sur les prestations effectuées, mais aussi sur la pathologie elle-même. Jusqu'à présent, les hôpitaux ont toujours refusé d'effectuer ce contrôle, car il pourrait poser des problèmes dans le domaine de la protection de la vie privée. Les arguments selon lesquels les médecins-conseils sont tenus au secret professionnel et selon lesquels les mutualités auraient déjà un aperçu de la pathologie, en raison des prestations médicales effectuées, ne changent rien au problème.

On n'a pas encore discuté des moyens financiers supplémentaires affectés aux missions des médecins-conseils, car on donne la priorité, dans un premier temps, au développement du système lui-même. Le ministre estime que celui-ci est praticable et que les mutualités ont elles aussi intérêt à ce qu'on puisse continuer à financer le système et à ce qu'il soit efficace. En ce sens, l'objectif des mutualités est conforme à l'intérêt général, du moins dans la mesure où elles agissent collectivement.

Au chapitre 9 proposé, qui concerne les podologues et les diététiciens, le programme de soins s'adresse, selon le ministre, aux diabétiques. On prévoit provisoirement un avis de diététicien et deux soins des pieds pour les patients présentant des risques élevés. On doit encore peaufiner les arrêtés qui détailleront cette décision.

Le ministre est d'accord pour dire que la politique de la santé est déterminée en partie par les communautés, pour les matières qui relèvent de leur compé-

betreft waarvoor ze bevoegd zijn, zoals onder meer het beleid ten aanzien van universiteiten. Hij meent evenwel niet dat de begrippen die worden gehanteerd in voorliggend wetsontwerp — zoals bijvoorbeeld een « medische faculteit » of « universitair ziekenhuis » — tot juridische onduidelijkheid zou leiden omdat ze in de praktijk worden ingevuld door de gemeenschappen.

Voor wat de terugwerkende kracht van artikel 38 van het ontwerp betreft, verwijst de minister naar de uiteenzetting in de Kamercommissie Sociale Zaken (stuk Kamer, nr. 50-1905/4, blz. 21): « De universitaire ziekenhuizen worden sedert de wet van 1963 voor 100% gesubsidieerd door de Staat. Dit geldt voor ziekenhuizen die beschikken over aangewezen universitaire bedden. Artikel 4 van de vorige gezondheidswet schafte die aangewezen universitaire bedden af en voerde het principe in van universitaire ziekenhuizen en universitaire ziekenhuisdiensten. Die moeten worden aangewezen volgens criteria te bepalen door de Koning. Het koninklijk besluit is evenwel nog niet gepubliceerd en er is dus een rechtsvacuüm. Dit heeft voor gevolg dat de universitaire subsidies niet voor 100% ten laste kunnen blijven van de Staat en dat het RIZIV 75% ervan zou moeten financieren. Deze lacune werd opgelost door de inwerkingtreding van het artikel over de erkenning van de universitaire ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten uit te stellen. » Door artikel 38, dat artikel 4 van de wet op de ziekenhuizen vervangt, retroactief in werking te laten treden op 22 februari 2002 wordt een rechtsvacuüm vermeden.

De minister meent dat er geen juridisch probleem is met het koninklijk besluit van 25 april 2002 omtrent de ziekenhuisfinanciering, vermits het nieuwe « onderdeel B7 » van de ligdagprijzen zijn rechtsgrond vindt in artikel 97 van de ziekenhuiswet, dat aan de Koning de bevoegdheid verleent om de voorwaarden en de regeling te bepalen van de ziekenhuisbudgetten en van de onderscheiden bestanddelen, waaronder het « onderdeel B7 ». De specifieke taken van universitaire instellingen worden door het « onderdeel B7 » vergoed, en deze vergoedingen kunnen in uitvoering van artikel 102 door de Staat ten laste worden genomen.

Ten gronde, is de minister van oordeel dat de vrees die bestaat bij de « Cliniques universitaires UCL de Mont Godinne » om door onderhavig ontwerp financieel benadeeld te worden, onterecht is. Immers werd in het koninklijk besluit van 25 april 2002 het « onderdeel B7 », dat betrekking heeft op de financiering van specifieke kosten voor de specifieke taken op het gebied van de patiëntenzorg, het klinisch onderwijs, het toegepast wetenschappelijk onderzoek, de ontwikkeling van nieuwe technologieën en de evalua-

tence, comme la politique des universités. Toutefois, il ne pense pas que les notions utilisées dans le projet de loi à l'examen — comme « faculté de médecine » ou « hôpital universitaire » — créeront une confusion juridique parce que c'est aux communautés qu'il appartiendra en pratique de les définir.

En ce qui concerne l'effet rétroactif de l'article 38 du projet, le ministre renvoie à l'exposé en commission des Affaires sociales de la Chambre (doc. Chambre, n° 50-1905/4, p. 21): « Depuis l'entrée en vigueur de la loi de 1963, les hôpitaux universitaires sont subventionnés intégralement par l'État. Cela s'applique aux hôpitaux qui disposent de lits universitaires désignés. L'article 4 de la loi précédente relative aux soins de santé avait supprimé ces lits désignés et avait instauré le principe des hôpitaux universitaires et des services hospitaliers universitaires. Ces derniers doivent être désignés selon des critères à fixer par le Roi. L'arrêté royal n'a toutefois pas été publié et il existe dès lors un vide juridique. Il s'ensuit que les subventions universitaires ne peuvent pas rester intégralement à la charge de l'État et que l'INAMI devrait en financer 75%. Cette lacune a été comblée en reportant l'entrée en vigueur de l'article relatif à l'agrément des hôpitaux universitaires et des services hospitaliers universitaires. » En faisant entrer en vigueur rétroactivement le 22 février 2002 l'article 38, qui remplace l'article 4 de la loi sur les hôpitaux, on évite un vide juridique.

Le ministre estime que l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux ne pose pas de problème en matière de financement des hôpitaux, puisque la nouvelle « sous-partie B7 » du prix de la journée d'hospitalisation trouve son fondement juridique à l'article 97 de la loi sur les hôpitaux, qui habilite le Roi à déterminer les conditions et les règles de fixation du budget des hôpitaux et de ses éléments constitutifs, notamment la « sous-partie B7 ». Les tâches spécifiques des hôpitaux universitaires sont subsidiées par la « sous-partie B7 » et ces subsides peuvent être pris en charge par l'État, en application de l'article 102.

Sur le fond, le ministre considère que la crainte que nourrissent les « Cliniques universitaires UCL de Mont Godinne » d'être financièrement désavantagées par le projet en discussion n'est pas fondée. En effet, dans l'arrêté royal du 25 avril 2002, la « sous-partie B7 », qui porte sur le financement de coûts spécifiques liés aux tâches spécifiques assumées dans le domaine des soins aux patients, de l'enseignement clinique, de la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies et de l'évaluation des



tie van de medische activiteiten, opgesplitst in een «onderdeel B7A» voor universitaire ziekenhuizen — *a ratio* van één ziekenhuis per universiteit, die nominatim worden opgesomd — en een «onderdeel B7B». Dit laatste onderdeel heeft betrekking op de ziekenhuizen die genieten van een financiering, voorzien voor de ontwikkeling, de evaluatie en de toepassing van de nieuwe medische technologieën en/of de opleiding van de kandidaat-specialisten. Mont Godinne valt weliswaar onder dit laatste onderdeel, maar zal geen enkele financiële achteruitgang ondervinden bij de nieuwe regeling.

Ook voor het publieke imago is er voor Mont Godinne geen enkel nadeel, vermits deze instelling zich zonder enig probleem verder een «universitair ziekenhuis» kan blijven noemen. Elke betwisting die hierover publiek wordt gevoerd, kan het imago van de betrokken instelling alleen maar schaden.

De minister benadrukt dat de opneming van een ziekenhuis in het «onderdeel B7A» of «onderdeel B7B» enkel tot doel heeft om duidelijk af te bakenen welke de ziekenhuizen zijn die erkend worden door de universitaire gemeenschap. De opneming zal overigens worden geëvalueerd aan de hand van performantiecriteriën en is dus geenszins definitief. De minister is het niet eens met de stelling, als zou deze opneming afhangen van de werknemers die worden tewerkgesteld in de betrokken instelling. Het klopt dat hij in de Kamer van volksvertegenwoordigers heeft verklaard dat het onderscheid tussen beide onderdelen mede wordt verklaard doordat hij voor de ziekenhuizen die vallen onder het «onderdeel B7A» financieel tussenkomt in het sociaal statuut van geneesheren-werknemers. Echter vormt dit element geenszins de basis voor deze opneming. Bovendien betekent het niet dat de minister een dergelijke tussenkomst nooit zal doen voor de andere ziekenhuizen.

Bij de uitwerking van het koninklijk besluit van 25 april 2002 diende rekening te worden gehouden met tal van wensen, maar de minister benadrukt dat het uiteindelijk aan de universitaire wereld toekomt om een keuze te maken. Het «onderdeel B7A» dwingt hen er immers toe om slechts één ziekenhuis als «hun universitair ziekenhuis» te beschouwen. Deze maatregel heeft als doel om het aanbod aan gezondheidszorgen te rationaliseren, zoals overigens ook de vraag naar gezondheidszorg in kaart dient te worden gebracht om een degelijk beleid te ontwikkelen. Wanneer bepaalde universitaire instellingen, zoals bijvoorbeeld de UCL, een dergelijke keuze niet willen maken, is dit hun verantwoordelijkheid. Indien de Franstalige universiteiten voornamelijk instellingen aanduiden die in Brussel liggen, is het concreet gevolg dat er zich slechts één universitair ziekenhuis in Wallonië bevindt.

activités médicales, est scindée en une «sous-partie B7A» pour les hôpitaux universitaires — à raison d'un seul hôpital pour chaque université, nommé-ment énuméré — et une «sous-partie B7B». Cette dernière sous-partie concerne les hôpitaux bénéficiant du financement prévu en matière de développement, d'évaluation et d'application des nouvelles technologies médicales et/ou de formation des candidats spécialistes. Mont Godinne relève, certes, de cette dernière sous-partie, mais n'aura aucun préjudice financier à subir de par la nouvelle réglementation.

L'image de marque de Mont Godinne ne subira pas non plus le moindre désavantage, puisque cette institution peut, sans aucun problème, continuer de se dénommer «clinique universitaire». Toute contestation rendue publique à ce sujet ne pourra que porter préjudice à l'image de marque de l'institution concernée.

Le ministre souligne que le classement d'un hôpital dans la «sous-partie B7A» ou dans la «sous-partie B7B» a uniquement pour objet de délimiter clairement quels sont les hôpitaux qui sont agréés par la communauté universitaire. Le classement sera d'ailleurs évalué sur la base de critères de performances et n'est donc aucunement définitif. Le ministre réfute la thèse selon laquelle ce classement dépendrait des travailleurs occupés dans l'établissement en question. Il est vrai qu'il a déclaré, à la Chambre des représentants, que la distinction entre les deux sous-parties s'explique, entre autres, par le fait que pour les hôpitaux qui relèvent de la «sous-partie B7A», il intervient financièrement dans le statut social des médecins salariés. Cet élément ne constitue toutefois pas la base dudit classement. En outre, cela ne signifie pas que le ministre ne fera jamais une intervention identique pour les autres hôpitaux.

Lors de l'élaboration de l'arrêté royal du 25 avril 2002, il a fallu tenir compte d'un grand nombre de desiderata, mais le ministre souligne qu'il appartient en définitive au monde universitaire de faire un choix. La «sous-partie B7A» l'oblige en effet à ne considérer qu'un seul hôpital comme «hôpital universitaire». Cette mesure a pour but de rationaliser l'offre de soins de santé, tout comme la demande de soins de santé doit d'ailleurs être retracée pour développer une politique sérieuse. Si certains établissements universitaires, comme l'UCL, par exemple, ne veulent pas faire un tel choix, cela relève de leur responsabilité. Si les universités francophones désignent principalement des établissements situés à Bruxelles, la conséquence concrète en est qu'il n'y a qu'un hôpital universitaire qui se trouve en Wallonie.

### C. Antwoorden van de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Mevrouw Aelvoet, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, bevestigt dat het, alvorens wordt overgegaan tot de aanrekening van het forfait voor de spoedgevallen, de bedoeling is dat in het desbetreffende koninklijk besluit verschillende voorzichtigheidsmaatregelen worden genomen, die ervoor moeten zorgen dat de aanrekening van dit forfait op een sociaal verantwoorde manier georganiseerd wordt. Zo kan immers vermeden worden dat deze maatregel sociaal penaliserend werkt. Vandaar ook dat in de Kamer van volksvertegenwoordigers een amendement werd aanvaard, volgens hetwelk het bedrag van de forfaitaire bijdrage in het koninklijk besluit moet worden vastgelegd.

In het ontwerp wordt bovendien duidelijk gesteld dat de ziekenhuizen geen ander bedrag mogen innen tenzij de bedragen die bepaald zijn bij koninklijk besluit. Het is duidelijk de bedoeling om paal en perk te stellen aan de praktijken die zich in het verleden hebben afgespeeld.

De minister stipt vervolgens aan dat er nooit een contante betaling van de patiënt bij aankomst op de spoedgevallendienst zal worden gevraagd. Er zal altijd een factuur worden opgemaakt volgens de bepalingen vastgelegd door het koninklijk besluit. Bovendien wordt er na twee jaar een geëvalueerd en zal die evaluatie worden voorgelegd aan het Parlement.

Wat de wachtdiensten van huisartsen betreft, is de minister van oordeel dat deze op sommige plaatsen uitstekend worden georganiseerd; elders laat dit te wensen over. In het kader van de erkenning van de huisartsenkringen, via een koninklijk besluit dat eerstdaags in het *Belgisch Staatsblad* verschijnt, zal er een nieuw financieringsmechanisme in werking treden, wat er dan ook toe moet leiden dat overal wachtdiensten op een degelijke manier worden georganiseerd.

Vervolgens verklaart de minister dat het de bedoeling is dat de financiële commissie, die in elk ziekenhuis wordt opgericht, de dynamiek op gang brengt om de verschillende partijen samen aan tafel te brengen. Hiervoor wordt de wettelijke basis gelegd, worden de deelnemers en de taken bepaald.

Deze commissie wijdt haar dialoog en discussie aan de jaarlijkse begrotingsramingen en de jaarrekeningen en eveneens aan de verslagen van de bedrijfsrevisoren, die zowel slaan op de diensten die de honoraria centraal innen als op de boekhouding en de jaarrekeningen van het ziekenhuis. Hierdoor wordt de nodige transparantie gecreeërd die tot nog toe niet bestaan heeft en die ondertussen in deze vorm wel aanvaard wordt door de verschillende partijen.

### C. Réponses de la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

Mme Aelvoet, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement, confirme qu'avant de procéder à l'imputation du forfait pour les urgences, on veillera à inscrire dans l'arrêté royal en question plusieurs mesures en matière de prévoyance, dont le but est d'organiser cette imputation d'une manière socialement équitable. En effet, on peut ainsi éviter que cette mesure n'ait un effet pénalisant sur le plan social. C'est la raison pour laquelle la Chambre des représentants a adopté un amendement aux termes duquel le montant de la contribution forfaitaire doit être fixé dans l'arrêté royal en question.

Il est d'ailleurs clairement souligné, dans le projet, que les hôpitaux ne peuvent encaisser d'autres montants que ceux qui sont fixés par arrêté royal. Le but est nettement de mettre un frein aux pratiques qui ont été appliquées par le passé.

La ministre souligne ensuite qu'on ne demandera jamais à un patient qui arrive aux urgences de payer comptant. Une facture sera toujours établie conformément aux dispositions prévues à l'arrêté royal. De plus, après deux ans, on procédera à une évaluation, qui sera soumise au Parlement.

En ce qui concerne les services de garde des médecins généralistes, la ministre estime qu'en certains endroits, ils sont très bien organisés; à d'autres endroits, l'organisation laisse à désirer. Dans le cadre de l'agrément des associations de médecins généralistes, qui fera l'objet d'un arrêté royal à paraître sous peu au *Moniteur belge*, on appliquera un nouveau mécanisme de financement, ce qui aura pour effet que les services de garde seront partout organisés comme il se doit.

La ministre déclare ensuite que l'objectif de la commission financière, qui sera créée dans chaque hôpital, est de lancer une dynamique permettant de réunir les différentes parties autour de la table. À cet effet, le projet prévoit la base légale, détermine qui participe à cette commission et quelles sont ses missions.

Cette commission examine les estimations budgétaires annuelles, les comptes annuels ainsi que les rapports du réviseur d'entreprise, qui concernent tant les services qui font la perception centrale que la comptabilité et les comptes annuels de l'hôpital. Cela crée une transparence qui n'existe pas jusqu'à présent et qui a entre-temps été acceptée sous cette forme par les différentes parties.

Wat de koppeling tussen de MKG en MFG betreft, verklaart de minister dat deze, via de creatie van de multipartiestructuur veel breder en via een stevigere basis zal verlopen dan in het verleden. Er is dus een integratie in deze nieuwe structuur. Zij ontkent de minister dat er een gevaar voor blokkade zou zijn in de nieuwe structuur. Immers werd voorzien dat, indien er op dit niveau adviezen zijn die niet de meerderheid in elk van de drie samenstellende bestanddelen dragen, er een beroep wordt gedaan op de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen.

De minister verklaart dat er, in het kader van de «Copernicushervorming», een ministerie Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu komt, waarbij het de bedoeling is dat via de multipartite-structuur een brug wordt gebouwd tussen dit departement en het RIZIV. Hoewel er enkele jaren geleden een beweging was waar te nemen tot integratie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, bleven zij in de praktijk echter gescheiden.

Wat tenslotte de retroactieve inwerkingtreding van artikel 48 betreft, herinnert de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu eraan dat artikel 114 van de wet van 14 januari 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg een overgangsbepaling is inzake de tarieven van niet-verbonden geneesheren, die kunnen worden aangerekend zolang er nog geen maximumtarieven zijn vastgesteld in de algemene regeling. Artikel 48 van voorliggend ontwerp beperkt nu deze maatregel in de tijd zodat ze vervalft op 22 februari 2004, dit is twee jaar na haar inwerkingtreding. De bedoeling is immers dat maximumtarieven worden vastgelegd in de algemene regeling.

### III. BESPREKING VAN DE AMENDEMENTEN

#### Artikel 7

De heer Barbeaux dient een amendement in (stuk Senaat, nr. 2-1245/2, amendement nr. 1), dat ertoe strekt het voorgestelde artikel aan te vullen met een § 2, die bepaalt dat, voor de collectieve opzegging van de akkoorden, een meerderheid nodig is van de leden die de huisartsen vertegenwoordigen enerzijds, en van de leden die de geneesheren-specialisten vertegenwoordigen anderzijds.

Bedoeling is te verhinderen dat akkoorden eenzijdig kunnen opgezegd worden door geneesheren-specialisten of door huisartsen, gezien deze uiteenlopende belangen hebben.

Amendement nr. 5 van mevrouw Thijs c.s. (stuk Senaat, nr. 2-1245/2) heeft dezelfde strekking.

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen verwijst naar het debat dat in de Kamer heeft plaatsgehad. Het komt de minister voor dat het aangewezen is

Pour ce qui est du lien entre les résumés cliniques minimums (RCM) et les résumés financiers minimums (RFM), la ministre déclare que celui-ci sera nettement plus important que par le passé et bénéficiera d'une base plus solide, grâce à la création de la structure multipartite. Il y a donc une intégration dans la nouvelle structure. La ministre nie qu'il y ait un risque de blocage dans la nouvelle structure. On a en effet prévu qu'au cas où, à ce niveau, certains avis ne bénéficieraient pas de la majorité de chacun des trois éléments composants, il serait fait appel au Conseil national des établissements hospitaliers.

La ministre déclare que, dans le cadre de la réforme «Copernic», on verra la création d'un ministère de la Santé publique, de la Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'Environnement; l'objectif est d'établir un pont entre ce département et l'INAMI par le biais de la structure multipartite. Bien qu'il y ait eu, il y a quelques années, une amorce d'intégration des départements des Affaires sociales et de la Santé publique, ils sont restés distincts dans la pratique.

Pour ce qui est enfin de l'entrée en vigueur rétroactive de l'article 48, la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement rappelle que l'article 114 de la loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé constitue une disposition transitoire en ce qui concerne les tarifs des médecins non conventionnés, que l'on peut porter en frais tant que la réglementation générale n'a pas prévu de tarifs maximums. L'article 48 du projet à l'examen limite cette mesure dans le temps; elle cesse de produire ses effets le 22 février 2004, soit deux ans après son entrée en vigueur. L'objectif est en effet de fixer des tarifs maximums dans la réglementation générale.

### III. DISCUSSION DES AMENDEMENTS

#### Article 7

M. Barbeaux dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-1245/2, amendement n° 1), visant à compléter l'article proposé par un § 2 qui dispose que la dénonciation collective des accords requiert la majorité des voix des membres représentant les médecins généralistes, d'une part, et la majorité des voix des membres représentant les médecins spécialistes, d'autre part.

Il s'agit d'éviter que les accords ne soient dénoncés unilatéralement par les médecins généralistes ou par les médecins spécialistes, puisque l'on sait que les points d'intérêt entre spécialistes et généralistes sont souvent divergents.

L'amendement n° 5 de Mme Thijs et consorts (doc. Sénat, n° 2-1245/2) a le même objet.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions se réfère au débat qui a eu lieu à ce sujet à la Chambre. Il lui semble indiqué que les syndicats de médecins se

dat de syndicaten van de geneesheren overleg plegen over de manier waarop zij akkoorden kunnen opzeggen. Het is best dat deze regels hen niet bij wet worden opgelegd.

Amendement nr. 1 wordt verworpen met 9 tegen 3 stemmen.

Amendement nr. 5 wordt verworpen met 9 tegen 3 stemmen.

#### Artikel 11

Mevrouw Thijs c.s. dienen een amendement in (stuk Senaat, nr. 2-1245/2, amendement nr. 6), dat ertoe strekt het woord «outliers» te vervangen door het woord «overschrijders».

Conform het advies van de Raad van State moeten Engelse woorden zoveel mogelijk uit onze wetteksten worden geweerd.

De minister van Sociale zaken en Pensioenen antwoordt dat de term «outliers» is omschreven in een koninklijk besluit en aldus een zeer precieze juridische betekenis heeft. Bovendien is dit woord moeilijk te vertalen. «Outliers» is ruimer dan «overschrijders». Verder kan men stellen dat ook het woord «overschrijders» niet in Van Dale is opgenomen en dat er ook Griekse termen in voorliggend ontwerp voorkomen.

Amendement nr. 6 wordt verworpen met 9 tegen 3 stemmen.

#### Artikel 22

Mevrouw Thijs c.s. dienen een amendement in (stuk Senaat, nr. 2-1245/2, amendement nr. 7), dat ertoe strekt bij de vaststelling van een globaal budget per instelling de reële zorgbehoefte van de aanwezige residenten te dekken. Een budgetfinanciering heeft immers maar zin indien men in staat is met de budgetten de volledige kosten te dekken en ten laste te nemen.

De minister van Sociale zaken en Pensioenen gaat akkoord met de bedoeling van het amendement. Men moet inderdaad trachten de relevante behoeften te dekken. Men kan het begrip «reële behoeften» echter moeilijk invoegen in een wettekst, omdat dit een zeer rekbaar begrip is. Men opteert beter voor een technische formulering.

Amendement nr. 7 wordt verworpen met 9 tegen 3 stemmen.

#### Artikel 38

De heer Barbeaux dient een amendement in (stuk Senaat, nr. 2-1245/2, amendement nr. 2), dat ertoe strekt het laatste lid van § 2 te doen vervallen.

Volgens het ontwerp van de regering kan slechts één ziekenhuis als universitair ziekenhuis worden

concertent sur la manière dont ils peuvent dénoncer les accords. Il vaut mieux que ces règles ne leur soient pas imposées par une loi.

L'amendement n° 1 est rejeté par 9 voix contre 3.

L'amendement n° 5 est rejeté par 9 voix contre 3.

#### Article 11

Mme Thijs et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-1245/2, amendement n° 6) tendant à remplacer le mot «outliers» par le mot «dépassements».

Conformément à l'avis du Conseil d'État, il convient d'éviter autant que possible les termes anglais dans nos textes de loi.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions répond que le terme «outliers» est défini dans un arrêté royal et qu'il a donc une signification juridique très précise. De plus, ce mot est difficile à traduire. Le terme «outliers» est plus vaste que le mot «dépassements». Qui plus est, on peut dire que le terme néerlandais «overschrijders», proposé en lieu et place du mot «outliers», ne figure pas non plus dans le Van Dale et que le projet à l'examen contient également des mots grecs.

L'amendement n° 6 est rejeté par 9 voix contre 3.

#### Article 22

Mme Thijs et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-1245/2, amendement n° 7) tendant à ce que, lors de l'établissement d'un budget global par institution, les besoins réels en soins de santé des résidents présents soient couverts. Le financement d'un budget n'a en effet de sens que si celui-ci peut couvrir et prendre en charge l'ensemble des coûts.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions souscrit à l'objectif de l'amendement. Il faut en effet essayer de couvrir les besoins pertinents. Mais on peut difficilement insérer la notion de «besoins réels» dans un texte légal, car cette notion est très élastique. Il vaudrait mieux opter pour une formulation technique.

L'amendement n° 7 est rejeté par 9 voix contre 3.

#### Article 38

M. Barbeaux dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-1245/2, amendement n° 2) tendant à supprimer le dernier alinéa du § 2.

Selon le projet du gouvernement un seul hôpital peut être désigné comme hôpital universitaire pour

aangewezen voor elke universiteit met een faculteit geneeskunde met volledig leerplan. Deze wetswijziging heeft tot gevolg dat de *Cliniques universitaires UCL* van Mont Godinne niet meer worden beschouwd als universitair ziekenhuis in de zin van de wet.

Spreker verwijst naar de algemene bespreking. Uit de analyse van de behoeften blijkt duidelijk dat ten minste twee universitaire ziekenhuizen in het Waalse Gewest nodig zijn.

De heer Barbeaux dient een subsidiair amendement in op amendement nr. 2 (stuk Senaat, nr. 2-1245/2, amendement nr. 3) en stelt dat van de bestaande regel kan worden afgeweken voor de ziekenhuizen met minstens 75% universitaire bedden.

De minister verwijst naar zijn standpunt dat reeds werd uitgedrukt tijdens de algemene bespreking.

Amendement nr. 2 wordt verworpen met 9 tegen 3 stemmen.

Amendement nr. 3 wordt verworpen met 8 tegen 3 stemmen bij 1 onthouding.

#### Artikel 45

De heer Barbeaux dient een amendement in (stuk Senaat, nr. 2-1245/2, amendement nr. 4), dat ertoe strekt in het laatste lid van § 3 van het voorgestelde artikel 115 de woorden «de geneesheer-directeur van de betrokken verzekeringsinstelling» in te voegen.

Wanneer een adviserend geneesheer onregelmatigheden pleegt, moet de werkgever (het ziekenfonds), waarmee hij een arbeidsovereenkomst heeft gesloten, daarvan op de hoogte zijn uiterlijk op het moment dat het dossier wordt neergelegd bij het Comité van de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

Het amendement heeft tot doel de controle op het werk van de adviserend geneesheer te versterken om de kwaliteit ervan te waarborgen.

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen vraagt de verwerping van het amendement. Zijn standpunt bevat twee luiken. Een eerste dimensie verwijst naar de samenstelling van het Comité van de dienst voor geneeskundige evaluatie. Artikel 140 van de wet op de gezondheidszorg bepaalt dat dit is samengesteld uit verschillende vertegenwoordigers, waaronder de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen. Aldus worden deze op de hoogte gebracht van eventuele tekortkomingen. Wat de tweede dimensie betreft, stelt de minister dat hij er niet van overtuigd is dat de verzekeringsinstelling als werkgever moet op de hoogte worden gebracht. De adviserend geneesheer treedt bij de controle immers niet echt op als werknemer van de verzekeringsinstelling.

De adviserend geneesheer oefent de controle uit in het openbaar belang onder het toezicht en de leiding van de overheid.

chaque université disposant d'une faculté de médecine offrant un cursus complet. Cette modification légale a pour conséquence que les Cliniques universitaires UCL de Mont Godinne ne seront plus considérées comme hôpital universitaire au sens de la loi.

L'intervenant renvoie à la discussion générale. Une analyse des besoins montrera clairement qu'il est justifié d'avoir au moins deux hôpitaux universitaires en Région wallonne.

M. Barbeaux dépose un amendement subsidiaire à l'amendement n° 2 (doc. Sénat, n° 2-1245/2, amendement n° 3) tendant à ce qu'il puisse être dérogé à la règle existante pour les hôpitaux qui ont au moins 75% de lits universitaires.

Le ministre renvoie au point de vue qu'il a déjà exprimé au cours de la discussion générale.

L'amendement n° 2 est rejeté par 9 voix contre 3.

L'amendement n° 3 est rejeté par 8 voix contre 3 et 1 abstention.

#### Article 45

M. Barbeaux dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-1245/2, amendement n° 4), qui tend à insérer dans le dernier alinéa du § 3 de l'article 115 proposé les mots «au médecin-directeur de l'organisme assureur concerné».

En cas d'irrégularité commise par un médecin-conseil, il est indispensable que l'employeur (la mutuelle) avec qui ce médecin-conseil a une relation contractuelle de travail soit informé au plus tard au moment où le dossier est déposé auprès du Comité du service de l'évaluation et de contrôle médicaux.

L'amendement a pour but de renforcer le contrôle du travail du médecin-conseil, pour que ce travail soit de bonne qualité.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions demande le rejet de l'amendement. Sa position comporte deux volets. Une première dimension se réfère à la composition du Comité du service de l'évaluation et de contrôle médicaux. L'article 140 de la loi sur les soins de santé dispose que ce comité est composé de différents représentants, parmi lesquels les représentants des organismes assureurs. Pour ce qui est de la deuxième dimension, le ministre dit ne pas être convaincu que l'organisme assureur doive être mis au courant en tant qu'employeur. Dans le cadre du contrôle, en effet, le médecin-conseil n'intervient pas vraiment en tant que salarié de l'organisme assureur.

Le médecin-conseil effectue le contrôle dans l'intérêt public sous tutelle et direction de l'autorité publique.

Uiteraard is het gevonden evenwicht zeer delicaat.

De minister heeft een dynamische visie terzake.

De thans geldende regels betreffen de registratie van de pathologieën, maar kunnen worden uitgebreid tot het medisch verkeer, de wenselijkheid van de opname enz.

De procedure dient wel duidelijk te zijn vastgelegd.

Mevrouw Thijs c.s. dienen een amendement in (stuk Senaat, nr. 2-1245/2, amendement nr. 8) dat ertoe strekt het advies van het Intermutualistisch College te doen tussenkomen bij de vaststelling van de voorwaarden en de regelen waaraan de adviseerende geneesheren moeten beantwoorden.

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen verwijst naar de tweede dimensie van zijn antwoord op amendement nr. 4. De mutualiteiten worden hierdoor te zeer rechtstreeks in het proces gebracht.

Amendement nr. 4 wordt verworpen met 9 tegen 3 stemmen.

Amendement nr. 8 wordt verworpen met 9 tegen 3 stemmen.

#### Artikel 46

Amendement nr. 9 van mevr Thijs c.s. (stuk Senaat, nr. 2-1245/2) wenst wijzigingen aan te brengen aan het voorgestelde artikel 129bis§ 2.

Littera A van dit amendement wordt ingetrokken, aangezien de pariteit reeds in de huidige tekst is voorzien.

Littera B bepaalt dat de aangestelde ziekenhuisgeneesheren effectief lid moeten zijn van de medische raad, teneinde een grotere representativiteit te waarborgen.

De minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu vraagt de verwerping van dit amendement. Bepalen dat de aangestelde ziekenhuisgeneesheren uit de medische raad moeten komen is immers te beperkend. Het volstaat dat zij door de medische raad worden aangewezen. De representativiteit wordt hier voldoende gewaarborgd.

Amendement nr. 10 van mevrouw Thijs c.s. (stuk Senaat, nr. 2-1245/2) wenst te specificeren dat de leden van de financiële commissie de informatie die hen ter beschikking wordt gesteld als vertrouwelijk beschouwen en deze enkel mogen aanwenden voor de doeleinden waartoe ze werd verstrekt.

De bevoegde minister vindt de bepaling nogal betuttelend. Zij verwijst naar de bespreking terzake in de Kamer. De leden van de financiële commissie worden uit verschillende geledingen gekozen en men moet niet al te dirigistisch tegen deze personen optreden.

L'équilibre trouvé est naturellement très délicat.

Le ministre a en la matière une vision dynamique.

Les règles actuelles visent l'enregistrement des pathologies, mais pourraient être étendues au trafic médical, à l'opportunité de l'admission, etc.

La procédure doit par contre être définie clairement.

Mme Thijs et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-1245/2, amendement n° 8) qui tend à faire intervenir le Collège intermutualiste dans la fixation des conditions et des règles auxquelles les médecins-conseils doivent répondre.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions renvoie à la deuxième dimension de sa réponse à l'amendement n° 4. Les mutualités seraient trop directement impliquées dans le processus.

L'amendement n° 4 est rejeté par 9 voix contre 3.

L'amendement n° 8 est rejeté par 9 voix contre 3.

#### Article 46

L'amendement n° 9 de Mme Thijs et consorts (doc. Sénat, n° 2-1245/2) propose d'apporter des modifications à l'article 129bis, § 2, proposé.

Le A de cet amendement est retiré, dès lors que la parité est déjà prévue dans le texte actuel.

Le B dispose que les médecins hospitaliers désignés doivent être membres effectifs du conseil médical, afin de garantir une plus grande représentativité.

La ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement demande le rejet de cet amendement. Exiger que les médecins hospitaliers désignés soient membres du conseil médical est par trop restrictif. Il suffit qu'ils soient désignés par le conseil médical. La représentativité est suffisamment garantie en l'occurrence.

L'amendement n° 10 de Mme Thijs et consorts (doc. Sénat, n° 2-1245/2) tend à spécifier que les membres de la commission financière considèrent les informations qui sont mises à leur disposition comme strictement confidentielles et ne peuvent dès lors les utiliser qu'aux fins prévues.

La ministre compétente trouve cette disposition plutôt excessive. Elle renvoie à ce sujet à la discussion à la Chambre. Les membres de la commission financière sont de provenance différente et on ne doit pas être dirigiste à l'excès à l'égard de ces personnes.

Amendement nr. 9 wordt verworpen met 9 tegen 3 stemmen.

Amendement nr. 10 wordt verworpen met 9 tegen 3 stemmen.

#### Artikel 55

Mevrouw Thijs c.s. dienen een amendement in (stuk Senaat, nr. 2-1245/2, amendement nr. 11) ten einde in artikel 159 van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen te preciseren dat de voorzitter en de ondervoorzitter van de multipartite-structuur door de leden van deze structuur worden voorgesteld. Dat verhoogt hun democratische legitimiteit.

De minister van Volksgezondheid verzet zich tegen dit amendement. Het democratisch gehalte van deze instelling zal in de praktijk worden gewaarborgd door het feit dat de representatieve organisaties van de drie betrokken componenten, te weten de artsen, de verzekeringsinstellingen en de ziekenhuizen, zelf hun eigen leden mogen voordragen. Indien men de aldus voorgedragen leden zelf de bevoegdheid zou verlenen een kandidaat-voorzitter en een kandidaat-ondervoorzitter voor te stellen, dan dreigen de globale politieke evenwichten te worden verstoord waarmee in ons land rekening moet worden gehouden. Daarom wordt, wat de ambten van voorzitter en ondervoorzitter betreft, de benoemingsbevoegdheid aan de Koning voorbehouden, waarbij de kandidaten door de ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid worden voorgedragen. Dat is vaste praktijk in de gezondheidssector. Zo worden ook de voorzitter en de ondervoorzitter van de Nationale Raad voor de ziekenhuizen door de Koning benoemd.

Mevrouw Thijs acht zich niet overtuigd door deze argumentatie. De voorgestelde benoemingsprocedure komt er eens te meer op neer dat van hogerhand wordt opgelegd wie voorzitter en ondervoorzitter zullen zijn. Spreekster is van oordeel dat de leden van de multipartite-structuur voldoende verantwoordelijkheidszin hebben om met kennis van zaken een voorzitter en een ondervoorzitter voor te stellen. Dat zal het democratisch gehalte en de werking van deze instantie ten goede komen.

De minister verzet zich tegen het uitgangspunt van deze redenering. Het is zeker niet zo dat een lid van de multipartite structuur minder invloed zal hebben dan de voorzitter. Deze laatste zal onvermijdelijk een «grensoverschrijdende» houding moeten aannemen en oog hebben voor de input van de drie componenten. Wanneer aan de leden van de multipartite structuur de bevoegdheid zou worden verleend om de voorzitter en de ondervoorzitter voor te stellen, dan bestaat het gevaar dat er machtsspelletjes zullen worden gespeeld die in se weinig met democratie

L'amendement n° 9 est rejeté par 9 voix contre 3.

L'amendement n° 10 est rejeté par 9 voix contre 3.

#### Article 55

Mme Thijs et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-1245/2, amendement n° 11) en vue de préciser à l'article 159 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales que le président et le vice-président de la structure multipartite sont présentés par les membres de cette structure. Cela renforce leur légitimité démocratique.

La ministre de la Santé rejette cet amendement. Le contenu démocratique de cette institution sera garanti dans la pratique par le fait que les organisations représentatives des trois composantes en question, à savoir les médecins, les organismes assureurs et les hôpitaux, peuvent présenter leurs propres membres. Si l'on pouvait, dans cette optique, accorder aux membres présentés le pouvoir de proposer eux-mêmes un candidat président et un candidat vice-président, les équilibres politiques globaux dont il y a lieu de tenir compte dans notre pays risqueraient d'être faussés. C'est pourquoi le pouvoir de nomination pour ce qui est des fonctions de président et de vice-président est réservé au Roi, étant entendu que les candidats sont présentés par les ministres chargés des Affaires sociales et de la Santé publique. Telle est la pratique constante dans le secteur des soins de santé. Celle-ci veut également que le président et le vice-président du Conseil national des établissements hospitaliers soient nommés par le Roi.

Mme Thijs déclare que l'argumentation qui vient d'être développée ne la convainc pas. La procédure de nomination proposée revient à laisser le soin aux autorités supérieures de choisir le président et vice-président. L'intervenante estime que les membres de la structure multipartite ont suffisamment le sens des responsabilités pour pouvoir présenter un président et un vice-président en connaissance de cause. La procédure en question renforcera dès lors le contenu et le fonctionnement démocratique de ladite institution.

La ministre rejette le point de départ de ce raisonnement. Il n'est absolument pas vrai qu'un membre de la structure multipartite aura moins d'influence que le président. Le président devra inévitablement regarder par-delà les limites des trois composantes et il devra tenir compte de l'apport de chacune. Au cas où l'on accorderait aux membres de la structure multipartite le pouvoir de présenter un président et un vice-président, l'on risquerait d'assister à des épreuves de force qui n'ont rien à voir avec la démocratie. Elle plaide dès lors pour le maintien de la procédure de

vandoen hebben. Daarom pleit zij voor het behoud van de voorgestelde, reeds lang ingeburgerde, benoemingsprocedure.

Mevrouw Thijs c.s. dienen vervolgens amendement nr. 12 in (stuk Senaat, nr. 2-1245/2) teneinde in artikel 159 van de bovenvermelde wet te bepalen dat elke component van de multipartite structuur niet door zes maar, zoals thans het geval is, door acht leden wordt vertegenwoordigd.

De minister antwoordt dat men met zes leden per component reeds een ruim veld van de betrokken sector bestrijkt. Door dat getal op te trekken tot acht zal men niet noodzakelijk kwantitatief en kwalitatief meer werk verzetten. Wat essentieel is dat de drie betrokken componenten evenwaardig vertegenwoordigd zijn en er met zes leden een voldoende representativiteit van de betrokken sector wordt gewaarborgd.

Mevrouw Thijs c.s. dienen tenslotte amendement nr. 13 in (stuk Senaat, nr. 2-1245/2) teneinde in artikel 159 van de bovenvermelde wet te bepalen dat de voorzitter en de ondervoorzitter van de multipartite structuur tot een verschillend geslacht en tot een verschillende taalrol moeten behoren. Indienster is ervan overtuigd dat inzonderheid de vrouwelijke senatoren die zich inzetten voor het gelijkheidsbeleid, dit amendement onvoorwaardelijk zullen steunen.

De minister van Volksgezondheid is vanuit principeel oogpunt niet tegen dit amendement gekant. Men moet evenwel de realiteit onder ogen nemen. Wanneer een dergelijke principiële bepaling in een wettekst wordt opgenomen, loopt men het gevaar in de praktijk in moeilijk vaarwater te verzeilen. Zo heeft haar departement reeds meermaals een afwijking moeten vragen van de wettelijke verplichting dat ten minste een derde van de leden van adviesraden tot een verschillend geslacht dienen te behoren. Zij betoont zich bijgevolg geen voorstander van dit amendement omdat er in tal van uitzonderingen zal moeten worden voorzien. Dat neemt niet weg dat de doelstelling die aan het amendement ten grondslag ligt, de facto moet worden nagestreefd.

Mevrouw Thijs is het niet eens met deze opvatting. Indien de wet de politieke partijen er niet toe zou hebben verplicht om ten minste een derde van de plaatsen op de kandidatenlijsten aan vrouwen toe te wijzen, dan zouden tal van vrouwen niet in het Parlement zijn terechtgekomen en nog minder een ministerpost bekleden. Indien het wettelijk quotum in de adviesraden niet wordt gehaald, dan is dat te wijten aan de overheid die te weinig druk uitoefent. De dooddoener dat men geen valabele vrouwelijke kandidaten vindt, geldt blijkbaar niet voor de mannelijke leden van deze raden. Daarom dient bij wijze van aansporing het principe van de pariteit tussen vrouwen en mannen, zeker ten aanzien van de voorzitter

nomination proposée qui a acquis droit de cité depuis longtemps.

Mme Thijs et consorts déposent ensuite l'amendement n° 12 (doc. Sénat n° 2-1245/2) qui prévoit de disposer à l'article 159 de la loi précitée que chaque composante de la structure multipartite est représentée, non plus par six membres, comme c'est le cas actuellement, mais par huit membres.

La ministre répond que, si chaque composante est représentée par six membres, c'est déjà une très grande partie du secteur en question qui est concernée. En portant ce chiffre à huit, on n'arrivera pas nécessairement à accomplir un plus grand volume de travail ni à améliorer la qualité de ce travail. L'essentiel, c'est que les trois composantes en question soient représentées de manière équivalente et que la représentativité dudit secteur soit suffisamment bien garantie par les six représentants de chaque composante.

Mme Thijs et consorts déposent enfin l'amendement n° 13 (doc. Sénat, n° 2-1245/2) qui vise à disposer, à l'article 159 de la loi précitée, que le président et le vice-président de la structure multipartite sont de sexe différent et appartiennent à un rôle linguistique différent. L'auteur est convaincue que les sénatrices, qui œuvrent à la politique d'égalité des chances, en particulier, soutiendront inconditionnellement cet amendement.

La ministre de la Santé publique n'est pas opposée, en principe, à cet amendement. Toutefois, il faut être réaliste. Si on inscrit pareille disposition de principe dans un texte de loi, on risque d'avoir des problèmes dans la pratique. C'est ainsi que son département a dû demander à plusieurs reprises une dérogation à l'obligation légale selon laquelle un tiers des membres des conseils consultatifs doivent être de sexe différent. Par conséquent, elle n'est pas favorable à l'amendement parce qu'il faudra prévoir un grand nombre d'exceptions. Il n'empêche qu'il faut poursuivre *de facto* l'objectif qui est à la base de l'amendement.

Mme Thijs n'est pas d'accord avec ce point de vue. Si la loi n'avait pas obligé les partis politiques à attribuer à des femmes au moins un tiers des places sur les listes de candidats, beaucoup de femmes n'auraient pas pu siéger au Parlement et elles auraient été encore moins nombreuses à obtenir un poste ministériel. Si on n'atteint pas le quota légal dans les conseils consultatifs, c'est de la faute des pouvoirs publics, qui n'exercent pas une pression suffisante. L'excuse banale selon laquelle on ne trouve pas de candidates valables ne vaut manifestement pas pour les membres masculins de ces conseils. C'est pourquoi il faut inscrire dans la loi, à titre d'encouragement, le principe de la parité entre les femmes et les hommes, en



en de ondervoorzitter van de multipartite, in de wet te worden vastgelegd.

De minister ondersteunt de onderliggende filosofie van het amendement, maar blijft erbij dat het met zijn strikte formulering te ver gaat. Zij bevestigt haar politieke wil om voor haar bevoegdheidsdomein een evenwichtige vertegenwoordiging van de vrouwen na te streven.

Amendement nr. 11 wordt verworpen met 9 tegen 3 stemmen.

Amendement nr. 12 wordt verworpen met 9 tegen 3 stemmen.

Amendement nr. 13 wordt verworpen met 8 tegen 2 stemmen bij 1 onthouding.

#### IV. EINDSTEMMING

Het wetsontwerp in zijn geheel wordt aangenomen met 8 stemmen bij 4 onthoudingen.

Dit verslag is goedgekeurd met 11 stemmen bij 1 onthouding.

*De rapporteurs,*  
Jean REMANS.  
Michel BARBEAUX.

*De voorzitter,*  
Jacques D'HOOGHE.

\*  
\* \*

**De door de commissie aangenomen tekst  
is dezelfde als de tekst  
van het door de Kamer van volksvertegenwoordigers  
overgezonden ontwerp  
(zie stuk Kamer, nr. 50-1905/6)**

tout cas en ce qui concerne le président et le vice-président de la structure multipartite.

La ministre approuve la philosophie qui sous-tend l'amendement, mais elle reste d'avis que sa formulation stricte va trop loin. Elle confirme sa volonté politique de parvenir à une représentation équilibrée des femmes dans son domaine de compétence.

L'amendement n° 11 est rejeté par 9 voix contre 3.

L'amendement n° 12 est rejeté par 9 voix contre 3.

L'amendement n° 13 est rejeté par 8 voix contre 2 et 1 abstention.

#### IV. VOTE FINAL

L'ensemble du projet de loi a été adopté par 8 voix et 4 abstentions.

Le présent rapport a été approuvé par 11 voix contre 1 abstention.

*Les rapporteurs,*  
Jean REMANS.  
Michel BARBEAUX.

*Le président,*  
Jacques D'HOOGHE.

\*  
\* \*

**Le texte adopté par la commission  
est identique au texte transmis par  
la Chambre des représentants  
(voir doc. Chambre, n° 50-1905/6)**