

Sénat de Belgique

Session ordinaire 2004-2005



3-107

Séances plénières

Jeudi 21 avril 2005

Séance du matin

Annales

Belgische Senaat

Gewone Zitting 2004-2005

Handelingen

Plenaire vergaderingen

Donderdag 21 april 2005

Ochtendvergadering

3-107

Les **Annales** contiennent le texte intégral des discours dans la langue originale. Ce texte a été approuvé par les orateurs. Les traductions – *imprimées en italique* – sont publiées sous la responsabilité du service des Comptes rendus. Pour les interventions longues, la traduction est un résumé.

La pagination mentionne le numéro de la législature depuis la réforme du Sénat en 1995, le numéro de la séance et enfin la pagination proprement dite.

Pour toute commande des Annales et des Questions et Réponses du Sénat et de la Chambre des représentants: Service des Publications de la Chambre des représentants, Place de la Nation 2 à 1008 Bruxelles, tél. 02/549.81.95 ou 549.81.58.

Ces publications sont disponibles gratuitement sur les sites Internet du Sénat et de la Chambre:
www.senate.be www.lachambre.be

Abréviations – Afkortingen

CD&V	Christen-Democratisch en Vlaams
CDH	Centre Démocrate Humaniste
ECOLO	Écologistes
FN	Front National
MR	Mouvement réformateur
PS	Parti Socialiste
SP.A-SPIRIT	Socialistische Partij Anders – SPIRIT
VL. BELANG	Vlaams Belang
VLD	Vlaamse Liberalen en Democraten

De **Handelingen** bevatten de integrale tekst van de redevoeringen in de oorspronkelijke taal. Deze tekst werd goedgekeurd door de sprekers. De vertaling – *cursief gedrukt* – verschijnt onder de verantwoordelijkheid van de dienst Verslaggeving. Van lange uiteenzettingen is de vertaling een samenvatting.

De nummering bestaat uit het volgnummer van de legislatuur sinds de hervorming van de Senaat in 1995, het volgnummer van de vergadering en de paginering.

Voor bestellingen van Handelingen en Vragen en Antwoorden van Kamer en Senaat:
Dienst Publicaties Kamer van volksvertegenwoordigers, Natieplein 2 te 1008 Brussel, tel. 02/549.81.95 of 549.81.58.

Deze publicaties zijn gratis beschikbaar op de websites van Senaat en Kamer:
www.senate.be www.dekamer.be

Sommaire

Proposition de révision de l'article 142, alinéa 1 ^{er} , de la Constitution (de Mme Anne-Marie Lizin et consorts, Doc. 3-1052).....	4
Proposition de modification de la terminologie de la Constitution (de Mme Anne-Marie Lizin et consorts, Doc. 3-1053).....	4
Discussion.....	4
Projet de loi relatif à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé (Doc. 3-1122) (Procédure d'évocation)	8
Discussion générale.....	8
Discussion des articles.....	41
Excusés.....	62

Inhoudsopgave

Voorstel tot herziening van artikel 142, eerste lid, van de Grondwet (van mevrouw Anne-Marie Lizin c.s., Stuk 3-1052).....	4
Voorstel tot wijziging van de terminologie van de Grondwet (van mevrouw Anne-Marie Lizin c.s., Stuk 3-1053).....	4
Bespreking.....	4
Wetsontwerp betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (Stuk 3-1122) (Evocatieprocedure).....	8
Algemene bespreking.....	8
Artikelsgewijze bespreking	41
Berichten van verhindering	62

Présidence de Mme Anne-Marie Lizin*(La séance est ouverte à 10 h 10.)***Proposition de révision de l'article 142, alinéa 1^{er}, de la Constitution (de Mme Anne-Marie Lizin et consorts, Doc. 3-1052)***(Le texte adopté par la commission des Affaires institutionnelles est identique au texte de la proposition. Voir document 3-1052/1.)***Proposition de modification de la terminologie de la Constitution (de Mme Anne-Marie Lizin et consorts, Doc. 3-1053)***(Le texte adopté par la commission des Affaires institutionnelles est identique au texte de la proposition. Voir document 3-1053/1.)*

Mme la présidente. – Je vous propose de joindre la discussion de ces propositions de loi. (*Assentiment*)

Discussion

M. Berni Collas, corapporteur. – Ich habe die Ehre, Ihnen über zwei Vorschläge der Revision der Verfassung Bericht zu erstatten, die eine Neubezeichnung des Schiedshofes in Verfassungsgerichtshof bezwecken.

M. Berni Collas, corapporteur. – *J'ai l'honneur de vous faire rapport sur deux propositions de révision de la Constitution visant à modifier la dénomination de la Cour d'arbitrage en « Cour constitutionnelle ».*

La commission des Affaires institutionnelles a discuté la proposition de révision de l'article 142, alinéa premier, de la Constitution au cours de sa réunion du 24 mars 2005. Elle a traité durant la même réunion la proposition connexe portant modification de la terminologie de la Constitution.

La proposition de révision de la Constitution à l'examen marque une nouvelle étape dans l'histoire encore jeune de la Cour d'arbitrage. En effet, le constituant confère à celle-ci l'appellation longtemps attendue de « Cour constitutionnelle ». Ce changement de nom entérine l'évolution que la Cour d'arbitrage a connue depuis sa création en 1980 et, en particulier, la manière dont elle a géré l'élargissement de compétences dont elle a bénéficié en 1988 et en 2003, pour se muer progressivement en une véritable cour constitutionnelle. La Cour d'arbitrage mérite dès lors la dénomination qui correspond à ce profil. Ainsi que l'indiquent les développements de la proposition, cette appellation reflète exactement le rôle que joue la cour lorsqu'elle confronte les normes législatives aux deux catégories distinctes de normes de référence : d'une part, les règles de répartition des compétences et, d'autre part, les dispositions constitutionnelles concernant les droits et les libertés fondamentales.

Par la proposition en discussion, le constituant témoigne de sa confiance dans la démarche qui a été celle de la cour jusqu'à

Voorzitter: mevrouw Anne-Marie Lizin*(De vergadering wordt geopend om 10.10 uur.)***Voorstel tot herziening van artikel 142, eerste lid, van de Grondwet (van mevrouw Anne-Marie Lizin c.s., Stuk 3-1052)***(De tekst aangenomen door de commissie voor de Institutionele Aangelegenheden is dezelfde als de tekst van het voorstel. Zie stuk 3-1052/1.)***Voorstel tot wijziging van de terminologie van de Grondwet (van mevrouw Anne-Marie Lizin c.s., Stuk 3-1053)***(De tekst aangenomen door de commissie voor de Institutionele Aangelegenheden is dezelfde als de tekst van het voorstel. Zie stuk 3-1053/1.)*

De voorzitter. – Ik stel voor deze wetsvoorstellen samen te bespreken. (*Instemming*)

Bespreking

De heer Berni Collas, corapporteur. – Ich habe die Ehre, Ihnen über zwei Vorschläge der Revision der Verfassung Bericht zu erstatten, die eine Neubezeichnung des Schiedshofes in Verfassungsgerichtshof bezwecken.

De heer Berni Collas (MR), corapporteur. – *Ik heb de eer u verslag uit te brengen van de twee voorstellen tot herziening van de Grondwet om de benaming van het Arbitragehof te wijzigen in 'Grondwettelijk Hof'.*

De commissie voor de Institutionele Aangelegenheden heeft het voorstel tot herziening van artikel 142, eerste lid, van de Grondwet besproken tijdens haar vergadering van 24 maart 2005. Tijdens dezelfde vergadering heeft ze het hiermee samenhangende voorstel tot wijziging van de terminologie van de Grondwet behandeld.

Dit voorstel van grondwetsherziening vormt een nieuwe mijlpaal in de nog jonge geschiedenis van het Arbitragehof. De grondwetgever verleent het Hof immers de lang verbeide naam van Grondwettelijk Hof. Deze naamswijziging bekrachtigt de evolutie die het Arbitragehof sinds zijn oprichting in 1980 heeft ondergaan en inzonderheid de wijze waarop het Hof met de in 1988 en 2003 verleende uitbreiding van zijn bevoegdheden is omgegaan en zich gaandeweg tot een grondwettelijk hof heeft ontwikkeld. Het Arbitragehof verdient dan ook de naam die bij dat profiel hoort. Zoals de toelichting bij het voorstel aangeeft, weerspiegelt deze naam precies de rol van het Hof bij de toetsing van wetgevende normen aan de twee onderscheiden groepen van referentienormen: enerzijds de bevoegdheidsverdelende regels, anderzijds de grondwetsbepalingen inzake fundamentele rechten en vrijheden.

Met dit voorstel bezegelt de grondwetgever zijn vertrouwen in de koers die het Hof tot op heden heeft gevaren.

ce jour.

L'un des auteurs, M. Vandenberghe, se réjouit de la révision proposée qui confère à la Cour d'arbitrage une appellation reflétant le contenu de sa mission. Lors de la création de la cour en 1980, ses compétences se limitaient au règlement des conflits de compétence entre le législateur de l'État fédéral et ceux des Communautés et des Régions d'une part, et entre les législateurs des Communautés et des Régions d'autre part. Ces compétences ont été élargies par la révision de la Constitution du 15 juillet 1988, qui permettait désormais également à la cour de confronter les normes législatives aux articles 10, 11 et 24 de la Constitution. Cette évolution s'est poursuivie avec la loi spéciale du 9 mars 2003 modifiant la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour d'arbitrage et qui concernait cette fois tous les articles du titre II, « Des Belges et de leurs droits », et les articles 170, 172 et 191 de la Constitution.

La Cour d'arbitrage est ainsi devenue le gardien de deux éléments essentiels de la Constitution, de sorte que son appellation n'est plus adéquate. La dénomination « Cour d'arbitrage » est un reliquat de la mission qui lui avait été dévolue en 1980 – veiller au respect des règles de répartition des compétences – et elle n'a pas suivi l'évolution que constitua l'extension des compétences de la cour au domaine des droits et des libertés fondamentales. En outre l'appellation actuelle suscite beaucoup de confusion parmi les non-initiés, car elle donne l'impression que la cour joue un rôle d'arbitre dans des litiges, notamment dans le domaine du droit international. Eu égard à ce qui précède, la cour mérite, à l'exemple de cours constitutionnelles étrangères, d'être revêtue du nom de « Cour constitutionnelle », habituel en de telles circonstances.

Deux autres auteurs, Mme Fauzaya Talhaoui et M. Francis Delpérée, ajoutent que, grâce au changement de dénomination proposé, la Cour d'arbitrage sera mise sur un pied d'égalité avec les autres cours constitutionnelles d'Europe, comme le *Bundesverfassungsgericht* allemand, le Conseil constitutionnel français ou la *Corte costituzionale* italienne.

J'ai personnellement souscrit à ces objectifs, tout en faisant observer que le nom de certaines cours constitutionnelles fait explicitement référence au caractère fédéral de l'État concerné. Le *Bundesverfassungsgericht* allemand en est un parfait exemple.

M. Francis Delpérée répond que, lors de la rédaction des deux propositions, les auteurs auraient pu envisager l'appellation « Cour constitutionnelle fédérale », mais la dénomination « Cour constitutionnelle » fait l'unanimité, tant au sein du Parlement qu'à l'extérieur de celui-ci.

M. Jean-Marie Happart aimerait savoir si les communautés et les régions qui disposent d'une autonomie constitutive pourraient créer leur propre cour constitutionnelle.

M. Delpérée se borne à déclarer que l'article 142 de la Constitution dispose explicitement qu'il y a, pour toute la Belgique, une Cour d'arbitrage, tout comme les articles 147 et 160 disposent qu'il y a, pour toute la Belgique, une Cour de cassation et un Conseil d'État.

Een van de indieners, de heer Hugo Vandenberghe, verheugt zich over de voorgestelde herziening omdat ze het Arbitragehof de naam verleent die zijn opdracht weergeeft. Bij zijn oprichting in 1980 was de bevoegdheid van het hof beperkt tot de regeling van bevoegdheidsconflicten tussen de wetgevers van de federale staat en van de gemeenschappen en de gewesten en tussen de wetgevers van de gemeenschappen en de gewesten onderling. Door de grondwetsherziening van 15 juli 1988 werd die bevoegdheid uitgebreid en kon het hof wetgevende normen voortaan ook toetsen aan de artikelen 10, 11 en 24 van de Grondwet. Door de bijzondere wet van 9 maart 2003 tot wijziging van de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Arbitragehof werd die lijn doorgetrokken en werden alle artikelen van titel II, 'De Belgen en hun rechten', en de artikelen 170, 172 en 191 van de Grondwet binnen het toetsingsbereik van het Hof geplaatst.

Op die wijze is het Arbitragehof uitgegroeid tot de bewaker van twee essentiële onderdelen van de Grondwet. De naam 'Arbitragehof' is derhalve niet langer adequaat. Hij is een relict van de oorspronkelijke opdracht uit 1980 met betrekking tot de naleving van de bevoegdheidsverdelende regels en is niet mee geëvolueerd met de uitbreiding van de toetsingsbevoegdheid van het Hof tot de fundamentele rechten en vrijheden. Bovendien scheidt hij voor buitenstaanders veel verwarring omdat hij de indruk wekt dat het hof optreedt als arbiter van geschillen, onder meer inzake internationaal recht. Gelet op het voorgaande verdient het hof, in navolging van buitenlandse grondwettelijke hoven, te worden betiteld met de in die omstandigheden gebruikelijke naam van Grondwettelijk Hof.

Twee andere indieners, mevrouw Fauzaya Talhaoui en de heer Francis Delpérée, voegen hieraan toe dat het Arbitragehof door de voorgestelde naamswijziging op gelijke voet komt te staan met de andere grondwettelijke hoven in Europa, zoals het Bundesverfassungsgericht in Duitsland, de Conseil constitutionnel in Frankrijk en de Corte costituzionale in Italië.

Ikzelf onderschrijf deze doelstellingen, maar wijs erop dat de naam van sommige grondwettelijke hoven expliciet naar de federale staatsvorm van het land refereert. Het Duitse Bundesverfassungsgericht is daarvan het schoolvoorbeeld.

De heer Francis Delpérée antwoordt dat de auteurs bij de redactie van de twee voorstellen de naam 'Federaal Grondwettelijk Hof' hadden kunnen overwegen. Er bestaat echter zowel binnen als buiten het Parlement eenparigheid over de naam 'Grondwettelijk Hof'.

De heer Jean-Marie Happart wenst te weten of de gemeenschappen en de gewesten die over een constitutieve autonomie beschikken, hun eigen grondwettelijk hof mogen oprichten.

De heer Delpérée beperkt zich ertoe te verklaren dat artikel 142 van de Grondwet uitdrukkelijk bepaalt dat er voor geheel België een Arbitragehof bestaat, net zoals de artikelen 147 en 160 bepalen dat er voor geheel België respectievelijk een Hof van Cassatie en een Raad van State bestaan.

L'article unique de la proposition de révision de l'article 142, alinéa 1^{er}, de la Constitution a été adopté à l'unanimité des 9 membres présents.

Confiance a été faite aux rapporteurs pour la rédaction du présent rapport.

J'en viens au rapport de la proposition suivante, étroitement liée à celle que nous venons d'évoquer.

Pour la discussion sur le fond, il est renvoyé au rapport relatif à la proposition de révision de l'article 142 de la Constitution.

Pour le reste, la commission décide d'insérer dans l'article unique, à titre de correction du texte, les mots « du titre III » entre les mots « chapitre V » et « de la Constitution ».

En ce qui concerne le vote, l'article unique de la proposition de modification de la terminologie de la Constitution, ainsi corrigé, est adopté à l'unanimité des neuf membres présents.

Confiance a été faite aux rapporteurs pour la rédaction du présent rapport.

Ich möchte die Gelegenheit wahrnehmen, um auch in meinem persönlichen Namen noch einige Bemerkungen zu dieser Verfassungsrevision zu machen.

Je voudrais saisir cette occasion pour formuler encore en mon nom personnel quelques observations concernant cette révision de la Constitution.

Il est manifestement judicieux de procéder au changement d'appellation de la Cour d'arbitrage en Cour constitutionnelle, vu l'élargissement progressif de son champ de compétences. Néanmoins, il serait souhaitable que la cour ait à connaître de la violation présumée d'autres articles de notre loi fondamentale voire de la Constitution tout entière. C'est du moins mon avis personnel.

*En ce qui concerne la référence à l'État fédéral dont il fut question en commission des Affaires institutionnelles, je ne cache pas que la dénomination « Cour constitutionnelle fédérale » ou *Bundesverfassungsgericht* – en allemand – aurait eu mon soutien, afin de souligner explicitement le caractère fédéral de notre système constitutionnel.*

*Comme M. Francis Delpérée l'a fait en commission, je tiens à rappeler que la dénomination Cour constitutionnelle ou *Grondwettelijk Hof* fait l'unanimité tant au Parlement qu'à l'extérieur de celui-ci.*

*En ce qui concerne la traduction allemande, je tiens d'abord à souligner que les textes constitutionnels sont les seuls à être publiés, simultanément, dans les trois langues. Cela dit, nous avons opté pour l'appellation *Verfassungsgerichtshof*, bien que le premier réflexe ait été de se rallier aux appellations néerlandaise et française, en se limitant à l'appellation *Verfassungshof*. La dénomination *Verfassungsgerichtshof* souligne, à mes yeux, le caractère exceptionnel de la cour, amenée à un contrôle centralisé de la constitutionnalité des lois, des décrets et des ordonnances.*

La Cour d'arbitrage a parfaitement exercé son rôle. Elle fut le garant du respect de certaines dispositions de notre loi fondamentale et je suis convaincu que la Cour

Het enig artikel van het voorstel tot herziening van artikel 142, eerste lid, van de Grondwet wordt aangenomen bij eenparigheid van de 9 aanwezige leden.

Vertrouwen werd geschonken aan de rapporteurs voor het uitbrengen van dit verslag.

Ik kom nu tot het verslag over het volgende voorstel, dat nauw samenhangt met het voorstel dat we juist hebben besproken.

Voor de inhoudelijke bespreking wordt verwezen naar het verslag over het voorstel tot herziening van artikel 142, eerste lid, van de Grondwet.

Voor het overige besluit de commissie om, bij wijze van tekstcorrectie, in het enig artikel de woorden 'van titel III' in te voegen tussen de woorden 'hoofdstuk V' en de woorden 'van de Grondwet'.

Het aldus gecorrigeerde enig artikel van het voorstel tot wijziging van de terminologie van de Grondwet wordt aangenomen bij eenparigheid van de 9 aanwezige leden.

Vertrouwen werd geschonken aan de rapporteurs voor het uitbrengen van dit verslag.

Ich möchte die Gelegenheit wahrnehmen, um auch in meinem persönlichen Namen noch einige Bemerkungen zu dieser Verfassungsrevision zu machen.

Ik neem de gelegenheid te baat om in eigen naam enkele opmerkingen te formuleren over deze herziening van de Grondwet.

Het is duidelijk verantwoord de benaming van het Arbitragehof te wijzigen in Grondwettelijk Hof, gelet op de geleidelijke uitbreiding van zijn bevoegdheidsgebied. Persoonlijk vind ik het evenwel wenselijk dat het hof ook bevoegd is inzake de vermeende schending van andere artikelen van onze Grondwet en zelfs voor de gehele Grondwet.

In verband met de verwijzing naar de federale Staat waarover in de commissie voor de Institutionele Aangelegenheden werd gesproken, geef ik toe dat ik de benaming 'Federaal Grondwettelijk Hof' of Bundesverfassungsgericht – in het Duits – zou hebben gesteund om expliciet te verwijzen naar het federale karakter van ons grondwettelijk stelsel.

Net als de heer Francis Delpérée in de commissie deed, wijs ik erop dat er zowel binnen als buiten het Parlement eenparigheid bestaat over de benaming Grondwettelijk Hof of Cour constitutionnelle.

Voor de vertaling in het Duits hebben we gekozen voor de benaming Verfassungsgerichtshof, hoewel we ons in eerste instantie wilden laten leiden door de Nederlandse en Franse benamingen, en het wilden houden bij Verfassungshof. De benaming Verfassungsgerichtshof wijst volgens mij op het uitzonderlijke karakter van het hof, dat controle moet uitoefenen op de grondwettelijkheid van de wetten, decreten en verordeningen.

Het Arbitragehof heeft zijn rol zeer goed gespeeld. Het stond er garant voor dat sommige bepalingen van onze Grondwet werden nageleefd. Ik ben ervan overtuigd dat het Grondwettelijk Hof dat nog meer zal doen.

constitutionnelle le sera davantage encore.

M. Francis Delpérée (CDH). – Nous sommes favorables à la révision de l'article 142, alinéa 1^{er}, de la Constitution. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous avons cosigné la proposition de révision de cet article.

Comme M. Collas vient de le rappeler, cette révision est tout à fait utile. Elle clarifie le vocabulaire constitutionnel et la compréhension du système constitutionnel, en particulier celle du système de justice constitutionnelle. Elle fait œuvre pédagogique.

Cette révision est non seulement utile mais nécessaire. En effet, elle évite les malentendus, en Belgique comme à l'étranger. Elle ne donne pas de notre institution de justice constitutionnelle une image déformante et réductrice.

Au contraire, elle en donne une image qui rend compte de l'ensemble des attributions actuelles de la Cour d'arbitrage, notamment celles qui résultent de la réforme de la loi spéciale de 2003.

Vous me permettrez d'ajouter que cette révision utile et nécessaire sera bien accueillie dans les milieux constitutionnalistes, à la Cour d'arbitrage, dans la doctrine et dans les amphithéâtres des facultés de droit.

Pour toutes ces raisons, nous sommes favorables à cette révision et estimons que la Cour d'arbitrage a bien travaillé jusqu'à présent. Elle constitue un élément de l'équilibre de notre système fédéral.

La Cour constitutionnelle de demain poursuivra, j'en suis convaincu, cette œuvre salutaire.

M. Hugo Vandenberghe (CD&V). – *Nomen est omen. Le nom est le signe. On peut donc affirmer qu'il ne s'agit ici que d'un changement de nom mais la modification de la Constitution répond à la vieille demande de traduire également dans sa dénomination la véritable importance de la tâche de la Cour d'arbitrage.*

Des non-initiés s'imaginent en effet parfois que la Cour d'arbitrage arbitre des relations commerciales ou internationales, voire la qualité de l'arbitrage en Belgique.

« Cour constitutionnelle » est bien entendu la dénomination exacte. C'est ce qui ressort de la dernière loi sur la Cour d'arbitrage qui lui a conféré une compétence très étendue, lui permettant d'évaluer les lois, les décrets et des ordonnances non seulement à l'aune du principe de non-discrimination, mais aussi des droits et libertés qui sont, avec quelques autres dispositions, énumérées dans la Constitution.

Est-ce un point final ? Pas pour moi.

Voilà des années déjà que je défends ici le point de vue selon lequel non seulement les garanties individuelles des citoyens pour le respect de leurs droits constitutionnels, mais aussi les droits constitutionnels des parlementaires doivent être juridiquement sanctionnés.

Je signale qu'en Allemagne, lorsqu'une majorité traite une minorité d'une manière qui n'est pas conforme aux garanties constitutionnelles, par exemple lors du décompte de votes, l'opposition peut invoquer une protection constitutionnelle. Pensons à la manière dont la majorité a ici-même compté les voix lors du vote des accords du Lambermont. Si aujourd'hui

De heer Francis Delpérée (CDH). – *Wij zijn vóór de herziening van artikel 142, eerste lid, van de Grondwet. Om die reden hebben wij overigens het voorstel tot herziening van dat artikel medeondertekend.*

Zoals de heer Collas al zei, is deze herziening zeer nuttig. Ze maakt de tekst van de Grondwet duidelijker, geeft een beter begrip van ons grondwettelijk stelsel en inzonderheid van de grondwettelijke rechtspraak.

De herziening was niet alleen nuttig maar ook nodig, want ze sluit misverstanden uit, zowel in België als in het buitenland. Ze geeft van onze instelling voor grondwettelijke rechtspraak geen vertekend of verzwakt beeld. Ze houdt daarentegen rekening met alle huidige bevoegdheden van het Arbitragehof, meer bepaald die welke voortvloeien uit de hervorming van de bijzondere wet van 2003.

Deze nuttige en nodige herziening zal goed worden onthaald in kringen van constitutionalisten, in het Arbitragehof, in de rechtsleer en in de aula's van de rechtsfaculteiten.

Om al die redenen zijn wij voorstander van de herziening. Het Arbitragehof heeft tot vandaag goed werk geleverd en verzekert het evenwicht van ons federaal stelsel.

Ik ben ervan overtuigd dat het Grondwettelijk Hof van morgen dit nuttige werk zal voortzetten.

De heer Hugo Vandenberghe (CD&V). – *Nomen est omen. De naam is het teken. Men kan dan beweren dat het hier alleen maar om een naamsverandering gaat, de wijziging van de Grondwet komt tegemoet aan een oude vraag om de werkelijke draagwijdte van de taak van het Arbitragehof ook in de benaming weer te geven.*

Buitenstaanders willen immers wel eens denken dat het Arbitragehof over zakenverhoudingen of internationale relaties arbitreert, laat staan over de kwaliteit van de Belgische arbitrage zelf.

De benaming Grondwettelijk Hof is uiteraard de juiste benaming, zoals mag blijken uit de jongste wet op het Arbitragehof waarmee het hof een zeer uitgebreide bevoegdheid heeft gekregen om de wetten, de decreten en de ordonnances niet alleen te toetsen aan het antidiscriminatiebeginsel, maar ook aan de rechten en de vrijheden die naast enkele andere bepalingen in de Grondwet zijn opgesomd.

Is dit een eindpunt? Voor mij niet.

Jarenlang al verdedig ik in de Assemblee het standpunt dat niet alleen de individuele waarborgen van de burgers betreffende de invulling van hun constitutionele rechten juridisch gesanctioneerd moeten worden, maar ook de constitutionele rechten van de Parlementsleden.

Mag ik erop wijzen dat wanneer een meerderheid een minderheid in Duitsland behandelt op een wijze die niet strookt met de constitutionele waarborgen, bij voorbeeld bij het tellen van de stemmen, de oppositie zich kan beroepen op

le parlement belge s'enfonce à ce point dans la culture politique et si, en tant que représentation directement élue par la population, elle manque à ce point d'influence, c'est la conséquence de l'absence de droits dans ce parlement. La majorité peut traiter l'opposition de manière arbitraire. Je ne dis pas que c'est toujours le cas mais elle peut le faire à des moments essentiels, si bien que la nécessaire opposition dans un débat démocratique n'est pas garantie. Nomen est omen. Le droit c'est bien sûr des mots, mais il n'a qu'une seule signification et une seule garantie : les garanties relatives à la procédure. Sans elles il n'y a même pas un début d'application des droits. Je plaide donc depuis longtemps pour que l'on recherche comment le processus décisionnel constitutionnel fondamental peut donner lieu à une garantie juridique. L'essence de la démocratie, ce n'est pas les indispensables élections générales. Elles constituent une garantie certes nécessaire mais insuffisante. La qualité essentielle de la démocratie dépend de son application dans la société et dans l'État de droit. Une cour constitutionnelle joue bien sûr un rôle essentiel à cet égard.

À l'avenir l'effet direct du droit international devra continuer à être examiné. Sur ce point les conceptions et les jurisprudences de la Cour de cassation et de la Cour d'arbitrage diffèrent. Le législateur devra clairement choisir entre l'une et l'autre. L'homogénéité requiert un système juridique cohérent. Nous n'allons cependant pas trancher cette question aujourd'hui mais nous y reviendrons plus tard.

Tel jour l'un se réjouit d'un arrêt de la Cour d'arbitrage, le lendemain c'est l'autre. Il en a toujours été ainsi. Job a écrit : « Un jour, la loi dit une chose, le lendemain, elle dit le contraire. » La Cour d'arbitrage fait exactement la même chose.

- La discussion est close.
- Il sera procédé ultérieurement au vote sur l'article unique des deux propositions.

Projet de loi relatif à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé (Doc. 3-1122) (Procédure d'évocation)

Discussion générale

M. Jean Cornil (PS), corapporteur. – Je me réfère au rapport écrit.

M. Wouter Beke (CD&V), rapporteur. – *En application de l'article 27 du règlement du Sénat, la commission des Affaires sociales s'est prononcée le mercredi 13 et le jeudi 14 avril 2005 sur le projet de loi relatif à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé. Elle a appliqué la procédure d'urgence, conformément à l'article 80 de la Constitution, la Chambre ayant adopté le projet le 13 avril 2005.*

een constitutionele bescherming. Denken we even aan de wijze waarop de meerderheid hier de stemmen over het Lambermontakkoord heeft geteld. Dat het Belgische Parlement vandaag zo verzinkt in de politieke cultuur en als rechtstreeks verkozen vertegenwoordiging van het volk onder een zo groot gemis aan invloed lijdt, is het gevolg van de rechteloosheid die in dat Parlement heerst. De meerderheid kan op willekeurige wijze omgaan met de oppositie. Ik beweer niet dat zij dat altijd doet, maar op essentiële ogenblikken kan ze dat, zodat de in een democratische discussie noodzakelijke tegenkracht niet is gewaarborgd. *Nomen est omen.* Het recht zijn natuurlijk woorden, het heeft echter maar één betekenis en maar één waarborg, met name procedurele waarborgen. Zonder procedurele waarborgen is er zelfs geen begin van effectuering van rechten. Reeds lang pleit ik er dus voor om te onderzoeken op welke wijze de fundamentele constitutionele besluitvorming in het Parlement aanleiding kan geven tot een juridische waarborg. De essentie van de democratie zijn niet de onmisbare algemene verkiezingen die een weliswaar noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde zijn, de essentiële kwaliteit van de democratie hangt af van de invulling ervan in de samenleving en de rechtsstaat. Daarin speelt een constitutioneel hof natuurlijk een wezenlijke rol.

In de toekomst moet de rechtstreekse werking van het internationale recht verder worden onderzocht. Hier verschillen de opvattingen en de rechtspraak van het Hof van Cassatie en het Arbitragehof van elkaar. De wetgever zal duidelijk moeten kiezen voor het ene of het andere. Homogeniteit vergt een coherent rechtssysteem. Dat gaan we vandaag echter niet uitklaren, maar we komen er later op terug.

De ene dag is de ene gelukkig met een uitspraak van het Arbitragehof, de andere dag is de andere dat. Dat is nu eenmaal altijd zo geweest. Job schreef: 'De wet zegt de ene dag het ene, de andere dag het andere.' Het Arbitragehof doet precies hetzelfde.

- De bespreking is gesloten.
- De stemming over het enig artikel van beide voorstellen heeft later plaats.

Wetsontwerp betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (Stuk 3-1122) (Evocatieprocedure)

Algemene bespreking

De heer Jean Cornil (PS), corapporteur. – *Ik verwijst naar het schriftelijk verslag.*

De heer Wouter Beke (CD&V), rapporteur. – Op woensdag 13 en donderdag 14 april 2005 heeft de commissie voor de Sociale Aangelegenheden zich op basis van artikel 27 van het reglement van de Senaat uitgesproken over het wetsontwerp betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid. Op basis van artikel 80 van de Grondwet heeft de commissie de spoedprocedure toegepast, nadat de Kamer van

L'exposé des motifs trace d'emblée les contours du projet. Il précise dès les premières lignes que : « L'accord de gouvernement stipule que la norme de croissance des dépenses en matière de soins de santé s'élèvera à 4,5%, hors inflation. Cependant, il est constaté que la tendance naturelle de croissance des dépenses risque d'être supérieure à la norme fixée par la loi. Début décembre on peut constater que l'augmentation globale des dépenses de soins de santé pour 2004 pourrait dépasser les 10% alors qu'une croissance nominale de 5,7% était prévue. » Nous savons depuis lors qu'avec 9,02%, la croissance a largement dépassé le taux visé de 4,5% plus inflation, soit au total 5,97%.

Le Chapitre premier du Titre II contient des mesures de protection des patients dont les plus frappantes sont les adaptations du Fonds spécial de solidarité. L'objectif est d'adapter ce Fonds aux besoins des assurés et d'octroyer une intervention pour les prestations faisant appel à des techniques innovantes qui ne sont pas inscrites dans la nomenclature des prestations remboursables.

Le Chapitre II du Titre II contient des mesures de responsabilisation. Il est en particulier question de mesures relatives au comportement prescripteur et concernant les réglementations relatives à l'appareillage médical lourd.

Le système des montants de référence pour une liste limitative de séjours hospitaliers, introduit en 2002, est lui aussi adapté. L'objectif est de poursuivre l'harmonisation des coûts pour certains séjours hospitaliers standardisés, indépendamment de l'endroit où a lieu le séjour.

Une nouveauté remarquable introduite dans la loi est la désignation d'un « conseiller qualité » qui doit remplir un rôle d'intermédiaire entre les différentes instances publiques pour promouvoir un usage plus efficace des produits des soins de santé.

Le Chapitre IV du Titre II contient des dispositions diverses. L'article 17 habilite le ministre des Affaires sociales à fixer le montant maximal qui peut être exigé par le fabricant pour les dispositifs médicaux implantables mis sur le marché.

Le Titre III contient des dispositions relatives aux hôpitaux. L'article 19 modifie la loi sur les hôpitaux, mettant l'accent sur les collaborations hospitalières à l'intérieur d'un territoire précis.

L'article 23 doit permettre aux hôpitaux de mieux collaborer afin d'assurer une offre rationnelle pour chaque territoire.

Un autre article introduit un prix all in fondé sur un coût national moyen.

L'article 31 mérite d'être cité car il porte sur les contributions forfaitaires réclamées aux patients qui se présentent dans une unité de soins d'urgence d'un hôpital.

Les articles 34 à 58 concernent la lutte contre les infractions aux réglementations relatives à l'appareillage médical lourd, notamment les critères de programmation pour les scanners PET et RMN.

Le Titre IV traite de la maîtrise de l'objectif budgétaire 2005 de l'assurance soins de santé. L'article 58 revêt une importance capitale à cet égard. Il habilite le Roi à prendre les mesures énoncées dans cet article par arrêté délibéré en

volksvertegenwoordigers dit wetsontwerp op 13 april 2005 heeft goedgekeurd.

De memorie van toelichting van dit wetsontwerp bepaalt onmiddellijk de contouren ervan. De openingszinnen luiden immers: 'In het regeerakkoord is bepaald dat de groeinorm voor de uitgaven inzake de geneeskundige verzorging jaarlijks 4,5% buiten de inflatie zal bedragen. Evenwel wordt vastgesteld dat het risico bestaat dat de natuurlijke trend van de uitgavengroei hoger ligt dan de bij wet vastgestelde norm. Begin december kan men vaststellen dat de groei van de uitgaven in de geneeskundige verzorging voor het jaar 2004 globaal genomen meer dan 10% zou bedragen, terwijl de nominale groei van 5,7% werd vooropgesteld.' Intussen weten we dat de beoogde groei van 4,5% plus inflatie, of in totaal 5,97%, ruimschoots werd overschreden en dat de groei uiteindelijk uitkwam op 9,02%.

Het Hoofdstuk I van Titel II bevat beschermingsmaatregelen ten voordele van patiënten, waarbij vooral de aanpassingen van het Bijzonder Solidariteitsfonds opvallen. De bedoeling is dit fonds aan te passen aan de behoeften van de verzekerden en een tegemoetkoming te verschaffen voor de verstrekkingen ten behoeve van vernieuwde technieken die niet in de nomenclatuur van de vergoedbare verstrekkingen zijn opgenomen.

Hoofdstuk II van Titel II bevat responsabiliseringsmaatregelen. Hierin wordt vooral aandacht besteedt aan maatregelen inzake het voorschrijfgedrag en aan maatregelen met betrekking tot de reglementeringen inzake zware medische apparatuur.

Ook het systeem van referentietierugbetalingen voor een limitatieve lijst van ziekenhuisverblijven, dat in 2002 werd ingevoerd, wordt aangepast. Het is de bedoeling te komen tot een verdere harmonisering van de kosten voor een aantal gestandaardiseerde ziekenhuisverblijven, onafhankelijk van de plaats.

Een opvallende nieuwigheid in de wet is de aanstelling van een kwaliteitsadviseur, die een brugfunctie moet vervullen tussen de verschillende overheidsinstellingen voor het bevorderen van een efficiënter gebruik van de middelen van de gezondheidszorg.

Hoofdstuk IV van titel II bevat diverse bepalingen. Artikel 17 handelt over de implanteerbare medische hulpmiddelen. Het verleent de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid de bevoegdheid een maximumbedrag vast te stellen dat de fabrikant mag vorderen voor de op de markt gebrachte implanteerbare medische hulpmiddelen.

Titel III bevat bepalingen betreffende de ziekenhuizen. Artikel 19 bevat een wijziging van de wet op de ziekenhuizen. De nadruk wordt gelegd op het creëren van samenwerkingsverbanden binnen afgebakende regio's.

Artikel 23 moet mogelijk maken dat de ziekenhuizen beter met elkaar samenwerken om per regio een rationeel aanbod te organiseren.

In een ander artikel wordt een all-inprijs op basis van een gemiddelde nationale kost ingevoerd.

Artikel 31 is zeker het vermelden waard, want het heeft betrekking op de forfaitaire bijdragen van patiënten die zich

Conseil des ministres.

L'article 59 institue un Comité pour l'examen permanent de la nomenclature des prestations de santé auprès du Conseil scientifique.

Les articles 60 et suivants traitent de la politique à l'égard des médicaments et doivent permettre au ministre d'atteindre les objectifs budgétaires 2005 de l'assurance soins de santé.

Le principe des remboursements de référence est élargi et des diminutions de prix sont prévues pour le remboursement des médicaments génériques. Le prix des médicaments originaux doit diminuer plus rapidement.

Un prélèvement structurel est imposé à l'industrie pharmaceutique, l'objectif étant de rembourser le plus vite possible les médicaments novateurs et de les rendre accessibles à un large public. Si plusieurs médicaments similaires sont disponibles, un appel d'offres public peut être organisé.

Le projet a été examiné en long et en large par la commission. Les 22 amendements déposés par le CD&V ont été rejetés. L'ensemble du projet transmis par la Chambre a été adopté par 8 voix contre 3.

Mme Sfia Bouarfa (PS). – Au nom du groupe PS, je voudrais rappeler certaines données budgétaires relatives au secteur des soins de santé. Les dépenses de l'année 2004 sont de l'ordre de 16,78 milliards d'euros alors que l'objectif budgétaire initial était de 16,25 milliards d'euros. Chacun aura compris que l'on se trouve ainsi confronté à un dépassement de quelque 513 millions d'euros.

Les débats en commission des Affaires sociales ont mis en évidence que le secteur des médicaments était à lui seul responsable du dépassement à hauteur de 372 millions d'euros.

Nous approuvons donc bien évidemment les mesures de responsabilisation contenues dans le projet de loi soumis à notre examen, comme le mécanisme d'appel d'offres pour la définition des prix de certaines classes de médicaments ou encore le contrôle de la délivrance des médicaments les moins chers en pharmacie, associé à la possibilité pour les médecins de prescrire en DCI.

En outre, il est important de souligner que certaines estimations techniques avaient tablé sur un dépassement de 635 millions d'euros, soit 120 millions d'euros de plus que le

aanmelden in een eenheid voor spoedgevallenzorg van een ziekenhuis.

Artikelen 34 tot 58 gaan over het bekampen van de inbreuken op de reglementeringen van zware medische apparatuur. Deze bepalingen hebben onder meer te maken met de programmatiecriteria voor de PET-scanner en de NMR-scanner.

Titel IV gaat over de beheersing van de begrotingsdoelstellingen 2005 van de ziekteverzekering. Hier is natuurlijk artikel 58 van cruciaal belang. Dit artikel verleent namelijk de Koning de macht om bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad de in dit artikel bedoelde maatregelen te nemen.

Artikel 59 gaat over de oprichting van een Comité voor de permanente doorlichting van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bij de Wetenschappelijke Raad.

Artikel 60 en volgende handelen over het geneesmiddelenbeleid en moeten de minister de mogelijkheid geven de begrotingsdoelstellingen 2005 van de ziekteverzekering te halen.

Het principe van de referentierugbetalingen wordt uitgebreid en er wordt in prijsdalingen voorzien voor de terugbetaling van generische geneesmiddelen. De prijs van de originele geneesmiddelen moet vlugger dalen.

Er komt een structurele heffing voor de farmaceutische industrie. De achterliggende doelstelling is de innoverende geneesmiddelen zo snel mogelijk terug te betalen en ze toegankelijk te maken voor een breed publiek. Wanneer er verschillende gelijkaardige middelen zijn, kan een openbare aanbesteding worden uitgeschreven.

Het ontwerp werd in de commissie uitgebreid behandeld. De 22 amendementen die CD&V indiende, werden verworpen. Het wetsontwerp dat door de Kamer van Volksvertegenwoordigers werd overgezonden, werd in zijn geheel aangenomen met 8 stemmen tegen 3.

Mevrouw Sfia Bouarfa (PS). – *Namens de PS-fractie wil ik enkele begrotingscijfers aanhalen met betrekking tot de sector gezondheidszorg. De uitgaven van het jaar 2004 bedragen 16,78 miljard euro, terwijl de oorspronkelijke begrotingsdoelstelling 16,25 miljard euro was. Dat betekent dus een overschrijding van ongeveer 513 miljoen euro.*

In de debatten in de commissie voor de Sociale Aangelegenheden is duidelijk geworden dat de geneesmiddelensector alleen al verantwoordelijk is voor een overschrijding van 372 miljoen euro.

We staan dan ook achter de responsabiliseringsmaatregelen in het wetsontwerp, zoals het mechanisme van de offerteaanvraag voor de prijszetting van bepaalde klassen van geneesmiddelen of de controle op het verstrekken van de goedkoopste geneesmiddelen in de apotheek, gekoppeld aan de mogelijkheid voor artsen om geneesmiddelen voor te schrijven op stofnaam.

Bovendien gingen bepaalde technische ramingen uit van een overschrijding van 635 miljoen euro, dus 120 miljoen euro meer dan de reële vaststelling.

constat réel.

Nous sommes persuadés que l'amélioration déjà constatée est consécutive aux mesures déjà prises par le département du ministre des Affaires sociales en 2004.

On peut rappeler, dans ce contexte, la promotion du remboursement de référence et la baisse de prix pour les médicaments les plus anciens, ou encore la vaste campagne pour un meilleur usage des antibiotiques à l'attention du grand public.

Nous notons que la gestion des soins de santé est sous contrôle et que, malgré les difficultés, nos priorités sont maintenues : une accessibilité pour tous et des soins de qualité.

D'autres aspects du projet rencontrent également notre approbation. Ainsi, l'adaptation du dispositif du Fonds spécial de solidarité est primordiale. Ce fonds intervient afin que certains de nos concitoyens ne soient pas amenés à renoncer à des soins indispensables pour des raisons financières.

Les conditions d'intervention du fonds sont ici élargies à certaines situations dignes d'intérêt que je ne développerai pas mais qui sont bien réelles. J'insisterai seulement sur l'assouplissement de l'accès au Fonds spécial de solidarité pour les enfants malades chroniques de moins de 19 ans. C'est là une avancée que nous saluons tout particulièrement et nous notons avec satisfaction le caractère rétroactif des interventions pour ces enfants au 1^{er} janvier 2004.

Le projet de loi contient une deuxième série de mesures propres à améliorer le rapport entre la qualité des soins et la maîtrise budgétaire. La responsabilité de tous les acteurs du secteur est ici renforcée et nous nous en réjouissons.

Pour ce qui concerne le volet réservé aux modifications de la loi sur les hôpitaux, nous soulignons que celles-ci contribuent judicieusement à rationaliser l'offre des soins de santé. Nous les approuvons donc.

Nous notons avec satisfaction que les hôpitaux ne pourront plus percevoir une contribution forfaitaire auprès du patient qui se présente dans une unité de soins d'urgence, excepté dans certaines conditions précises. Comme nous l'avons rappelé lors des travaux en commission des Affaires sociales, il est impensable que l'on freine l'accès aux urgences pour des raisons budgétaires. Dans la majorité des cas, cette démarche reste une réponse à une situation de détresse.

Un mot sur les habilitations conférées au Roi pour permettre de respecter l'objectif budgétaire 2005. Nous notons qu'elles sont très limitées dans le temps et qu'elles portent sur l'essentiel : lutter contre les usages impropres et les abus, garantir un contrôle efficace des dépenses et adapter l'intervention de l'assurance, les conditions d'attribution et les honoraires des prestations de santé prévues dans la législation.

Par ailleurs, il convient de souligner qu'un certain nombre de mesures prises dans ce cadre viendront concrétiser des propositions actuellement préparées en concertation avec tous les acteurs concernés.

Je terminerai cette intervention en revenant sur un volet important du projet soumis à examen, à savoir les

We zijn ervan overtuigd dat de reeds vastgestelde verbetering het gevolg is van de maatregelen die het departement van de minister van Sociale Zaken in 2004 al heeft genomen, zoals de aanmoediging van de referentietrugbetaling, de prijsvermindering voor de oudste geneesmiddelen en de uitgebreide campagne voor een beter gebruik van antibiotica ten behoeve van het grote publiek.

Het beheer van de gezondheidszorg is onder controle en ondanks de moeilijkheden blijven onze prioriteiten, namelijk de toegankelijkheid voor allen en een kwalitatief hoogstaande verzorging, gehandhaafd.

We zijn het ook eens met andere aspecten van het ontwerp. Zo is de aanpassing van de bepalingen betreffende het Bijzonder Solidariteitsfonds van primordiaal belang. Dat fonds voorkomt dat sommige burgers om financiële redenen moeten afzien van onontbeerlijke verzorging.

De voorwaarden voor tegemoetkoming van het fonds worden uitgebreid tot situaties die aandacht verdienen. Het ontwerp versoepelt de toegang tot het Bijzonder Solidariteitsfonds voor zieke kinderen jonger dan 19 jaar. Deze vooruitgang stellen we bijzonder op prijs, alsook de terugwerkende kracht tot 1 januari 2004 van de tegemoetkoming voor deze kinderen.

Het wetsontwerp bevat een tweede reeks maatregelen om de verhouding tussen de kwaliteit van de verzorging en de beheersing van de begroting te verbeteren. Alle actoren van de sector krijgen meer verantwoordelijkheid, wat ons verheugt.

De wijzigingen in de ziekenhuiswet leveren een goede bijdrage tot de rationalisering van het aanbod van de gezondheidszorg.

We stellen met genoegen vast dat de ziekenhuizen, behalve in welbepaalde voorwaarden, niet langer een forfaitaire bijdrage kunnen vorderen van de patiënt die zich in een spoeddienst aanmeldt. Zoals we in de commissie al hebben gezegd, is het ondenkbaar dat de toegang tot de spoeddienst wordt beperkt om budgettaire redenen. In de meeste gevallen gaat het immers om een noodsituatie.

De machtigingen die aan de Koning worden verleend om het mogelijk te maken de begrotingsdoelstellingen voor 2005 te halen, zijn zeer beperkt in de tijd en hebben betrekking op de essentiële punten: de bestrijding van oneigenlijk gebruik en misbruik, het waarborgen van een efficiënte controle van de uitgaven en de aanpassing van de verzekeringstegemoetkoming, de toekenningsvoorwaarden en de honorering van de in de wetgeving vervatte geneeskundige verstrekkingen.

Een aantal bepalingen die in dit kader werden genomen, zullen voorstellen concretiseren die thans worden voorbereid in overleg met alle betrokken actoren.

Ten slotte wil ik even terugkomen op het hoofdstuk over de geneesmiddelen.

Er moeten efficiënte structurele maatregelen worden genomen om een systeem te handhaven dat ruimte biedt voor vernieuwing.

We zijn ervan overtuigd dat er voortdurend nieuwe instrumenten moeten worden gezocht om te kunnen

médicaments.

Des mesures structurelles efficaces doivent évidemment être prises pour maintenir un système qui peut encore, nous en sommes convaincus, se permettre des innovations.

Nous sommes persuadés que de nouveaux outils propres à réaliser des économies doivent être recherchés en permanence.

Le modèle que vous nous proposez, monsieur le ministre, a le mérite de concilier à la fois la maîtrise des dépenses et les mécanismes du marché. Il est en outre important de souligner que tous les médicaments continueront à être remboursés, mais que le prix le plus bas bénéficiera d'un meilleur remboursement.

Au risque de me répéter, je rappellerai que la philosophie qui sous-tend notre appui au projet en examen est bien la garantie de l'accessibilité aux soins de qualité pour toutes et tous, ainsi que la préservation d'un système d'assurance sociale organisé et contrôlé par les pouvoirs publics.

M. Wouter Beke (CD&V), rapporteur. – *Le Sénat examine aujourd'hui la loi santé. En tant que chambre de réflexion, il a un rôle plus limité que la Chambre étant donné qu'il n'a pas à se prononcer sur tous les articles. Il a cependant l'occasion de se prononcer sur le fond de l'affaire.*

Il s'agit du premier projet de loi important que le gouvernement dépose au Parlement depuis son entrée en fonction si on excepte la loi-programme. Il a été annoncé comme un instrument qui devait permettre au ministre d'intervenir de manière drastique dans les dépenses de soins de santé dans les cas où il y aurait un risque de dérapage budgétaire. À présent que le projet est pour ainsi dire finalisé, on déclare que la situation est sous contrôle. Le gouvernement demande néanmoins les pouvoirs spéciaux pour pouvoir intervenir jusqu'à la fin de l'année.

Selon la jurisprudence du Conseil d'État, les pouvoirs spéciaux ne peuvent être accordés qu'en cas de circonstances objectives pouvant être qualifiées d'exceptionnelles ou de situation de crise et délimitant la période au cours de laquelle ces pouvoirs peuvent être accordés. On doit donc être confronté à des circonstances exceptionnelles ou à une situation de crise. Or puisque le gouvernement affirme depuis la semaine passée qu'il n'y pas de crise et que le budget est sous contrôle, l'article 58 de la loi à l'examen peut tout simplement être supprimé.

Cette interprétation équivoque concernant la loi santé a été jusqu'à présent le fil conducteur de toute la discussion parlementaire du projet. Tantôt on fait état d'énormes problèmes nécessitant des solutions draconiennes, tantôt on affirme que tout est sous contrôle. Tantôt le gouvernement réclame des leviers pour pouvoir intervenir efficacement, tantôt il veut simplement un bâton pour mettre tout le monde au diapason. Comme le dit un proverbe anglais, « problems are not solved by the people, but are dropped from the agenda ». J'espère que ce raisonnement à courte vue ne s'appliquera pas ici.

La question cruciale est de savoir quand il y a dérapage. Aujourd'hui, on ne peut y répondre. Le ministre se montre optimiste quant à la situation des soins de santé mais un optimiste est souvent un réaliste mal informé. Peut-être le

bezuinigen.

In het model dat u voorstelt, mijnheer de minister, wordt de beheersing van de uitgaven gekoppeld aan de marktmechanismen. Het is bovendien belangrijk te onderstrepen dat alle geneesmiddelen nog altijd worden terugbetaald, maar dat voor het goedkoopste middel meer zal worden terugbetaald.

Wij steunen dit ontwerp omdat het een kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor iedereen waarborgt en tegelijkertijd een door de overheid georganiseerd en gecontroleerd sociaalzekerheidssysteem handhaaft.

De heer Wouter Beke (CD&V), rapporteur. – De Senaat behandelt vandaag de gezondheidswet. Als reflectiekamer heeft de Senaat een beperktere rol dan de Kamer omdat hij zich niet hoeft uit te spreken over alle artikelen, maar anderzijds heeft de Senaat toch de gelegenheid zich uit te spreken over de grond van de zaak.

Dit is het eerste belangrijke wetsontwerp dat de regering sinds haar aantreden, in het parlement indient, de programmawet buiten beschouwing gelaten. Het werd aangekondigd als een instrument dat de minister de mogelijkheid moet bieden om drastisch in te grijpen in de uitgaven van de gezondheidszorg wanneer er budgettaire ontsporingen dreigen. Nu het ontwerp zo goed als afgehandeld is, wordt de communicatie verspreid dat de situatie onder controle is. Toch vraagt de regering een volmacht om tot het einde van volgend jaar te kunnen ingrijpen.

Volgens de rechtspraak van de Raad van State zijn volmachten slechts geoorloofd wanneer er feitelijke omstandigheden zijn die gewoonlijk als uitzonderlijk of als crisisomstandigheden kunnen worden bestempeld en die de grenzen bepalen van de periode gedurende dewelke bijzondere machten kunnen worden toegekend. Het moet dus gaan om uitzonderlijke of crisisomstandigheden. Maar aangezien de regering sinds vorige week zegt dat er helemaal geen crisis is en dat de begroting onder controle is, kan artikel 58 van voorliggende wet gewoon worden geschrapt.

De dubbelzinnige duiding rond de gezondheidswet is de rode draad doorheen de parlementaire behandeling van het ontwerp.

De ene dag zijn er reusachtige problemen die draconische oplossingen vereisen, de andere dag is alles onder controle. De ene dag vraagt de regering hefbomen om efficiënt te kunnen ingrijpen, de andere dag maar een stok achter de deur om iedereen in de pas te laten lopen. Een Brits spreekwoord zegt *Problems are not solved by the people, but are dropped from the agenda*. Ik hoop dat die kortzichtige redenering hier niet zal gelden.

Cruciaal in het hele verhaal is te weten wanneer precies de ontsporing zich voordoet. Vandaag weet men dat niet. De

ministre a-t-il simplement été informé trop tard. Un mécanisme de feux clignotants devait informer le gouvernement, le parlement et l'opinion publique de l'évolution des revenus et des dépenses. Annoncé à de nombreuses reprises, on l'attend toujours. À la Chambre, le ministre n'a pas été plus clair sur la gravité de la situation. Il ne savait pas si le déficit de la sécurité sociale avait atteint 634 millions ou s'il était plus ou moins grave. Ce n'est qu'à présent que nous savons qu'il atteint 513 millions d'euros pour 2004, soit 20% de moins que l'estimation faite à la fin de l'année dernière. Cette estimation est cependant dépassée pour un certain nombre de postes. En 2004 les médicaments ont coûté à l'assurance-maladie 372 millions de plus que les prévisions budgétaires. Ce montant dépasse de 36,8 millions les prévisions de novembre. Le gouvernement a alors présenté une estimation de 634 millions et a décidé de prendre une bonne vingtaine de mesures pour contenir le budget.

Quelles conclusions peut-on en tirer ? Si le budget médicaments a dérapé davantage que ce qui avait été prévu en novembre 2004, les mesures prises devront en toute logique être plus draconiennes. On lit dans la presse que la loi santé a été fort édulcorée sous la pression des libéraux. Le modèle kiwi est devenu un modèle de figues séchées. Les socialistes ont mis le modèle kiwi et le problème des médicaments à l'ordre du jour. Alors qu'ils voulaient marquer des points, ils se retrouvent aujourd'hui la queue entre les jambes car au moment où le parti et la mutualité socialistes font campagne en Flandre, aux arrêts de bus et dans les gares, avec un slogan affirmant que les socialistes sont garants du meilleur médicament au meilleur prix, l'idée de l'adjudication publique s'est considérablement affaiblie.

Les socialistes mordent une deuxième fois la poussière. Ils sont confrontés à un paradoxe fréquent en politique. Plus un thème est abordé, plus les solutions s'éloignent. Tandis que Steve Stevaert tire à lui la politique des médicaments, clouant les dérapages au pilori, le budget continue à déraiper. Se profiler n'est pas synonyme de responsabiliser.

Les socialistes mordent à nouveau la poussière parce que la loi ne concrétise nullement l'idée que les entreprises pharmaceutiques qui sont établies en Belgique, font de la recherche et du développement et occupent des travailleurs, doivent être récompensées fiscalement. On ne parle que d'économie innovatrice, d'objectifs de Lisbonne, de l'importance de la recherche et du développement, mais les entreprises qui veulent appliquer ces principes sont fiscalement pénalisées. L'industrie pharmaceutique paie d'ores et déjà cinq types de taxes : la taxe Busquin estimée à 58,2 millions pour 2005, une taxe complémentaire de 43,7 millions d'euros en 2005, une taxe temporaire de 78 millions et une taxe clawback qui atteint à présent 72%. Ce sont des centaines de millions de taxes supplémentaires que les autres secteurs ne connaissent pas.

Les mesures gouvernementales manquent de cohérence. Le discours socialiste s'en prend au grand capital de l'industrie pharmaceutique. En même temps, le ministre de l'Économie, M. Verwilghen, organise le « Sommet belge de la recherche pharmaceutique » qui doit être le lieu de rencontre des centres de recherche scientifique et de l'industrie de la recherche pharmaceutique, et dont le but est de soutenir l'économie de la connaissance. Le gouvernement estime-t-il

minister is optimistisch over de huidige gang van zaken in de gezondheidszorg, maar een optimist is vaak een slecht geïnformeerde realist. De minister is misschien niet slecht geïnformeerd, maar misschien wel te laat. Een knipperlichtmechanisme zou de regering, het parlement en de publieke opinie moeten informeren over de evolutie van inkomsten en uitgaven. Dat mechanisme is er nog altijd niet, hoewel het al meer dan eens werd aangekondigd. Bij de bespreking in de Kamer gaf de minister geen heldere informatie over de ernst van de situatie. Hij wist niet of het tekort in de sociale zekerheid opgelopen was tot 634 miljoen of dat het groter of kleiner was. Pas nu weten we dat het gaat om een tekort van 513 miljoen euro voor 2004, of 20% minder dan de raming van eind vorig jaar. Voor een aantal posten wordt die raming echter overschreden. De ziekteverzekering gaf in 2004 namelijk 372 miljoen meer uit aan geneesmiddelen dan in de begrotingsdoelstellingen was vastgelegd. Het bedrag ligt nog eens 36,8 miljoen hoger dan in november was voorspeld. De regering kwam toen naar buiten met een raming van 634 miljoen en besloot om meer dan twintig maatregelen te nemen om de begroting binnen de perken te houden.

Welke conclusies kunnen daaruit worden getrokken? Als het geneesmiddelenbudget meer is ontspoord dan in november 2004 werd geraamd, moeten de maatregelen die worden genomen, logischerwijze drastischer zijn dan eerst was gezegd. In de krant lezen we dat de gezondheidswet onder druk van de liberalen fel is afgezwakt. Het kiwimodel is een uitgedroogdevijgenmodel geworden. De socialisten hebben het kiwimodel en het geneesmiddelenprobleem op de agenda gezet. Het was hun bedoeling ermee te scoren, maar helaas staan ze vandaag met de broek op de knieën, want op het ogenblik dat de socialistische partij en mutualiteit in Vlaanderen campagne voeren aan bushaltes en in treinstations met de slogan dat de socialisten garant staan voor het beste geneesmiddel tegen de goedkoopste prijs, wordt het idee van de openbare aanbesteding fel afgezwakt.

De socialisten bijten een tweede keer in het zand. Ze worden geconfronteerd met een paradox die in de politiek wel vaker voorkomt. Naarmate een thema vaker op de maatschappelijke en politieke agenda wordt gezet, zijn de oplossingen verder af. Terwijl Steve Stevaert het geneesmiddelenbeleid naar zich toetrekt en de ontsporingen aan de kaak stelt, ontspoord het budget nog verder. Profileren kan niet worden gelijkgesteld met responsabiliseren.

De socialisten bijten een derde keer in het zand omdat met de gezondheidswet niets in huis komt van het idee dat de farmaceutische bedrijven die in België zijn gevestigd, aan onderzoek en ontwikkeling doen en mensen tewerkstellen, fiscaal moeten worden beloond. De wet bevat nieuwe heffingen en nieuwe taksen. We hebben de mond vol van innovatieve economie, Lissabon-doelstellingen en het belang van onderzoek en ontwikkeling, maar de bedrijven die die principes willen toepassen, worden daarvoor fiscaal gestraft. Nu reeds betaalt de farmaceutische industrie vijf soorten belastingen: de Busquin-belasting die voor 2005 op 58,2 miljoen wordt geraamd; een complementaire belasting van 43,7 miljoen euro in 2005; een tijdelijke belasting van 78 miljoen euro en een clawback-belasting die wordt opgetrokken tot 72%. Dat zijn vele honderden miljoenen aan

en fin de compte que l'industrie pharmaceutique vit aux crochets des soins de santé ou qu'elle est un acteur important de notre économie de la connaissance ? Commence-t-il par fustiger avant d'encenser ? C'est inacceptable.

En matière de zones de soins il y a chez les socialistes un gouffre entre les paroles et les actes. On veut à l'avenir centraliser les décisions en matière de collaboration dans le secteur hospitalier, en dehors des clivages idéologiques ou autres. L'ancienne ministre Ecolo Mme Vogels a créé les zones de soins en Flandre. Ce système ne semble pas fonctionner et fait actuellement l'objet d'une évaluation approfondie. Il nous faut tirer les leçons de la politique des entités fédérées et en adopter les bonnes pratiques. Les zones de soins sont cependant un exemple de mauvaise pratique. Un exemple de bonne pratique en Flandre est le mouvement qui tend à réaliser des économies d'échelle par le biais de coopération spontanée, en créant sur une base volontaire des relations de coopération entre les institutions qui se sentent attirées mutuellement.

Les bassins de soins tels que prévus aujourd'hui dans la loi « santé » sont, dans la meilleure tradition de planification, considérés comme un nouvel instrument de programmation alors qu'on a abandonné cette piste depuis longtemps. Pensez au financement des hôpitaux par le ministre Vandenbroucke, un système basé sur les lits et les activités justifiés. La programmation est une idée dépassée. Je ne m'étendrai pas sur le fait que la collaboration centralisée qui est imposée n'est pas conciliable avec l'idée du pluralisme actif tel qu'il connaît depuis peu un regain d'intérêt en Flandre. Le président du SP.A, M. Stevaert, plaide à juste titre pour un pluralisme actif. On n'y arrivera toutefois pas en imposant une planification et une programmation centralisées mais, comme l'indique Stevaert, par la collaboration.

Il y a aussi une grande différence entre les mots et les faits lorsqu'il s'agit de suppléments d'honoraires. On approuve pour la forme notre amendement visant à s'attaquer à ces suppléments dans les hôpitaux mais on refuse de l'adopter. C'est dommage.

Le ministre demande les pleins pouvoirs pour pouvoir s'occuper de l'assurance maladie. Il demande au parlement de lui donner la possibilité de partir en guerre, tel un Rambo, contre le mal budgétaire dans les soins de santé. Pourtant, l'an dernier il a déjà reçu à plusieurs reprises le feu vert du gouvernement pour intervenir. J'ai dès lors posé en commission la question de savoir où en sont les mesures annoncées en novembre dernier et visant à mettre le budget sous contrôle. Je n'ai reçu aucune réponse. Le ministre avait alors annoncé sept catégories d'interventions et plus de vingt mesures. Où en est-on ? J'ai 22 questions concrètes portant sur les 22 propositions concrètes faites en novembre. J'attends 22 réponses concrètes.

Où en sont les mesures générales qui doivent permettre un suivi plus rapide et plus efficace des dépenses ?

Où en sont les nouvelles procédures de dépistage précoce des objectifs budgétaires ?

Où en est-on par rapport aux médecins quant au gel de la masse de l'index ? Quelle part des économies estimées à 40 millions d'euros le ministre a-t-il déjà réalisée dans ce

extra belastingen die andere sectoren niet worden opgelegd.

Het ontbreekt de regeringsmaatregelen aan coherentie. De socialisten ontwikkelen het discours dat het grootkapitaal van de farma-industrie de les moet worden gelezen. Tegelijkertijd organiseert minister van Economie Verwilghen het 'Belgisch Topberaad Farmaresearch', dat een ontmoetingsplaats moet zijn van wetenschappelijke onderzoekscentra en de farmaresearch-industrie, met de bedoeling de kenniseconomie te steunen. Vindt de regering uiteindelijk dat de farma-industrie parasiteert op de kap van de gezondheidszorg of is ze een belangrijke speler in het verhaal van onze kenniseconomie? Geeft de regering eerst een mep op de wang en daarna een zoen? Dat kan toch niet.

Voorts is er bij de socialisten een enorme afstand tussen woord en daad met betrekking tot de zorgregio's. Het is de bedoeling dat in de toekomst centraal wordt beslist over samenwerking in de ziekenhuissector, los van ideologische of andere verschillen. De voormalige groene minister Vogels richtte in Vlaanderen de zorgregio's op. Dat systeem blijkt niet te werken en wordt momenteel grondig geëvalueerd. We moeten lessen trekken uit het beleid van de deelstaten en de *good practices* ervan overnemen. De zorgregio's zijn evenwel een voorbeeld van een *bad practice*. Een voorbeeld van *good practice* in Vlaanderen is de beweging om via spontane samenwerking aan schaalvergroting te doen door op vrijwillige basis samenwerkingsverbanden te laten ontstaan tussen instellingen die zich tot elkaar aangetrokken voelen.

De zorgregio's, zoals ze nu in de gezondheidswet zijn opgenomen, worden in de beste planificatietraditie als een nieuw instrument van programmering gezien, terwijl dat pad eigenlijk al lang werd verlaten. Denk maar aan de financiering van de ziekenhuizen door minister Vandenbroucke waarbij wordt vertrokken van verantwoorde bedden en activiteiten. Programmering is een achterhaald idee. Ik wil dan nog niet ingaan op het feit dat de opgelegde centralistisch gestuurde samenwerking niet te verzoenen is met het idee van het actief pluralisme zoals dat sinds kort in Vlaanderen een nieuwe belangstelling kent. SP.A-voorzitter Stevaert pleit terecht voor een actief pluralisme, maar dat bereik je niet door centralistisch opgelegde planning en programmering, maar door samenwerking zoals Stevaert zegt.

Er is ook een groot verschil tussen woord en daad als het gaat om de ereloonsupplementen. Men bewijst lippendienst aan ons amendement om de ereloonsupplementen in de ziekenhuizen aan te pakken, maar men weigert dit amendement goed te keuren. Dat is jammer.

De minister vraagt volmachten om te kunnen ingrijpen in de ziekteverzekering. Hij vraagt het parlement hem de mogelijkheid te geven als een Rambo ten strijde te trekken tegen het budgettaire kwaad in de gezondheidszorg. Nochtans kreeg hij het afgelopen jaar al verschillende keren groen licht van de regering om in te grijpen. Ik heb dan ook in de commissie de vraag gesteld hoe ver het staat met de maatregelen die in november jongstleden werden aangekondigd om het budget onder controle te krijgen. Ik kreeg daarop geen antwoord. De minister kondigde toen zeven categorieën van ingrepen aan met in totaal meer dan twintig maatregelen. Hoe ver staat het daar nu mee? Ik heb 22 concrete vragen over 22 concrete voorstellen die in november

domaine ?

Où en est la question de l'imagerie médicale ? Quelles économies y a-t-on déjà faites ? Où en est-on dans le domaine de la biologie clinique et quel est le montant des économies déjà engrangées ?

Où en sont les mesures proposées par le groupe de travail « mesures structurelles » de la commission nationale médico-mutualiste ? Le ministre a-t-il déjà pris des mesures ? Sur quel montant d'économies portent-elles ?

Où en est-on par rapport à l'industrie pharmaceutique et aux pharmaciens lorsqu'il s'agit de l'extension et de l'adaptation du système du remboursement de référence ? Le ministre a affirmé en novembre vouloir ainsi économiser 50 millions d'euros.

Où est en la suppression des réductions des prix des médicaments phytothérapeutiques soi-disant innovants qui sont vendus sur le marché depuis 15 ans déjà ? Où en est l'encouragement d'une prescription de médicaments rationnelle et à bon escient ? Le ministre veut ainsi économiser 27 millions. Où en sont les économies que le ministre veut faire grâce à la prescription des médicaments en utilisant la dénomination commune internationale ? Où en est la stricte limitation de nouvelles autorisations de remboursement de molécules ou de nouvelles indications réellement innovants dans une contribution thérapeutique et grâce à la laquelle le ministre veut économiser 15 millions d'euros ? Où en est l'adaptation des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdes par laquelle il veut économiser 10 millions d'euros ? Où en est la modification du remboursement des antibiotiques en fonction des recommandations de la bonne pratique médicale, afin d'économiser 17 millions d'euros ? Où en est la contribution de l'industrie pharmaceutique au financement des dépenses en fonction de la promotion des médicaments, pour épargner 27 millions ? Où en est l'augmentation de la rétribution pour les pharmaciens permettant d'épargner 4 millions d'euros ? Où en est l'adaptation des mécanismes de responsabilisation de l'industrie pharmaceutique pour sa participation réelle dans le coût du médicament ? Où en est la forfaitarisation intégrale de l'utilisation de médicaments lors de l'hospitalisation ? Qu'en est-il des économies relatives aux bandagistes, afin de prendre des mesures pour le prix et la prise en charge par l'assurance maladie des prestations à la lumière de l'evidence-based medicine ? Où en sont les mesures annoncées visant à inciter les patients à suivre les trajets de soins dans lesquels le médecin généraliste joue un rôle central ?

Où en est l'augmentation du ticket modérateur pour la visite à domicile visant à décourager ce type de consultations ? Combien a-t-on déjà pu économiser grâce à cette mesure ? Où en sont les économies relatives aux dialyses ? Enfin, qu'en est-il des 9,6 millions d'euros d'économies en rééducation que le ministre réaliserait pour éliminer structurellement les dépassements budgétaires ?

Voilà de nombreuses questions concrètes sur les mesures déjà prises en novembre. Quand nous voterons, il serait bon que nous sachions quelles économies ont déjà été réalisées. J'attends une réponse concrète.

Le 5 avril, la commission de la Santé de la Chambre des

werden gedaan. Ik verwacht 22 concrete antwoorden.

Hoe ver staat het met de algemene maatregelen die ervoor moeten zorgen dat de uitgaven sneller en efficiënter kunnen worden opgevolgd?

Hoe ver staat het met de nieuwe procedures tot het vroegtijdig opsporen van de begrotingsdoelstellingen?

Hoe ver staat het met het aanpakken van de artsen in verband met de bevrozing van de indexmassa? Hoeveel van de geschatte 40 miljoen euro besparingen heeft de minister op dat vlak nu reeds gerealiseerd?

Hoe ver staat het met de aanpak van de medische beeldvorming? Hoeveel besparingen werden er al op dat vlak gerealiseerd? Hoe ver staat de aanpak van de klinische biologie en hoeveel besparingen werden daar reeds gerealiseerd?

Hoe ver staat het met de maatregelen voorgesteld door de werkgroep structurele maatregelen van het nationaal comité geneesheren-ziekenfondsen? Heeft de minister maatregelen genomen? Over hoeveel besparingen gaat het?

Hoe ver staat het met het aanpakken van de geneesmiddelenindustrie en de apotheken als het gaat om de uitbreiding en de aanpassing van het systeem van de referentietrugbetaling? De minister zei in november daarmee 50 miljoen euro te willen besparen.

Hoe ver staat het met de afschaffing van de prijsdalingen van de zogenaamde innoverende Galenische geneesmiddelen die al 15 jaar op de markt zijn? Hoe ver staat het met de aanmoediging van een rationeel en prijsbewust voorschrijven van geneesmiddelen waarmee de minister 27 miljoen euro wil besparen? Hoe ver staat het met de besparingen die de minister wil invoeren via het voorschrijven op stofnaam? Hoe ver staat het met de strikte beperking van nieuwe toelatingen tot terugbetaling van moleculen of nieuwe indicaties, die echt innoverend zijn in een therapeutische bijdrage waarmee de minister 15 miljoen euro wil besparen? Hoe ver staat het met de aanpassing van de non-steroïdale anti-inflammatoire middelen waarmee hij 10 miljoen euro wil besparen? Hoe ver staat het met de wijziging van de terugbetaling van de antibiotica in functie van de aanbevelingen van de goede medische praktijk, om 17 miljoen euro te besparen? Hoe ver staat het met de bijdrage van de farma-industrie tot de financiering van de uitgaven in functie van de promotie van geneesmiddelen, om 27 miljoen euro te besparen? Hoe ver staat het met de verhoging van de retributie voor de apothekers waarmee de minister 4 miljoen euro wil besparen? Hoe ver staat het met aanpassing van de responsabiliseringsmechanismen van de farma-industrie voor haar reële aandeel in de kost van het geneesmiddel? Hoe ver staat het met het integraal forfaitair maken van het gebruik van geneesmiddelen bij hospitalisatie? Hoe ver staan de besparingen inzake de bandagisten om maatregelen te treffen wat de prijs van producten betreft en de tenlasteneming door de ziekteverzekering van verstrekkingen in het licht van *evidence-based medicine*? Hoe ver staat het met de aangekondigde maatregelen om patiënten ertoe aan te zetten de zorgtrajecten te volgen waarbij de huisarts een centrale rol speelt?

Hoe ver staat het met de verhoging van het remgeld voor het

Communes britannique a publié un rapport particulièrement intéressant sur l'influence de l'industrie pharmaceutique. Il mérite d'être lu car il place le débat sur les médicaments dans une perspective plus large et montre que notre pays n'est pas le seul à enregistrer une forte hausse des dépenses de médicaments. Il précise que les firmes pharmaceutiques ont une politique de marketing de plus en plus active. Dans une économie sociale de marché, on admet que s'il y a une demande réelle pour un médicament, il faut assurer l'offre nécessaire. Reste à savoir ce quand il y a demande réelle. Le rapport se distancie de l'idée « à chaque maladie son médicament », encore appelée médicalisation de la société. Il s'agit bien sûr d'un débat quasi philosophique : à partir d'un certain point, les gens doivent apprendre à vivre avec certaines infirmités et défaillances.

Ce débat va bien au-delà des compétences d'un seul ministre et même du gouvernement. Tant que le Sénat prétend être une chambre de réflexion, il doit se pencher sur ce problème. Non seulement la médicalisation de la société et l'idée qu'il existe un remède pour chaque défaillance humaine gonflent les coûts de notre sécurité sociale, elles engendrent aussi un coût psychologique très élevé. Une société n'est pas faite d'individus parfaits. En cherchant le mieux, ne trouve-t-on pas souvent le pire ? Il vaut mieux qu'une société accepte que de nombreuses personnes ont des déficiences afin d'éviter que tout un groupe de gens se sentent exclus de la société parce qu'ils ne correspondent pas à l'idéal. Peut-être les élections de miss et autres Star Academies grèvent-elles davantage le budget de l'assurance maladie que toutes les dépenses consenties pour des affections chroniques.

Le rapport du parlement britannique se demande si l'adéquation entre l'offre et la demande réelle est assurée de la manière la plus transparente. Outre le fait qu'il crée une demande artificielle, le marketing actuel pour les médicaments appelle une réflexion critique.

Le ministre s'est à juste titre opposé à la campagne publicitaire contre les onychomycoses. De tels messages vont plus loin que l'idée « à chaque maladie son médicament », ils cherchent « à chaque médicament sa maladie ». On crée d'abord le médicament et ensuite le marché. En résumé, il serait bon d'ouvrir le débat et de placer la consommation de médicaments dans une perspective plus large.

Un médicament adapté peut permettre à de nombreux patients de vivre normalement ou de continuer à travailler. Je voudrais mettre le ministre en garde : en économisant de manière inconsidérée sur la consommation de médicaments, on peut engendrer un effet de substitution. Le budget des médicaments sera alors peut-être maîtrisé mais les coûts augmenteront pour les hôpitaux, dans le secteur des maladies professionnelles ou de l'invalidité. Qu'aurons-nous gagné ? Rien que sous l'angle économique et budgétaire, un patient pouvant travailler normalement grâce à un médicament est plus intéressant qu'un patient ne pouvant plus travailler faute de médicament. Une récente étude de l'institut néerlandais de sondage TNS NIPO révèle que la consommation d'antidépresseurs réduit l'absentéisme dans le groupe interrogé de 31 jours à 8 jours par an. Cela provoque certes une hausse du coût de la consommation de médicaments mais aussi une diminution des coûts dans de nombreux autres secteurs de la sécurité sociale.

huisbezoek om dat type raadpleging te ontmoedigen? Hoeveel is met die maaregel al bespaard? Hoe ver staat het met de besparingen inzake niervervangende therapieën? En ten slotte, hoe ver staat het met de 9,6 miljoen euro besparingen inzake revalidatie die de minister zou realiseren om de begrotingsoverschrijdingen structureel weg te werken?

Ziedaar veel concrete vragen over maatregelen die in november al zijn genomen. Als we vandaag over de gezondheidswet stemmen, is het goed te weten welke besparingen post per post, miljoen per miljoen, al werden gerealiseerd. Ik verwacht een concreet antwoord.

Op 5 april publiceerde het Health Committee van het Britse House of Commons een bijzonder interessant rapport over *the influence of the pharmaceutical industry*. Het is lezenswaardig omdat het het geneesmiddelendebat in een breder perspectief stelt en aantoonde dat niet alleen ons land kampt met sterk stijgende geneesmiddelenuitgaven. Het rapport zegt dat de farmaceutische bedrijven steeds meer marketinggericht werken. In een sociaal gecorrigeerde markteconomie is men het erover eens dat wanneer er een reële vraag is naar een medicijn, in het nodige aanbod moet worden voorzien. De vraag rijst wanneer is er een reële vraag. Het rapport neemt afstand van het idee *a pill for every ill*, of wat de medicalisering van de samenleving wordt genoemd. Dat is uiteraard een bijna filosofisch debat, een debat over het feit dat mensen vanaf een bepaald niveau moeten leren leven en omgaan met bepaalde persoonlijke gebreken en tekortkomingen. Mensen moeten niet noodzakelijk beantwoorden aan opgefokte schoonheidsidealen, maar ermee leren leven dat ze zijn zoals ze zijn en niet zoals ze willen zijn.

Dat debat overstijgt de bevoegdheid van één minister, en zelfs van de regering. Zolang de Senaat nog een reflectiekamer pretendeert te zijn, moet dat probleem hier worden besproken. De medicalisering van de samenleving en het idee dat er voor elke menselijke tekortkoming wel een pilletje of een therapie bestaat, jaagt niet alleen onze sociale zekerheid op kosten maar leidt ook tot een zeer grote psychologische kost. Een samenleving bestaat niet uit perfecte individuen. Wie de weg naar de hemel zoekt, komt heel vaak bij de hel uit. Eindigen we met de toenemende medicalisering van onze samenleving niet in de hel? Een maatschappij kan beter aanvaarden dat heel wat mensen beperkingen hebben, om te voorkomen dat een hele groep mensen zich buiten de samenleving geplaatst gaan voelen omdat ze niet aan het ideaal beantwoorden. Misschien jagen Idool 2004, alle missverkiezingen en alle *Star Academies* de ziekteverzekering wel meer op kosten dan alle uitgaven voor chronische aandoeningen samen.

Het rapport van het Britse parlement vraagt zich ook af of de reële vraag en het aanbod op de meest transparante manier op elkaar worden afgestemd. Los van het feit dat er een pseudo-vraag wordt gecreëerd – *for every ill a pill* –, is de huidige marketing inzake medicijnen aan een kritische reflectie toe.

De minister is terecht ingegaan tegen de reclamecampagne inzake nagelschimmels. Dergelijke boodschappen gaan verder dan *for every ill a pill*, ze creëren een pseudo-vraag en zoeken *an ill for every pill*. Eerst is er het medicijn en dan wordt een markt gecreëerd. Kortom, het zou goed zijn dat het debat werd opengetrokken en dat het geneesmiddelenverbruik in

M. Philippe Mahoux (PS). – J'ai bien compris l'économie que cela engendrait. Mais vous avez déclaré que l'administration d'antidépresseurs avait entraîné une diminution de l'absentéisme dans certaines catégories professionnelles et il s'agit là d'une donnée brute intéressante. J'aimerais cependant savoir quelles sont ces catégories professionnelles.

M. Wouter Beke (CD&V), rapporteur. – *On n'a pas étudié le phénomène par catégorie mais on a pris un échantillon global, recouvrant les catégories, de toutes les personnes qui prennent des antidépresseurs et on s'est penché sur l'absentéisme. On a constaté une économie de 1,25 million d'euros dans les frais médicaux. Je sais que la question de l'usage d'antidépresseurs constitue un débat plus large...*

M. Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. – *Qui affirme ?*

M. Wouter Beke (CD&V), rapporteur. – *L'étude a été réalisée par le bureau néerlandais TNS NIPO.*

M. Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. – *Et qui a financé cette étude ?*

M. Philippe Mahoux (PS). – Indépendamment de sa validité, cette étude mériterait d'être contrôlée, comme beaucoup d'autres dans le secteur. L'auteur et, surtout, le commanditaire doivent être neutres.

Je trouve votre approche quelque peu particulière. En effet, l'élément de la santé en est absent. Vous considérez que la présence au travail est une preuve de bonne santé et vous ne tenez pas compte de l'effet néfaste éventuel de l'absorption d'antidépresseurs. Votre vision de l'utilisation du budget de santé est donc un peu utilitariste. Je le dis sans esprit polémique mais pour souligner que toute étude mérite une analyse de ses résultats qui tienne compte non seulement de l'impact budgétaire mais aussi de l'approche éthique du problème.

M. Wouter Beke (CD&V), rapporteur. – *Cela ne se limite pas aux antidépresseurs mais concerne aussi d'autres*

een breder perspectief werd geplaatst.

Voor veel patiënten kan met een aangepast geneesmiddel een gewone leefsituatie worden gecreëerd. Het maakt vaak het verschil tussen werken of niet kunnen werken. Ik wil de minister ervoor waarschuwen dat door ondoordacht te besparen op het geneesmiddelenverbruik een substitutie-effect kan dreigen. Het budget van de geneesmiddelen kan dan misschien onder controle geraken, maar voor ziekenhuizen, beroepsziekten of invaliditeit kunnen de kosten stijgen. Waar staan we dan? Alleen al vanuit economisch en budgettair perspectief is een patiënt die met een geneesmiddel normaal kan functioneren veel aantrekkelijker dan een patiënt die zonder dat geneesmiddel niet meer normaal kan functioneren. Uit een zeer recent onderzoek van het Nederlandse TNS NIPO blijkt dat het gebruik van antidepressiva het absentéisme in de bevraagde groep doet dalen van 31 dagen naar 8 dagen per jaar. Er is dan wel een stijging van de kostprijs in het geneesmiddelenverbruik, maar er is een daling van de kostprijs in heel wat andere sectoren van de sociale zekerheid.

De heer Philippe Mahoux (PS). – *Ik heb goed begrepen welke besparing dat oplevert. U hebt evenwel verklaard dat het toedienen van antidepressiva in sommige beroeps categorieën tot een daling van het absentéisme heeft geleid, wat een interessant gegeven is. Ik zou graag weten om welke beroeps categorieën het gaat.*

De heer Wouter Beke (CD&V), rapporteur. – Men heeft het fenomeen niet per categorie bestudeerd, maar men heeft globaal, over de categorieën heen, een staal genomen van alle personen die antidepressiva nemen en onderzocht hoe het absentéisme is verlopen. Men is tot de vaststelling gekomen dat er een besparing is in de ziektekosten van 1,25 miljoen euro. Ik weet wel dat de vraag over het gebruik van antidepressiva een breder debat is...

De heer Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. – *Wie beweert?*

De heer Wouter Beke (CD&V), rapporteur. – Het onderzoek werd uitgevoerd door het Nederlandse studie bureau TNS NIPO.

De heer Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. – *En wie heeft die studie betaald?*

De heer Philippe Mahoux (PS). – *Een dergelijke studie moet gecontroleerd verlopen. De auteur en vooral de opdrachtgever moeten neutraal zijn.*

Uw benadering is nogal eigenaardig. Het gezondheidselement ontbreekt. U gaat ervan uit dat de aanwezigheid op het werk een bewijs is dat men in goede gezondheid verkeert, maar u houdt geen rekening met de eventuele nadelige gevolgen van het gebruik van antidepressiva. Uw visie op het gebruik van het volksgezondheidsbudget is veeleer utilitaristisch. Het is niet mijn bedoeling u tegen te spreken, maar ik wil erop wijzen dat elke studie een analyse van de resultaten vereist, waarbij niet enkel rekening wordt gehouden met de budgettaire weerslag, maar ook met de ethische benadering van het probleem.

De heer Wouter Beke (CD&V), rapporteur. – Het is natuurlijk ruimer dan het gebruik van antidepressiva. Heel

médicaments. Mon exemple veut simplement attirer l'attention sur l'effet de substitution qui peut être obtenu en se focalisant uniquement sur la politique des médicaments. Une intervention draconienne dans ce domaine peut avoir des incidences financières dans d'autres secteurs de la sécurité sociale.

Reste à savoir quelle est la portée politique réelle du présent projet. Certains partis de la majorité déclarent au parlement et dans les médias qu'il n'est pas destiné à être appliqué, que c'est un moyen de pression permettant au ministre d'intervenir en cas de nouveaux dépassements. Est-ce le cas ? Est-ce cela que nous voulons et dont nous avons besoin ? Nos soins de santé n'ont-ils besoin que d'un camion de pompier qui vient éteindre l'incendie quand il s'est déclaré ? Ou bien avons-nous besoin de mesures énergiques entraînant des changements structurels, même si le budget n'est pas dépassé ?

C'est bien sûr une question rhétorique. Même si le budget des soins de santé n'est pas dépassé, nous devons prendre des mesures structurelles pour optimiser notre système de soins de santé et en assurer la maîtrise. Nous devons être prévoyants.

La sécurité sociale, et certainement l'assurance maladie, est comme l'Escaut : si on ne le drague pas constamment il s'envase. Le ministre peut peut-être organiser un appel d'offres public mais il faut travailler dans la durée.

De quelles mesures structurelles s'agit-il ? Un récent rapport de l'OCDE cite quelques exemples. Deux éléments sont cruciaux : le développement des soins du premier échelon et le dossier médical informatisé.

Chacun reconnaît que de meilleurs soins de premier échelon sont garants de soins de santé plus accessibles, maîtrisant mieux les coûts et plus démocratisés. Le professeur Barbara Starfield vient de publier l'étude Quality management in primary care qui compare les soins de premier échelon de différents pays européens. Elle met en relation le poids à la naissance, la mortalité néonatale et la mortalité infantile d'une part, et le développement des soins du premier échelon d'autre part, et conclut à l'existence d'un lien étroit entre ces phénomènes. La Belgique n'obtient pas de bons scores. Le bon développement des soins du premier échelon ne dépend pas des seuls médecins. Certains pays qui comptent moins de médecins pour mille habitants que la Belgique ont des soins de premier échelon mieux développés car ils sont davantage encouragés par la politique.

wat mensen kunnen vandaag bijvoorbeeld normaal functioneren dankzij maagzuurremmers, PPI's, terwijl men vroeger weken of maanden thuis was om van die kwalen te genezen. Met het voorbeeld van de antidepressiva wil ik enkel aantonen dat men een substitutie-effect kan krijgen als men zich alleen toespitst op het geneesmiddelenbeleid. Wanneer men heel drastisch op het geneesmiddelenbeleid ingrijpt, kunnen andere sectoren van de sociale zekerheid daar mee de kost van bepalen.

De vraag is nu wat de reële, politiek draagwijdte van dit ontwerp is. In het Parlement en in de media zeggen sommige meerderheidspartijen dat het ontwerp niet bestemd is om toegepast te worden, maar dat het alleen een stok achter de deur is, die de minister de mogelijkheid moet bieden om bij nieuwe overschrijdingen in te grijpen. Is dat zo? En is het dat wat we willen of wat we nodig hebben? Heeft onze gezondheidszorg enkel een brandweerwagen nodig die komt blussen als het brandt? Of hebben we doortastende maatregelen nodig, die structurele veranderingen tweebrengen, zelfs als er geen budgetoverschrijdingen zijn?

Dat is natuurlijk een retorische vraag. Zelfs al blijft de gezondheidszorg binnen het budget, dan nog moeten we werken aan structurele ingrepen om ons gezondheidszorgsysteem verder te optimaliseren en beheersbaar te houden. Een Egyptisch spreekwoord zegt: wie in de zomer geen hout sprokkelt, heeft het in de winter koud. Welnu, we moeten hout sprokkelen, ook al hebben we het vandaag niet koud. We moeten structurele maatregelen nemen.

De sociale zekerheid, en zeker de ziekteverkering, is als de Schelde: als men niet voortdurend baggert, dan slijbt ze dicht. De minister kan misschien nu een openbare aanbesteding doen en zien welke prijssoffertes binnenkomen, maar er moet voortdurend gewerkt worden.

Over welke structurele maatregelen gaat het dan? In een recent OESO-rapport worden er een paar opgesomd. Twee zaken zijn cruciaal: het ontwikkelen van de eerstelijnsgezondheidszorg en het elektronisch medisch dossier.

Iedereen is het erover eens dat een betere eerstelijnsgezondheidszorg de sleutel is tot een meer toegankelijke, meer kostenbeheersende en een meer gedemocratiseerde gezondheidszorg. Onlangs werd een studie bekendgemaakt van professor Barbara Starfield met als titel 'Quality management in primary care', een vergelijkend onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg in verschillende Europese landen. Ze relateert het gewicht bij geboorte, de neonatale mortaliteit, de postnatale mortaliteit en de kindermortaliteit aan goed versus minder uitgebouwde eerstelijnszorg. Ze kwam tot de bevinding dat er een bijzonder sterk verband is tussen deze fenomenen. Frankrijk, Duitsland, de Verenigde Staten en België kennen stelselmatig hogere en dus slechtere cijfers dan Denemarken, Australië, Canada, Japan, Zweden, Finland, Nederland, Spanje en het Verenigd Koninkrijk. Het goed uitbouwen van de eerstelijnsgezondheidszorg heeft niet alleen met artsen te maken. Er zijn landen met veel minder artsen per duizend inwoners dan België, maar met een veel beter uitgebouwde eerstelijnszorg, omdat op die eerste lijn veel meer aangestuurd

M. Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. – Je suis assez surpris de l'argument utilisé par M. Wouter Beke.

Je suis en effet régulièrement interrogé, tant à la Chambre qu'au Sénat, sur le fait que le contingentement ou les coercitions exercées sur l'offre médicale amènent des patients anglais et hollandais, placés dans leur pays sur une liste d'attente, à se faire soigner chez nous.

On ne peut à la fois me dire que cela constitue un problème et me dire que c'est un avantage. Il faut choisir.

M. Wouter Beke (CD&V). – *Le ministre connaît incontestablement ce rapport qui a d'ailleurs fait du bruit. D'autres chiffres montrent qu'il existe une relation entre des soins de santé de première ligne bien développés et le suicide et l'espérance de vie.*

Dans ce rapport, la Belgique obtient de mauvais résultats pour les soins de première ligne. Cette forme de soins de santé est non seulement meilleure du point de vue qualitatif mais elle est aussi plus accessible, plus démocratique et moins chère.

Le rapport de l'OCDE propose de ne plus rembourser les coûts médicaux des patients non adressés. Ce qui importe, c'est donc non seulement le nombre de médecins généralistes, mais aussi le rôle qu'ils jouent dans les soins de santé. Les incitations financières actuelles, comme la réduction du ticket modérateur, ne suffisent pas du tout pour faire en sorte que le généraliste soit un véritable gardien. Si nous voulons une modification du comportement, la contribution propre du patient qui consulte un spécialiste sans être envoyé par un généraliste doit être suffisamment élevée.

Le généraliste est non seulement un gardien, il est aussi un guide dans le labyrinthe des nombreux dispositifs. Si un généraliste envoie un patient chez un spécialiste de manière judicieuse, de nombreux examens superflus peuvent être évités.

Lors d'un voyage d'étude en Nouvelle-Zélande, une commission du Sénat a pu constater les conséquences que peut avoir une plus grande responsabilisation des généralistes dans la maîtrise des coûts. Si nous voulons reprendre le modèle kiwi, nous devons tenir compte du rôle des généralistes. Les chiffres spectaculaires de la maîtrise des coûts de la politique des médicaments en Nouvelle-Zélande s'expliquent non seulement par le système d'appel d'offres public qui a uniquement une influence sur le prix, mais aussi par le nombre de médicaments vendus.

Par le présent projet de loi, le ministre entend lier l'accréditation du médecin au comportement prescripteur. Il omet toutefois de décider comment il contrôlera ce comportement. Nous ne sommes pas opposés au principe ; il va de soi que les médecins doivent tenir compte, lorsqu'ils établissent des prescriptions, des coûts et des prix. On manque toutefois de courage politique pour bien utiliser les moyens existants comme Pharmanet, pour obtenir une image claire du comportement prescripteur des médecins et pour utiliser les informations comme instruments de contrôle instructifs. Dans le présent projet, la sanction occupe une place centrale ; en Nouvelle-Zélande c'est la

wordt vanuit het beleid.

De heer Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. – *Het argument van de heer Wouter Beke verrast mij.*

Men heeft mij zowel in de Kamer als in de Senaat herhaaldelijk ondervraagd over het feit dat Britse en Nederlandse patiënten zich bij ons laten behandelen omdat ze in hun land ingevolge de contingentering of de beperkingen van het medisch aanbod op een wachtlijst belanden.

Dit kan niet tegelijkertijd als een probleem en als een voordeel worden beschouwd. Men moet een keuze maken.

De heer Wouter Beke (CD&V), rapporteur. – De minister kent ongetwijfeld dat rapport, dat overigens veel weerklank kreeg. Andere cijfers tonen aan dat er een relatie bestaat tussen een goed uitgebouwde eerstelijnsgezondheidszorg en zelfmoord en levensverwachting.

België krijgt in dat rapport slechte cijfers inzake de aansturing van de eerstelijnsgezondheidszorg. Die vorm van gezondheidszorg is niet alleen kwalitatief beter, maar is ook beter toegankelijk, democratischer en bovendien goedkoper.

Het OESO-rapport stelt voor om de medische kosten van niet-verwezen patiënten niet langer terug te betalen. Niet alleen het aantal huisartsen is dus van belang, maar ook de rol die ze in de gezondheidszorg spelen. De huidige financiële prikkels, zoals een verminderd remgeld, volstaan helemaal niet om de huisarts als een echte poortwachter te laten functioneren. Als we een gedragswijziging willen realiseren, moet de eigen bijdrage van de patiënt die zonder doorverwijzing een geneesheer-specialist raadpleegt voldoende hoog zijn.

De huisarts is niet alleen een poortwachter, hij is ook een gids doorheen de doolhof van de talrijke voorzieningen. Als een huisarts op een juiste wijze doorverwijst, kunnen heel wat overbodige onderzoeken worden vermeden.

Een Senaatscommissie heeft op een studiereis naar Nieuw-Zeeland kunnen vaststellen welke gevolgen een grotere responsabilisering van de huisartsen kan hebben op het vlak van de kostenbeheersing. Willen we het zogenaamde kiwimodel overnemen, dan moeten we rekening houden met de rol van de huisarts. De spectaculaire cijfers uit Nieuw-Zeeland inzake de kostenbeheersing van het geneesmiddelenbeleid zijn niet alleen te verklaren door het systeem van de openbare aanbesteding, die enkel een invloed heeft op de prijs, maar ook door het aantal verkochte geneesmiddelen.

Met dit wetsontwerp wil de minister de accreditatie van de arts koppelen aan het voorschrijfgedrag. Hij laat echter in het midden op welke manier hij het voorschrijfgedrag wil controleren. Wij hebben niets tegen het principe; het zou vanzelfsprekend moeten zijn dat artsen bij het voorschrijven rekening houden met de kosten en de prijzen. De politieke moed ontbreekt echter om bestaande middelen zoals Farmanet goed te gebruiken, om een duidelijk beeld te krijgen van het voorschrijfgedrag van de artsen en om die informatie te gebruiken als een leerrijk controle-instrument. In het voorliggend wetsontwerp staat de bestraffing centraal, in Nieuw-Zeeland de responsabilisering.

De minister kondigt een onderzoek aan om na te gaan welke

responsabilisation.

Le ministre annonce une étude pour vérifier quels sont les médecins qui prescrivent d'une manière irresponsable, de sorte que leur accréditation puisse leur être retirée et qu'une sanction financière puisse leur être imposée. C'est le monde à l'envers. Les médecins qui prescrivent trop devraient être sanctionnés depuis longtemps. Dans le passé, des instruments légaux ont déjà été rendus disponibles à cet effet. En fait, il faudrait donner un incitant positif aux médecins qui prescrivent correctement.

Il est dommage que, par le biais du présent projet, le ministre veuille prendre des mesures qui vont à l'encontre d'une plus grande responsabilisation des soins de santé de première ligne. Par la loi du 22 août 2002, son très estimé prédécesseur a introduit une contribution forfaitaire de 12,5 euros pour les personnes qui ont recours aux urgences. Cette mesure était perfectible parce qu'elle n'était pas obligatoire et que les hôpitaux ne l'appliquaient donc pas tous. Un seuil a cependant été fixé pour les personnes qui se rendent inutilement aux urgences. Au lieu d'affiner et de renforcer cette mesure, le ministre la tempère. Il ressort pourtant d'une étude menée conjointement par la KULeuven et l'UCL – qui, pour autant que je sache, n'ont pas été payées par l'industrie pharmaceutique –, que durant le week-end l'aide urgente dispensée dans le service d'urgence d'un hôpital coûte trois fois plus cher que dans un poste de garde de médecins généralistes.

Cela s'explique par deux raisons. Les hôpitaux disposent d'un appareillage médico-technique, de techniques d'imagerie médicale et de biologie clinique. Dans les cas d'urgence, les généralistes pratiquent de 20 à 58% d'examen superflus en moins. Le coût moyen des soins d'urgence donnés par un généraliste est de 47 euros alors qu'un patient représente un coût de 145 euros dans le service d'urgences d'un hôpital.

Sachant que, selon cette étude, de 60 à 80% des patients qui s'adressent aux services d'urgences le week-end peuvent être traités par un généraliste, nous nous demandons pourquoi le ministre refuse de s'attaquer au recours intempestif aux services d'urgences et souhaite même en faciliter l'accès.

Au lieu de les responsabiliser, on diabolise les soins du premier échelon. Pourtant le ministre en a besoin pour exécuter ses mesures, même les nouvelles mesures, comme la prescription selon le nom de la molécule.

La prescription selon le nom de la molécule alimente un débat important dans la politique des médicaments. Le ministre a préparé divers arrêtés royaux. Je m'étonne que ni la loi, ni l'exposé des motifs ne parlent de la prescription selon le nom de la molécule. Ce mode de prescription transfère la responsabilité du choix du médicament du médecin au pharmacien. Il aurait donc fallu traiter cette question dans le chapitre de la loi relatif à la responsabilisation. Une des conditions du succès de la prescription selon le nom de la molécule est de prendre des mesures assurant une collaboration structurelle entre médecins et pharmaciens.

J'apprends aujourd'hui déjà que les experts n'attendent pas grand-chose de cette mesure. J'espère que la prescription selon le nom de la molécule n'est pas un vœu pieux et que la principale motivation n'est pas de résoudre les problèmes de

artsen op onverantwoorde wijze voorschrijven, zodat hun accreditatie hen kan worden ontnomen en een financiële straf kan worden opgelegd. Dat is de omgekeerde wereld. Artsen die te veel voorschrijven, zouden al lang bestraft moeten zijn. In het verleden werden hiertoe reeds wettelijke instrumenten ter beschikking gesteld. Eigenlijk zou een positieve incentive moeten worden gegeven aan artsen die goed voorschrijven.

Het is jammer dat de minister met dit wetsontwerp maatregelen wil nemen die ingaan tegen een grotere responsabilisering van de eerstelijnsgezondheidszorg. Zijn zeer gewaardeerde voorganger heeft met de wet van 22 augustus 2002 een forfaitaire bijdrage van 12,5 euro ingevoerd voor mensen die een beroep doen op de spoeddiensten. Die maatregel was voor verbetering vatbaar omdat hij niet verplicht was en bijgevolg niet elk ziekenhuis hem toepaste. Er werd echter wel een drempel ingesteld voor mensen die onnodig de spoeddiensten bezochten. In plaats van die maatregel te verfijnen en te versterken, zwakt de minister hem nu af. Uit een gezamenlijke studie van de KULeuven en UCL, die bij mijn weten niet betaald was door de farmaceutische industrie, blijkt nochtans dat urgente hulp tijdens het weekend op de dienst Spoedgevallen van een ziekenhuis drie keer meer kost dan in een huisartsenwachtpost.

Hiervoor zijn twee redenen. In de ziekenhuizen is er de aanwezigheid van medisch-technische apparatuur, medische beeldvorming en klinische biologie. Huisartsen doen voor dringende hulpverlening 20 tot 58% minder overbodige onderzoeken. De gemiddelde kostprijs van urgente zorgverstrekking door een huisarts bedraagt 47 euro. Van dat bedrag gaat 30 euro naar honoraria en 17 euro naar voorgeschreven geneesmiddelen. Op de dienst Spoedopname van een ziekenhuis kost een patiënt gemiddeld 145 euro: 37 euro voor medische beeldvorming, 30 euro voor consultatie, 30 euro voor klinische biologie, 14 euro voor kleine chirurgie en 13 euro aan dagprijs. Gelet op het feit dat volgens dit onderzoek 60 tot 80 procent van de patiënten die zich tijdens het weekend aanmelden op de spoeddienst van een ziekenhuis, ook door een huisarts kunnen worden behandeld, vragen we ons af waarom de minister het onnodig bezoeken van de spoeddienst niet harder wil aanpakken en de drempel zelfs nog wil verlagen.

In de plaats van de eerstelijnsgezondheidszorg te responsabiliseren gaat het hier veeleer om een diabolisering. Nochtans heeft de minister de eerstelijnszorg nodig voor de uitvoering van zijn maatregelen. Ook als het gaat om nieuwe maatregelen, zoals het voorschrijven op stofnaam.

Het voorschrijven op stofnaam is een belangrijk debat in het hele geneesmiddelenbeleid. De minister heeft, los van deze gezondheidswet, een aantal koninklijke besluiten voorbereid. Merkwaardig toch dat noch in de wet, noch in de toelichting, gerept wordt over het voorschrijven op stofnaam! Het voorschrijven op stofnaam verschuift de verantwoordelijkheid voor de keuze van het geneesmiddel van de arts naar de apotheker. Men had er dan ook beter aan gedaan deze overwegingen en maatregelen te behandelen in het hoofdstuk over responsabilisering. Een van de voorwaarden om van het voorschrijven op stofnaam – waarmee ik akkoord kan gaan – een succes te maken, is maatregelen te nemen die leiden tot een structurele samenwerking tussen apothekers en artsen.

stocks des pharmaciens. Une responsabilisation efficace est indispensable et ne requiert pas la création de structures nouvelles.

Le dossier médical informatisé (DMI) est une deuxième condition à remplir pour pouvoir prendre des mesures structurelles et pour maîtriser les coûts. Le projet contient très peu de dispositions à ce sujet. La Belgique connaît pourtant des exemples de bonnes pratiques à cet égard. Le ministre veut attendre que la carte d'identité électronique soit généralisée avant d'imposer le DMI.

Or il faudra attendre jusqu'en 2009 pour que chacun ait une carte d'identité électronique. Il est à mon sens paradoxal que le gouvernement demande des instruments pour pouvoir prendre des mesures draconiennes mais ne prenne pas d'initiatives pour accélérer l'émission des cartes d'identité électroniques.

Des études ont prouvé qu'on pouvait économiser 25% en recueillant des informations uniformes par le biais du dossier médical électronique. Nous déplorons cependant que le projet de loi n'évoque guère la responsabilisation de la première ligne ni le dossier médical électronique.

Au lieu de simplifier et d'harmoniser les structures existantes pour améliorer et d'accélérer le travail, on met en place une nouvelle structure qui a l'effet inverse. Lorsqu'un quart du budget n'est pas affecté efficacement, il y a lieu de rationaliser et pas de créer de nouvelles structures.

Je n'exhorte pas le ministre à appliquer le principe « deux poids deux mesures » dans le cadre de la loi santé. Tantôt on ne veut pas retenir les propositions du parlement sous prétexte qu'une commission se penche encore sur le problème, tantôt on accepte même si la commission l'examine encore.

En commission, le représentant du ministre a déclaré qu'il ne souhaitait pas discuter de notre proposition relative aux suppléments d'honoraires. Nous redéposons cet amendement aujourd'hui parce que le Centre fédéral d'expertise des soins de santé se penche encore sur la question. Le ministre préconise l'inscription dans la loi de mesures relatives au lien entre l'accréditation et le comportement prescripteur alors qu'une commission est encore en train d'examiner cette question.

L'élément le plus frappant est le chapitre 5 consacré aux médicaments, non seulement par les remous qu'il a suscités, mais aussi parce qu'il est rare qu'une matière si importante soit modifiée aussi radicalement lors de son examen par le Parlement.

La commission des Affaires sociales a étudié sur place la politique en matière de médicaments menée en Nouvelle-Zélande. Il me semble indiqué d'y revenir un instant pour voir dans quelle mesure elle pourrait être transposée en Belgique. Le modèle kiwi ne se limite pas aux adjudications publiques, il est beaucoup plus global. Il prévoit encore d'autres conditions importantes pour maîtriser les coûts.

La première condition concerne la responsabilisation du médecin et du patient. Le projet contient quelques mesures de responsabilisation plutôt négatives. En Nouvelle-Zélande, un pourcentage des économies réalisées dans l'utilisation des médicaments et le comportement prescripteur est directement

Ik verneem nu reeds dat experts van deze maatregel niet veel verwachten. Ik hoop dat het voorschrijven op stofnaam geen dode mus wordt, maar het heeft er alle schijn van. Ik hoop ook dat de belangrijkste drijfveer niet is het stockprobleem van de apothekers op te lossen. Mits een goede dialoog tussen artsen en apothekers kan een dergelijke maatregel wel succes hebben. Een doeltreffende responsabilisering met bijbehorende maatregelen is dan wel nodig. We moeten daarvoor geen nieuwe structuren opzetten. In Vlaanderen, bij voorbeeld, zijn er de LOGO's, het lokale gezondheidsoverleg, waar alle zorgverstrekkers, waaronder ook apothekers en artsen, rond de tafel zitten.

Het elektronisch medisch dossier, EMD, is een tweede voorwaarde om structurele maatregelen te kunnen uitbouwen. Het EMD is een cruciale voorwaarde voor de kostenbeheersing. In het ontwerp is hierover bitter weinig terug te vinden. Nochtans zijn er in België een aantal voorbeelden van *good practices* hieromtrent. In Leuven is er het zogenaamde LISA-project. De minister wil wachten met het EMD tot de veralgemeende invoering van de elektronische identiteitskaart. Concrete maatregelen om dat versneld te kunnen doen, ontbreken echter. Het zal nog tot 2009 duren tot iedereen een elektronische identiteitskaart heeft. Ik vind het paradoxaal dat de regering instrumenten vraagt om draconische maatregelen te kunnen nemen, maar geen initiatieven neemt om de uitreiking van de elektronische identiteitskaart te versnellen.

Uit onderzoeken blijkt dat 25% kan worden bespaard wanneer met het elektronisch medisch dossier uniforme informatie kan worden bekomen. Over het responsabiliseren van de eerste lijn en het elektronisch medisch dossier, vinden we in het wetsontwerp evenwel weinig terug, wat we betreuren.

In plaats van de bestaande structuren te vereenvoudigen en beter op elkaar af te stemmen zodat alles niet alleen efficiënter maar ook sneller verloopt, wordt een bijkomende structuur opgezet waarmee het tegendeel wordt bereikt. Daar naar schatting een vierde van het budget niet efficiënt wordt besteed, moet worden gerationaliseerd en geen nieuwe structuren worden uitgebouwd.

Ik roep de minister op niet met twee maten en twee gewichten te werken bij het opnemen van bepaalde maatregelen in de gezondheidswet. De ene keer kunnen de voorstellen van het Parlement niet worden aangehouden omdat een commissie zich nog over het probleem buigt, de andere keer is de minister er voorstander van, ook al is een commissie nog bezig ze te onderzoeken.

In de commissie heeft de afgevaardigde van de minister verklaard dat deze niet wil ingaan op ons voorstel met betrekking tot de ereloonsupplementen. Dit amendement dienen wij vandaag opnieuw in, omdat het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg terzake nog onderzoek doet. Maatregelen aangaande de koppeling van de accreditering aan het voorschrijfgedrag wil de minister dan weer wel meteen in de wet inschrijven, ook al wordt deze aangelegenheid nog in de commissie bestudeerd.

Hoofdstuk 5 over de geneesmiddelen springt het meest in het oog, niet alleen omwille van de commotie, maar vooral omdat een belangrijke materie eerder zelden tijdens de parlementaire bespreking zo ingrijpend wordt gewijzigd.

reversé à l'association locale des médecins. La ville de Christchurch, comparable à Gand ou Liège, a récupéré l'an dernier 10 millions d'euros qu'elle peut utiliser de manière autonome, ce qui est une responsabilisation positive. Cette somme peut être utilisée pour de nouvelles mesures, concernant pour la plupart la médecine préventive. Ces mesures entraînent une diminution des prescriptions et les économies réalisées sont en partie utilisées dans le cadre de la médecine préventive.

La responsabilisation du patient est évidemment aussi en rapport avec la manière dont nous entendons organiser nos soins de santé. Nous ne partageons pas l'opinion du ministre à cet égard, ce n'est pas un secret. Nous estimons en effet qu'il faut mieux harmoniser les soins de santé curatifs et préventifs.

Les evidence-based best practice guidelines sont un autre élément important pour maîtriser les coûts. Le système néo-zélandais est régi par 94 guidelines élaborées par un comité indépendant ; il repose non pas sur des considérations budgétaires mais sur des normes qualitatives.

Ce système suppose également une information permanente, ce qui nous ramène aux soins de santé préventifs.

Enfin, il faut des conditionnements adaptés : les boîtes actuelles au format normalisé contiennent trop de médicaments. En Nouvelle-Zélande le patient reçoit le nombre exact de comprimés qui lui a été prescrit.

Cette visite nous a beaucoup appris et nous devons en tirer les leçons. Je conclurai par un bref aperçu des points importants qu'il faudra prendre en considération si le ministre compte instaurer chez nous la procédure des adjudications publiques.

Tout d'abord, nous devons être conscients du fait qu'on ne peut pas continuellement presser le kiwi. Après des années de croissance contrôlée, on constate même en Nouvelle-Zélande que les budgets sont insuffisants. On ne peut pas stopper l'innovation médicale et il est impossible de faire l'impasse sur l'évolution démographique. Et surtout, on ne peut pas faire baisser les prix en dessous d'un certain plancher.

Deuxièmement, les cross deals sont un élément complémentaire important du système néo-zélandais. PHARMAC, l'institut qui négocie les adjudications publiques, peut négocier de manière autonome avec une entreprise pharmaceutique en vue de troquer la mise sur le marché d'un médicament novateur contre la baisse du prix d'un autre médicament. J'ai compris que le contexte européen nous interdit cela.

Troisièmement, les économies dans le secteur des médicaments font augmenter les coûts dans d'autres secteurs des soins de santé : c'est ce qu'on appelle l'effet de substitution.

Les patients qui doivent prendre des médicaments sont extrêmement vulnérables. Un changement régulier de marque à la suite d'appels d'offres publics est pour eux une source de confusion et d'insécurité.

Se pose ensuite le problème de la gestion des stocks. En Nouvelle-Zélande, la liquidation des stocks et la fourniture au moment voulu d'un nouveau médicament ne va pas sans poser

De commissie voor de Sociale Aangelegenheden heeft het genesmiddelenbeleid in Nieuw-Zeeland ter plaatse bestudeerd. Ik acht het aangewezen daar even te blijven bij stilstaan om de toepasbaarheid van bepaalde aspecten in België te onderzoeken.

Het zogeheten kiwi-model is veel omvattender dan louter een kwestie van openbare aanbesteding. Naast de bekende formule van openbare aanbesteding moet ook aan andere belangrijke voorwaarden worden voldaan om tot een kostenbeheersing te komen.

Een eerste voorwaarde is het responsabiliseren van zowel arts als patiënt. Het ontwerp bevat enkele responsabiliseringsmaatregelen, maar die zijn eerder negatief. In Nieuw-Zeeland wordt een bepaald percentage van de besparingen in het geneesmiddelengebruik en het voorschrijfgedrag rechtstreeks teruggestort aan de lokale huisartsenkring. De stad Christchurch, in grootte te vergelijken met Gent of Luik, kreeg vorig jaar 10 miljoen euro terug om autonoom te spenderen, wat een positieve responsabilisering is. Dat bedrag mag worden gebruikt voor nieuwe maatregelen die veelal verband houden met preventieve geneeskunde, waardoor vanuit het oogpunt van de overheid een dubbel effect ontstaat. Enerzijds een verminderd voorschrijfgedrag en anderzijds een deels gebruik van de gegenereerde besparing voor preventieve geneeskunde.

De responsabilisering van de patiënt heeft natuurlijk ook te maken met de wijze waarop wij onze gezondheidszorg willen organiseren. Het is geen geheim dat wij de mening van de minister in dit verband niet delen. Wij zijn immers van oordeel dat curatieve en preventieve gezondheidszorg beter op elkaar moeten worden afgestemd en daarom beter worden gefederaliseerd.

Nog een belangrijke voorwaarde voor een kostenbeheersend systeem zijn de *evidence-based best practice guidelines*. Nieuw-Zeeland werkt met 94 *guidelines*, opgesteld door een onafhankelijk comité dat niet op basis van budgettaire, maar van kwalitatieve standaarden tot standaardbehandelingen probeert te komen.

Dan is er nog de permanente voorlichting, wat ons opnieuw bij de preventieve gezondheidszorg brengt.

Ten slotte moeten er verpakkingen komen op maat van de patiënt. De huidige standaarddoosjes leiden tot veel overtollige medicijnen. In Nieuw-Zeeland krijgt de patiënt precies de hoeveelheid medicijnen die de arts voorschrijft.

Ons bezoek heeft ons wijzer gemaakt en we moeten er lessen uit trekken. Ik wil dan ook afronden met een kort overzicht van de belangrijkste lessen die we voor ogen moeten houden wanneer de minister de procedure van openbare aanbesteding in ons land wil invoeren.

Ten eerste moeten we ons ervan bewust zijn dat de kiwi niet blijvend kan worden uitgeperst. Na jaren van gecontroleerde groei wordt ook in Nieuw-Zeeland vastgesteld dat de budgetten ontoereikend zijn. Medische innovatie kan niet worden tegengehouden, er kan niet om de demografische evolutie worden heengegaan en vooral kunnen de prijzen niet onder een bepaalde minimumgrens dalen.

Ten tweede vormen de *cross deals* een belangrijk

des problèmes, en particulier pendant la période qui sépare deux adjudications.

Le système suppose qu'il y ait non seulement une bonne communication entre le médecin, le patient, le pharmacien et les pouvoirs publics, mais également une autorité fiable. Or l'autorité fédérale ne parvient déjà pas aujourd'hui à fournir aux médecins les prescriptions dont ils ont besoin.

Pendant des mois, on a discuté de la loi santé, une loi qui devait permettre de faire des économies. Aujourd'hui le parlement donne au ministre le pouvoir de prendre des mesures structurelles. J'espère qu'il ne s'agira pas d'un nouveau monstre du Loch Ness, dont on parle beaucoup mais qu'on ne voit jamais.

Mme Christel Geerts (SP.A-SPIRIT). – *Le présent projet de loi vise à mieux maîtriser le budget global des soins de santé.*

Nous ne pouvons que nous en réjouir, que ce soit dans l'optique d'une politique efficace et réaliste ou parce que les conséquences d'un dérapage du système se feraient ressentir de manière inévitabile.

Il est donc utile de souligner quotidiennement l'importance de ce projet. Il est en effet illusoire de penser que le système va s'auto-corriger. Le ministre doit disposer d'instruments en suffisance qui lui permettent de réagir promptement et même de pouvoir encore rectifier la norme de croissance dans le courant de 2005.

Dans ce contexte, le SP.A-SPIRIT accepte des pouvoirs spéciaux limités dans le temps. Nous sommes cependant demandeurs de chiffres actualisés.

Tous nos desiderata ne figurent pas dans cette loi santé. Tout décideur sait qu'il faut se concerter avec le secteur et que tous les acteurs doivent marcher dans la même direction. Un grand nombre d'instruments sont disponibles pour parvenir à réaliser les objectifs finaux de cette loi. Il y a par exemple la

complémentaire élément in het Nieuw-Zeelandse systeem. PHARMAC, het instituut dat over de openbare aanbestedingen onderhandelt, kan autonoom met een farmaceutisch bedrijf onderhandelen om in ruil voor een prijsverlaging van medicijn A een innoverend medicijn B op de markt te brengen. Ik heb begrepen dat dit in ons land door de Europese context niet mogelijk is.

Ten derde kunnen besparingen in de geneesmiddelensector leiden tot een verhoging van de kosten in andere sectoren van de gezondheidszorg. Dit is het zogenaamde substitutie-effect.

Iemand die geneesmiddelen moet nemen, bevindt zich in de meest kwetsbare positie. Een regelmatige verandering van merk ten gevolge van openbare aanbestedingen veroorzaakt bij patiënten verwarring en onzekerheid. Bij oudere patiënten is een andere kleur of vorm van het geneesmiddel daarvoor al voldoende.

Er is ook een probleem van voorraadbeheer. Bij de Nieuw-Zeelandse apothekers verloopt het wegwerken van stocks en het op het juiste moment aanbieden van een nieuw geneesmiddel nogal eens problematisch, vooral in de periode tussen twee aanbestedingen.

Het systeem veronderstelt niet alleen een goede communicatie tussen arts, patiënt, apotheker en overheid, maar ook een betrouwbare overheid. De federale overheid slaagt er vandaag niet in de belastingbrieven op tijd gedrukt te krijgen noch de artsen de nodige voorschriften ter beschikking te stellen. Daar liggen niet alle Belgen van wakker. Wanneer de federale overheid er echter ook niet in slaagt via openbare aanbestedingen te garanderen dat de nodige medicijnen ter beschikking zijn, dan zullen daar wel veel Belgen van wakker liggen.

Maandenlang werd er gesproken over de gezondheidswet, volgens de kabinetschef een besparingswet. Vandaag geeft het parlement de minister de macht om structureel in te grijpen. Ik hoop dat het geen monster van Loch Ness wordt: iets waar iedereen veel en lang over spreekt, maar dat niemand ooit te zien krijgt.

Mevrouw Christel Geerts (SP.A-SPIRIT). – Het wetsontwerp betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg heeft tot doel de uitgaven in de globale gezondheidssector beter te beheersen.

We kunnen dat alleen maar toejuichen. Enerzijds vanuit het oogpunt van een goed en realistisch beleid, anderzijds omdat de gevolgen van een ontsporing van het systeem, ongelijk verdeeld zouden zijn.

Het is dus wel nodig het belang ervan dagelijks op de maatschappelijke agenda te zetten. Het is immers een illusie te denken dat het systeem zichzelf zal bijsturen en corrigeren. Belangrijk is dat de minister over voldoende instrumenten beschikt om kort op de bal te spelen en de groeinorm in de loop van 2005 zelfs nog te kunnen bijsturen.

Vanuit die context kan SP.A-SPIRIT instemmen met de in de tijd beperkte machtiging. We zijn echter vragende partij voor meer actuele cijfers.

Niet alles wat we willen gerealiseerd zien, staat in deze gezondheidswet. Iedere beleidsvoerder weet dat met de sector overleg moet worden gepleegd en dat alle actoren in dezelfde

lutte contre l'appareillage non agréé et la liaison entre l'accréditation et le comportement prescripteur. On vient d'affirmer que les médecins méritants à cet égard devraient être récompensés. Je ne suis pas de cet avis. Il est du devoir du médecin de bien faire son travail.

La possibilité d'obliger les entreprises à rester dans le cadre du système de remboursement est une bonne chose. La controverse apparue à propos de la pilule anticonceptionnelle prouve d'ailleurs l'intérêt de cette mesure.

La poursuite de l'uniformisation dans la fixation des prix est un élément essentiel et l'encouragement à la collaboration entre hôpitaux constitue un incitant important.

La programmation inscrite dans le décret sur les soins de santé et le décret relatif aux personnes âgées fonctionne relativement bien en Flandre. Non seulement le Fonds spécial de solidarité reçoit une marge financière accrue mais son accès est également plus rapide. C'est le reflet de situations complexes qu'on observe parfois sur le terrain.

L'adjudication publique prévue pour les médicaments est un autre élément important. En choisissant le meilleur rapport qualité-prix, l'autorité réalise des économies dans les soins de santé et le patient s'y retrouve.

Le kiwi a reçu ici plusieurs appellations : un kiwi pressé, une figue, etc. Pour moi ce peut être une figue à condition que le patient s'en trouve mieux. Seuls les médicaments qui sont encore sous brevet ne sont pas soumis à une adjudication publique. On crée un mécanisme permettant de mieux maîtriser les coûts sans hypothéquer pour autant la capacité de recherche et le développement économique du secteur.

Il importe également de lutter contre les médicaments pseudo-novateurs, ces nouveaux médicaments qu'on tente de faire entrer dans le système de remboursement de l'assurance-maladie alors qu'ils sont nettement plus chers que leurs prédécesseurs et n'offrent aucune plus-value thérapeutique. Il est bon que la CRM effectue une véritable étude sur la plus-value thérapeutique des nouveaux médicaments et que les résultats soient transmis au ministre et au parlement.

Autre point important, l'élargissement du système du remboursement de référence. Un système de limitation des coûts en matière de soins de santé ne sera toutefois une réussite à long terme que si les mesures qui l'accompagnent sont suffisantes pour améliorer l'efficacité, la qualité et l'accessibilité des soins.

Dans cette perspective, le groupe SP.A juge donc ce projet positivement. Nous demandons seulement au ministre qu'il ne freine pas son élan et qu'il accélère même le travail. Bon nombre de propositions intéressantes qui méritent certainement son attention sont en effet sur la table. Je songe par exemple à la prescription selon le nom de la molécule, au dossier médical informatisé ou à la mesure relative aux suppléments d'honoraires. Dans tous ces domaines, il faut se hâter de prendre des mesures.

Dans le cadre de ses mesures d'amélioration de la qualité, le ministre compte engager un conseiller à la qualité qui serait une sorte de pont entre les différentes institutions publiques. L'amélioration du système des soins de santé suppose en effet une bonne coordination ; le groupe SP.A souligne cependant

richting moeten marcheren. Er zijn heel wat nuttige instrumenten voorhanden om de uiteindelijke doelstellingen van deze wet te kunnen realiseren. Zo is er de strijd tegen de niet-erkende toestellen en de koppeling van de accreditering aan het voorschrijfgedrag van de artsen. Zopas werd hier beweerd dat de artsen die het wel goed doen zouden moeten worden beloond. Dat kan niet. Het is de plicht is van de artsen om hun werk naar behoren te doen.

Het is een goede zaak dat bedrijven kunnen worden verplicht om binnen het terugbetalingsstelsel te blijven. Het dispuut rond de anticonceptiepil toont overigens het belang van deze maatregel aan.

Ook een verdere standaardisering van de prijszetting is een positief elementen en het stimuleren van de samenwerking tussen ziekenhuizen is een belangrijke incentive.

De programmatie die in het thuiszorgdecreet en in het bejaardendecreet is ingeschreven, werkt in Vlaanderen vrij goed. Het Bijzonder Solidariteitsfonds krijgt niet alleen meer financiële armslag maar er is ook een vlottere toegang. Het is een weerspiegeling van de complexe situaties die zich in de praktijk soms voordoen.

Belangrijk is ook dat in een openbare aanbesteding voor geneesmiddelen wordt voorzien. De overheid kiest voor de beste prijs-kwaliteitverhouding en bespaart tegelijkertijd in de ziekteverzekering. Bovendien betaalt de patiënt minder.

De kiwi kreeg hier al verschillende benamingen: een uitgeknepen kiwi, een vijf, ... Voor mij mag het een vijf zijn, als de patiënt er maar beter van wordt. Enkel de medicijnen die nog onder patent staan vallen buiten de voorziene aanbesteding. Er werd een mechanisme gecreëerd om de geneesmiddelenprijzen beter te beheersen, zonder de onderzoekscapaciteit en de economische ontwikkeling van de sector te hypothekeren.

Ook de strijd tegen de pseudo-innovatieve geneesmiddelen is belangrijk. Dat zijn nieuwe geneesmiddelen die in het terugbetalingssysteem van de ziekteverzekering trachten te geraken en die vaak een stuk duurder zijn dan hun voorgangers, ook al hebben ze geen enkele therapeutische meerwaarde. Het is een goede zaak dat het CTG een echt onderzoek voert naar de therapeutische meerwaarde van nieuwe medicijnen en dat de resultaten van dat onderzoek aan de minister én aan het parlement worden bezorgd.

Een ander belangrijk punt is de uitbreiding van het systeem van de referentierugbetaling. Toch zal een kostenbesparend systeem in de gezondheidszorg in de *long run* maar succes boeken, als het omkaderd wordt door voldoende begeleidende maatregelen tot verbetering van de efficiëntie, de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg. Deze maatstaven zijn trouwens niet alleen medisch maar ook sociaal zeer belangrijk.

De SP.A-fractie kan ook vanuit dit perspectief het ontwerp positief evalueren. We vragen alleen dat de minister zijn elan niet laat afzakken, maar desnoods nog een tandje bij zet om in versneld tempo verder te werken. Er liggen immers nog tal van interessante voorstellen op tafel, die zeker zijn aandacht verdienen. Ik denk bijvoorbeeld aan het voorschrift op stofnaam, dat zopas nog in het vooruitzicht werd gesteld, aan het elektronische patiëntendossier of aan de maatregel inzake

l'importance d'un suivi détaillé de l'output de cette fonction. Je fais volontiers la comparaison avec le décret flamand relatif à la qualité, même si c'est en quelque sorte comparer des pommes et des poires. Les institutions du secteur ont accompli un travail de titan pour satisfaire aux normes de ce décret. On a recruté de nombreux coordinateurs de qualité et écrit de nombreux livres, engendrant ça et là une dynamique positive. Une enquête effectuée auprès du personnel soignant et infirmier actif dans le secteur des soins aux personnes âgées montre que là où des améliorations sont les plus nécessaires, c'est-à-dire au chevet du patient, il n'y a guère eu de changements. Par conséquent il ne suffit pas d'implémenter un système de qualité, il faut aussi assurer un suivi rigoureux.

Le groupe SP.A soutiendra pleinement le projet en raison des nombreux éléments positifs qu'il comporte. Nous sommes convaincus que le ministre informera régulièrement la commission des Affaires sociales de l'état de la situation.

D'autre part, bon nombre de propositions attendent d'être examinées. À ce sujet, je me range volontiers à l'avis de M. Beke selon lequel nous devons apprendre à vivre avec des restrictions.

Mme Clotilde Nyssens (CDH). – Une des tâches fondamentales de l'État est de garantir à tous ses citoyens un accès équitable à un système de soins de santé de qualité et performant du point de vue budgétaire. Les moyens à mettre en œuvre pour y arriver sont particulièrement complexes, le système l'étant déjà, sans qu'il y ait de solution miracle.

La loi « Santé » rassemble une série de moyens, de nature essentiellement budgétaire, visant à garantir la maîtrise du budget des soins de santé dans notre pays.

Sur le principe, le CDH partage bien entendu les objectifs poursuivis par le projet de loi. Les chiffres indiquent en effet la nécessité de prendre des mesures structurelles afin d'enrayer le dépassement budgétaire du secteur, dépassement constaté année après année.

Par contre, le CDH est plus réservé quant aux moyens proposés par la loi. Nous jugeons en effet la loi trop peu ambitieuse.

En premier lieu, nous continuons à regretter que la plupart des mesures proposées ne soient pas accompagnées d'estimations chiffrées des économies espérées. Nous aurions souhaité disposer d'un tableau de bord budgétaire mesure par mesure. Le ministre a répondu à plusieurs reprises que toute estimation serait trop hasardeuse pour pouvoir être présentée et son explication semble justifier à elle seule le scepticisme que nous formulons quant à l'impact attendu de certaines mesures.

En second lieu, nous estimons que le projet de loi fait l'impasse sur une série d'autres mesures que nous aurions

de honorariasupplémenten. Op al die terreinen moeten in de nabije toekomst nog verdere stappen worden ondernomen.

In het raam van zijn kwaliteitsbevorderende maatregelen wil de minister een kwaliteitsadviseur aan het werk zetten, die een brugfunctie tussen de verschillende overheidsinstellingen krijgt. Een goede coördinatie is inderdaad cruciaal om het gezondheidssysteem te verbeteren, maar de SP.A-fractie dringt terzake vooral aan op een gedetailleerde follow-up van de output van deze functie. Ik maak hier graag de vergelijking met het Vlaamse kwaliteitsdecreet, ook al vergelijk ik hier in zekere zin appels met peren. De instellingen van de sector hebben enorm veel werk verzet om te beantwoorden aan de normen van dat decreet. Velen hebben kwaliteitscoördinatoren aangenomen en dikke boeken volgeschreven. Hier en daar heeft dat een positieve dynamiek op gang gebracht. Maar uit een onderzoek bij zorg- en verpleegkundigen die met hun twee voeten in de zieken- of bejaardenzorg staan, blijkt toch dat er op de plaats waar de verbetering moet komen, namelijk aan het bed van de patiënt, toch niet zoveel veranderd is. De conclusie moet dan ook zijn dat het niet volstaat een kwaliteitssysteem te implementeren, er moet ook een nauwgezette follow-up komen.

De SP.A-fractie zal het ontwerp voluit steunen, omdat het tal van positieve elementen bevat. We zijn er ook van overtuigd dat de minister de commissie voor de Sociale Aangelegenheden op regelmatige wijze over de stand van zaken zal informeren.

Aan de andere kant liggen er nog heel veel voorstellen op behandeling te wachten. Wat dit betreft sluit ik me graag aan bij de heer Beke: we moeten leren leven met beperkingen.

Mevrouw Clotilde Nyssens (CDH). – *Een van de fundamentele taken van de Staat is een rechtvaardige toegang verzekeren tot een kwaliteitsvolle gezondheidszorg, ook vanuit budgettair oogpunt, aan alle burgers. De middelen om dat te realiseren, zijn bijzonder complex en er bestaat geen mirakeloplossing.*

De 'Gezondheidswet' voorziet in een aantal middelen, hoofdzakelijk van budgettaire aard, die de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg beogen.

De CDH is het uiteraard eens met de doelstellingen van dit wetsontwerp. De cijfers bewijzen de nood aan structurele maatregelen om de jaar na jaar vastgestelde budgettaire ontsparing onder controle te krijgen.

De CDH heeft evenwel bedenkingen bij de in het ontwerp voorgestelde middelen. We vinden de wet niet ambitieus genoeg.

In de eerste plaats betreuren we dat de voorgestelde maatregelen niet gepaard gaan met een schatting van de verwachte besparingen. We zouden graag voor elke maatregel een budgettair overzicht krijgen. De minister heeft herhaaldelijk gezegd dat het te riskant is om een schatting te maken, wat ons scepticisme met betrekking tot de verwachte impact van sommige maatregelen rechtvaardigt.

Voorts zijn we van oordeel dat het wetsontwerp een aantal andere maatregelen die wij graag in de wet hadden gezien, in de weg staat. Sommige ervan werden aangekondigd, namelijk het gebruik van forfaits voor geneesmiddelen in ziekenhuizen,

aimé voir figurer dans la loi. Certaines, notamment la forfaitarisation des médicaments en milieu hospitalier, ont été annoncées pour le futur mais d'autres n'ont jamais été annoncées.

Nous craignons en conséquence que les pouvoirs d'habilitation inscrits dans le projet doivent être utilisés, ce que nous regretterions pour les raisons que j'évoquerai dans quelques instants.

Je souhaite avant cela revenir sur les grandes lignes du projet de loi.

Une des premières mesures de la loi « Santé » vise à forfaitariser davantage le financement des hôpitaux au lieu de financer « à l'acte ». Nous sommes en faveur d'une forfaitarisation pour accroître la sécurité financière et la transparence.

Nous encourageons dès lors le gouvernement à poursuivre ses efforts en élargissant la forfaitarisation des médicaments. Cependant, nous sommes également convaincus de la nécessité de veiller, parallèlement à une extension de la forfaitarisation, au contrôle et au respect de la qualité des soins. Or, le projet de loi semble muet sur cette question.

Par ailleurs, il importe que les forfaits correspondent aux coûts réellement encourus et que ceux-ci soient régulièrement adaptés à l'évolution des dépenses.

En ce qui concerne l'appareillage lourd, nous pensons également qu'une certaine rationalisation s'impose et que, dans une certaine mesure, l'offre crée la demande. Nous sommes dès lors en faveur de l'introduction de règles de programmation strictes. En attendant l'avis annoncé du Centre fédéral d'expertise sur le sujet, le projet aurait pu être plus nuancé. Nous pensons en effet que la norme des 13 appareils est déjà insuffisante à l'heure actuelle. C'est pourquoi, lors de l'étude du projet à la Chambre, mon collègue Benoît Drèze a déposé en la matière plusieurs amendements visant à introduire certains mécanismes de correction.

L'un de ces amendements partait du principe qu'au-delà d'une limitation stricte du nombre d'appareils, la rationalisation devait aussi aller dans le sens d'un meilleur contrôle du nombre d'examen réalisés. Car c'est bien cela l'objectif : éviter que des examens ne soient réalisés inutilement, soit par manque de coordination ou d'information, soit pour des raisons de concurrence interhospitalière, soit pour des raisons de rentabilisation financière.

Il importe avant tout que la programmation soit adaptée aux besoins de la population tout en tenant compte de critères géographiques, ni plus ni moins.

Nous avons dès lors proposé à la Chambre de doter tous les hôpitaux d'un réseau informatique intranet qui, selon nous, permettrait de contrôler les doubles examens éventuels et d'éviter les dérives.

Nous suggérons au gouvernement de tenir compte de cette proposition lorsque le rapport du Centre fédéral d'expertise sera sur la table.

Le projet consacre ensuite le concept des « bassins de soins ». Le CDH n'a jamais été opposé à ce concept car il se réfère à

maar van andere is er helemaal geen sprake.

We vrezen dan ook dat men zal moeten werken met bijzondere machten, wat we zouden betreuren.

Alvorens daarop in te gaan, zal ik even stilstaan bij de krachtlijnen van het ontwerp.

Een van de eerste maatregelen van de 'Gezondheidswet' strekt ertoe forfaits toe te kennen voor de financiering van de ziekenhuizen in plaats van 'per handeling' te financieren. De toekenning van forfaits komt de financiële zekerheid en de transparantie ten goede.

We moedigen de regering aan haar inspanningen voort te zetten en het systeem van de forfaits voor de geneesmiddelen uit te breiden. Tegelijkertijd moet er evenwel voor worden gezorgd dat de kwaliteit van de zorgverlening wordt in acht genomen en wordt gecontroleerd. Daarover wordt in het wetsontwerp met geen woord gerept.

Bovendien moeten de forfaits overeenstemmen met de reële kosten en moeten ze regelmatig worden aangepast aan de evolutie van de uitgaven.

Het gebruik van zware apparatuur moet worden gerationaliseerd. In zekere zin leidt het aanbod tot het creëren van een behoefte. We pleiten daarom voor de invoering van strenge regels voor de programmering van het aanbod. In afwachting van het aangekondigde advies van het Federaal Kenniscentrum had de tekst van het ontwerp iets duidelijker kunnen zijn. De huidige norm van 13 apparaten is nu reeds ontoereikend. Bij de bespreking van het ontwerp in de Kamer heeft mijn collega, Benoît Drèze, ter zake verscheidene amendementen ingediend strekkende tot invoering van correctiemechanismen.

In een van de amendementen gaat de indiener ervan uit dat naast een strikte beperking van het aantal toestellen ook een betere controle op het aantal uitgevoerde onderzoeken nodig is. Het is immers de bedoeling te vermijden dat er onnodige onderzoeken worden uitgevoerd wegens een gebrek aan samenwerking of informatie, concurrentie met andere ziekenhuizen of financiële doeleinden.

Het aanbod moet afgestemd zijn op de behoeften van de bevolking, waarbij uitsluitend rekening wordt gehouden met geografische criteria.

We hebben daarom in de Kamer voorgesteld alle ziekenhuizen een intern informaticanetwerk ter beschikking te stellen, zodat eventuele dubbele of nutteloze onderzoeken kunnen worden vermeden.

We dringen erop aan dat de regering rekening houdt met dit voorstel wanneer het verslag van het Federaal Kenniscentrum wordt voorgelegd.

Voorts wordt het concept van de zorgregio's ingevoerd. De CDH heeft zich nooit tegen dat concept verzet omdat het een efficiënte verdeling beoogt van het dienstenaanbod van de ziekenhuizen, rekeninghoudend met de behoeften. Het concept wordt in het ontwerp evenwel niet nader omschreven; wat het precies inhoudt blijft bijgevolg vaag. Zulke structuren kunnen volgens ons enkel worden ingevoerd als er aan twee voorwaarden is voldaan.

Eenzijds impliceert de idee van zorgregio's dat de

la nécessité de veiller à une répartition adéquate de l'offre en matière de programmation hospitalière en fonction des besoins. Force est cependant de constater que le concept n'est pas explicité dans le projet de loi et que son contenu concret reste dès lors flou. Selon nous, la mise en place de telles structures n'est de toute façon acceptable que si deux préalables sont respectés.

D'une part, l'idée des bassins de soins n'est réaliste et souhaitable que si les structures publiques sont mises à niveau par rapport aux structures privées et donc, au préalable, rendues autonomes et responsables de leur financement.

D'autre part, la dynamique des bassins de soins doit être engagée par les acteurs eux-mêmes, en toute liberté et dans un climat de confiance. Nous ne contestons pas que, si certaines régions sont en retard sur d'autres en matière d'implémentation des bassins de soins, une impulsion doit être donnée par l'autorité publique mais nous n'accepterions pas que cette impulsion se traduise en programmation arbitraire, autoritaire et sans négociations.

Le projet de loi permet aux hôpitaux de réclamer aux patients qui se présenteraient aux urgences en dehors des cas visés par la loi, une contribution forfaitaire de 9,5 euros, qui pourrait être inférieure dans certains cas. Nous restons opposés à cette mesure. En effet, elle tend davantage à créer des tracasseries administratives qu'à fournir de réels moyens de financement. Plus grave encore, elle réduit, selon nous, de manière injustifiée, l'accès aux soins, en particulier pour les plus démunis. Le patient doit-il être rendu responsable d'avoir mal évalué le degré d'urgence de son problème de santé ?

En ce qui concerne les médicaments, le projet de loi comporte une série de mesures qui nous paraissent soit décevantes, soit insuffisantes. En 2004, le secteur du médicament reste responsable d'une large partie – environ 75% – du dépassement budgétaire. Par ailleurs, il enregistre depuis plusieurs années une croissance supérieure à celle de nombreux autres sous-secteurs.

Pourtant, le projet de loi est passé du blanc au noir entre le dépôt à la Chambre et le vote en séance plénière. Ce revirement a été justifié par des mesures de compensation imposées à l'industrie du médicament, entre autres, de nouvelles taxes. Nous craignons que ces mesures complémentaires ne soient pas suffisantes pour combler le dépassement. Nous estimons également que les mesures de compensation adoptées, à savoir de nouvelles taxes, ne constituent pas une politique structurelle de maîtrise des dépenses.

Le CDH considère que des mesures alternatives de maîtrise structurelle des dépenses dans le secteur du médicament existent. Par exemple, le prix des médicaments, à l'échéance des brevets, et donc pour lesquels les investissements en recherche et développement sont censés avoir été récupérés, pourrait être diminué. Par ailleurs, la prescription de certaines classes de médicaments par les médecins pourrait être davantage étudiée et responsabilisée.

Le projet de loi donne enfin au ministre de la Santé publique, après délibération en Conseil des ministres, des pouvoirs d'habilitation très étendus, lui permettant de modifier en profondeur de très nombreuses règles de base actuellement en vigueur, au cas où les autres mesures proposées par le projet

overheidsstructuren op hetzelfde niveau worden gebracht als de privé-structuren, dat ze autonoom functioneren en verantwoordelijk zijn voor hun financiering.

Anderzijds moeten de verantwoordelijken, in alle vrijheid en in een klimaat van vertrouwen, zelf een dynamiek op gang brengen. Als sommige regio's achterstand hebben opgelopen inzake de realisatie van de zorgregio's, moet de overheid een aanzet geven, maar dat mag geenszins leiden tot een willekeurige en autoritaire regeling van het verzorgingsaanbod.

Het wetsontwerp laat de ziekenhuizen toe de patiënten die buiten de door de wet bepaalde gevallen een beroep doen op de spoeddienst, een forfaitaire bijdrage van 9,5 euro te vorderen. In sommige gevallen kan die lager zijn. We blijven ons tegen die maatregel verzetten. Hij leidt tot administratieve pesterijen en draagt niet in substantiële mate bij tot verhoging van de middelen. Integendeel, hij bemoeilijkt de toegang tot de zorgverlening, in het bijzonder voor minder goeuden. Moet de patiënt worden gestraft omdat hij de ernst van zijn gezondheidsprobleem verkeerd heeft ingeschat?

Wat de geneesmiddelen betreft, bevat het ontwerp een reeks maatregelen die ofwel misleidend, ofwel ontoereikend zijn. In 2004 blijft de sector van de geneesmiddelen voor ongeveer 75% de oorzaak van de overschrijding van het budget. Bovendien groeit hij de jongste jaren sterker dan andere sectoren.

Het wetsontwerp dat in de Kamer werd ingediend, zag er nochtans totaal anders uit dan het ontwerp dat uiteindelijk werd goedgekeurd. Die ommezwaai werd gerechtvaardigd door de compensaties, waaronder nieuwe belastingen, die aan de geneesmiddelenindustrie worden opgelegd. We vrezen dat die bijkomende maatregelen niet zullen volstaan om de put in het budget te dempen. Tevens zijn we van oordeel dat invoering van nieuwe taksen als compensatie niet als een structurele beleidsmaatregel voor de beheersing van de uitgaven kan worden beschouwd.

De CDH is van oordeel dat er wel degelijk alternatieve maatregelen bestaan voor de structurele beheersing van de uitgaven in de geneesmiddelensector. Zo kan de prijs van de geneesmiddelen waarvan het patent is vervallen, worden verlaagd omdat men ervan kan uitgaan dat de investeringen voor onderzoek en ontwikkeling inmiddels werden gerecupereerd. Bovendien moet het voorschrijven van sommige categorieën van geneesmiddelen gepaard gaan met onderzoek en responsabilisering ter zake.

Na overleg in de Ministerraad, verleent dit wetsontwerp de minister van Sociale Zaken uitgebreide bijzondere machten die hem toelaten een groot aantal thans geldende basisregels grondig te wijzigen indien zou blijken dat andere maatregelen het budget in gevaar kunnen brengen.

De CDH handhaaft om twee redenen zijn bezwaren tegen die bepaling.

Ten eerste hebben we in België de traditie om een aantal basisprincipes inzake gezondheidszorg te eerbiedigen: overleg tussen de zorgverstrekkers, de verzekeringsinstellingen en de overheid; klassieke mechanismen voor de controle van het budget; termijnen, enzovoort. Het negeren van die principes leidt onvermijdelijk

ne permettraient pas d'atteindre la maîtrise budgétaire attendue.

Le CDH confirme son opposition à cette disposition, et ce, pour deux raisons.

En premier lieu, nous avons pour tradition, en Belgique, de respecter un certain nombre de principes essentiels en matière de soins de santé, notamment la concertation entre les prestataires, les organismes assureurs et l'autorité, les mécanismes classiques de contrôle budgétaire, les délais, etc. Passer outre ces principes constitutifs susciterait immanquablement des raidissements contreproductifs des acteurs dans le domaine des soins de santé. Selon nous, il est préférable de prendre le temps de se concerter, même si c'est plus difficile, plutôt que de précipiter les choses et de susciter la désapprobation des acteurs.

En second lieu, les éventuelles mesures dictées par un contrôle budgétaire en cours d'exercice peuvent être réalisées suffisamment rapidement en respectant les procédures et les règles classiques en vigueur ; M. Vandebroucke l'a d'ailleurs fait en 2002. Pourquoi prendre le risque de recourir à des mesures dérogatoires si les règles classiques permettent d'atteindre le même but ?

J'ai commencé mon intervention en indiquant que le texte restait muet sur une série d'autres mesures que nous aurions souhaité voir inscrites dans le projet de loi. J'en ai déjà cité quelques unes, notamment dans le secteur des médicaments.

Il en est une autre qui fait suite à une résolution votée il y a quelques semaines à la Chambre et qui vise à soutenir les équipes de liaison pour la prise en charge des enfants cancéreux séjournant à domicile.

La loi « Santé » est une loi budgétaire. Pourtant, elle ne prévoit rien à propos du financement de ces équipes. Elles existent déjà sur le terrain mais sont encore sous-financées, malgré les efforts déjà fournis par le ministre, efforts que nous saluons. De telles équipes nous paraissent fondamentales car elles permettent d'engranger des économies en limitant la durée des séjours hospitaliers et surtout d'améliorer la qualité de vie des enfants atteints de maladies graves et chroniques ainsi que celle de leur entourage. Les efforts en cours doivent être encouragés avec force.

Je terminerai sur la question des suppléments hospitaliers. Les résultats d'une étude des mutualités chrétiennes montrent que les suppléments en chambre double ou particulière ont augmenté de manière drastique ces dernières années, prenant parfois les patients au dépourvu.

Plusieurs personnalités du monde politique, parmi lesquelles Steve Stevaert, s'en sont fait l'écho dans la presse. Or, le projet de loi ne règle pas cette question. Les suppléments posent un problème d'accessibilité aux soins de santé dans notre pays. Ce problème doit être réglé au plus vite, par exemple en imposant la transparence totale dans les honoraires.

En conclusion, le CDH soutient l'objectif de maîtrise budgétaire qui sous-tend le texte qui nous est soumis. Il est une condition *sine qua non* pour l'avenir de notre système de soins de santé et de ses atouts : la qualité des soins, l'accessibilité pour tous, la solidarité. Certaines des mesures proposées sont un pas dans la bonne direction. Mais, nous le

tot onwil bij de betrokken partijen. Het is beter de tijd te nemen om te overleggen, zelfs al is dat moeilijker, in plaats van overhaaste beslissingen te nemen en het ongenoegen van de betrokkenen op te wekken.

Ten tweede zijn de normale procedures en regels toereikend om snel maatregelen in te voeren die naar aanleiding van een begrotingscontrole in de loop van het jaar noodzakelijk blijken. De heer Vandebroucke heeft dat in 2002 overigens gedaan. Waarom afwijkende maatregelen nemen als met de klassieke regels hetzelfde doel kan worden bereikt?

Ik heb bij het begin van mijn uiteenzetting gezegd dat er in het ontwerp een reeks maatregelen ontbreken die we er graag in hadden teruggevonden. Ik heb er al enkele opgesomd, meer bepaald met betrekking tot de geneesmiddelensector.

Een andere maatregel heeft betrekking op een resolutie die enkele weken geleden in de Kamer werd goedgekeurd betreffende de ondersteuning van de équipes voor de thuisverzorging van kankerpatiënten.

De 'Gezondheidswet' is een begrotingswet. Ze voorziet evenwel niet in de financiering van die équipes. Ze bestaan al op het terrein, maar ze worden nog niet voldoende gefinancierd, ondanks de inspanningen van de minister, die we overigens toejuichen. Zulke équipes zijn nochtans onontbeerlijk omdat ze het mogelijk maken te besparen op de verblijfsduur in het ziekenhuis en omdat ze bijdragen tot de verbetering van de levenskwaliteit van zwaar of chronisch zieke kinderen en van hun familieleden. De inspanningen die op dat vlak worden geleverd, moeten worden aangemoedigd.

Ten slotte zal ik het hebben over de ziekenhuissupplementen. Een studie van het christelijk ziekenfonds wijst uit dat de kamersupplementen voor een- en tweepersoonskamers de jongste jaren aanzienlijk zijn verhoogd, wat soms een complete verrassing is voor de patiënten.

Verscheidene politici, waaronder Steve Stevaert, hebben die informatie in de pers verspreid. Deze aangelegenheid wordt in het wetsontwerp niet geregeld. De supplementen bemoeilijken de toegang tot de gezondheidszorg. Het probleem moet zo snel mogelijk worden geregeld, bijvoorbeeld door de honoraria volledig transparant te maken.

De CDH is het eens met de doelstelling van de tekst, met name de beheersing van de kosten. Dat is de conditio sine qua non voor de toekomst van onze gezondheidszorg en het behoud van haar troeven, met name: kwaliteitsvolle verzorging, toegankelijk voor iedereen, solidariteit. Sommige maatregelen zijn een stap in de goede richting, maar op vele punten schiet het wetsontwerp tekort. Wij twijfelen aan de doelmatigheid van de voorgelegde tekst. Daarom zullen we ons bij de stemming onthouden.

répétons, sur plusieurs points, le projet de loi nous semble manquer d'ambition. Dans son état actuel, nous doutons de son efficacité réelle. Dès lors, nous nous abstiendrons lors des votes.

Mme Annemie Van de Casteele (VLD). – *Je regrette que nous soyons si peu nombreux pour discuter de cet important projet. Je profite de l'occasion pour dire notre frustration devant le peu de temps qui est imparti au Sénat pour examiner de tels projets. Nous sommes donc obligés de voter le texte tel quel alors que nous aurions pu proposer des amendements valables. J'insiste pour que ce point soit mis à l'ordre du jour du débat sur la réforme du Sénat.*

Le ministre demande des pouvoirs spéciaux étendus alors qu'il n'est même pas certain que nous aurons encore un gouvernement dans deux semaines. Peut-il utiliser ces pouvoirs spéciaux dans une période de transition ? Ces mesures sont essentielles pour la maîtrise du budget. Une crise gouvernementale ne serait pas profitable à la politique en matière de soins de santé.

Je souscris à certaines des remarques de M. Beke. Notre voyage à Singapour nous a ouvert les yeux sur le fonctionnement d'un système ultralibéral de soins de santé et les risques qu'il présente pour les patients. J'ai eu récemment l'occasion de discuter avec des responsables politiques américains de leur système de soins de santé, en grande partie privatisé. Ils sont confrontés aux mêmes difficultés que nous. En matière de coûts, notre pays est toujours dans la moyenne de l'Union européenne et très loin en deçà du coût global des soins de santé aux États-Unis.

Le VLD entend préserver notre système performant de soins et la satisfaction du patient. C'est pourquoi nous devons conserver les mécanismes de solidarité propres à notre système de soins et en même temps continuer à inciter les prestataires de soins à s'investir comme ils le font aujourd'hui. La grande disponibilité et la qualité de nos médecins, spécialistes, pharmaciens, infirmiers et kinésithérapeutes contribuent à rendre nos soins de santé largement accessibles et à la grande satisfaction des patients. Nous mêlons harmonieusement la solidarité et la responsabilité. Il nous faut poursuivre dans cette voie.

Le VLD soutient le projet de loi amendé à la Chambre. Nous le considérons en premier lieu comme l'exécution de l'accord de gouvernement qui « entend mener une politique qui garantit une plus grande accessibilité aux soins de santé pour toutes les couches de la population, et une meilleure qualité des soins, ce qui exige une maîtrise durable des dépenses et une utilisation optimale des moyens disponibles. Une responsabilisation des acteurs doit être assurée en respectant les limites imposées par la liberté de choix du patient et par la liberté thérapeutique et diagnostique des prestataires de soins, exercée dans le cadre de l'efficacité et de la preuve scientifique (« evidence-based medicine »). Le gouvernement entend maîtriser l'évolution des dépenses à la croissance prévue de 4,5% par la recherche de solutions de soins les moins coûteuses quand c'est socialement possible tout en préservant la qualité pour le patient, par l'évaluation du comportement des prescripteurs afin d'éliminer les différences injustifiées entre pratiques médicales, par l'évolution d'un financement structurel vers un financement sur base des pathologies dans les hôpitaux et les autres

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VLD). – Ik ben ontgoocheld dat er zo weinig collega's aanwezig zijn voor de bespreking van dit belangrijke wetsontwerp. Ik maak van de gelegenheid gebruik om onze frustratie als tweede kamer over de behandeling van dergelijke ontwerpen mee te delen. Voor dergelijke ontwerpen geldt een strakke tijdslimiet, waardoor de Senaat verplicht wordt om de teksten goed te keuren, zelfs als we goede amendementen kunnen voorstellen. Die tijdslimiet beknót onze manier van werken. Dat is niet alleen voor dit wetsontwerp het geval. Ik dring er dan ook op aan dat het debat over de hervorming van de Senaat terug wordt opgenomen.

De minister vraagt uitgebreide volmachten. Wij weten echter niet of er binnen twee weken nog een regering zal zijn. Kan de minister van die bijzondere machten gebruik maken in een overgangperiode? De maatregelen in dit wetsontwerp zijn heel belangrijk om de begroting onder controle te krijgen en te houden. Een regeringscrisis zou geen goede zaak zijn voor het beleid inzake gezondheidszorg.

Ons stelsel van gezondheidszorg wordt beschouwd als één van de beste ter wereld. Ik sluit me aan bij een aantal opmerkingen van de heer Beke, hoewel ik het niet over alles met hem eens ben. Ons bezoek aan Singapore heeft onze ogen geopend over de werking van een ultraliberaal systeem van gezondheidszorg en over de risico's die daaraan verbonden zijn voor de patiënten. Nog recenter had ik de kans in de Verenigde Staten met een aantal beleidsverantwoordelijken van gedachten te wisselen over hun systeem van gezondheidszorg, dat in heel ruime mate geprivatiseerd is. Zij kampen er met dezelfde problemen als wij. Inzake kostprijs situeert ons land zich nog steeds in de middenmoot van de Europese Unie en heel ver onder de totale kostprijs van de gezondheidszorg in de Verenigde Staten. Het is de doelstelling van de VLD om onze hoogstaande gezondheidszorg en de tevredenheid van de patiënt te vrijwaren. Daarom moeten we de solidariteitsmechanismen, eigen aan ons gezondheidszorgsysteem, zeker behouden en, tezelfdertijd, de zorgverleners blijven aanmoedigen om zich verder in te zetten zoals ze dat vandaag doen. De grote beschikbaarheid en de kwaliteit van onze huisartsen, specialisten, apothekers, verpleegkundigen, kinesitherapeuten en anderen dragen bij tot de grote toegankelijkheid van onze zorgverstrekking en tot de grote tevredenheid van de patiënten in België. We hebben een heel goede mix van solidariteit en verantwoordelijkheid. We moeten op die weg verdergaan.

De VLD steunt het in de kamer geamendeerde wetsontwerp. We beschouwen het in eerste instantie als de uitvoering van het regeerakkoord dat stelt: 'De toegankelijkheid en betere kwaliteit van de gezondheidszorg voor alle bevolkingsgroepen vereist een duurzame beheersing van de uitgaven en een optimale besteding van de beschikbare middelen. Een responsabiliseren van alle actoren is vereist, en dit binnen de grenzen bepaald door de keuzevrijheid van de patiënt en de therapeutische vrijheid van de zorgverstrekkers die op haar beurt ingeperkt wordt door de limieten van doelmatigheid en wetenschappelijke evidentie (*evidence-*

institutions de soins, par une maîtrise programmée de la consommation de médicaments notamment par la prescription sur la base de molécules et l'adaptation des remboursements de référence pour les médicaments. »

J'ai repris ces citations pour souligner que ceux qui, ces derniers mois, se sont soudain si fort intéressés à l'assurance-maladie et ont vu surgir tant de problèmes, n'avaient sans doute pas lu ces passages de l'accord de gouvernement.

Il n'est pas nécessaire de réinventer à chaque fois l'eau chaude. Bon nombre de points évoqués aujourd'hui étaient déjà en discussion au moment de la formation du gouvernement. Le VLD s'y rallie donc dans une large mesure.

L'accord de gouvernement ne fait cependant pas état d'autres mécanismes de financement pour nos soins de santé, bien que personnellement je me sente attiré par un financement assuré par des moyens généraux – tax-funded – comme en Nouvelle-Zélande. La répartition des compétences y étant moins complexe qu'en Belgique, il leur est possible d'harmoniser les médecines préventive et curative. L'absence de mutuelles y permet une relation directe entre l'autorité et les patients-électeurs. La responsabilisation est donc bien plus forte que chez nous.

J'estime que tous ces points peuvent faire l'objet d'une discussion, même s'ils ne figurent pas dans l'accord de gouvernement. Ils peuvent nous aider à préserver l'avenir de notre système. Il ne doit pas y avoir de tabous. À côté de mesures budgétaires urgentes, je suis donc favorable à la poursuite d'un débat sur l'avenir de notre système.

Le programme électoral du VLD, tant critiqué par certains, affirmait que les dépenses en matière de soins de santé et les moyens de l'assurance-maladie devaient continuer à évoluer en fonction des besoins nouveaux et devaient donc pouvoir dépasser la croissance du bien-être. À l'époque le VLD avait soutenu la norme de 4,5%, ignorant évidemment qu'elle atteindrait 9%. Nous demandions néanmoins qu'on octroie à ce secteur les moyens nécessaires et qu'on continue à poursuivre les abus.

Le présent projet comporte des mesures qui nous satisfont pleinement, en premier lieu la responsabilisation. Je songe aussi à l'augmentation de 16 à 26 du nombre d'interventions médicales effectuées au prix de référence et au renforcement de la marge de tolérance. Le VLD se demande toutefois s'il ne vaudrait pas mieux qu'à l'avenir on utilise un financement prédéterminé par intervention. Le système existant est en effet difficile à mettre en pratique. En travaillant avec des moyennes, on pénalise les hôpitaux les plus efficaces. Nous préférons prendre comme référence le prix de l'hôpital le plus performant, même si ce n'est pas nécessairement le moins cher, plutôt que le prix moyen. Il faut aussi prendre en compte l'élément qualitatif, sinon on risque de voir apparaître une spirale descendante. Ainsi nous entendons stimuler les institutions peu efficaces et les contraindre à améliorer leurs prestations, tout en évitant de pénaliser les hôpitaux performants.

Le financement prospectif offrirait l'avantage d'une plus grande sécurité tarifaire, ce qui profiterait aussi aux accords conclus entre médecins et hôpitaux à propos des suppléments et des retenues, un point qui a été provisoirement réglé par le biais d'un moratoire et qui resurgira peut-être

based medicine). De regering is van plan de ontwikkeling van de uitgaven te beheersen binnen de voorziene groei van 4,5%. Ze zal dit doen door steeds te streven naar de minst dure oplossing van zorg wanneer dit sociaal mogelijk is en met behoud van de kwaliteit voor de patiënt, ze zal het voorschrijfgedrag evalueren teneinde onrechtvaardige verschillen tussen medische praktijken uit te schakelen, ze zal in ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen overschakelen van een structurele financiering naar een financiering op basis van pathologieën, en werk maken van een geprogrammeerde beheersing van het gebruik van geneesmiddelen, onder meer door het mogelijk maken van het voorschrijven van moleculen en door het aanpassen van de referentietariefbetalingen.'

Ik heb die citaten aangehaald om erop te wijzen dat wie de jongste maanden plots zoveel belangstelling kreeg voor de ziekteverzekering en zoveel problemen zag opduiken, wellicht die passages uit het regeerakkoord uit het oog had verloren.

Het warm water moet niet telkens opnieuw worden uitgevonden. Een hele reeks thema's waarover wij het vandaag opnieuw hebben, stonden al ter discussie ten tijde van de regeringsvorming. De VLD kan daar dus in ruime mate mee akkoord gaan.

In dat regeerakkoord is evenwel geen sprake van andere financieringsmechanismen voor onze gezondheidszorg, al voel ik me persoonlijk wel aangetrokken door de financiering van de gezondheidszorg uit algemene middelen – *tax-funded* – zoals in Nieuw-Zeeland. Hier bestaat er bovendien geen complexe bevoegdheidsverdeling zoals in België, zodat de preventieve en de curatieve geneeskunde er op elkaar kunnen worden afgestemd. Voorts bestaan daar evenmin ziekenfondsen zodat er een rechtstreekse band is tussen de overheid en de patiënten/kiezers. De responsabilisering is daar dan ook veel groter dan bij ons.

Over al die aspecten moet mijns inziens een debat mogelijk zijn, ook al voorziet het regeerakkoord daar niet in. Al die elementen kunnen de toekomst van ons systemen helpen vrijwaren. Er mogen geen taboes bestaan. Naast de vanuit begrotingsoogpunt acute maatregelen voorzien in dit wetsontwerp pleit ik daarom voor de voortzetting van het debat over de toekomst van ons systeem.

Het VLD-verkiezingsprogramma stelde trouwens, in tegenstelling tot wat sommige blijven beweren, dat de uitgaven voor de gezondheidszorg en de middelen voor de ziekteverzekering mee moeten evolueren met de nieuwe behoeften en dus sterker moeten kunnen stijgen dan de groei van de welvaart. De VLD heeft destijds de 4,5% gesteund, maar wist uiteraard toen nog niet dat het uiteindelijk 9% zou worden. Wij waren wel vragende partij om aan de sector de noodzakelijk middelen te geven enerzijds en anderzijds de strijd tegen misbruiken voort te zetten.

Dit wetsontwerp bevat een aantal maatregelen waarover wij zeer tevreden zijn. Ik denk eerst en vooral aan de maatregelen tot responsabilisering.

Ik denk bijvoorbeeld aan de uitbreiding van het aantal medische ingrepen die tegen referentieprij worden uitgevoerd, van 16 tot 26, en de verstrenging van de marge voor de afwijking. De VLD vraagt zich echter af of er in de

ultérieurement.

Le VLD estime que les trois principes à prendre en compte dans l'élaboration d'un prix de référence sont la plus-value thérapeutique, l'efficacité du coût ou le gain en matière de santé et l'état actuel de la science. S'il apparaît que des prestations médicales peuvent être effectuées en ambulatoire, leur prix devra être maintenu, même si ces prestations sont effectuées en hôpital. Cette mesure devrait limiter les différences de pratique injustifiées qui existent actuellement.

Le projet de loi comporte aussi la responsabilisation des médecins par l'accréditation. Nous sommes tous convaincus que les médecins sont les maillons essentiels de la maîtrise du budget des médicaments. La question est de savoir si l'accréditation, qui figure de manière fort peu claire dans le projet, sera suffisante. Je partage l'avis de M. Beke lorsqu'il fait référence au système néo-zélandais récompensant les médecins qui adoptent un comportement rationnel en matière de prescription. Autrefois je trouvais parfaitement normal qu'un médecin prescrive de manière rationnelle, qu'il choisisse pour ses patients les meilleurs médicaments et qu'il se préoccupe des intérêts de la communauté ou du budget. En Nouvelle-Zélande, on n'a obtenu la collaboration des médecins qu'en leur rétrocédant une partie de l'argent économisé qu'ils peuvent alors investir dans des initiatives locales de soins de santé ou dans des initiatives de médecins de groupes au profit des patients. Nous devons donc évaluer le système proposé en temps opportun et ne pas hésiter à prendre d'autres mesures positives si nécessaire.

Il faut responsabiliser davantage les gros prescripteurs. À cet égard le fait que la Commission des profils n'ait toujours pas accès aux données de Pharmanet, alors que c'est essentiel pour pouvoir rappeler à l'ordre certains prescripteurs, nous inquiète quelque peu. Je profite de l'occasion pour attirer l'attention du ministre sur la consommation de médicaments en milieu hospitalier. Il est pratiquement certain que les instruments qui figurent dans le projet de loi ne colmateront guère les digues étant donné que la consommation de médicaments du secteur hospitalier n'a rien à voir avec celle du secteur ambulatoire. Lors d'auditions organisées avec nos collègues de la Chambre, il est apparu qu'une part de plus en plus grande du budget des médicaments est injectée dans les hôpitaux. Nous devons poursuivre le débat en la matière et prendre les mesures qui s'imposent, également intra muros.

Nous nous réjouissons en outre qu'on responsabilise le patient. La mesure relative aux services d'urgences vise à endiguer les abus. Il faut cependant tenir compte des raisons pour lesquelles les patients se rendent directement aux urgences plutôt que chez leur médecin généraliste. Ce phénomène est plus fréquent dans les grandes villes où il y a moins de médecins généralistes de garde. En commission, M. Germeaux a souligné que le niveau élevé des honoraires des médecins de garde lorsqu'ils se rendent à domicile pouvait expliquer le recours moins fréquent à leurs services. D'aucuns plaident à cet égard pour l'instauration d'un système de tiers-payant, de sorte que les patients qui doivent faire appel, dans des cas d'urgence, à ces services de garde ne doivent pas acquitter immédiatement la totalité des honoraires. Dans les services d'urgence des hôpitaux, il ne faut jamais payer directement.

Le chapitre sur la responsabilisation des mutuelles ne

toekomst niet beter zou worden gewerkt met een vooraf bepaalde financiering per ingreep. Het bestaande systeem is in de praktijk immers moeilijk uitvoerbaar. Met gemiddelden werken heeft als nadeel dat de meest efficiënte ziekenhuizen worden gepenaliseerd. Wij geven er de voorkeur aan dat de prijs van het best presterende ziekenhuis als referentie te nemen in plaats van de gemiddelde prijs. Het best presterende is in onze ogen niet noodzakelijkerwijze het goedkoopste. Het element kwaliteit moet mede in de beoordeling worden betrokken, anders zou er wel eens een negatieve, neerwaartse spiraal kunnen ontstaan. Op die manier willen wij weinig doeltreffende zorginstellingen stimuleren en verplichten om beter te presteren en vermijden dat goed presterende ziekenhuizen worden gepenaliseerd.

Prospectieve financiering zou een grotere tariefzekerheid als voordeel hebben, wat ook de afspraken over supplementen en afhoudingen tussen de artsen en de ziekenhuizen ten goede zou komen, een punt dat voorlopig geregeld wordt via een moratorium, en dat wellicht nadien opnieuw zal opduiken.

De drie grote principes die volgens de VLD bij het uitzetten van de referentieprijzen moeten worden gehanteerd zijn de therapeutische meerwaarde, de kostenefficiëntie of gezondheidswinst en de jongste stand van de wetenschap. Indien blijkt dat geneeskundige prestaties ook ambulante kunnen worden verricht, dan moet die prijs aangehouden worden, ook al worden die prestaties in een ziekenhuis geleverd.

De maatregel moet de huidige onverantwoorde praktijkverschillen beperken. Ik vind dat een belangrijke doelstelling.

Het wetsontwerp bevat ook de responsabilisering van de artsen via de accreditering. We zijn het er allemaal over eens dat de artsen de cruciale schakels zijn om het geneesmiddelenbudget onder controle te houden. De vraag rijst echter of de accreditering die in het wetsontwerp is opgenomen en niet helemaal duidelijk is, voldoende zal zijn. Ik ben het eens met de heer Beke wanneer hij verwijst naar het systeem in Nieuw-Zeeland waar de artsen beloofd worden als ze rationeel voorschrijven. Ik was vroeger dezelfde mening toegedaan als mevrouw Geerts. Ik vond het ook niet meer dan normaal dat een arts rationeel voorschrijft, dat hij voor zijn patiënt de beste geneesmiddelen kiest en dat hij oog heeft voor de belangen van de gemeenschap of voor de begroting. In Nieuw-Zeeland kon men de artsen voor de kar spannen door hen een deel terug te geven van de middelen die ze besparen. Ze kunnen dat geld dan investeren in lokale initiatieven van gezondheidszorg of in initiatieven van de groep artsen ten voordele van de patiënten. We moeten het voorgestelde systeem dus te gepasten tijde evalueren en mogen er niet voor terugschrikken om, indien nodig, ook positieve verdere maatregelen te treffen.

Veelvoorschrijvers moeten nog verder geresponsabiliseerd worden. Het verontrust ons in dat opzicht dat een beetje dat de Profielcommissie nog altijd geen toegang heeft tot de gegevens van Pharmanet, wat toch van essentieel belang is om bepaalde voorschrijvers op de vingers te kunnen tikken. Ik maak van de gelegenheid gebruik om de aandacht van de minister te vestigen op het geneesmiddelenverbruik in de ziekenhuizen. Het is haast zeker dat de instrumenten die in het wetsontwerp zijn opgenomen, weinig zoden aan de dijk zullen

m'enthousiasme pas, en tout cas pas tant que les mutuelles seront à la fois juge et partie dans certains domaines. Cette responsabilisation doit en tout cas aller de pair avec celle des autres maillons.

Le VLD se réjouit de la décision de réviser la nomenclature ; elle doit induire une revalorisation des actes intellectuels, comme le prévoit d'ailleurs expressément l'accord de gouvernement. Il est grand temps qu'on adapte cette nomenclature. Certaines prestations sont dépassées depuis lors et d'autres, dont le prix a considérablement baissé, y sont surévaluées. Il faut par ailleurs profiter de l'occasion pour interdire certaines combinaisons d'examens. Étant donné que le paysage médical se modifie rapidement, il faut de préférence adapter la nomenclature, de manière structurelle et à intervalles réguliers, de sorte que la rémunération soit en rapport avec la plus-value thérapeutique dont bénéficie le patient et qu'elle s'accompagne d'objectifs clairs en matière de soins de santé, comme aux Pays-Bas et en Norvège.

Il importe que les médecins et les autres prestataires de soins soient rémunérés pour une bonne part par prestation. Grâce à ce système, notre pays ne connaît pas de listes d'attente, contrairement aux autres où les honoraires sont forfaitaires.

Enfin j'en reviens à mon plaidoyer pour une augmentation des investissements en e-health. Le système de vétérans ou système medicard consiste à lier de manière performante les informations médicales sur un patient à un numéro unique de patient afin d'éviter les répétitions d'examens.

De nombreux pays européens prennent actuellement des initiatives pour relier entre eux les hôpitaux, les pharmaciens et les laboratoires ou pour mettre en place une carte de santé électronique. Nous pouvons nous en inspirer. Nous devrions pouvoir agir aussi vite pour instaurer la carte de santé électronique que pour la carte d'identité électronique et créer un réseau unique d'information pour tous les acteurs. Cela permettrait d'économiser 10% des soins de santé totaux. Il y faut au départ un investissement des pouvoirs publics et des dispensateurs de soins mais cela peut permettre à terme des économies substantielles. Nous devons donc emprunter cette voie le plus vite possible.

brengen omdat het geneesmiddelenverbruik in de ziekenhuizen totaal anders is dan in de ambulante sector. Uit de hoorzittingen die we samen met de collega's van de Kamer hebben georganiseerd, bleek dat een steeds groter deel van de geneesmiddelenbegroting in de ziekenhuizen wordt besteed. We moeten daarover verder debatteren en ook intramuraal de gepaste maatregelen nemen.

Voorts verheugen we ons over de responsabilisering van de patiënt. De maatregel met betrekking tot de spoeddiensten heeft tot doel misbruiken van patiënten tegen te gaan. We moeten evenwel rekening houden met de redenen waarom patiënten rechtstreeks naar een spoeddienst gaan in plaats van naar hun huisarts. Dit fenomeen komt vaker voor in de grootsteden waar minder huisartsenwachtendiensten beschikbaar zijn. De heer Germeaux heeft er in de commissie op gewezen dat het ereloon voor een thuisbezoek tijdens een wachtdienst zeer hoog is. Mogelijk is dat een reden waarom de patiënten geen beroep wensen te doen op de huisarts. Sommigen pleiten in dat verband voor de invoering van het systeem van de derde betaler, zodat patiënten die voor noodgevallen een beroep doen op een huisarts tijdens de wachtdienst, niet verplicht zijn het volledige bedrag van het ereloon onmiddellijk te betalen. Op de spoeddienst van een ziekenhuis moet men nooit onmiddellijk betalen.

Over het hoofdstuk van de responsabilisering van de mutualiteiten ben ik eerlijk gezegd niet enthousiast, zeker niet zolang de mutualiteiten op sommige terreinen zowel rechter als partij zijn. De responsabilisering van de mutualiteiten moet alleszins hand in hand gaan met de responsabilisering van alle andere schakels.

De VLD verheugt zich over de beslissing inzake de herijking van de nomenclatuur, die moet leiden tot een herwaardering van de intellectuele akten, wat ook in het huidige regeerakkoord uitdrukkelijk is voorzien. Het is hoog tijd dat de nomenclatuur wordt aangepast. Sommige prestaties zijn inmiddels immers hopeloos achterhaald en andere prestaties, waarvan de prijs aanzienlijk is gedaald, zijn voor een te hoog bedrag in de nomenclatuur ingeschreven. Tevens moet deze kans worden benut om sommige combinaties van onderzoeken te verbieden. Aangezien het medische landschap snel wijzigt, moet de nomenclatuur bij voorkeur op een structurele manier en op geregelde tijdstippen worden aangepast, zodat de vergoeding in verhouding is met de therapeutische meerwaarde voor de patiënt en gepaard moet gaan met duidelijke gezondheidsdoelstellingen, zoals dat in Nederland en in Noorwegen het geval is.

Het is belangrijk dat artsen en andere zorgverstrekkers voor een belangrijk deel per prestatie worden vergoed. Dankzij dat systeem bestaan er in ons land, in tegenstelling tot andere landen waar erelonen forfaitair worden uitbetaald, geen wachtlijsten.

Ten slotte sluit ik mij aan bij het pleidooi voor meer investeringen in e-health. Het veteranensysteem of medicard-systeem bestaat erin op een performante manier medische informatie over een patiënt te verbinden met een uniek patiëntnummer, teneinde te voorkomen dat er dubbele onderzoeken plaatsvinden.

In heel wat Europese landen zijn er momenteel initiatieven aan de gang. Daar kunnen wij ons licht opsteken. In

M. Philippe Mahoux (PS). – Madame, avez-vous la garantie que tous les systèmes mis en place sont infranchissables ? La protection de la vie privée est évidemment essentielle...

Mme Annemie Van de Casteele (VLD). – Tout à fait.

M. Philippe Mahoux (PS). – Avez-vous la certitude, par exemple, qu'aucun employeur n'aura jamais accès à la fiche individuelle de qui que ce soit ?

S'il est intéressant d'éviter tous les examens inutiles – et en cela le dossier médical est louable –, la question de l'accessibilité des dossiers est véritablement préoccupante.

Mme Annemie Van de Casteele (VLD). – *Je partage le souci de M. Mahoux quant à la protection de la vie privée, surtout dans un secteur sensible comme les soins de santé. Nous avons eu la même discussion lors de l'instauration de la carte SIS et sommes parvenus jusqu'à présent à ne rendre accessibles à certains dispensateurs de soins que les données qui leur sont nécessaires. On peut concevoir de la même manière une carte médicale dont les données ne seraient accessibles que de manière limitée et éventuellement avec l'accord du patient. Certains problèmes doivent en tout cas être résolus. C'est pourquoi j'invite le ministre à s'inspirer de l'expérience étrangère pour intégrer dans notre système les garanties nécessaires. Je dois néanmoins dire qu'il y a une indignation sélective. Certaines organisations, comme les mutualités, disposent de nombreuses données à caractère personnel et d'informations sur la santé des patients. Peu, à part nous, s'en préoccupent. Je comprends également cette préoccupation s'agissant d'assurances privées. Le débat que nous menons aujourd'hui est toutefois plus large. Je tiens à une protection maximale de la vie privée mais j'espère que ce ne c'est pas un argument pour ne pas évoluer.*

Quant à la politique des médicaments, le VLD a souligné l'importance de la recherche scientifique. Notre attitude n'est pas équivoque. Nous ne sommes pas soumis à l'industrie pharmaceutique à l'égard de laquelle des remarques peuvent être formulées.

La Belgique est aujourd'hui à la pointe de la recherche scientifique, biotechnologique, pharmacologique et médicale. Ou devrais-je dire, « était » ? Une délégation des chambres de commerce américaines s'est en effet plainte de l'évolution des charges sociales et de la manière dont le secteur

Denemarken is er een netwerk dat alle ziekenhuizen, apotheken, laboratoria en een grote meerderheid van de artsen op een performante manier met mekaar verbindt. Daardoor kan informatie worden uitgewisseld. Ook de Duitsers en Britten zijn volop bezig met de uitbouw van een IT-infrastructuur met een elektronische gezondheidskaart. We zagen met genoegen dat Bill Gates een felicitatie stuurde naar de regering voor onze elektronische identiteitskaart. Voor de gezondheidskaart zouden we even snel moeten kunnen handelen en naar één informatienetwerk voor alle actoren moeten kunnen gaan. Dat zou een besparing van 10% van de totale gezondheidszorgen kunnen opleveren. Dat vraagt een initiële investeringskost van de overheid en van de individuele zorgverlener, maar die kan op termijn heel wat besparingen opleveren. Wij moeten dan ook zo veel mogelijk die weg opgaan.

De heer Philippe Mahoux (PS). – *Mevrouw Van de Casteele, kunt u garanderen dat de huidige systemen waterdicht zijn? De bescherming van de persoonlijke levenssfeer is essentieel...*

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VLD). – *Inderdaad.*

De heer Philippe Mahoux (PS). – *Is u er zeker van dat geen enkele werkgever ooit toegang zal hebben tot de persoonlijke fiche van wie dan ook?*

Het is inderdaad interessant dat onnodige onderzoeken worden vermeden – en op dat vlak is het medisch dossier lofwaardig –, maar de toegankelijkheid van de dossiers is toch verontrustend.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VLD). – *Ik deel de zorg van de heer Mahoux inzake de bescherming van de privacy, zeker in een gevoelige sector als de gezondheidszorg. We hadden dezelfde discussie bij de invoering van de SIS-kaart. Tot nu toe zijn we er vrij goed in geslaagd om de SIS-kaart zo af te schermen dat enkel gegevens die noodzakelijk zijn voor bepaalde zorgverstrekkers toegankelijk zijn. Men kan op een identieke manier een medische kaart ontwerpen, waarbij de gegevens versleuteld worden en waardoor alleen een strikt noodzakelijke raadpleging mogelijk is, eventueel met toestemming van de patiënt. Er moeten alleszins problemen worden opgelost. Daarom vraag ik de minister eens te gaan kijken hoe ze dat in het buitenland doen zodat we de nodige garanties in ons systeem kunnen invoeren. Toch moet het me van het hart dat er een selectieve verontwaardiging bestaat. Een aantal organisaties, zoals de ziekenfondsen, beschikken over zeer veel informatie over de persoonlijke levenssfeer en de gezondheidszorg van patiënten. Daarover heb ik nog zeer weinig opmerkingen gehoord. Meestal zijn wij het die onze bezorgdheid uiten over eventueel misbruik van die informatie om aan risicoselectie te doen of patiënten uit te sluiten, zoals die ook bestaat wanneer het gaat over privé-verzekeringen die soms ook veel informatie over hun patiënten hebben. Dat is echter een ruimer debat dan dat we nu kunnen voeren. Ik sta op een maximale bescherming van de privacy, maar hoop dat dit geen argument is om te verhinderen dat wij vooruitgaan in een evolutie die in andere landen wel plaatsgrijpt en waar wij dreigen achterop te gaan lopen.*

Inzake het geneesmiddelenbeleid heeft de VLD het belang onderstreept van het wetenschappelijk onderzoek. We hebben

pharmaceutique est traité dans notre pays. Le secteur menace dès lors de le quitter alors que les firmes américaines sont précisément intéressées à investir dans ce secteur chez nous. Nous nous réjouissons donc des efforts du ministre Verwilghen. Nous devons tenter de maintenir une industrie pharmaceutique performante et novatrice. Notre situation diffère à cet égard de celle de la Nouvelle-Zélande qui, si elle avait disposé d'une production pharmaceutique aussi importante que la nôtre, n'aurait pas pris des mesures aussi radicales. Il n'empêche qu'on est en droit de s'interroger sur certaines pratiques des firmes pharmaceutiques.

Nous devons également rester attentifs à certains éléments. Depuis qu'on a opté pour un appel d'offres pour les médicaments génériques, la presse publie des témoignages de patients qui se plaignent de n'être pas aussi bien traités avec un médicament générique qu'avec le médicament original. Les pouvoirs publics doivent garantir la bio-équivalence des médicaments génériques et écarter tout risque concernant la qualité de ces produits, surtout ceux qui sont importés.

Le VLD se réjouit que le projet épargne les médicaments novateurs mais ils doivent l'être réellement. La révision au sein des groupes, quelle que soit la forme d'administration, est une bonne mesure à condition qu'il soit encore possible d'étudier les formes d'administration représentant véritablement une plus-value médicale.

L'industrie pharmaceutique doit elle aussi être responsabilisée. Elle doit, en tant que partenaire, être associée davantage à la détermination de certains objectifs de la politique des soins de santé afin de ne pas être tentée d'investir dans des me too's ou copycats, mais elle centre sa recherche sur des médicaments novateurs dans l'intérêt du patient. Nous sommes donc favorables à une liaison du remboursement à la plus-value thérapeutique.

J'espère que nous pourrons à nouveau discuter du modèle kiwi avec le ministre au moment de l'exécution de cette loi. Notre collègue Beke a rappelé l'expérience que nous avons acquise en Nouvelle-Zélande. Nous pouvons peut-être contribuer utilement aux arrêtés d'exécution concernant les problèmes que rencontre la Nouvelle-Zélande et que nous devons éviter.

Le projet contient également certains éléments moins positifs. Les pouvoirs spéciaux demandés ne nous enthousiasment pas et la désignation d'un super-délégué chargé de la coordination non plus, car nous avons déjà créé trop d'instruments.

Cela dit, globalement le bilan est à nos yeux positif et le VLD votera donc ce projet de loi.

daarover geen dubbelzinnige houding aangenomen. We hebben, mijnheer Beke, geen mep gegeven aan de ene kant, en een kus aan de andere. We willen de farmaceutische industrie niet op beide wangen kussen, want er zijn wel opmerkingen te maken.

België staat vandaag aan de top inzake wetenschappelijk, biotechnologisch, farmacologisch en medisch onderzoek. Of moet ik zeggen 'stond'? Mijn collega's uit de Kamer hebben mij deze week immers gezegd dat een delegatie van de Amerikaanse *Chambers of Commerce* in de commissie Financiën en Economie geklaagd heeft over de evolutie in ons land inzake sociale lasten en de behandeling van de farmaceutische industrie, waardoor die sector ons land dreigt te verlaten. Nochtans hebben de Amerikaanse bedrijven interesse om in ons land juist in die sector te investeren. We zijn dan ook blij met de inspanningen van minister Verwilghen. We moeten immers proberen een performante, innovatieve farmaceutische industrie in ons land te houden. Wat dat betreft is de situatie hier anders dan in Nieuw-Zeeland. Daar heeft men immers toegegeven dat indien zij een even grote farmaceutische productie hadden gehad, ze wellicht niet zulke verregaande maatregelen hadden genomen. Bij hen werken 600 mensen in de farmaceutische industrie, bij ons 27.000. Voor ons is werkgelegenheid ook een belangrijk element. Dat belet niet dat vragen kunnen worden gesteld bij een aantal praktijken van de farmaceutische industrie.

We moeten ook waakzaam blijven rond een aantal andere elementen. Nu er sprake is van een aanbestedingssysteem voor generische geneesmiddelen, verschijnen in de pers berichten over patiënten die erover klagen dat ze met een generisch middel niet even goed worden behandeld als met een origineel geneesmiddel. De uitspraken van die mensen worden misschien beïnvloed door bepaalde actoren, maar toch moet de overheid ervoor zorgen dat de bio-equivalentie van de generische geneesmiddelen gegarandeerd is. Er mag geen enkel risico bestaan inzake kwaliteit, vooral voor ingevoerde generische middelen.

De VLD vindt het positief dat innoverende geneesmiddelen in het ontwerp worden gespaard. We zijn tevreden dat de minister in dat opzicht onze partner is, maar het moet dan wel gaan om echt innoverende geneesmiddelen. De herziening binnen de groepen, ongeacht de toedieningsvorm, is een goede maatregel op voorwaarde dat onderzoek naar toepassingsvormen die echt een medische meerwaarde betekenen nog mogelijk blijft. Ik verwijs onder andere naar de pijnpleisters.

Ook de farmaceutische industrie moet worden geresponsabiliseerd. Ze moet meer als partner worden betrokken bij het bepalen van een aantal gezondheidsdoelstellingen op termijn, zodat ze niet meer geneigd is te investeren in *me too's of copycats*, maar echt zoekt naar innoverende geneesmiddelen in het belang van de patiënten. Wij zijn het er dan ook mee eens dat de terugbetaling beter gekoppeld wordt aan de therapeutische meerwaarde.

Ik denk dat we hier nu niet verder moeten ingaan op het kiwimodel, maar ik hoop dat we daarover in de uitvoering van deze wet nog verder met de minister van gedachten kunnen wisselen. Collega Beke heeft terecht gewezen op een aantal

M. Wim Verreycken (VL. BELANG). – *Je vous présente les commentaires rédigés par mon collègue Creyelman qui est malade. Il a estimé que le projet était important et je ne comprends donc pas l'absence de près de 99% des sénateurs. Le ministre n'en est pas responsable mais bien la majorité qui, pour chaque projet, refuse obstinément de modifier le moindre point ou la moindre virgule, ce qui rend le débat sans intérêt. Voilà mes réflexions personnelles sur ce projet.*

Il a fallu attendre les premiers communiqués alarmants sur les déficits dans les soins de santé pour que le ministre présente des propositions concrètes. Alors qu'au début de son mandat il avait annoncé des dialogues de la santé, ce projet est le premier visant à remédier aux déficits préoccupants dans les soins de santé. Le déficit de l'assurance maladie est en 2004 de 513 millions d'euros.

On s'attendrait donc à ce que chacun soit conscient de la gravité de la situation mais le quotidien De Tijd annonce que le budget de l'assurance maladie est parfaitement maîtrisé, ce qui étonne M. Creyelman.

Nous supposons que le projet vise à réaliser des économies. Le ministre lui-même a toujours dit qu'il s'agit essentiellement d'un document budgétaire. Pourtant même l'industrie du médicament générique prétend que cette loi « santé » entraînera des coûts supplémentaires.

Le groupe Vlaams Belang aurait voulu que la situation précaire de l'assurance maladie soit l'occasion de mener un débat fondamental sur l'ensemble du financement de la sécurité sociale.

Notre système actuel de sécurité sociale est essentiellement financé par les cotisations sociales des employeurs et des travailleurs. Même si un financement de rechange a été assuré par le biais des recettes de la TVA, ce système reste très destructeur d'emploi.

C'est pourquoi il est selon nous utile de plaider pour un autre financement de parties importantes de la sécurité sociale.

L'organisation de la sécurité sociale dans son ensemble est un point non négligeable. Le ministre veut donner à la Flandre l'impression que, lorsque ce projet sera adopté, il sera en mesure de réaliser les assainissements dits flamands, d'éliminer tous les abus dans l'assurance maladie. Le ministre sait bien que ce sont précisément ces abus qui amènent les Flamands à mieux écouter le chant des sirènes séparatistes.

Pour notre groupe tout cela ne tient pas debout. Les propositions formulées par le Vlaams Algemeen Ziekenhuisoverleg lors des états généraux du

ervaringen dat we in Nieuw-Zeeland hebben opgedaan. We kunnen wellicht nuttig bijdragen tot de uitvoeringsbesluiten met betrekking tot een aantal problemen dat men daar kent en hier bij ons in de toekomst moeten vermeden worden.

Mijnheer de minister, er zit ook een aantal minder leuke dingen in dit wetsontwerp. Naast het feit dat er volmachten worden gevraagd, zijn we bijvoorbeeld ook niet gelukkig met de superafgevaardigde voor coördinatie omdat we al te veel instrumenten hebben gecreëerd.

In globo is de balans voor ons duidelijk positief en de VLD zal dit wetsontwerp dan ook graag steunen.

De heer Wim Verreycken (VL. BELANG). – Ik zal de tekst brengen van collega Creyelman, die ziek is. Hij vond het ontwerp meer dan belangrijk genoeg om aanwezig te zijn en heeft mij daarom gevraagd hem te vervangen. Ik heb niet de dossierkennis van de vorige sprekers, waarvoor u mij zal willen verontschuldigen. Het gaat hier ongetwijfeld om een belangrijk wetsontwerp en daarom vind ik de hallucinante afwezigheid van bijna 99% van de senatoren onbegrijpelijk. Dat is niet de schuld van de minister, maar wel van de meerderheid, die bij elk ontwerp steevast weigert een punt of een komma te wijzigen, zodat het animo voor de bespreking onbestaande is. Tot daar mijn eigen oprispingen over dit wetsontwerp.

Het was wachten op de eerste alarmerende berichten over de tekorten in de gezondheidszorg, voor de minister voor de eerste keer zeer duidelijke taal sprak en met concrete voorstellen voor de dag kwam. Nadat hij bij het begin van zijn mandaat gezondheidsdialogen had aangekondigd, is dit het eerste wetsontwerp dat wat wil doen aan de onrustbarende tekorten in de gezondheidszorg. Sinds begin april beschikken wij over de cijfers. Nu blijkt dat het definitieve tekort in de ziekteverzekering het voorbije jaar ruim 513 miljoen euro bedraagt.

We zouden dan ook verwachten dat iedereen de ernst van de situatie op dit moment beseft, maar in *De Tijd* lezen we dat de budgettaire toestand van de ziekteverzekering onder controle is en dat de minister bij de begrotingscontrole zelfs niet op zoek zal moeten gaan naar extra miljarden. Het zal wel aan hem liggen, maar collega Creyelman begrijpt daar niets meer van. In 2004 was er een tekort van 513 miljoen euro en nu is alles onder controle, enkel omdat het tekort een tikkeltje minder groot is dan de minister had voorzien.

We nemen aan dat het ontwerp de bedoeling heeft om te besparen. De minister heeft ook altijd zelf gezegd dat het vooral een budgettair document is, maar zelfs de generische geneesmiddelenindustrie, toch een belangrijke deelsector, beweert dat deze gezondheidswet aanleiding zal geven tot extra kosten. Nogal eigenaardig, gelet op de bedoeling van dit wetsontwerp.

De Vlaams Belang-fractie had graag gezien dat de preciaire situatie van de ziekteverzekering zou aangegrepen worden om een fundamenteel debat te voeren. Het was veel beter geweest om het debat open te trekken en de hele financiering van de sociale zekerheid te bekijken.

Iedereen kent het huidige systeem van sociale zekerheid, dat voornamelijk gefinancierd wordt door sociale bijdragen van werkgevers en werknemers. Ook al vonden er de voorbije

22 novembre 2004 sont à notre avis plus intéressantes. Si la Flandre réclame sa propre sécurité sociale, c'est parce qu'elle veut y imprimer ses propres accents politiques.

Existe-t-il une matière plus personnalisable que l'assurance maladie, les soins de santé et, par extension, l'ensemble de la sécurité sociale ? Les lois du 8 août 1980 offrent à nos yeux suffisamment d'arguments rationnels et légaux pour que chaque Communauté développe son propre système de sécurité sociale. Il est tout à fait logique de considérer la sécurité sociale comme une matière personnalisable.

Un autre élément important du débat est l'efficacité de la politique. Le morcellement actuel des compétences entre l'État central et les entités fédérées, loin d'améliorer les choses, provoque une paralysie de la politique.

D'éminents fonctionnaires de l'administration flamande plaident depuis longtemps déjà pour un transfert des soins de santé aux Communautés, non pas pour des raisons égoïstes mais pour des raisons d'efficacité et parce que les deux Communautés doivent pouvoir placer leurs propres accents.

Un troisième argument important est la responsabilisation. Si nous voulons mener une politique efficace et économe de sécurité sociale, il ne suffira pas de transférer la compétence relative aux divers secteurs aux entités fédérées. Il faudra aussi transférer la responsabilité financière. Le ministre sait que la responsabilisation sera renforcée si les entités fédérées sont aussi habilitées à percevoir les revenus. L'octroi de la responsabilité financière et fiscale est la meilleure garantie d'une politique sociale efficace et économe. C'est le meilleur moyen de lutter contre les abus dans les dépenses.

Un autre élément essentiel du projet est la possibilité de sanctionner les médecins qui ne respectent pas les règles d'un bon comportement prescripteur. Le ministre espère contrôler ce comportement en établissant un lien entre l'accréditation et le comportement prescripteur. La définition du comportement prescripteur rationnel inquiète les médecins. Comment cette notion est-elle définie ? On peut également comprendre que les médecins craignent des obligations administratives supplémentaires.

Les médecins ne sont bien sûr pas les seuls responsables de la surconsommation de médicaments, les patients le sont aussi. Ils ont l'impression que leur médecin ne les pas aidés s'il ne leur a prescrit aucun médicament. La consommation irrationnelle de médicaments est peut-être encore plus grave que la prescription irrationnelle de médicaments.

L'examen de cette loi a été précédé d'un véritable affrontement rhétorique avec l'industrie pharmaceutique. Celle-ci crée des emplois, surtout en Flandre, et sa recherche scientifique novatrice jouit d'une réputation mondiale. C'est pourtant tout juste si elle n'a pas été traitée comme une bande de voleurs. Le plaidoyer d'un médecin d'extrême gauche qui était allé étudier un modèle kiwi a été repris et promu dans les médias sans la moindre nuance. Heureusement le projet ne retient pas grand-chose de toute cette rhétorique.

Quelques corrections techniques ont été apportées au système des appels d'offres publics : le modèle kiwi ne s'appliquerait plus que pour les médicaments non brevetés. Cette concession a été faite à l'industrie pharmaceutique en échange de contributions plus élevées. Les grands principes ont dû céder

jaren een aantal ingrepen plaats, zodat er via BTW-inkomsten een alternatieve financiering kwam, toch bleef het hele systeem zeer arbeidsvermietigend.

Daarom blijven wij het nuttig achten om een pleidooi te houden voor een andere financiering van belangrijke delen van de sociale zekerheid; de sociale zekerheid moet gedeeltelijk gefinancierd worden met andere middelen.

Een niet onbelangrijk punt is de hele organisatie van de sociale zekerheid. Tegenover Vlaanderen wil de minister de indruk wekken dat hij na de goedkeuring van het ontwerp zogenaamd Vlaamse saneringen zal kunnen uitvoeren. De minister kent Vlaanderen goed en hij weet dat precies deze misbruiken voor de Vlamingen aanleiding zijn om aandachtiger te luisteren naar diegenen die het land willen opsplitsen. Vandaar dat hij het koste wat het kost de indruk moet wekken dat met de goedkeuring van het ontwerp alle misbruiken in de ziekteverzekering weggewerkt zullen zijn.

Voor onze fractie blijft daarvan natuurlijk niets overeind. Wat wel overeind blijft, zijn de voorstellen die werden geformuleerd door het Vlaams Algemeen Ziekenhuisoverleg op de staten-generaal van 22 november 2004. De minister kent de belangrijkste onderwerpen en argumenten. Als Vlaanderen pleidooien houdt voor een eigen Vlaamse sociale zekerheid, is dat omdat het eigen beleidsklemtonen wil leggen.

Welke materie is uiteindelijk meer persoonsgebonden dan de ziekteverzekering, de gezondheidszorg en bij uitbreiding de hele sector van de sociale zekerheid? In die zin vinden wij ook in de bijzondere wetten van 8 augustus 1980 voldoende rationele en wettelijke argumenten om een eigen socialezekerheidsstelsel uit te bouwen. Het is niet meer dan logisch dat de sociale zekerheid als persoonsgebonden materie behandeld wordt.

Een ander belangrijk element in het debat is de efficiëntie van het beleid. De huidige versnippering van bevoegdheden tussen de centrale staat en de deelstaten leidt niet tot efficiëntie, maar veeleer tot een verlamming van dat beleid.

Vooraanstaande topambtenaren van de Vlaamse administratie houden al zeer lang een pleidooi om de gezondheidszorg naar de gemeenschappen over te hevelen. Niet omwille van enig Vlaams egoïsme, maar precies omwille van efficiëntie, omwille van de eigen klemtonen die beide gemeenschappen moeten kunnen leggen.

Een derde belangrijk element is uiteraard de zogenaamde responsabilisering. Als wij een efficiënt en spaarzaam socialezekerheidsbeleid willen voeren, dan zal het niet volstaan om alleen de bevoegdheid over de verschillende sectoren over te hevelen van de centrale staat naar de deelstaten. Wat wel helpt, is het toekennen van de financiële verantwoordelijkheid. Wat bevordert immers beter bedachtzaamheid bij de uitgaven dan de eigen financiële verantwoordelijkheid? De minister weet zeer goed dat de responsabilisering zal toenemen als de deelstaten ook voor de inning van de inkomsten bevoegd worden. De toekenning van financiële en fiscale verantwoordelijkheid is de beste waarborg om een efficiënt en spaarzaam sociaal beleid te kunnen voeren. Het is de beste garantie om misbruiken in de uitgaven tegen te gaan.

devant des raisons budgétaires. Apparemment le ministre est du même avis que ce pharmacien qui affiche dans son officine le vieux dicton flamand « un médicament cher aide à coup sûr : si ce n'est le malade, du moins le pharmacien ».

Un autre thème abordé dans le projet est la formation d'associations hospitalières. Le ministre sait très bien que le paysage hospitalier en Flandre diffère fondamentalement de celui de la Wallonie. En Flandre l'initiative privée est prédominante alors qu'en Wallonie les hôpitaux sont surtout gérés par les CPAS. Le projet ne fait fort heureusement plus référence à une répartition équitable entre les piliers, une idée que notre groupe juge également dépassée.

Une sanction est désormais prévue dès que le prix de référence d'une opération de routine est dépassé de 10% au lieu de 20% actuellement. Il est normal qu'un même prix serve de norme dans tout le pays pour les opérations de routine.

Nous saluons les mesures relatives au recours intempestif aux services d'urgence mais formulons deux critiques. Il faut être suffisamment attentif à l'élément social et le système doit être proportionnel aux abus.

La remarque de Mme Van de Castele à cet égard est particulièrement à propos. Dans un service d'urgence, la facture ne doit pas être acquittée tout de suite. Il faudrait vérifier le nombre de personnes qui s'adressent à un tel service parce qu'elles ne régleront jamais la facture. Aucun hôpital n'entamera une procédure judiciaire pour récupérer un montant modeste. Les factures impayées du service d'urgence sont à l'origine de l'endettement considérable des hôpitaux.

Le projet de loi est un document budgétaire qui accorde des pouvoirs spéciaux trop étendus. Nous voterons donc contre, tant pour des raisons pratiques que pour des questions de principe. Non seulement nous pensons que l'organisation des soins de santé doit être sérieusement adaptée mais en outre, l'ensemble des compétences en matière de soins de santé doit être transféré aux Communautés responsabilisées.

Een belangrijk element van het ontwerp is de mogelijkheid om artsen te bestraffen als ze de spelregels van goed voorschrijfgedrag niet volgen. De minister wil het voorschrijfgedrag onder controle krijgen door de accreditatie van de arts en het voorschrijfgedrag te koppelen. De artsen zijn begrijpelijkerwijze weinig enthousiast. Niemand kan een probleem hebben met het begrip rationeel voorschrijfgedrag. Ik moet de eerste arts nog tegenkomen die toegeeft dat hij irrationeel voorschrijfgedrag vertoont. De artsen zijn vooral bang voor de definitie van rationeel voorschrijfgedrag. Hoe wordt dat omschreven en afgelijnd? Dat de artsen ook beducht zijn voor bijkomende administratieve verplichtingen, is eveneens begrijpelijk.

De verantwoordelijkheid voor de overconsumptie van geneesmiddelen ligt overigens niet alleen bij de artsen, maar voor een deel ook de patiënten die het gevoel hebben dat de arts hen niet heeft geholpen als hij geen medicijn voorschrijft. Het irrationeel slikgedrag is minstens even erg, zo niet erger dan het irrationeel voorschrijfgedrag.

In de aanloop naar de bespreking van deze wet werd een ware retorische oorlog gevoerd met de farmaceutische industrie. Die zorgt voornamelijk in Vlaanderen voor tewerkstelling – ik heb vanochtend het cijfer van 27.000 banen gehoord – en ze geniet wereldfaam voor haar innovatief wetenschappelijk onderzoek. Nochtans werd die industrie net niet als een dievenbende bestempeld. Zonder zin voor nuancering werd de extreemlinkse toogpraat van een dokter die een kiwi ging bestuderen overgenomen en in de media gepromoot. Gelukkig blijft van al die retoriek in dit wetsontwerp niet veel meer over.

Er werden enkele technische verbeteringen aangebracht in het systeem van openbare aanbestedingen: het kiwimodel zou nu enkel nog gelden voor geneesmiddelen buiten patent. Er werd met de farmaceutische nijverheid een deal gesloten in ruil voor hogere heffingen. De grote principes moesten wijken voor het geld. De farmaceutische sector moet nu bijkomende miljoenen ophoesten, opdat de minister een sluitende begroting zou kunnen voorleggen. In ruil mag de sector winst maken blijven.

Blijkbaar is de minister het als socialist wat dit betreft eens met de apotheker van collega Creyelman, een zeer aimabele en humoristische man en een donkerblauwe liberaal, die in zijn apotheek een glasraam heeft hangen met het volgende oude Vlaams gezegde: 'Een kostelijk geneesmiddel helpt zeker, is 't niet de zieke, 't is de apotheker'.

Een volgend item is de problematiek van de vorming van ziekenhuisassociaties. De minister weet zeer goed dat het ziekenhuislandschap in Vlaanderen en Wallonië fundamenteel van mekaar verschilt. In Vlaanderen is er vooral het overwicht van het privé-initiatief, waarbij de Caritas-groep een groot deel van de ziekenhuizen in handen heeft, terwijl in Wallonië vooral de overheid via OCMW's de ziekenhuizen organiseert en beheert. De fameuze zinsnede over de 'billijke verdeling over de zuilen' wordt gelukkig maar geschrapt. Ook onze fractie vindt dat dit idee achterhaald is.

Voortaan volgt er een bestraffing wanneer de referentieprijis van een routineoperatie met 10% wordt overschreden in plaats van de huidige 20%. Het is niet meer dan normaal dat een welbepaalde prijs in heel het land de norm wordt voor

M. Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. – Cette loi répond-elle à tout de manière absolue ? La question a été posée par plusieurs intervenants. Il est clair qu'il s'agit d'une loi d'habilitation et qu'elle répondra à la question de l'évolution, de la dérive – *the drift*, comme disent les anglophones – en matière de dépenses de soins de santé. Toutes les dépenses sont-elles définitivement sous contrôle, comme j'ai pu le lire dans la presse la semaine dernière ? Seules les personnes extrêmement optimistes le pensent. Je tiens à faire remarquer que l'argumentation parue dans *De Tijd* et qui a fait l'objet de commentaires à la Chambre que M. Beke a relayés ici, répondait à une information complètement fallacieuse lancée il y a un peu plus d'une semaine selon laquelle, au-delà des quelque 513 millions d'euros de dépassement, il y aurait encore sur 2005 500 millions supplémentaires. Or, cette information est inexacte.

Quoi qu'il en soit, des mesures doivent être prises. Elles toucheront un secteur où le contrôle des mesures est difficile. Le budget des soins de santé n'est pas un budget ordinaire. Il ne s'agit pas d'un crédit budgétaire que l'on peut soumettre à une évaluation mensuelle parfaitement mécanique ou jauger sereinement sans risques de variations. Non, nous sommes en présence d'une immense structure, celle de soins de santé, basée sur des acteurs tantôt publics, tantôt privés, qui vont devoir mettre en place des réponses à des situations qui sont elles-mêmes parfois d'ordre aléatoire. Des épidémies tout à fait communes, comme des épidémies de grippe, peuvent avoir un effet important en termes de coût de soins de santé. Un jour de sécurité sociale en soins de santé représente 50 millions d'euros. En caricaturant, un 29 février dans une année, c'est déjà 50 millions d'euros supplémentaires. Donc, la machine des soins de santé est très lourde à maîtriser, d'autant que ceux-ci dépendent parfois aussi de facteurs culturels. C'est tout le débat sur la prescription médicale, sur

routineopérations. Met dat systeem kunnen de uitwassen worden weggewerkt.

De maatregelen met betrekking tot het oneigenlijk gebruik van de spoeddiensten kunnen wij bijvallen, evenwel met twee kritische opmerkingen. Er moet voldoende aandacht worden geschonken aan het sociaal element en het systeem moet in evenwicht worden gebracht met de misbruiken.

De opmerking van mevrouw Van de Castele in dit verband is bijzonder *to the point*. In tegenstelling tot bij een wachtdienst wordt bij een spoeddienst niet onmiddellijk een factuur aangeboden. Men zou eens moeten nagaan hoeveel patiënten zich op de spoeddienst aanbieden omdat ze de factuur nooit zullen betalen. Geen enkel ziekenhuis zal immers een juridische procedure opstarten voor een klein bedrag. Als gewezen gemeenteraadslid van de stad Antwerpen ben ik me ervan bewust dat de onbetaalde facturen van de spoeddienst voor een enorme schuldenberg bij de ziekenhuizen zorgen.

Het wetsontwerp is een budgettair document met een te vergaande volmacht. Bijgevolg zullen wij het niet goedkeuren. Onze tegenstem is zowel praktisch als principieel. Niet alleen zijn we van oordeel dat de organisatie van de gezondheidszorg ernstig moet worden bijgestuurd, maar bovendien moet de gezondheidszorg in zijn totaliteit worden overgeheveld naar de geresponsabiliseerde gemeenschappen.

De heer Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. – *Geeft deze wet op alles een volledig antwoord? Die vraag werd door verschillende sprekers gesteld. Het is duidelijk een volmachtenwet die een antwoord wil zijn op de ontsporing van de gezondheidsuitgaven. Hebben we alle uitgaven definitief onder controle? Enkel de grootste optimisten zijn die mening toegedaan. De argumentatie die verschenen is in De Tijd, die becommentarieerd werd in de Kamer en die hier herhaald werd door de heer Beke, uitging van volledig verkeerde informatie die iets meer dan een week geleden werd bekend gemaakt: bovenop de overschrijding van het budget met zowat 513 miljoen euro zou er in 2005 nog eens 500 miljoen bijkomen. Die informatie is niet juist.*

Maar hoe dan ook moeten maatregelen worden genomen. Ze treffen een sector waar de controle van de maatregelen moeilijk is. De begroting van de gezondheidszorg is geen gewone begroting. Het is geen begrotingskrediet dat maandelijks op een perfect mechanische manier kan worden geëvalueerd of dat sereen kan worden gemeten zonder gevaar voor afwijkingen. We hebben daarentegen te maken met de immense structuur van de gezondheidszorg, met zowel publieke actoren als privé-actoren, die het hoofd moeten bieden op situaties die soms zelf wisselvallig zijn. Een heel gewone epidemie, zoals een griepidemie, kan de kost van de gezondheidszorg aanzienlijk beïnvloeden. Een dag sociale zekerheid in de gezondheidszorg vertegenwoordigt 50 miljoen euro. We zouden karikaturaal kunnen stellen dat een schrikkeljaar reeds 50 miljoen meer kost. Het systeem van de gezondheidszorg is des te moeilijker te beheersen, daar de gezondheidszorg soms ook afhangt van culturele factoren. Dit is het hele debat over het voorschrijfgedrag van de arts en wat de spreker van het Vlaams Belang het slikgedrag van de patiënt noemde.

le comportement tantôt des prescripteurs, tantôt de ceux qui avalent les pilules, pour reprendre l'expression utilisée par l'intervenant du Vlaams Belang.

Il est vrai qu'il existe non seulement un comportement prescripteur irrationnel mais aussi une tendance irrationnelle à consommer des médicaments. Cela renvoie à l'aspect culturellement déterminé de cette consommation. Les gens pensent qu'ils guériront s'ils avalent une pilule. Nous devons bien sûr nous demander comment sensibiliser le prescripteur et le patient mais c'est une autre question.

Lors de la confection du budget 2005 en 2004, partant d'une estimation de 634 millions de déficit sur 2004, on arrive *in fine* à un déficit de 513 millions. À partir de là, terminant l'exercice dans de meilleurs conditions, on voit que si le niveau du flotteur par rapport à nos dépenses 2005 n'est pas encore au-dessus de l'eau puisque qu'il reste 513 millions de déficit, il est cependant un peu plus élevé. Dans le contexte morose que l'on connaît, la nouvelle n'est pas négative.

Une partie de ces dépenses a déjà évolué un peu moins vite que prévu au cours du dernier trimestre 2004. Je pense que cela résulte en partie de l'annonce des mesures que nous allons prendre. Cela confirme aussi que des phénomènes comportementaux sont toujours présents.

Je ne répéterai pas les propos de Mme Van de Castele. Nous avons un système de soins de santé qui est excellent, très accessible et dont les coûts à l'échelle planétaire sont parmi les moins élevés.

Je suis préoccupé par les schémas que l'on diffuse aujourd'hui et qui font état d'une relation entre le coût global des soins de santé par rapport à la richesse du pays et le coût de la politique du médicament au sein du budget des soins de santé.

Je ne ferai pas de diabolisation.

Je ne suis pas ici pour donner une explication simple des problèmes que l'on rencontre actuellement dans les soins de santé. Il serait trop facile de rejeter toute la responsabilité sur l'industrie pharmaceutique. La réalité est plus complexe.

Ce que nous devons savoir, c'est que le secteur du médicament est responsable de près des trois quarts du dépassement budgétaire. En comparant les chiffres avec ceux de l'étranger, je constate que la part de nos dépenses de santé dans le produit intérieur brut est moins élevée que celle d'autres pays mais que nos dépenses de médicaments sont en revanche considérables. Il existe une différence objective entre le montant global des dépenses dans les soins de santé et la part des médicaments dans ces dépenses. Il y a donc des mesures à prendre et les responsables de ces dépassements doivent être désignés.

'Er bestaat niet alleen een irrationeel voorschrijfgedrag, maar ook een irrationeel slikgedrag.' Dat is waar. We worden hier geconfronteerd met de cultureel bepaalde kant van het geneesmiddelengebruik. Mensen geloven nu eenmaal dat ze zullen genezen als ze een pil slikken. Natuurlijk moeten we nagaan hoe we kunnen komen tot een even grote bewustmaking van zowel voorschrijver als patiënt, maar dat is een andere kwestie.

In 2004, bij de opstelling van de begroting van 2005, werd het tekort voor 2004 op 634 miljoen geraamd maar uiteindelijk bedroeg het 513 miljoen. Als het begrotingsjaar wordt beëindigd in betere omstandigheden en zelfs als de vlotter nog niet boven water is gekomen – aangezien er een tekort van 513 miljoen blijft – dan zal de vlotter toch een beetje hoger liggen. In de huidige sombere omstandigheden is dat nieuws niet negatief.

Sommige van die uitgaven zijn reeds een beetje minder snel gestegen dan voorzien tijdens het laatste trimester van 2004. Ik denk dat dit voor een deel het resultaat is van de aankondiging van de maatregelen die we zullen nemen. Dat bevestigt ook dat er steeds gedragsfenomenen zijn.

Ik zal de woorden van mevrouw Van de Castele niet herhalen. We hebben een voortreffelijk gezondheidszorgsysteem, dat zeer toegankelijk is en dat op wereldschaal tot de minst dure behoort.

Ik maak me zorgen over de schema's die vandaag worden verspreid en die de totale kost van de gezondheidszorg relateren aan de rijkdom van het land en de kost van het geneesmiddelenbeleid in de begroting van de gezondheidszorg.

Ik zal niemand als duivel afschilderen.

Ik ben hier niet om een eenvoudige verklaring te geven voor de huidige problemen in de gezondheidszorg. De schuld volledig bij de farmaceutische industrie leggen, zou al te gemakkelijk zijn. Voor een minister is het handig om op één enkele vijand te kunnen schieten, maar de realiteit is natuurlijk ingewikkelder.

Wel moeten we weten dat de geneesmiddelensector verantwoordelijk is voor bijna drie vierden van de totale budgetoverschrijding. Wanneer ik de cijfers van dichterbij bekijk en met andere landen vergelijk, dan stel ik iets opmerkelijks vast wat het aandeel van de geneesmiddelen in het totaal van de gezondheidsuitgaven betreft. In België zijn de kosten voor de gezondheidszorg geraamd om nagenoeg 9% van het bruto binnenlands product. In Frankrijk liggen ze hoger, op bijna 10% en in Duitsland op bijna 11%. In de Verenigde Staten gaat het om 14 à 15%, zonder dat men daar kan garanderen dat een zo groot mogelijk deel van de bevolking door het systeem gedekt is. In de Verenigde Staten vallen bijna 40 miljoen mensen absoluut uit de boot. Het gedeelte van de gezondheidsuitgaven dat naar geneesmiddelen gaat ligt in Frankrijk rond 20,5%, in België op 17,7% en in de Verenigde Staten op 12,8%, terwijl dat in Nederland maar 10,7% is, in Denemarken 10,6% en in het Verenigd Koninkrijk 11,8%. Als we ons land vergelijken met

Je ne répondrai pas à chacune de vos vingt-deux questions, monsieur Beke, mais il est clair que nous avons pris un certain nombre de mesures qui sont aujourd'hui encore soumises à évaluation dans le cadre du contrôle budgétaire. J'en parlerai ce soir à mes collègues et nous effectuerons un *screening*, mesure par mesure, sachant que l'on est à peine à la fin du premier trimestre et qu'il est dès lors difficile de réaliser une évaluation précise.

Je puis toutefois vous annoncer quelques chiffres, lesquels figurent dans les commentaires que j'ai faits à la Chambre au sujet des mesures d'économie.

Dans les dispositions que l'on prend ici, le passage de -26 à -30% sur les vieux médicaments représente 24 millions d'euros sur base annuelle. L'élargissement pour les différentes formes d'une molécule représente 35 millions d'euros sur base annuelle. Cela signifie que si la mise en œuvre a lieu cette année, on atteindra 7 millions d'euros.

Les mesures relatives aux molécules sous brevet qui ne se trouvent plus dans le marché public, comme dans le modèle Kiwi initial, tel qu'il été qualifié, ont été compensées par d'autres mesures. Par exemple, le passage de 17 à 15 ans ou de 15 à 12 ans pour les diminutions de prix des médicaments rapporte 40 millions d'euros sur base annuelle, soit 13,33% si la mise en œuvre débute en septembre.

Autre élément important : la mesure de contribution de l'industrie, qui a d'abord été fixée à 100 millions, puis à 127 millions, et qui s'élève aujourd'hui à 150 millions.

Selon M. Beke, il convient d'être prudent à cet égard, car il ne faudrait pas décourager l'industrie.

Ne nous méprenons pas : l'industrie pharmaceutique est le seul secteur des soins de santé qui ait bénéficié d'une augmentation de 13%.

Dès lors, nous sommes dans une logique non pas de restriction, mais de modération d'une croissance aujourd'hui considérée déraisonnable.

J'ajoute que nous n'affichons aucun optimisme par rapport aux dépenses. Celles-ci sont difficiles à maîtriser, raison pour laquelle le présent instrument reste indispensable.

Ensuite, différentes thèses ont été émises sur les secteurs à contenir pour réaliser des économies. Selon moi, tous les secteurs doivent être visés, de manière équilibrée. Le médicament est clairement en première ligne pour les raisons que je viens d'indiquer, mais la structure de l'offre de soins est également dans le spectre d'analyse du gouvernement. En effet, indépendamment d'une réflexion sur l'utilité médicale de cet appareillage lourd, basée sur des études scientifiques, on ne peut exclure des comportements de surconsommation qui répondent plus à une volonté de maintenir la patientèle qu'à un réel besoin.

D'aucuns estiment que nous diabolisons la première ligne sur le plan des soins de santé en prenant des mesures qui découragent les acteurs. Il n'en est rien. Je vous renvoie aux

autres comparables, dan zien we een objectief verschil tussen het globaal bedrag van de uitgaven in de gezondheidszorg en het deel dat naar geneesmiddelen gaat. Er is dus iets aan te doen en de verantwoordelijken voor de overschrijdingen moeten worden aangewezen.

Ik zal niet elk van de 22 vragen van de heer Beke beantwoorden, maar het is duidelijk dat we een aantal maatregelen hebben genomen die vandaag nog worden geëvalueerd in het kader van de begrotingscontrole. Ik zal er vanavond over praten met mijn collega's en we zullen een screening uitvoeren, maatregel per maatregel, wetende dat we nauwelijks aan het einde van het eerste trimester zitten en dat het bijgevolg moeilijk is om een precieze evaluatie te maken.

Ik kan evenwel enkele cijfers meedelen. Ik heb ze in de Kamer reeds genoemd in mijn commentaar op de besparingsmaatregelen.

In de bepalingen in dit wetsontwerp vertegenwoordigt de overgang van -26% naar -30% op de oude geneesmiddelen 24 miljoen euro op jaarbasis. De uitbreiding naar de stofnaam vertegenwoordigt 35 miljoen euro op jaarbasis. Dat betekent dat als die maatregelen dit jaar in werking treden, een bedrag van 7 miljoen euro zal worden bereikt.

De maatregelen in verband met de gebrevetteerde moleculen, die zijn verdwenen uit het systeem van openbare aanbestedingen zoals in het oorspronkelijke kiwimodel, werden gecompenseerd door andere maatregelen. De verlaging van 17 tot 15 jaar of van 15 tot 12 jaar voor de prijsvermindering van de geneesmiddelen bijvoorbeeld brengt op jaarbasis 40 miljoen euro op en dit jaar een derde van dat bedrag als die maatregelen begin september in werking treden.

Een ander belangrijk element is de maatregel betreffende de bijdrage van de industrie, die eerst werd bepaald op 100 miljoen, daarna op 127 miljoen en die vandaag 150 miljoen bedraagt.

Volgens de heer Beke moeten we voorzichtig zijn op dat punt omdat de industrie niet mag worden ontmoedigd.

Laten we ons niet vergissen: de farmaceutische industrie is de enige sector in de gezondheidszorg die een verhoging van 13% heeft genoten.

Ons beleid is er niet op gericht de groei te beperken, maar wel een groei te temperen die vandaag als onredelijk wordt beschouwd.

Ik voeg eraan toe dat we helemaal niet optimistisch zijn over de uitgaven. Die zijn moeilijk te beheersen. Daarom blijft het huidige instrument onmisbaar.

Vervolgens werden verschillende stellingen geuit over de sectoren waarin besparingen moeten worden gerealiseerd. Volgens mij komen alle sectoren op een evenwichtige wijze in aanmerking. Het geneesmiddel staat duidelijk op de eerste lijn om de redenen die ik daarnet heb aangegeven, maar de structuur van het gezondheidsaanbod komt eveneens aan bod in de analyse van de regering. Immers, los van een op wetenschappelijke studie gesteunde reflectie over het medisch nut van die zware apparatuur, kunnen we overconsumptie niet uitsluiten. Die overconsumptie stemt meer overeen met de

revalorisations d'honoraires médicaux : les médecins généralistes n'avaient plus eu de revalorisation de cette ampleur depuis longtemps. Songez au 20/30. J'ai d'ailleurs lu beaucoup de réactions positives sur ce plan.

Quant à la deuxième ligne, certains s'inquiètent du fait que la logique de la spécialisation, logique « hospitalo-centrée » semble prédominer. Tel n'est pas non plus le cas.

Les mesures que nous voulons prendre dans le secteur hospitalier ne sont pas toujours faciles à accepter. Nous allons toucher à tous les étages mais en évitant de créer des déséquilibres majeurs, notamment en matière d'économies à réaliser, même si l'habilitation nous donne un certain nombre de pouvoirs qui ne tiennent absolument pas compte de la réalité de terrain. Cet instrument peut permettre de dépasser certaines inerties inhérentes au système. Les acteurs de la santé avec qui nous dialoguons aujourd'hui le reconnaissent.

Enfin, le contrôle de la qualité des soins reste au centre du dispositif. Nous ne pourrions envisager une loi comme celle-ci, qui prévoit des économies, sans tenir compte du maintien de la qualité et de l'égalité en matière d'accessibilité aux soins. C'est la raison pour laquelle je n'envisage pas du tout la programmation dans un contexte de type centraliste, jacobin et purement autoritaire. La coordination de la mise en place de l'offre de soins doit cependant être rationnelle et tenir compte des facteurs que je viens de vous rappeler.

– **La discussion générale est close.**

Discussion des articles

(Le texte adopté par la commission des Affaires sociales est identique au texte du projet transmis par la Chambre des représentants. Voir le document Chambre 51-1627/10.)

Mme la présidente. – L'article 2 est ainsi libellé :

La section VII du chapitre I du Titre III de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, remplacée par la loi du 24 décembre 2002 et modifiée par la loi du 8 avril 2003, comprenant l'article 25, est remplacée par les dispositions suivantes :

« Section VII. du Fonds spécial de solidarité.

Sous-section première. Généralités

Art. 25. – Il est créé au sein du Service des soins de santé, un Fonds spécial de solidarité financé par un prélèvement sur les ressources visées à l'article 191 dont le montant est fixé, pour chaque année civile, par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres.

Le Collège des médecins-directeurs décide d'accorder des interventions aux bénéficiaires visés aux articles 32 et 33

wens om een patiëntenbestand te behouden dan met een werkelijke nood.

Sommigen zijn van mening dat we de eerste lijn op het vlak van de gezondheidszorg als duivel afschilderen door maatregelen te nemen die de actoren ontmoedigen. Dat is helemaal niet waar. Ik verwijs naar de stijging van de artsenhonoraria: de huisartsen hadden sinds lang niet zo een belangrijke stijging gehad. Denk aan de 20/30. Ik heb trouwens veel positieve reacties gelezen.

Wat de tweede lijn betreft, maken sommigen zich zorgen over het feit dat de logica van de specialisatie waarin het ziekenhuis centraal staat, lijkt te heersen. Dat is evenmin waar.

De maatregelen die we willen nemen in de ziekenhuissector zijn niet altijd makkelijk te aanvaarden. We zullen alle lagen raken, maar we zullen ervoor zorgen geen grote wanverhoudingen te scheppen, meer bepaald op het vlak van besparingen, hoewel de volmachten ons een aantal bevoegdheden toekennen die helemaal geen rekening houden met de realiteit op het terrein. Dat instrument kan de mogelijkheid bieden om een zekere logheid te doorbreken die eigen is aan het systeem. De actoren in de gezondheidszorg met wie we vandaag praten erkennen dat.

Tenslotte blijft de controle van de kwaliteit van de zorg centraal staan. We zouden geen wet zoals deze, waarin besparingen worden opgelegd, kunnen overwegen, zonder rekening te houden met het behoud van de kwaliteit en de gelijkheid op het vlak van de toegang tot de zorg. Ik denk dus helemaal niet aan een programmering in een centralistische, Jakobijnse en zuiver autoritaire context. De organisatie van de gezondheidszorg moet evenwel rationeel zijn en rekening houden met de factoren die ik heb genoemd.

– **De algemene bespreking is gesloten.**

Artikelsgewijze bespreking

(De tekst aangenomen door de commissie voor de Sociale Aangelegenheden is dezelfde als de tekst van het door de Kamer van volksvertegenwoordigers overgezonden ontwerp. Zie stuk Kamer 51-1627/10.)

De voorzitter. – Artikel 2 luidt:

Afdeling VII van hoofdstuk I van Titel III van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, vervangen bij de wet van 24 december 2002 en gewijzigd bij de wet van 8 april 2003, bestaande uit artikel 25, wordt vervangen als volgt:

“Afdeling VII. Bijzonder solidariteitsfonds.

Onderafdeling I. Algemeenheden

Art. 25. – Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging wordt een Bijzonder Solidariteitsfonds opgericht, dat wordt gefinancierd door een voorafname op de in artikel 191 bedoelde inkomsten, waarvan het bedrag voor ieder kalenderjaar wordt vastgesteld door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

Het College van geneesheren-directeurs beslist binnen de perken van de financiële middelen van dit Fonds over de tegemoetkomingen vanuit dit Fonds aan de in de

dans les limites des moyens financiers de ce Fonds.

Le Fonds spécial de solidarité accorde uniquement une intervention lorsque les conditions fixées dans la présente section sont remplies et lorsque les bénéficiaires ont fait valoir leurs droits en vertu de la législation belge, étrangère, supranationale ou d'un contrat conclu à titre individuel ou collectif. Le Fonds accorde uniquement des interventions dans les coûts de prestations de santé pour lesquelles, dans le cas concret, aucune intervention n'est prévue en vertu des dispositions réglementaires de l'assurance soins de santé belge ou en vertu des dispositions légales d'un régime d'assurance obligatoire étranger.

Ne sont pas pris en charge par le Fonds Spécial de Solidarité :

1° Les quotes-parts personnelles visées aux articles 37 et 37bis et les suppléments sur les prix et honoraires fixés en application de la réglementation de l'assurance obligatoire soins de santé ;

2° Les suppléments visés à l'article 90 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, et les frais de confort.

Sous-section II. Intervention pour des soins délivrés en Belgique

Art. 25bis. – Dans le cadre de soins délivrés en Belgique, le Collège des médecins-directeurs peut accorder des interventions dans le coût des prestations de santé pour des indications rares.

Ces prestations doivent de surcroît répondre à chacune des conditions suivantes :

- a) la prestation est onéreuse ;
- b) la prestation présente une valeur scientifique et une efficacité largement reconnues par les instances médicales faisant autorité et le stade expérimental est dépassé ;
- c) la prestation est utilisée pour le traitement d'une affection portant atteinte aux fonctions vitales du bénéficiaire ;
- d) il n'existe aucune alternative acceptable sur le plan médico-social en matière de diagnostic ou de thérapie dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire ;
- e) les prestations sont prescrites par un médecin-spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection concernée, autorisé à pratiquer la médecine en Belgique.

Le fait que la prestation demandée ne soit pas remboursée dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé ou du moins pour l'indication justifiant la demande alors qu'elle pourrait l'être pour d'autres indications, ne constitue pas en soi un caractère de rareté.

Art. 25ter. – §1^{er}. Le Collège des médecins-directeurs peut accorder une intervention dans le coût des prestations de santé aux bénéficiaires qui sont atteints d'une affection rare.

artikelen 32 en 33 bedoelde rechthebbenden.

Het Bijzonder Solidariteitsfonds verleent slechts een tegemoetkoming indien is voldaan aan de in deze afdeling gestelde voorwaarden en indien de rechthebbenden hun rechten hebben doen gelden krachtens de Belgische, buitenlandse of supranationale wetgeving of krachtens een individueel of collectief gesloten over eenkomst. Het Fonds verleent slechts tegemoetkomingen in de kosten van geneeskundige verstrekkingen waarvoor, in het concrete geval, in geen tegemoetkoming voorzien is krachtens de reglementaire bepalingen van de Belgische verzekering voor geneeskundige verzorging of krachtens de wettelijke bepalingen van een buitenlandse regeling voor verplichte verzekering.

Worden niet ten laste genomen door het Bijzonder Solidariteitsfonds:

1° De persoonlijke aandelen bedoeld in de artikelen 37 en 37bis en de supplementen op in toepassing van de reglementering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging vastgelegde prijzen en honoraria;

2° De supplementen bedoeld in artikel 90 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, en de comfortkosten.

Onderafdeling II. Tegemoetkoming voor zorgen verleend in België

Art. 25bis. – In het kader van de in België verstrekte verzorging kan het College van geneesheren- directeurs tegemoetkomingen verlenen in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen in zeldzame indicaties.

Deze verstrekkingen moeten bovendien voldoen aan elk van de volgende voorwaarden:

- a) de verstrekking is duur;
- b) de verstrekking bezit een wetenschappelijke waarde en een doeltreffendheid die door de gezaghebbende medische instanties in ruime mate worden erkend en het experimenteel stadium is voorbij;
- c) de verstrekking wordt gebruikt voor de behandeling van een aandoening die de vitale functies van de rechthebbende bedreigt;
- d) er bestaat geen alternatief op medisch-sociaal vlak inzake diagnose of therapie in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging;
- e) de verstrekkingen worden voorgeschreven door een geneesheer-specialist, gespecialiseerd in de behandeling van de betreffende aandoening, en die gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen in België.

Het feit dat de gevraagde verstrekking niet terugbetaald wordt in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging of ten minste niet voor de indicatie die de aanvraag rechtvaardigt, terwijl dit wel het geval zou kunnen zijn voor andere indicaties, vormt op zich geen aanduiding voor het zeldzame karakter ervan.

Art. 25ter. – §1. Het College van geneesheren-directeurs kan aan rechthebbenden die lijden aan een zeldzame aandoening tegemoetkoming verlenen in de kosten van de

Cette prestation doit répondre à chacune des conditions suivantes :

- a) la prestation est onéreuse ;
- b) la prestation est désignée de manière motivée par les instances médicales faisant autorité comme approche physiopathologique spécifique de l'affection rare ;
- c) la prestation vise une atteinte aux fonctions vitales de l'intéressé qui constitue une conséquence directe et spécifique de l'affection rare ;
- d) il n'existe aucune alternative thérapeutique dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire ;
- e) la prestation est prescrite par un médecin-spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection concernée, autorisé à pratiquer la médecine en Belgique.

Dans le cadre du Fonds spécial de solidarité, il ne peut être dérogé aux décisions du Collège des médecins pour les médicaments orphelins visé à l'article 2 de l'arrêté royal du 8 juillet 2004 relatif au remboursement des médicaments orphelins.

§2. Le Collège des médecins-directeurs peut accorder une intervention dans les frais occasionnés aux bénéficiaires souffrant d'une affection rare qui nécessite des soins continus et complexes.

Une intervention dans le coût de ces soins peut être accordée, si les soins répondent à chacune des conditions suivantes :

- a) les soins sont, en leur totalité, onéreux ;
- b) les soins visent à traiter une atteinte aux fonctions vitales de l'intéressé qui constitue une conséquence directe et spécifique de l'affection rare ;
- c) il n'existe aucune alternative thérapeutique dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire ;
- d) les soins complexes sont prescrits dans le cadre d'un plan de traitement par un médecin-spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection concernée, autorisé à pratiquer la médecine en Belgique.

Le Collège des médecins-directeurs constate quelles prestations satisfont aux conditions susvisées.

Art. 25^{quater}. – Le Collège des médecins-directeurs peut pendant une période limitée accorder des interventions dans le coût de dispositifs médicaux et de prestations, à l'exclusion des médicaments, qui sont des techniques médicales innovantes.

Ces dispositifs médicaux et prestations doivent répondre à chacune des conditions suivantes :

- a) les dispositifs médicaux et prestations sont onéreux ;
- b) les dispositifs médicaux et prestations sont rares ;

geneeskundige verstrekkingen.

Deze verstrekking moet voldoen aan elk van de volgende voorwaarden:

- a) de verstrekking is duur;
- b) de verstrekking wordt door de gezaghebbende medische instanties op gemotiveerde wijze aangeduid als de specifieke fysiopathologische aanpak van de zeldzame aandoening;
- c) de verstrekking wordt gebruikt voor de behandeling van een aandoening die de vitale functies van de rechthebbende bedreigt;
- d) er bestaat geen therapeutisch alternatief in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging;
- e) de verstrekkingen worden voorgeschreven door een geneesheer-specialist, gespecialiseerd in de behandeling van de betreffende aandoening, en die gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen in België.

In het kader van het Bijzonder Solidariteitsfonds kan er niet worden afgeweken van de beslissingen van het College van geneesheren voor weesgeneesmiddelen, bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 8 juli 2004 betreffende de vergoeding van weesgeneesmiddelen.

§2. Het College van geneesheren-directeurs kan aan rechthebbenden die lijden aan een zeldzame aandoening die een continue en complexe verzorging vereist, een tegemoetkoming verlenen in de kosten ervan.

Een tegemoetkoming in de kostprijs van deze verzorging kan worden verleend, indien wordt voldaan aan elk van de volgende voorwaarden:

- a) de verzorging is in haar totaliteit duur;
- b) de verzorging heeft betrekking op een bedreiging van de vitale functies van betrokkene die een rechtstreeks en specifiek gevolg is van de zeldzame aandoening;
- c) er bestaat geen therapeutisch alternatief in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging;
- d) de complexe verzorging worden voorgeschreven in het raam van een behandelingsplan door een geneesheer-specialist gespecialiseerd in de behandeling van betreffende aandoening en die gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen in België.

Het College van geneesheren-directeurs stelt de verstrekkingen vast die voldoen aan bovenbedoelde voorwaarden.

Art. 25^{quater}. – Het College van geneesheren-directeurs kan gedurende een bepaald tijdvak tegemoetkomingen verlenen in de kosten van medische hulpmiddelen en verstrekkingen, met uitzondering van de geneesmiddelen, die innovatieve medische technieken zijn.

Deze medische hulpmiddelen en verstrekkingen moeten voldoen aan elk van de volgende voorwaarden:

- a) de medische hulpmiddelen en verstrekkingen zijn duur;
- b) de medische hulpmiddelen en verstrekkingen zijn zeldzaam;

c) les dispositifs médicaux et prestations sont désignées de manière motivée par les instances médicales faisant autorité comme étant la méthode indiquée pour le traitement d'une atteinte aux fonctions vitales du bénéficiaire et ont dépassé le stade expérimental ;

d) après une évaluation coûts/profits, les prestations possèdent une plus-value importante et démontrée ;

e) les prestations sont prescrites par un médecin-spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection concernée et qui est autorisé à pratiquer la médecine en Belgique ;

f) le Conseil technique compétent a été saisi d'une demande d'évaluation de la plus-value médicale et/ou d'intervention de l'assurance obligatoire dans le coût de ces prestations.

Sur proposition du Collège des médecins-directeurs, le Comité de l'Assurance dresse une liste limitative des prestations et dispositifs médicaux, visés à l'alinéa 1^{er} pour lesquels durant une période limitée d'un an maximum une intervention peut ainsi être accordée. Cette période peut être renouvelée une seule fois et le Comité doit motiver cette décision.

Art. 25quinquies. – §1^{er}. Le Collège des médecins-directeurs accorde, dans les conditions fixées dans le présent article, la prise en charge de l'intégralité des coûts supplémentaires liés au traitement médical des enfants malades chroniques, âgés de moins de 19 ans, dès le moment où ces coûts atteignent un montant de 650 euros.

Cette intervention reste due pour toutes les années civiles au cours desquelles les coûts supplémentaires atteignent un montant de 650 euros ainsi que pendant la première année civile suivante au cours de laquelle ce montant n'est pas atteint.

Cette intervention est à nouveau acquise pour l'année civile au cours de laquelle les coûts supplémentaires pris en considération atteignent 650 euros.

Par enfant malade chronique, on entend un enfant qui souffre d'une des affections suivantes :

- cancer ;
- insuffisance rénale en traitement chronique par dialyse péritonéale ou hémodialyse ;
- une autre maladie menaçant la vie, qui nécessite un traitement continu de six mois au moins ou un traitement répétitif de durée identique.

§2. Les coûts supplémentaires portent sur les prestations de santé qui répondent à chacune des conditions suivantes :

- a) les prestations présentent une valeur scientifique et une efficacité largement reconnues par les instances médicales faisant autorité ;
- b) il n'existe aucune alternative acceptable du point de vue médico-social, sur le plan de la thérapie ou de la prévention, dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire ;

c) de medische hulpmiddelen en verstrekkingen worden door gezaghebbende medische instanties op gemotiveerde wijze aangeduid als de aangewezen wijze voor het behandelen van een bedreiging van de vitale functies van de rechthebbende en zijn het experimentele stadium voorbij;

d) de verstrekkingen bezitten na een kosten-batenafweging een belangrijke en aangetoonde meerwaarde;

e) de verstrekkingen worden voorgeschreven door een geneesheer-specialist, gespecialiseerd in de behandeling van de betreffende aandoening, en die gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen in België;

f) bij de bevoegde technische Raad werd een aanvraag ingediend om de medische meerwaarde te evalueren en/of de tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van deze verstrekkingen te verkrijgen.

Op voorstel van het College van geneesheren-directeurs, legt het Verzekeringscomité de limitatieve lijst aan van medische hulpmiddelen en verstrekkingen, bedoeld in het eerste lid, waarvoor gedurende een beperkt tijdvak van ten hoogste één jaar aldus een tegemoetkoming kan worden verleend. Dat tijdvak kan éénmaal worden vernieuwd en het Comité dient deze beslissing te motiveren.

Art. 25quinquies. – §1. Het College van geneesheren-directeurs kent, onder de in dit artikel bepaalde voorwaarden, de tenlasteneming toe van het geheel van de bijkomende kosten die samenhangen met de medische behandeling van chronisch zieke kinderen die jonger zijn dan 19 jaar, en dit vanaf het ogenblik dat deze kosten een bedrag bereiken van 650 euro.

Deze tegemoetkoming blijft verschuldigd voor alle kalenderjaren gedurende welke de bijkomende kosten een bedrag van 650 euro bereiken, alsmede voor het eerste daaropvolgende kalenderjaar gedurende hetwelk dit bedrag niet werd bereikt.

Deze tegemoetkoming wordt opnieuw verworven voor het kalenderjaar gedurende hetwelk de bijkomende kosten die in aanmerking worden genomen, 650 euro bereiken.

Onder chronisch ziek kind wordt een kind verstaan dat lijdt aan één van de volgende aandoeningen:

- kanker;
- nierinsufficiëntie in chronische behandeling via peritoneale of hemodialyse;
- een andere levensbedreigende ziekte die een continue behandeling van minstens zes maanden noodzaakt of een repetitieve behandeling met dezelfde duur.

§2. De extra kosten hebben betrekking op geneeskundige verstrekkingen die voldoen aan elk van de volgende voorwaarden:

- a) de verstrekkingen hebben een wetenschappelijke waarde en een doeltreffendheid die door de gezaghebbende medische instanties in ruime mate wordt erkend;
- b) er bestaat geen aanvaardbaar alternatief voor, vanuit medisch-sociaal oogpunt, op vlak van therapie of preventie in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging;

c) les prestations sont prescrites par un médecin-spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection concernée, qui coordonne le traitement ou par le médecin traitant si ces prestations sont reprises dans le plan de traitement visé au §3, et qui est autorisé à pratiquer la médecine en Belgique.

§3. Les prestations qui entraînent des frais supplémentaires sont prescrites par le médecin spécialiste visé au le §2, c) dans le cadre d'un plan de traitement.

Le Collège des médecins-directeurs constate quelles prestations satisfont aux conditions susvisées.

§4. Par dérogation à l'article 25, alinéa 4, peuvent être considérés comme coûts supplémentaires, la quote-part personnelle qui n'est pas prise en considération dans la totalisation des tickets modérateurs effectuée dans le cadre du maximum à facturer, ainsi que la marge de délivrance visée dans la convention nationale entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs, et la marge de sécurité, visée à l'article 35, §4, 2° et 3° et à l'article 35bis de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Sous section III. Intervention dans le cadre de soins délivrés à l'étranger

Art. 25sexies. – Le Fonds spécial de solidarité peut prendre en charge les frais médicaux des bénéficiaires dans des cas dignes d'intérêt pour des prestations de santé dispensées à l'étranger pour lesquelles le médecin conseil a donné son accord conformément à la réglementation belge, internationale ou supranationale en vigueur, ainsi que les frais de voyage et de séjour du bénéficiaire y relatifs et, le cas échéant, de la personne qui l'accompagne pour les prestations visées.

Les prestations de santé dispensées à l'étranger doivent être prescrites avant leur réalisation par un médecin spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection concernée et autorisé à pratiquer la médecine en Belgique.

Sous-section IV. Procédures

Art. 25septies. – §1^{er}. Le Roi peut, après avis du Comité de l'assurance, déterminer les procédures de demande et d'octroi de l'intervention.

La demande d'intervention de l'assurance dans le coût des prestations visées dans les sous-sections II et III, est introduite par le bénéficiaire de l'assurance soins de santé auprès du médecin-conseil de son organisme assureur, par lettre recommandée à la poste, ou par tout autre moyen permettant de déterminer avec certitude la date d'introduction de la demande.

Toutefois, le bénéficiaire ne doit pas obligatoirement introduire de demande d'intervention dans les coûts supplémentaires visés à l'article 25quinquies. Pour ces

c) de verstrekkingen zijn voorgeschreven door een geneesheer-specialist gespecialiseerd in de behandeling van betreffende aandoening, die de behandeling coördineert of door de behandelende arts indien de verstrekkingen zijn hernomen op het behandelingsplan bedoeld in §3, en die gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen in België.

§3 De verstrekkingen welke extra kosten teweegbrengen worden door de in §2, c) bedoelde geneesheer- specialist voorgeschreven in het raam van een behandelingsplan.

Het College van geneesheren-directeurs stelt de verstrekkingen vast die voldoen aan bovenbedoelde voorwaarden.

§4. In afwijking van artikel 25, vierde lid, kan als bijkomende kost worden aangemerkt, het persoonlijk aandeel dat niet in aanmerking wordt genomen in de optelling van de remgelden uitgevoerd in het raam van de maximumfactuur, evenals de afleveringsmarge, bedoeld in de nationale overeenkomst tussen de verstrekkers van de implantaten en de verzekeringsinstellingen en de veiligheidsmarge, bedoeld in artikel 35, §4, 2° en 3° en in artikel 35bis van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkering.

Onderafdeling III. Tegemoetkoming in het raam van in het buitenland verleende verzorging

Art. 25sexies. – Het Bijzonder Solidariteitsfonds kan in behartigenswaardige gevallen de medische kosten van de rechthebbenden ten laste nemen voor in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen, waarvoor toestemming werd verleend door de adviserend geneesheer overeenkomstig de vigerende Belgische, internationale of supranationale wetgeving, alsook de gerelateerde reis- en verblijfskosten van de rechthebbende en, in voorkomend geval, van de persoon die hem vergezelt voor bedoelde verstrekkingen.

De geneeskundige verstrekkingen, verstrekt in het buitenland, moeten worden voorgeschreven vooraleer de zorgen worden toegediend door een geneesheerspecialist, gespecialiseerd in de behandeling van betreffende aandoening en die gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen in België.

Onderafdeling IV. Procedures

Art. 25septies. – §1. De Koning kan, na advies van het Verzekeringscomité, de procedures van aanvraag, en toekenning van de tegemoetkoming vaststellen.

De aanvraag om tegemoetkoming van de verzekering in de kosten van de verstrekkingen, bedoeld in de onderafdelingen II en III, wordt door de rechthebbende van de verzekering voor geneeskundige verzorging bij de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling ingediend bij een ter post aangetekende brief of op gelijk welke andere manier die toelaat de datum van indiening met zekerheid vast te stellen.

De rechthebbende is evenwel niet verplicht een aanvraag in te dienen voor tegemoetkoming in de extra kosten, bedoeld in artikel 25quinquies. Voor deze extra kosten kan de

coûts supplémentaires, l'organisme assureur auprès duquel est affilié ou inscrit l'intéressé, ainsi que les autres intervenants dans la prise en charge, peuvent introduire eux-mêmes la demande d'intervention sur la base des éléments en leur possession et après accord de l'intéressé.

La demande d'intervention doit comporter au moins :

1° une feuille de renseignements, dont le modèle est établi par le Comité de l'Assurance, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, et soumise par le médecin-conseil de l'organisme assureur au Collège des médecins-directeurs, endéans un délai de trente jours à dater du jour de l'introduction de la demande par le bénéficiaire. Toute demande d'information complémentaire adressée directement au bénéficiaire suspend le délai de trente jours. Il en va de même lorsque ce bénéficiaire est informé de ce que des informations complémentaires ont été demandées ;

2° une prescription, dont le modèle peut être établi par le Comité de l'assurance sur proposition du Collège des médecins-directeurs, établie par un médecin, accompagnée d'un rapport médical circonstancié qui contient toutes les informations permettant de conclure si la prestation demandée répond aux conditions énoncées dans les sous-sections II et III.

3° une facture détaillée ou un devis circonstancié en cas d'une demande de principe établie par le ou les dispensateurs de soins ;

4° la déclaration sur l'honneur dont le modèle est établi par le Comité de l'Assurance, sur proposition du Collège des médecins-directeurs dans laquelle le bénéficiaire :

– atteste, en ce qui concerne les prestations pour lesquelles il demande une intervention, avoir épuisé ses droits en vertu de la législation belge ou étrangère et ne pas pouvoir faire valoir de droits en vertu d'un contrat conclu à titre individuel ou collectif ;

– communique le montant à concurrence duquel il peut, le cas échéant, faire valoir ses droits en vertu du contrat précité ;

– détermine s'il encaissera lui-même ou non les remboursements accordés par l'assurance soins de santé dans le cadre du Fonds Spécial de Solidarité.

§2. Le médecin-conseil visé à l'article 153 n'envoie pas la demande au Collège des médecins-directeurs si elle concerne :

– des frais de logement, de séjour ou de voyage du bénéficiaire ou la personne accompagnante durant l'admission d'un bénéficiaire dans un hôpital belge ;

– des suppléments ou interventions personnelles pour des prestations dispensées conformément à toute réglementation comprenant les conditions d'intervention de l'assurance soins de santé dans certaines prestations, y compris pour les soins réalisés à l'étranger. Cependant, si la demande peut être examinée dans le cadre de

verzekeringsinstelling waarbij de betrokkene is ingeschreven of aangesloten, alsmede de andere partijen die tussenkomen in de tenlasteneming zelf een aanvraag indienen, op basis van de elementen waarover zij beschikken en na akkoord van de betrokkene.

De aanvraag om tegemoetkoming moet minstens, bevatten:

1° een inlichtingsblad waarvan het model wordt opgemaakt door het Verzekeringscomité, op voorstel van het College van geneesheren-directeurs en dat door de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling wordt voorgelegd aan het College van geneesheren-directeurs, binnen een termijn van dertig dagen vanaf de dag van de door de rechthebbende ingediende aanvraag. Elke vraag om bijkomende informatie, rechtstreeks geadresseerd aan de rechthebbende, schort de termijn van dertig dagen op. Dit geldt op dezelfde wijze wanneer deze rechthebbende in kennis wordt gesteld van het feit dat bijkomende informatie werd gevraagd;

2° een voorschrift, waarvan het model, op voorstel van het College van geneesheren-directeurs, kan worden vastgesteld door het Verzekeringscomité, en dat door een geneesheer wordt opgemaakt, en waarbij een omstandig geneeskundig verslag is gevoegd dat alle inlichtingen bevat die toelaten te besluiten of de gevraagde verstrekking voldoet aan de voorwaarden die vermeld zijn in de onderafdelingen II en III.

3° een gedetailleerde factuur of een omstandig bestek ingeval van een principiële aanvraag met de kosten, opgemaakt door de zorgverlener(s);

4° de verklaring op erewoord, waarvan het model wordt opgemaakt door het Verzekeringscomité op voorstel van het College van geneesheren-directeurs waarin de rechthebbende:

– bevestigt dat hij, in verband met de verstrekkingen waarvoor hij een tegemoetkoming vraagt, zijn rechten heeft uitgeput krachtens de Belgische of buitenlandse wetgeving en geen rechten kan doen gelden krachtens een individueel of collectief gesloten overeenkomst;

– meedeelt ten belope van welk bedrag hij, in voorkomend geval, rechten kan doen gelden krachtens de voornoemde overeenkomst;

– bepaalt of hij de door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging toegestane vergoedingen in het raam van het Bijzonder Solidariteitsfonds, al of niet zelf zal innen.

§2. De in artikel 153 bedoelde adviserend geneesheer stuurt de aanvraag niet naar het College van geneesheren-directeurs door indien ze betrekking heeft op:

– huisvestings-, verblijfs- of reiskosten van de rechthebbende of zijn vergezellend persoon gedurende de opneming in een Belgisch ziekenhuis;

– supplementen of persoonlijke aandelen voor verstrekkingen die werden verleend overeenkomstig gelijk welke regeling die de voorwaarden omvat voor de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor bepaalde verstrekkingen inclusief de in het buitenland verleende verzorging. Wanneer de aanvraag

l'article 25quinquies, elle doit être transmise au Collège des médecins-directeurs.

– des soins de santé et/ou frais de voyage et de séjour pour un bénéficiaire qui reçoit des soins à l'étranger et pour lesquels le médecin-conseil de l'organisme assureur n'a pas donné une autorisation ;

– une prestation effectuée plus de trois ans avant la demande.

Art. 25octies. – Le Roi peut déterminer les conditions dans lesquelles le pouvoir de décision du Collège des médecins-directeurs peut être exercé par un ou plusieurs médecins, membres dudit Collège. Il définit les critères relatifs notamment au montant, à la facturation et au paiement de l'intervention que le Collège susvisé prend en considération lorsqu'il accorde ce pouvoir de décision. Ce pouvoir de décision ne peut en aucun cas être exercé exclusivement par des médecins occupés par l'organisme assureur auquel le bénéficiaire intéressé est affilié ou inscrit.

Si le Collège décide sur devis pour l'intervention demandée au Fonds spécial de solidarité, le Collège donne un accord de principe sur la base duquel l'organisme assureur concerné peut intervenir. Dans ce cas, l'organisme assureur transmet un état récapitulatif trimestriel de l'exécution des montants payés à la suite des décisions du Collège.

Lors de la séance au cours de laquelle la demande est traitée, le Collège des médecins-directeurs peut demander l'avis concernant, entre autres l'indication et/ou le prix indicatif, auprès des instances scientifiques autorisées, auprès des organes officiels au sein de l'INAMI, auprès du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement ou auprès du centre fédéral d'expertise des soins de santé. En l'absence d'un ou des avis dans les deux mois de la demande formulée à une instance susvisée par le Collège des médecins-directeurs, celui-ci statue sur la demande d'intervention. Le Collège formule les demandes d'avis relatifs à un même dossier lors de la même séance.

Art. 25nonies. – Si le Collège des médecins-directeurs décide immédiatement de l'intervention sur la base d'une facture, l'organisme assureur paie le montant accordé au bénéficiaire ou au dispensateur de soins endéans un délai de 15 jours ouvrables à dater de la réception de la notification de la décision du Collège des médecins-directeurs.

Si le Collège émet un accord de principe et que le médecin-conseil de l'organisme assureur détermine le montant alloué selon les modalités prévues par le Collège des médecins-directeurs après vérification de la facture, l'organisme assureur paie ce montant au bénéficiaire ou au dispensateur de soins endéans un délai de 20 jours ouvrables à dater de la réception de la facture.

echter kan worden onderzocht in het kader van artikel 25quinquies, dient ze te worden overgezonden aan het College van geneesheren-directeurs.

– geneeskundige verzorging en/of reis- en verblijfskosten voor een rechthebbende die in het buitenland verzorging ontvangt en waarvoor de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling geen toestemming heeft verleend.

– een verstrekking verricht meer dan drie jaar voor de aanvraag.

Art. 25octies. – De Koning kan de voorwaarden bepalen waaronder de beslissingsbevoegdheid van het College van geneesheren-directeurs uitgeoefend kan worden door één of meerdere geneesheren, lid van het voornoemde College. Hij stelt meer bepaald de criteria vast met betrekking tot het bedrag, de facturatie en de betaling van de tegemoetkoming die het bovenbedoelde College in aanmerking neemt wanneer hij de beslissingsbevoegdheid toekent. Deze beslissingsbevoegdheid kan in geen enkel geval exclusief uitgeoefend worden door geneesheren die tewerkgesteld zijn bij de verzekeringsinstellingen waarbij de belanghebbende rechthebbende aangesloten of ingeschreven is.

In geval het College op bestek over de gevraagde tegemoetkoming van het Bijzonder Solidariteitsfonds beslist, neemt het College een principieel akkoord op basis waarvan de betrokken verzekeringsinstelling kan tegemoetkomen. In dit geval zendt de betrokken verzekeringsinstelling driemaandelijks een verzamelstaat over van de in uitvoering van de collegebeslissingen uitbetaalde bedragen.

Tijdens de bijeenkomst tijdens dewelke de aanvraag wordt behandeld, kan het College van geneesheren-directeurs inzake onder meer indicatie en/of richtprijs advies inwinnen bij de gezaghebbende- wetenschappelijke instanties, bij de officiële organen in de schoot van het RIZIV, bij de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu of bij het federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Bij gebreke aan advies of adviezen binnen de twee maand na de aanvraag gericht tot een bovenbedoelde instantie door het College van geneesheren-directeurs, beslist dit over de aanvraag tot tussenkomst. Het College formuleert de adviesaanvragen met betrekking tot eenzelfde dossier, ter gelegenheid van dezelfde zitting.

Art. 25nonies. – Indien het College van geneesheren-directeurs onmiddellijk over de tussenkomst beslist op basis van een factuur, betaalt de verzekeringsinstelling aan de rechthebbende of aan de zorgverlener het toegekend bedrag binnen een termijn van 15 werkdagen na ontvangst van de kennisgeving van de beslissing van het College van geneesheren-directeurs.

Indien het College een principieel akkoord uitbrengt en de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling het bedrag bepaalt, toegekend volgens de regels voorzien door het College van geneesheren-directeurs na verificatie van de factuur, betaalt de verzekeringsinstelling dat bedrag aan de rechthebbende of aan de zorgverlener binnen een termijn van 20 werkdagen na ontvangst van de factuur.

Aucune intervention du Fonds spécial de Solidarité n'est due pour un montant accordé dont le bénéficiaire n'est effectivement redevable qu'en cas de décision favorable.

Sous-section V. Rapport d'activités

Art. 25*decies*. – Le Collège des médecins-directeurs établit, chaque année, à l'intention du Comité de l'Assurance et du Conseil général un rapport contenant un inventaire des décisions. Ce rapport peut également contenir des propositions ou suggestions en vue de l'amélioration ou de l'adaptation de l'assurance soins de santé. Ces propositions ou suggestions sont transmises aux conseils techniques compétents, chargés de l'établissement des propositions de modification de la nomenclature visée à l'article 35. ».

À cet article, M. Beke et Mme De Schamphelaere proposent l'amendement n° 5 (voir document 3-1122/2) ainsi libellé :

Dans l'article 25*octies*, alinéa 1^{er}, proposé, remplacer la deuxième phrase par ce qui suit :

« *Tel peut être le cas lorsque le Collège s'est déjà prononcé sur des demandes semblables. En tout cas, les critères de décision doivent être clairement définis par le Collège lors de chaque délégation de ce pouvoir de décision. Ces critères peuvent avoir trait à la totalité du montant, à une partie fixée forfaitairement ou à un pourcentage du montant facturé. Il y a lieu également de définir au préalable le type de facture sur lequel le montant sera calculé.* »

M. Beke et Mme De Schamphelaere proposent l'amendement n° 7 (voir document 3-1122/2) ainsi libellé :

Insérer un article 8*bis*, libellé comme suit :

« Art. 8*bis*. – *La dernière phrase de l'article 10*sexies*, a), de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est abrogée.* ».

L'article 13 est ainsi libellé :

Dans la même loi, il est inséré un article 190*bis* rédigé comme suit :

« Art. 190*bis*. – Sans déroger à la compétence des organes existants en matière d'évaluation, de contrôle et de promotion de la qualité, les ministres qui ont la Santé publique et les Affaires sociales dans leurs attributions désignent un délégué auprès de l'Institut qui est chargé à temps plein, d'organiser la coordination du pilotage des différentes initiatives et de leur évaluation, qui sont développées dans le domaine de la promotion de la qualité des soins de santé, de la promotion des bonnes pratiques médicales et du bon usage des moyens.

Ce délégué fait rapport, régulièrement, aux ministres des initiatives qui sont prises en matière de promotion de la qualité dans l'exercice de la pratique médicale, notamment dans le but de diminuer la variabilité dans l'exercice des pratiques médicales, et de leurs résultats.

Geen enkele tussenkomst van het Bijzonder Solidariteitsfonds is verschuldigd voor een bedrag dat door de rechthebbende enkel effectief verschuldigd is in geval van gunstige beslissing.

Onderafdeling V. Activiteitenverslag

Art. 25*decies*. – Het College van geneesheren-directeurs maakt jaarlijks ten behoeve van het Verzekeringscomité en van de Algemene Raad, een verslag op met een inventaris van de beslissingen. In dit rapport kunnen ook voorstellen of suggesties tot verbetering of aanpassing van de verzekering voor geneeskundige verzorging worden opgenomen. Deze voorstellen of suggesties worden overgezonden aan de bevoegde technische raden belast met de opmaak van voorstellen tot wijziging van de nomenclatuur bedoeld in artikel 35.”.

Op dit artikel hebben de heer Beke en mevrouw De Schamphelaere amendement 5 ingediend (zie stuk 3-1122/2) dat luidt:

In het ontworpen artikel 25*octies*, eerste lid, de tweede zin vervangen als volgt:

“*Dit kan het geval zijn wanneer het College zich reeds uitsprak over gelijkaardige aanvragen. In elk geval moeten bij elke delegatie van deze beslissingsbevoegdheid de beslissingscriteria door het College duidelijk gedefinieerd worden. Deze kunnen betrekking hebben op de totaliteit van het bedrag, op een forfaitair vastgelegd gedeelte of op een percentage van het gefactureerd bedrag. Ook het type facturen waarop het bedrag zal berekend worden, dient voorafgaandelijk gedefinieerd te zijn.*”

De heer Beke en mevrouw De Schamphelaere hebben amendement 7 ingediend (zie stuk 3-1122/2) dat luidt:

Een artikel 8*bis* invoegen, luidende:

“Art. 8*bis*. – *Artikel 10*sexies*, a), laatste zin, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt opgeheven.*”.

Artikel 13 luidt:

In dezelfde wet wordt een artikel 190*bis* ingevoegd luidende:

“Art. 190*bis*. – Zonder dat wordt afgeweken van de bevoegdheid van de bestaande organen inzake evaluatie, controle en kwaliteitspromotie kunnen de ministers die respectievelijk Sociale Zaken en Volksgezondheid onder hun bevoegdheid hebben bij het Instituut een afgevaardigde aanwijzen die voltijds belast is met de organisatie van de coördinatie van de aansturing van de verschillende initiatieven en hun evaluatie, die ontwikkeld worden inzake bevordering van de zorgkwaliteit, promotie van goede medische praktijk en het goed gebruik van de middelen.

Deze afgevaardigde brengt regelmatig aan de ministers verslag uit over de initiatieven die op het vlak van de bevordering van de kwaliteit in de uitoefening van de medische praktijk worden genomen, alsook over hun resultaten, inzonderheid om de variabiliteit in de uitoefening van de medische praktijken te verminderen.

Les ministres peuvent charger ce délégué de toute mission visant à garantir la coordination entre les initiatives prises par l'Institut, les Services publics fédéraux compétents, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé, la Structure multipartite en rapport avec la politique hospitalière et l'Agence intermutualiste.

Le délégué est nommé par le Roi pour une durée de 6 ans, renouvelable.

Le statut de ce délégué est établi par le Roi. Son traitement et les frais de fonctionnement afférent à sa mission sont à charge du budget de l'Institut.

Ce délégué est assisté dans l'exercice de sa mission par un comité de pilotage dont la composition et le mode de fonctionnement sont fixés par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres. »

M. Beke en Mme De Schamphelaere proposent de supprimer cet article (amendement n° 8, voir document 3-1122/).

L'article 15 est ainsi libellé :

L'article 14 produit ses effets au 1^{er} janvier 2004.

M. Beke et Mme De Schamphelaere proposent de supprimer cet article (amendement n° 10, voir document 3-1122/2).

L'article 19 est ainsi libellé :

À l'article 23 de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987, modifiée par la loi du 30 décembre 1988, sont apportées les modifications suivantes :

1° à l'alinéa 1^{er}, les mots « et des impératifs d'une saine gestion, ainsi que des prévisions concernant l'évolution des équipements sanitaires qui sans appartenir directement au secteur hospitalier, sont de nature à influencer ces critères de programmation » sont remplacés par les mots « à l'intérieur d'un territoire à fixer ».

2° le deuxième alinéa est supprimé.

M. Beke et Mme De Schamphelaere proposent de supprimer cet article (amendement n° 11, voir document 3-1122/2).

M. Beke et Mme De Schamphelaere proposent l'amendement n° 12 (voir document 3-1122/2) ainsi libellé :

Insérer les articles 19bis à 19sexies, libellés comme suit :

« Art. 19bis

L'article 8, 1^o, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, est remplacé par la disposition suivante :

« 1^o il faut entendre par gestionnaire : la personne morale qui exploite l'hôpital pour autant qu'elle agisse par le biais de l'organe qui est compétent pour accomplir tous les actes nécessaires ou utiles à l'exploitation de l'hôpital. »

Art. 19ter

Il est inséré, dans le titre 1^{er} de la même loi, un chapitre VI, libellé comme suit :

De ministers kunnen deze afgevaardigde belasten met iedere opdracht die tot doel heeft de coördinatie te verzekeren tussen de initiatieven genomen door het Instituut, de bevoegde Federale Overheidsdiensten, het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, de Multipartite-structuur betreffende het ziekenhuisbeleid en het Intermutualistisch Agentschap.

De afgevaardigde wordt benoemd door de Koning voor een hernieuwbare termijn van 6 jaar.

Het statuut van die afgevaardigde wordt door de Koning vastgesteld. Zijn wedde en de functioneringskosten inherent aan zijn opdracht zijn ten laste van de begroting van het Instituut.

Deze afgevaardigde wordt in de uitoefening van zijn opdracht bijgestaan door een stuurcomité waarvan de samenstelling en de werkwijze wordt vastgesteld door de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.”

De heer Beke en mevrouw De Schamphelaere stellen voor dit artikel te schrappen (amendement 8, zie stuk 3-1122/2).

Artikel 15 luidt:

Artikel 14 heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2004.

De heer Beke en mevrouw De Schamphelaere stellen voor dit artikel te schrappen (amendement 10, zie stuk 3-1122/2).

Artikel 19 luidt:

In artikel 23 van de wet op de ziekenhuizen gecoördineerd op 7 augustus 1987, gewijzigd bij de wet van 30 december 1988, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in de eerste lid worden de woorden “en met de vereisten van een gezond beheer, alsmede met de vooruitzichten inzake ontwikkeling van de gezondheidsvoorzieningen die zonder direct tot de ziekenhuissector te behoren, van aard zijn de programmatiecriteria ervan te beïnvloeden” vervangen door de woorden “binnen een vast te stellen gebied”.

2° het tweede lid wordt opgeheven.

De heer Beke en mevrouw De Schamphelaere stellen voor dit artikel te schrappen (amendement 11, zie stuk 3-1122/2).

De heer Beke en mevrouw De Schamphelaere hebben amendement 12 ingediend (zie stuk 3-1122/2) dat luidt:

De artikelen 19bis tot 19sexies invoegen, luidende:

“Art. 19bis

Artikel 8, 1^o, van de op 7 augustus 1987 gecoördineerde wet op de ziekenhuizen wordt vervangen als volgt:

“1^o wordt verstaan onder beheerder: de rechtspersoon die het ziekenhuis exploiteert voor zover deze handelt door het orgaan dat bevoegd is om alle handelingen te stellen die nodig zijn of dienstig zijn om het ziekenhuis te exploiteren.”

Art. 19ter

In titel 1 van dezelfde wet wordt een hoofdstuk VI ingevoegd luidende:

« Chapitre VI. Personnel et statut syndical dans les hôpitaux publics et privés.

Art. 17decies. – §1^{er}. Tous les hôpitaux publics relèvent du présent chapitre en ce qui concerne le statut du personnel et le statut syndical. Par hôpitaux publics, il y a lieu d'entendre tous les hôpitaux exploités par une personne morale de droit public et tous les hôpitaux exploités par une personne morale ayant une forme de droit privé, qui sont cependant habilités à prendre des décisions unilatérales contraignantes à l'égard du personnel. Tous les hôpitaux autres que les hôpitaux publics relèvent du champ d'application de la loi du 5 décembre 1968 sur les conventions collectives de travail et les commissions paritaires.

§2. Les membres du personnel d'un hôpital public sont recrutés et employés en vertu du cadre et du statut du personnel arrêtés par le conseil d'administration ou, le cas échéant, le Roi, conformément au présent chapitre.

§3. Un hôpital public peut recruter et employer du personnel en vertu d'un contrat de travail soumis à la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, pour autant que la loi applicable à l'hôpital public le permette et qu'il soit établi, en application de l'article 17decies, que l'emploi est accessible au personnel employé en vertu d'un contrat de travail.

§4. La relation juridique unissant le gestionnaire et le médecin hospitalier, sur la base de laquelle celui-ci accomplit des tâches organisationnelles en plus de ses activités médicales, est censée être qualifiée de la même manière que celle sur la base de laquelle le médecin hospitalier concerné exerce son activité médicale au sein de l'hôpital.

Art. 17undecies. – §1^{er}. Il est constitué dans chaque hôpital public une commission paritaire.

§2. La commission paritaire est compétente en ce qui concerne :

1^o les tâches confiées à la commission paritaire en application de l'article 30, §2, 1^o à 4^o et 6^o, de la loi du 21 mars 1991 portant réforme de certaines entreprises publiques économiques ;

2^o la concertation avec les organisations syndicales représentatives au sujet de la négociation et de la conclusion d'une CCT visée dans la loi du 5 décembre 1968 sur les conventions collectives de travail et les commissions paritaires.

Art. 17duodecies. – Le Roi fixe le nombre des membres de la commission paritaire, sans qu'il puisse dépasser dix-huit, le président non compris. La commission paritaire est présidée par le président du conseil d'administration. Le président dispose d'une voix consultative. La moitié des membres de la commission paritaire est nommée par le conseil d'administration. L'autre moitié est nommée par le conseil d'administration sur avis conforme des organisations syndicales représentatives. Il est nommé un

“Hoofdstuk VI. Het personeel en het syndicaal statuut in openbare en private ziekenhuizen.

Art. 17decies. – §1. Alle openbare ziekenhuizen ressorteren, wat betreft het statuut van het personeel en het syndicaal statuut, onder dit hoofdstuk. Onder openbare ziekenhuizen worden verstaan alle ziekenhuizen geëxploiteerd door een publiekrechtelijke rechtspersoon en alle ziekenhuizen geëxploiteerd door een rechtspersoon met een privaatrechtelijke rechtsvorm, doch die gerechtigd zijn ten opzichte van het personeel eenzijdig bindende beslissingen te nemen. Alle andere ziekenhuizen dan openbare ziekenhuizen ressorteren onder het toepassingsgebied van de wet van 5 december 1968 betreffende de collectieve arbeidsovereenkomsten en de paritaire comités.

§2. De personeelsleden van een openbaar ziekenhuis worden aangeworven en tewerkgesteld krachtens het personeelskader en het personeelsstatuut die door de raad van bestuur of, in voorkomend geval, door de Koning overeenkomstig de bepalingen van dit hoofdstuk worden vastgesteld.

§3. Een openbaar ziekenhuis kan personeelsleden aanwerven en tewerkstellen onder arbeidsovereenkomst, onderworpen aan de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten, voorzover de wet, die op het openbaar ziekenhuis van toepassing is, dit toelaat en voorzover met toepassing van artikel 17decies vaststaat dat de betrekking openstaat voor personeelsleden tewerkgesteld op basis van een arbeidsovereenkomst.

§4. De juridische verhouding tussen de beheerder en de ziekenhuisgeneesheer, op basis waarvan deze organisatorische taken, naast zijn medische activiteiten, uitoefent, wordt vermoed dezelfde kwalificatie te hebben als deze op basis waarvan de betrokken ziekenhuisgeneesheer zijn medische activiteit in het ziekenhuis uitoefent.

Art. 17undecies. – §1. In elk openbaar ziekenhuis wordt een paritair comité opgericht.

§2. Het paritair comité is bevoegd inzake:

1^o de taken zoals die aan het paritair comité zijn toevertrouwd met toepassing van artikel 30, §2, 1^o tot 4^o en 6^o van de wet van 21 maart 1991 betreffende de hervorming van sommige economische overheidsbedrijven;

2^o het overleg tussen de representatieve vakorganisaties wat het onderhandelen over en sluiten van een CAO betreft, zoals bedoeld in de wet van 5 december 1968 betreffende de collectieve arbeidsovereenkomsten en paritaire comités.

Art. 17duodecies. – De Koning bepaalt het aantal leden van het paritair comité zonder dat het meer dan achttien, de voorzitter niet meegerekend, mag bedragen. Het paritair comité wordt voorgezeten door de voorzitter van de raad van bestuur. De voorzitter heeft een raadgevende stem. De helft van de leden van het paritair comité wordt benoemd door de raad van bestuur. De andere helft wordt benoemd door de raad van bestuur op eensluidend advies van de representatieve vakorganisaties. Voor elk lid van het

suppléant pour chaque membre de la commission paritaire.

Art. 17terdecies. – §1^{er}. Toute organisation syndicale siégeant au sein de la commission « hôpitaux publics » et dont le nombre d'affiliés cotisants représente au moins 10% de l'effectif de l'hôpital public concerné, est considérée comme représentative des travailleurs pour siéger dans la commission paritaire de l'hôpital public concerné.

§2. Chaque organisation syndicale représentative propose un nombre de membres proportionnel au nombre de ses affiliés cotisants parmi le nombre total des membres du personnel de l'hôpital public affiliés à une organisation syndicale représentative. Chaque organisation syndicale représentative a droit à un représentant au moins.

§3. Le contrôle de la représentativité des organisations syndicales est exercé par la commission visée à l'article 14, §1^{er}, de la loi du 19 décembre 1974 organisant les relations entre les autorités publiques et les syndicats des agents relevant de ces autorités. Tous les six ans, la commission visée fixe pour chaque organisation syndicale représentative le nombre de membres de la commission paritaire à nommer par l'organisation, conformément au §2.

§4. Pour l'application du présent chapitre, les termes « affilié cotisant », « membre du personnel » et « effectif » s'entendent au sens de l'article 14, §3, de la loi du 19 décembre 1974 organisant les relations entre les autorités publiques et les syndicats des agents relevant de ces autorités.

§5. Le Roi règle les modalités d'application des articles 17undecies à 17terdecies.

Art. 17quaterdecies. – §1^{er}. Il est créé une commission « hôpitaux publics » qui est compétente pour l'ensemble des hôpitaux publics.

La commission « hôpitaux publics » est compétente en ce qui concerne :

1° la négociation et la conclusion de conventions collectives de travail, visées par la loi du 5 décembre 1968 sur les conventions collectives de travail et les commissions paritaires ;

2° toutes les autres missions dévolues à une commission paritaire en vertu de l'article 38 de la loi du 5 décembre 1968 sur les conventions collectives de travail et les commissions paritaires ;

3° toutes les autres missions dévolues à la commission entreprises publiques en vertu de l'article 31 de la loi du 21 mars 1991 portant réforme de certaines entreprises publiques économiques.

§2. À la demande de la commission « hôpitaux publics », le Roi peut instituer une ou plusieurs sous-commissions. Après avis de la commission « hôpitaux publics », Il détermine les personnes et le cadre territorial qui en relèvent.

§3. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en conseil des ministres, les critères d'agrément des organisations syndicales

paritair comité wordt een plaatsvervanger benoemd.

Art. 17terdecies. – §1. Iedere vakorganisatie die zitting heeft in het comité openbare ziekenhuizen en die een aantal bijdrageplichtige leden telt dat tenminste 10% vertegenwoordigt van de personeelssterkte van het betrokken openbaar ziekenhuis, wordt beschouwd als een representatieve vakorganisatie voor werknemers om zitting te hebben in het paritair comité van het desbetreffende openbaar ziekenhuis.

§2. Iedere representatieve vakorganisatie stelt een aantal leden voor in verhouding tot haar aantal bijdrageplichtige leden onder het totaal aantal personeelsleden van het openbaar ziekenhuis die bij een representatieve vakorganisatie zijn aangesloten. Iedere representatieve vakorganisatie heeft recht op minstens één vertegenwoordiger.

§3. De controle op de representativiteit van de vakorganisaties wordt uitgevoerd door de commissie bedoeld in artikel 14, §1, van de wet van 19 december 1974 tot regeling van de betrekkingen tussen de overheid en de vakbonden van haar personeel. Bedoelde commissie stelt om de zes jaar, voor elk van de representatieve vakorganisaties, het aantal leden van het paritair comité vast waarvan de benoeming, overeenkomstig §2 aan die vakorganisatie toekomt.

§4. Voor de toepassing van dit hoofdstuk worden de woorden "bijdrageplichtig lid", "personeelslid" en "personeelssterkte" verstaan zoals vastgesteld krachtens artikel 14, §3, van de wet van 19 december 1974 tot regeling van de betrekkingen tussen de overheid en de vakbonden van haar personeel.

§5. De Koning stelt de nadere toepassingsregels van de artikelen 17undecies tot 17terdecies vast.

Art. 17quaterdecies. – §1. Er wordt een comité openbare ziekenhuizen opgericht, bevoegd voor alle openbare ziekenhuizen.

Het comité openbare ziekenhuizen is bevoegd inzake:

1° het onderhandelen over en sluiten van collectieve arbeidsovereenkomsten zoals bedoeld in de wet van 5 december 1968 betreffende de collectieve arbeidsovereenkomsten en paritaire comités;

2° alle andere taken die aan een paritair comité worden toegekend op basis van artikel 38 van de wet van 5 december 1968 betreffende de collectieve arbeidsovereenkomsten en paritaire comités;

3° alle andere taken die aan het comité overheidsbedrijven worden toegekend op basis van artikel 31 van de wet van 21 maart 1991 betreffende de hervorming van sommige economische overheidsbedrijven.

§2. Op verzoek van het comité openbare ziekenhuizen kan de Koning één of meer subcomités oprichten. Op advies van het comité openbare ziekenhuizen bepaalt Hij welke personen en welk gebied er onder ressorteren.

§3. De Koning stelt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de ministerraad, de criteria voor de erkenning van de

représentatives des employeurs. Pour siéger comme organisation syndicale représentative des employeurs dans la commission « hôpitaux publics », l'organisation syndicale doit être agréée par le Roi en application des critères d'agrément, sur avis du ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Pour siéger comme organisation syndicale représentative des travailleurs dans la commission « hôpitaux publics », l'organisation syndicale doit à la fois :

- 1° exercer son activité sur le plan national ;*
- 2° défendre les intérêts de toutes les catégories du personnel des hôpitaux publics ;*
- 3° être affiliée à une organisation syndicale représentée au Conseil national du travail.*

§4. Le Roi détermine, par arrêté délibéré en conseil des ministres, le nombre de membres pouvant représenter chaque organisation syndicale représentative au sein de la commission « hôpitaux publics » et de chacune des sous-commissions.

Il fixe de la même façon les modalités de désignation des membres effectifs et des membres suppléants.

§5. Les commissions et sous-commissions sont composées :

- 1° d'un président ;*
- 2° d'un nombre égal de représentants des organisations d'employeurs et des organisations syndicales représentatives ;*
- 3° de deux ou plusieurs secrétaires.*

Le Roi nomme les présidents et les vice-présidents parmi les personnes compétentes en matière sociale et indépendantes des intérêts dont la commission « hôpitaux publics » ou les sous-commissions peuvent avoir à connaître.

Le vice-président remplace le président en cas d'empêchement de celui-ci. Si le vice-président est empêché, il est remplacé par un fonctionnaire désigné par le ministre. Dans l'exercice de leur mission, le président et le vice-président se trouvent sous l'autorité du ministre.

§6. Le mandat des membres a une durée de quatre ans. Il peut être renouvelé. Les membres restent en fonction jusqu'à l'installation de leurs successeurs. Le mandat prend fin :

- 1° lorsque la durée du mandat est expirée ;*
- 2° en cas de démission ;*
- 3° lorsque l'organisation qui a présenté l'intéressé demande son remplacement ;*
- 4° lorsque l'intéressé cesse d'appartenir à l'organisation qui l'a présenté ;*
- 5° en cas de décès ;*
- 6° lorsqu'il a atteint l'âge de 65 ans.*

Il est pourvu dans les trois mois au remplacement de tout

representatieve vakorganisaties voor de werkgevers vast. Om als representatieve vakorganisatie voor de werkgevers zitting te kunnen hebben in het comité openbare ziekenhuizen dient de vakorganisatie met toepassing van de erkenningscriteria erkend te zijn door de Koning op advies van de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

Om als representatieve vakorganisatie voor de werknemers zitting te kunnen hebben in het comité openbare ziekenhuizen, dient de vakorganisatie tegelijk:

- 1° zijn bedrijvigheid op nationaal vlak uit te oefenen;*
- 2° de belangen te verdedigen van alle categorieën van het personeel van de openbare ziekenhuizen;*
- 3° aangesloten te zijn bij een vakorganisatie die in de Nationale Arbeidsraad vertegenwoordigd is.*

§4. De Koning bepaalt, bij een in de ministerraad overlegd besluit, het aantal leden waarop elke representatieve vakorganisatie recht heeft in het comité openbare ziekenhuizen en elk van de subcomités.

Hij regelt op dezelfde wijze de wijze waarop de aanwijzing van de gewone en plaatsvervangende leden geschiedt.

§5. De comités en subcomités zijn samengesteld uit:

- 1° een voorzitter;*
- 2° een gelijk aantal vertegenwoordigers van werkgeversorganisaties en van de representatieve vakorganisaties;*
- 3° twee of meer secretarissen.*

De Koning benoemt de voorzitters en ondervoorzitters onder de personen die bevoegd zijn in sociale aangelegenheden en onafhankelijk staan tegenover de belangen waarmee het comité openbare ziekenhuizen of de subcomités openbare ziekenhuizen te maken hebben.

De ondervoorzitter vervangt de voorzitter bij diens verhindering. Is de ondervoorzitter verhinderd, dan wordt hij vervangen door een ambtenaar die door de minister is aangewezen. In de uitoefening van hun opdracht staan de voorzitter en de ondervoorzitter onder het gezag van de minister.

§6. Het mandaat van de leden duurt vier jaar. Het kan worden vernieuwd. De leden blijven in functie totdat hun opvolgers zijn aangesteld. Het mandaat van lid eindigt:

- 1° wanneer de duur van het mandaat is verstreken;*
- 2° in geval van ontslagneming;*
- 3° wanneer de organisatie die de betrokkene heeft voorgedragen om zijn vervanging verzoekt;*
- 4° wanneer de betrokkene geen deel meer uitmaakt van de organisatie die hem heeft voorgedragen;*
- 5° in geval van overlijden;*
- 6° wanneer hij de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt.*

Binnen drie maanden wordt voorzien in de vervanging van

membre dont le mandat a pris fin avant son expiration normale. Dans ce cas, le nouveau membre achève le mandat du membre qu'il remplace.

Les secrétaires sont nommés par le ministre.

Les membres de la commission « hôpitaux publics » ou d'une sous-commission peuvent se faire assister par des conseillers techniques dont le nombre est fixé par le règlement d'ordre intérieur. Le ministre peut, d'initiative ou à la demande de la commission, désigner un ou plusieurs fonctionnaires en qualité de conseillers.

Le Roi fixe les modalités d'octroi et le montant de l'indemnité à allouer aux présidents, vice-présidents, membres et secrétaires de la commission paritaire des hôpitaux publics et des sous-commissions.

La commission paritaire des hôpitaux publics et les sous-commissions ne délibèrent valablement que si la moitié au moins des membres effectifs ou suppléants représentant les employeurs et la moitié des membres effectifs ou suppléants représentant les travailleurs sont présents.

Les décisions sont prises à l'unanimité des membres présents ayant voix délibérative.

Les membres suppléants ne peuvent siéger qu'en remplacement des membres effectifs empêchés.

Le Roi détermine le fonctionnement de la commission « hôpitaux publics » et des sous-commissions. Le ministre surveille l'activité de la commission « hôpitaux publics » et des sous-commissions.

Art. 17quinquiesdecies. – Sans préjudice des dispositions de la présente loi, la loi du 5 décembre 1968 sur les conventions collectives de travail et les commissions paritaires est d'application en ce qui concerne la définition de la notion et le contenu des conventions collectives de travail conclues au sein de la commission paritaire d'un hôpital public ou de la commission « hôpitaux publics », ainsi que la procédure de conclusion ou de dénonciation de ces conventions collectives de travail, leur force obligatoire, la manière dont elles sont conclues au sein de la commission « hôpitaux publics » et la manière dont elles sont rendues obligatoires.

Pour l'application de la loi du 5 décembre 1968 sur les conventions collectives de travail et les commissions paritaires, la convention collective de travail conclue au sein d'une commission paritaire d'un hôpital public doit être considérée comme une convention conclue en dehors d'un organe paritaire. Pour l'application de la loi sur les conventions collectives de travail, la convention collective de travail conclue au sein de la commission « hôpitaux publics » ou d'une de ses sous-commissions doit être considérée comme une convention conclue au sein d'une commission paritaire ou d'une sous-commission paritaire.

Art. 17sexiesdecies. – La hiérarchie des sources des obligations dans les relations de travail entre les hôpitaux publics et les membres de leur personnel occupés sur la base d'un contrat de travail, s'établit comme suit :

elk lid wiens mandaat een einde heeft genomen vóór het normaal verstreken is. In dat geval voltooit het nieuwe lid het mandaat van het lid dat hij vervangt.

De minister benoemt de secretarissen.

De leden van een comité openbare ziekenhuizen of subcomité mogen zich doen bijstaan door technische raadgevers, wiens aantal door het huishoudelijk reglement wordt vastgesteld. De minister kan op eigen initiatief of op verzoek van het comité, één of meer ambtenaren als adviseur aanwijzen.

De Koning bepaalt de toekenningsvoorwaarden en het bedrag van de vergoeding die worden toegekend aan de voorzitters, ondervoorzitters, leden en secretarissen van het paritair comité openbare ziekenhuizen en de subcomités.

Het paritair comité openbare ziekenhuizen en de subcomités beraadslagen en beslissen alleen dan geldig, wanneer ten minste de helft van de gewone of plaatsvervangende leden die de werkgevers vertegenwoordigen, en de helft van de gewone of plaatsvervangende leden die werknemers vertegenwoordigen, aanwezig zijn.

De beslissingen worden genomen bij eenparigheid van stemmen van de aanwezige stemgerechtigde leden.

De plaatsvervangende leden kunnen alleen zitting hebben ter vervanging van de gewone leden, die verhinderd zijn.

De Koning bepaalt de werkwijze van het comité openbare ziekenhuizen en de subcomités. De minister houdt toezicht op de werking van het comité openbare ziekenhuizen en de subcomités.

Artikel 17quinquiesdecies. – Onverminderd datgene wat in deze wet is bepaald, is de wet van 5 december 1968 betreffende de collectieve arbeidsovereenkomsten en de paritaire comités, van toepassing wat betreft de begripsomschrijving en de inhoud van de collectieve arbeidsovereenkomsten gesloten in het paritair comité van een openbaar ziekenhuis of het comité openbare ziekenhuizen alsook de wijze waarop deze collectieve arbeidsovereenkomsten worden aangegaan of worden beëindigd, hun bindende kracht, de wijze waarop ze in het comité openbare ziekenhuizen worden gesloten en de wijze waarop ze algemeen bindend worden verklaard.

Voor de toepassing van de wet van 5 december 1968 betreffende de collectieve arbeidsovereenkomsten en de paritaire comités, moet de collectieve arbeidsovereenkomst, gesloten in het paritair comité van een openbaar ziekenhuis, beschouwd worden als een overeenkomst gesloten buiten een paritair orgaan. De collectieve arbeidsovereenkomst gesloten in het comité openbare ziekenhuizen of een subcomité ervan moet voor de toepassing van de wet op de collectieve arbeidsovereenkomsten beschouwd worden als een overeenkomst gesloten in een paritair comité of in een paritair subcomité.

Art. 17sexiesdecies. – De hiërarchie van de bronnen der verbintenissen in de arbeidsbetrekkingen tussen openbare ziekenhuizen en hun personeelsleden die op basis van een arbeidsovereenkomst werden tewerkgesteld, is als volgt

1° la loi dans ses dispositions impératives ;

2° les conventions collectives de travail rendues obligatoires, selon l'ordre suivant :

– les conventions collectives conclues au sein de la commission « hôpitaux publics » ;

les conventions collectives conclues au sein d'une sous-commission de la commission paritaire « hôpitaux publics » ;

3° les conventions collectives de travail non rendues obligatoires, lorsque l'employeur est signataire ou est affilié à une organisation signataire d'une de ces conventions ;

4° les conventions conclues au sein de la commission paritaire de l'hôpital public ;

5° la convention individuelle écrite ;

6° le règlement de travail ;

7° la loi dans ses dispositions supplétives ;

8° les conventions individuelles verbales ;

9° l'usage.

Art. 17septiesdecies. – Sans préjudice des dispositions de la présente loi, le chapitre VIII de la loi du 21 mars 1991 portant réforme de certaines entreprises publiques économiques est d'application en ce qui concerne le statut du personnel et le statut syndical au sein de l'hôpital public, celui-ci étant assimilé à une entreprise publique autonome.

La commission « hôpitaux publics » est ainsi assimilée à la commission « entreprises publiques ».

Art. 17octiesdecies. – Les relations entre un hôpital public et les organisations syndicales représentatives de son personnel sont réglées par le statut syndical fixé par le conseil d'administration ou, le cas échéant, par la commission paritaire « hôpitaux publics ».

Nonobstant toutes dispositions contraires, le statut syndical lie tous les employeurs et travailleurs concernés. »

Art. 19quater

Dans l'article 70bis, §1^{er}, alinéa 2, de la même loi, inséré par l'arrêté royal du 25 avril 1997, avant les 1° à 5°, qui deviennent respectivement les 2° à 6°, est inséré un 1°, libellé comme suit :

« 1° l'hôpital doit être exploité par une personne morale au sein de laquelle il y a lieu de distinguer les organes suivants dont les compétences sont énoncées ci-après :

– une assemblée générale : elle veille à la réalisation des objectifs de la personne morale, en particulier de l'hôpital exploité par celle-ci, et approuve les budget et compte ;

– un conseil d'administration, dénommé, le cas échéant, conseil de gestion : celui-ci est habilité à accomplir tous les

vastgesteld:

1° de dwingende bepalingen van de wet;

2° de algemeen verbindend verklaarde collectieve arbeidsovereenkomsten in de volgende orde:

– de overeenkomsten gesloten in het comité openbare ziekenhuizen;

– de overeenkomsten gesloten in een subcomité van het paritair comité openbare ziekenhuizen;

3° de niet algemeen bindend verklaarde collectieve arbeidsovereenkomsten, wanneer de werkgever de overeenkomst ondertekend heeft of aangesloten is bij een organisatie die deze overeenkomsten heeft ondertekend;

4° de overeenkomsten gesloten in het paritair comité van het openbaar ziekenhuis;

5° de geschreven individuele overeenkomst;

6° het arbeidsreglement;

7° de aanvullende bepalingen van de wet;

8° de mondelinge individuele overeenkomsten;

9° het gebruik.

Art. 17septiesdecies. – Onverminderd datgene wat in deze wet is bepaald, is met betrekking tot het statuut van het personeel en het syndicaal statuut in het openbare ziekenhuis, hoofdstuk VIII van de wet van 21 maart 1991 betreffende de hervorming van sommige economische overheidsbedrijven van toepassing, waarbij het openbaar ziekenhuis wordt gelijkgesteld met een autonoom overheidsbedrijf.

Het comité openbare ziekenhuizen wordt daarbij gelijkgesteld met het comité overheidsbedrijven.

Art. 17octiesdecies. – De betrekkingen tussen een openbaar ziekenhuis en de representatieve vakorganisaties van zijn personeel worden geregeld in het syndicaal statuut dat door de raad van bestuur of, in voorkomend geval, door het paritair comité openbare ziekenhuizen, wordt vastgesteld.

Niettegenstaande andersluidende bepalingen, bindt het syndicaal statuut alle betrokken werkgevers en werknemers.”

Art. 19quater

In artikel 70bis, §1, tweede lid van dezelfde wet, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 1997, wordt vóór de punten 1° tot 5°, die respectievelijk de punten 2° tot 6° worden, het volgende punt 1° ingevoegd:

“1° het ziekenhuis geëxploiteerd worden door een rechtspersoon waarin de volgende organen, met de hierna vermelde bevoegdheden, te onderscheiden zijn:

– een algemene vergadering: deze waakt over de realisatie van de doelstellingen van de rechtspersoon, meer bepaald van het ziekenhuis dat door de rechtspersoon wordt geëxploiteerd, en keurt de begroting en de rekening goed;

– een raad van bestuur, desgevallend raad van beheer genoemd: deze is bevoegd om alle handelingen te

actes nécessaires ou utiles à l'exploitation de l'hôpital. »

Art. 19quinquies

Les articles 109 et 110 de la même loi sont remplacés par un article 109, libellé comme suit :

« Art. 109. – Les hôpitaux peuvent conclure, avec une ou plusieurs communes, ou un ou plusieurs CPAS, des accords concernant la contribution apportée par ces administrations publiques à l'amortissement du déficit d'exploitation de l'hôpital public.

Le Roi peut fixer les modalités d'application de cet article. »

CHAPITRE 4

Entrée en vigueur

Art. 19sexies

Les articles 19bis à 19quater entrent en vigueur à une date à fixer par le Roi, et au plus tard le 1^{er} janvier 2005.

L'article 19quinquies entre en vigueur le 1^{er} janvier de la quatrième année suivant celle au cours de laquelle la présente loi aura été publiée au Moniteur belge. »

L'article 21 est ainsi libellé :

L'article 41 de la même loi, remplacé par la loi du 14 janvier 2002, est complété par l'alinéa suivant :

« Les critères de programmation visés à l'alinéa 2 sont ceux visés aux articles 23 et 24. ».

M. Beke et Mme De Schamphelaere proposent de supprimer cet article (amendement n° 13, voir document 3-1122/2).

L'article 24 est ainsi libellé :

À l'article 75bis de la même loi, inséré par la loi du 14 janvier 2002, sont apportées les modifications suivantes :

1° l'article est complété par un alinéa 3 libellé comme suit :

« Les agréments et autorisations visés aux alinéas 1^{er} et 2 ne sont opposables au ministre et à l'Institut visés à l'alinéa 1^{er}, qu'à partir de la date de la réception de la communication par le ministre. » ;

2° l'article est complété par un alinéa 4, libellé comme suit :

Le Roi peut, jusqu'au 30 avril 2007, prévoir des exceptions à l'alinéa 3 pour les appareils, les services hospitaliers, les fonctions hospitalières, les sections hospitalières, les services médicaux et médico-techniques et les programmes de soins qu'Il désigne. ».

À cet article, M. Beke et Mme De Schamphelaere proposent l'amendement n° 14 (voir document 3-1122/2) ainsi libellé :

Faire précéder le texte proposé au 2° de l'article 75bis proposé par les mots « Après avoir entendu le Conseil national des établissements hospitaliers, ».

verrichten die nodig of dienstig zijn om het ziekenhuis te exploiteren.»

Art. 19quinquies

De artikelen 109 en 110 van dezelfde wet, worden vervangen door een artikel 109 luidende:

“Art. 109. – Ziekenhuizen kunnen met een of meer gemeenten, of OCMW's, overeenkomsten sluiten met betrekking tot de bijdrage van deze openbare besturen tot delging van het exploitatietekort van het openbaar ziekenhuis.

De Koning kan voor de toepassing van dit artikel nadere regelen bepalen.”

HOOFDSTUK 4

Inwerkingtreding

Art. 19sexies

De artikelen 19bis tot en met 19quater treden in werking op de door de Koning te bepalen datum, en uiterlijk op 1 januari 2005.

Artikel 19quinquies treedt in werking op de eerste januari van het vierde jaar na dat waarin deze wet is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.”

Artikel 21 luidt:

Artikel 41 van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 14 januari 2002, wordt aangevuld met het volgende lid:

“De in het tweede lid bedoelde programmatiecriteria zijn deze bedoeld in de artikelen 23 en 24.”.

De heer Beke en mevrouw De Schamphelaere stellen voor dit artikel te schrappen (amendement 13, zie stuk 3-1122/2).

Artikel 24 luidt:

Aan artikel 75bis van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 14 januari 2002, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het artikel wordt aangevuld met een derde lid, luidende:

“De in het eerste en tweede lid bedoelde erkenningen en toelatingen zijn slechts tegenstelbaar aan de minister en het Rijksinstituut, bedoeld in het eerste lid, vanaf de datum waarop de minister hiervan kennis neemt.”;

2° het artikel wordt aangevuld met een vierde lid, luidend als volgt:

“De Koning kan tot 30 april 2007 uitzonderingen bepalen op het derde lid voor de toestellen, ziekenhuisdiensten, ziekenhuisfuncties, ziekenhuisafdelingen, medische en medisch-technische diensten en zorgprogramma's die Hij aanwijst.”.

Op dit artikel hebben de heer Beke en mevrouw De Schamphelaere amendement 14 ingediend (zie stuk 3-1122/2) dat luidt:

In het sub 2° voorgestelde vierde lid van het ontworpen artikel 75bis, tussen de woorden “De Koning kan” en de woorden “tot 30 april 2007” de zinsnede “, na de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen gehoord,” invoegen.

L'article 30 est ainsi libellé :

L'article 107ter de la même loi, inséré par la loi du 21 décembre 1994, est remplacé par la disposition suivante :

« Le Roi peut fixer des règles et des conditions spécifiques pour l'application des dispositions de ce chapitre vis-à-vis des associations d'hôpitaux, comme mentionné à l'article 87, alinéas 2 et 3. »

À cet article, M. Beke et Mme De Schamphelaere proposent l'amendement n° 15 (voir document 3-1122/2) ainsi libellé :

Dans le texte proposé de l'article 107ter, entre les mots « Le Roi peut » et les mots « fixer des règles », insérer les mots « , après avis de la Structure multipartite, ».

L'article 31 est ainsi libellé :

L'article 107quater, de la même loi, inséré par la loi du 22 août 2002 et partiellement annulé par l'arrêt de la Cour d'Arbitrage n° 49/2004 du 24 mars 2004 est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 107quater. – §1^{er}. Il ne peut être réclamé de contribution forfaitaire aux patients qui se présentent dans une unité de soins d'urgence d'un hôpital.

§2. Par dérogation au §1^{er}, une contribution forfaitaire qui se monte à 9,50 euros pour les assurés ordinaires et 4,75 euros pour les bénéficiaires de l'intervention majorée est demandée aux patients visés, jusqu'à une date à fixer par le Roi, pour autant que leur trajet de soins n'intègre pas une des situations suivantes :

1° le patient est amené dans une unité de soins d'urgence en application de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente, ou par les services de police ;

2° le patient est admis à l'hôpital via l'unité de soins d'urgences pour au moins une nuit ou en hospitalisation de jour telle que définie en exécution de l'article 90, §3, ou s'il reste en observation pendant au moins 12 heures ;

3° le patient est référé vers l'unité de soins d'urgence par un médecin ;

4° la consultation débute entre minuit et 6 heures du matin ;

5° il s'agit d'un traitement médical pour lequel le pseudocode 0761036 est d'application.

Chaque mois, les hôpitaux transmettent aux organismes assureurs, visés à l'article 2, i., de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, chaque perception visée à l'alinéa 1^{er} du mois écoulé, et ce, conformément aux modalités fixées par le Comité de l'assurance soins de santé, visé à l'article 21 de la même loi. »

À cet article, M. Beke et Mme De Schamphelaere proposent l'amendement n° 16 (voir document 3-1122/2) ainsi libellé :

Artikel 30 luidt:

Artikel 107ter van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 21 december 1994, wordt vervangen door de volgende bepaling:

“De Koning kan specifieke voorwaarden en regelen bepalen voor de toepassing van de bepalingen van dit hoofdstuk ten aanzien van associaties van ziekenhuizen, zoals bedoeld in artikel 87, tweede en derde lid.”

Op dit artikel hebben de heer Beke en mevrouw De Schamphelaere amendement 15 ingediend (zie stuk 3-1122/2) dat luidt:

In het ontworpen artikel 107ter tussen de woorden “De Koning kan” en de woorden “specifieke voorwaarden” de woorden “na advies door de Multipartite” invoegen.

Artikel 31 luidt:

Artikel 107quater, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet 22 augustus 2002 en gedeeltelijk vernietigd bij arrest nr. 49/2004 van het Arbitragehof van 24 maart wordt vervangen als volgt:

“Art. 107quater. – §1. Er mag geen forfaitaire bijdrage gevorderd worden ten aanzien van patiënten die zich aanmelden in een eenheid voor spoedgevallenzorg van een ziekenhuis.

§2. In afwijking van §1, wordt, ten aanzien van bedoelde patiënten een forfaitaire bijdrage gevorderd van 9,50 euro voor de gewone verzekerden en 4,75 euro voor rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, tot op een door de Koning te bepalen datum, voor zover hun zorgtraject niet één van de volgende situaties omvat:

1° de patiënt wordt in de eenheid voor spoedgevallenzorg binnengebracht in toepassing van de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening, of door de politiediensten;

2° de patiënt wordt via de eenheid voor spoedgevallenzorg opgenomen in het ziekenhuis voor ten minste één nacht of in daghospitalisatie zoals deze in uitvoering van artikel 90, §3, wordt omschreven, of er gedurende ten minste 12 uren ter observatie blijft;

3° de patiënt wordt naar de eenheid voor spoedgevallenzorg doorverwezen door een arts;

4° de raadpleging neemt een aanvang tussen middernacht en 6 uur 's morgens;

5° het betreft een medische behandeling waarvoor de pseudocode 0761036 van toepassing is.

De ziekenhuizen delen maandelijks aan de verzekeringsinstellingen, bedoeld in artikel 2, i., van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, elke in het eerste lid bedoelde inning van de afgelopen maand mede, en dit overeenkomstig de regels vastgesteld door Comité van de verzekering geneeskundige verzorging, bedoeld in artikel 21 van dezelfde wet.”

Op dit artikel hebben de heer Beke en mevrouw De Schamphelaere amendement 16 ingediend (zie

Au §2 de l'article 107^{quater} en projet, supprimer le 4°.

M. Beke et Mme De Schamphelaere proposent l'amendement n° 17 (voir document 3-1122/2) ainsi libellé :

Insérer un article 32bis, libellé comme suit :

« Art. 32bis. – À l'article 138 de la même loi sont apportées les modifications suivantes :

A. Le §2, alinéa 2, est remplacé par l'alinéa suivant :

« Les médecins visés à l'alinéa 1^{er} ne peuvent appliquer, à l'égard des patients visés au §1^{er}, alinéas 1^{er} et 2, des tarifs s'écartant des tarifs de l'accord » ;

B. Le §4, alinéa 1^{er}, est remplacé par l'alinéa suivant :

« Au cas où un accord tel que visé à l'article 50 de la loi précitée du 14 juillet 1994 n'est pas en vigueur, les médecins ne peuvent appliquer, à l'égard des patients visés au §1^{er}, alinéas 1^{er} et 2, des tarifs qui s'écartent des tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance. » ;

C. Le §5 est remplacé par la disposition suivante :

« §5. Les médecins visés aux §1^{er} et 2 peuvent, sans préjudice du §1^{er}, alinéa 2, appliquer, à l'égard des patients admis en chambre individuelle, un supplément d'honoraires pour autant que des suppléments d'honoraires maximaux soient fixés par la réglementation générale visée à l'article 130 avec mention du montant maximum et des pourcentages maxima, conformément aux alinéas 2, 3 et 4, qui sont pratiqués dans l'hôpital concerné. En outre, ce supplément d'honoraires ne peut être appliqué qu'après dépôt d'une copie de la réglementation générale auprès de la Commission paritaire de la Santé publique et auprès du fonctionnaire dirigeant de l'INAMI, qui en transmet une copie aux organismes assureurs.

Les suppléments d'honoraires fixés pour les patients admis dans une chambre visée à l'alinéa 1^{er} ne peuvent être supérieurs à 200% des tarifs de l'accord s'ils sont réclamés par le médecin hospitalier traitant. Par médecin hospitalier traitant, il y a lieu d'entendre celui qui est responsable de l'admission et qui rédige la lettre de sortie. Tout autre médecin hospitalier peut réclamer au maximum 100% des tarifs de l'accord au titre de supplément d'honoraires.

En outre, la somme des suppléments d'honoraires fixés ne peut, par admission d'un mois, excéder 1.000 euros. Le supplément d'honoraires réclamé par le médecin hospitalier prime les suppléments qui sont réclamés par tout autre médecin hospitalier.

Tout hôpital peut prévoir, dans sa réglementation générale, un supplément d'honoraires d'un montant inférieur mais pas d'un montant supérieur. ».

L'article 58 est ainsi libellé :

stuk 3-1122/2) dat luidt:

In §2 van het ontworpen artikel 107^{quater}, het 4° doen vervallen.

De heer Beke en mevrouw De Schamphelaere heeft amendement 17 ingediend (zie stuk 3-1122/2) dat luidt:

Een artikel 32bis invoegen, luidend als volgt:

“Art. 32bis. – In artikel 138 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

A. §2, tweede lid, wordt vervangen als volgt:

“De in het eerste lid bedoelde geneesheren, kunnen ten aanzien van de in §1, eerste en tweede lid, bedoelde patiënten geen tarieven aanrekenen die afwijken van de verbintenistarieven.”;

B. §4, eerste lid, wordt vervangen als volgt:

“Indien er geen akkoord, zoals bedoeld in artikel 50 van voornoemde wet van 14 juli 1994, van kracht is, kunnen de geneesheren ten aanzien van de in §1, eerste en tweede lid, bedoelde patiënten geen tarieven aanrekenen die afwijken van de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming.”;

C. §5 wordt vervangen als volgt:

“§5. De in §1 en §2 bedoelde geneesheren, kunnen ten aanzien van de patiënten die worden opgenomen in een individuele kamer, onverminderd §1, tweede lid, een honorariumsupplement aanrekenen voor zover ter zake in de algemene regeling, bedoeld in artikel 130, maximum honorariumsupplementen zijn vastgesteld aangerekend worden na neerlegging van een afschrift van de algemene regeling bij de Paritaire Commissie Volksgezondheid en bij de leidend ambtenaar van het RIZIV, dewelke een kopie bezorgt aan de verzekeringsinstellingen.

De vastgestelde honorariumsupplementen voor patiënten opgenomen in een kamer zoals bepaald in het eerste lid, mogen niet meer bedragen dan 200% van de verbintenistarieven indien deze worden gevraagd door de behandelende ziekenhuisgeneesheer. Onder behandelende ziekenhuisgeneesheer dient te worden verstaan: diegene die verantwoordelijk is voor de opname en de ontslagbrief schrijft. Elke andere ziekenhuisgeneesheer mag maximaal 100% van de verbintenistarieven vragen als honorariumsupplement.

Bovendien mag de som van de vastgestelde honorariumsupplementen, per opnameperiode van een maand, het bedrag van 1.000 euro niet overschrijden. Het honorariumsupplement dat wordt gevraagd door de behandelende ziekenhuisgeneesheer primeert op de supplementen die worden gevraagd door elke andere ziekenhuisgeneesheer.

Ieder ziekenhuis mag in haar algemene regeling een lager honorariumsupplement opnemen doch geen hoger.”.

Artikel 58 luidt:

§1^{er}. Aux fins de concrétiser l'objectif budgétaire global 2005 dans l'assurance soins de santé, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, prendre les mesures visées dans cet article.

Ces mesures doivent produire leurs effets dans le courant de l'année 2005.

§2 Par dérogation aux procédures visées dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, prendre des mesures visant à :

1° combattre toute forme d'usage inadéquat et abus et à garantir un contrôle efficace des dépenses, dans et en dehors des établissements de soins ;

2° adapter l'intervention de l'assurance et les conditions d'octroi ainsi que les montants qui servent de base pour le calcul de l'intervention de l'assurance pour les prestations de santé visées à l'article 34 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

À cet effet, Il peut prendre toute mesure utile et apporter à la loi précitée toute modification utile en vue de la réalisation des économies nécessaires afin :

1° d'adapter les règles relatives à l'établissement du budget des soins de santé et relatives aux mécanismes de correction ;

2° d'adapter les règles relatives au budget global des prestations octroyées aux bénéficiaires dans un hôpital ;

3° de modifier la nomenclature des prestations de santé par dérogation aux conditions fixées à l'article 35, §2, de la loi précitée du 14 juillet 1994 ;

4° d'adapter les dispositions en matière de maximum à facturer fixé sur la base des revenus du ménage des bénéficiaires et exécutées soit par les organismes assureurs, soit par l'Administration de la Fiscalité des entreprises et des revenus ;

5° de renforcer les missions et le rôle de la Commission de contrôle budgétaire et la fonction de conseiller budgétaire et financier ;

6° de préciser et d'adapter les missions et la composition des organes consultatifs de la rééducation fonctionnelle et des commissions de profils ;

7° de modifier les interventions personnelles pour les visites et consultations des médecins généralistes et des médecins spécialistes par dérogation à la procédure fixée à l'article 36 de la loi précitée du 14 juillet 1994 ;

8° de simplifier les procédures de modification des listes visées à l'article 35^{bis} et à l'article 35^{ter} de la loi précitée du 14 juillet 1994 ;

9° de modifier les conditions et les règles suivant lesquelles un avantage est accordé à certains médecins s'ils répondent

§1. Teneinde de globale begrotingsdoelstelling 2005 in de verzekering geneeskundige verzorging te realiseren kan de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad de in dit artikel bedoelde maatregelen nemen

Deze maatregelen dienen ingang te vinden in de loop van het jaar 2005.

§2 In afwijking van de procedures bedoeld in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, kan de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad maatregelen nemen om:

1° alle vormen van oneigenlijk gebruik en misbruik te bestrijden, en een efficiënte controle van de uitgaven te waarborgen, in en buiten de verzorgingsinstellingen;

2° de tussenkomst van de verzekering en de toekeningsvoorwaarden en de bedragen die als basis dienen voor de berekening van de verzekeringstussenkomst voor de in artikel 34 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 bedoelde geneeskundige verstrekkingen aan te passen.

Hiertoe kan Hij alle nuttige maatregelen nemen en aan voornoemde wet alle nuttige wijzigingen aanbrengen met het oog op het doorvoeren van de noodzakelijke besparingen ten einde:

1° de regelen met betrekking tot het opmaken van de begroting geneeskundige verzorging en met betrekking tot de correctiemechanismen aan te passen;

2° de regelen met betrekking tot het globaal budget van verstrekkingen verleend aan rechthebbenden in een ziekenhuis aan te passen;

3° de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen te wijzigen in afwijking van de in artikel 35, §2, van voornoemde wet van 14 juli 1994 gestelde voorwaarden;

4° de bepalingen inzake de maximumfactuur vastgesteld op grond van het gezinsinkomen van de rechthebbenden en uitgevoerd hetzij door de verzekeringsinstellingen hetzij door de Administratie van Ondernemings- en inkomensfiscaliteit aan te passen;

5° de opdrachten en de rol van de Commissie voor Begrotingscontrole en de functie van de begrotings- en financieel adviseur te versterken;

6° de opdrachten en de samenstelling van de adviesorganen inzake revalidatie en van de profielcommissies te verduidelijken en aan te passen;

7° de persoonlijke aandelen te wijzigen voor de bezoeken en raadplegingen van algemeen geneeskundigen en van geneesheren specialisten in afwijking van de procedure vastgesteld in artikel 36 van voornoemde wet van 14 juli 1994;

8° de procedures voor het wijzigen van de lijsten bedoeld in artikel 35^{bis} en artikel 35^{ter} van voornoemde wet van 14 juli 1994 te vereenvoudigen;

9° de voorwaarden en de regels waarbij aan sommige geneesheren een voordeel wordt toegekend indien zij

aux exigences de qualité et de quantité en matière de pratique médicale, par dérogation à la procédure fixée à l'article 36bis de la loi précitée du 14 juillet 1994 ;

10° d'adapter les règles relatives aux données et aux documents qui doivent être transmis à l'Institut par les dispensateurs, par les offices de tarification et par les organismes assureurs ;

11° d'adapter les dispositions relatives à la réduction de l'intervention de l'assurance due par les pharmaciens, visée à l'article 165, dernier alinéa, et aux cotisations à charge des firmes pharmaceutiques, visées à l'article 191 de la loi précitée du 14 juillet 1994 ;

12° adapter la procédure de fixation des recommandations et des indicateurs visée à l'article 73, §2, de la loi précitée du 14 juillet 1994 ;

13° modifier les délais de prescription visés, à l'article 174 de la loi précitée.

§3. Par dérogation à la loi précitée du 14 juillet 1994 et à la loi du 25 avril 1963 sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale, pour la période du 1^{er} avril 2005 au 31 décembre 2005, les avis et propositions qui doivent obligatoirement être recueillis ou formulés, doivent être émis dans le délai fixé par le ministre, qui ne peut pas être inférieur à une période de huit jours. Si la proposition n'est pas formulée ou si l'avis n'est pas émis dans le délai fixé, ils sont considérés comme ayant été donnés.

§4. Les arrêtés pris en vertu du présent article peuvent abroger, compléter, modifier ou remplacer les dispositions légales en vigueur qui concernent l'assurance obligatoire soins de santé ou les établissements de soins.

§5. Les arrêtés pris en vertu du présent article peuvent compléter, modifier ou remplacer les conventions visées à l'article 23, §3, de la loi précitée du 14 juillet 1994.

§6. Les arrêtés visés au §2 sont communiqués, en vue de leur publication au Moniteur belge aux présidents de la Chambre des représentants et du Sénat.

§7. L'habilitation conférée au Roi par le présent article entre en vigueur le 1^{er} avril 2005 et prend fin le 31 décembre 2005.

§8. Les arrêtés pris en vertu du présent article cesseront de produire leurs effets le 31 décembre 2006, lorsqu'ils n'ont pas été confirmés par le législateur avant cette date.

À cet article, M. Beke et Mme De Schamphelaere proposent l'amendement n° 18 (voir document 3-1122/2) ainsi libellé :

Compléter l'alinéa 1^{er} du §1^{er} de cet article comme suit :

« La commission de Contrôle budgétaire de l'INAMI calcule le montant des économies prévues pour chacune des mesures proposées, et vérifie si ces dernières sont nécessaires pour atteindre l'objectif budgétaire 2005 dans

beantwoorden aan de kwalitatieve of kwantitatieve vereisten van medische praktijkvoering te wijzigen in afwijking van de procedure vastgesteld in artikel 36bis van voornoemde wet van 14 juli 1994;

10° de regels met betrekking tot de gegevens en bescheiden die door de verstrekkers door de tarifieringsdiensten en door de verzekeringsinstellingen aan het Instituut moeten worden overgezonden aan te passen;

11° de bepalingen met betrekking tot de in artikel 165, laatste lid, bedoelde vermindering van de verzekeringstegemoetkoming verschuldigd door de apothekers en de in artikel 191 van voornoemde wet van 14 juli 1994 bedoelde heffingen ten laste van farmaceutische firma's aanpassen;

12° de procedure voor het vaststellen van aanbevelingen en indicatoren bedoeld in artikel 73, §2, van voornoemde wet van 14 juli 1994 aan te passen;

13° de verjaringstermijnen bedoeld in artikel 174 van voornoemde wet te wijzigen.

§3. In afwijking van voornoemde wet van 14 juli 1994 en van de wet van 25 april 1963 betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale verzorging dienen voor de periode van 1 april 2005 tot 31 december 2005 de adviezen en voorstellen die verplichtend moeten worden ingewonnen of moeten worden geformuleerd uitgebracht worden binnen de door de minister vastgestelde termijn, die niet korter mag zijn dan een periode van acht dagen. Wordt het voorstel niet geformuleerd of het advies niet uitgebracht binnen de vastgestelde periode, worden ze geacht gegeven te zijn.

§4. De besluiten genomen krachtens dit artikel kunnen de van kracht zijnde wettelijke bepalingen met betrekking tot de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en met betrekking tot de verzorgingsinstellingen opheffen, aanvullen, wijzigen of vervangen.

§5. De besluiten genomen krachtens dit artikel kunnen de overeenkomsten bedoeld in artikel 23, §3, van voornoemde wet van 14 juli 1994 aanvullen, wijzigen of vervangen.

§6. De in §2 bedoelde besluiten worden voor hun bekendmaking in het Belgisch Staatsblad, medegedeeld aan de voorzitters van de Kamer van volksvertegenwoordigers en van de Senaat.

§7. De door dit artikel aan de Koning verleende machtiging treedt in werking op 1 april 2005 en vervalt op 31 december 2005.

§8. De besluiten genomen krachtens deze bepaling treden buiten werking op 31 december 2006 indien ze niet door de wetgever zijn bekrachtigd vóór die datum.

Op dit artikel hebben de heer Beke en mevrouw De Schamphelaere amendement 18 ingediend (zie stuk 3-1122/2 dat luidt:

In §1 van dit artikel, het eerste lid aanvullen als volgt:

«De commissie voor Begrotingscontrole van het RIZIV berekent voor elk van de voorgestelde maatregelen het bedrag van de voorziene besparingen en verifieert of deze noodzakelijk zijn om de begrotingsdoelstelling 2005 in de

le secteur de l'assurance soins de santé. La commission précitée rend un avis au Roi dans les quinze jours. »

Au même article, M. Beke et Mme De Schamphelaere proposent l'amendement n° 19 (voir document 3-1122/2) ainsi libellé :

Au §7 de cet article, remplacer le mot « avril » par le mot « mai ».

À ce même article, M. Beke et Mme De Schamphelaere proposent également l'amendement n° 20 (voir document 3-1122/2) ainsi libellé :

Remplacer le §8 de cet article par le texte suivant :

« §8. Tous les arrêtés pris en vertu des dispositions du présent article ne peuvent entrer en vigueur qu'après avoir été confirmés par une loi. »

M. Wouter Beke (CD&V). – *Je déplore de ne pas avoir reçu de réponse à mes questions concernant les 22 mesures. J'essaierai d'y voir clair la semaine prochaine par une demande d'explications.*

Mon premier amendement vise à introduire un article 8bis pour permettre à la commission des profils de travailler plus efficacement.

Notre deuxième amendement vise à supprimer l'article 13. Un conseiller supplémentaire n'est en effet pas nécessaire. Il faut rationaliser et non étendre les structures existantes.

L'amendement à l'article 15 est technique : cet article fait référence à une date déjà citée dans l'article précédent.

L'amendement suivant vise à supprimer l'article 19. J'en ai présenté l'argumentation.

L'amendement n° 12 vise à harmoniser les conditions d'exploitation des hôpitaux ainsi que les normes d'agrément, le financement et les conditions de travail. La collaboration entre hôpitaux publics et privés pourra ainsi mieux être organisée.

L'amendement suivant concerne la programmation. Nous voulons supprimer l'article 21 car la programmation qu'il propose est dépassée et est en totale contradiction avec le financement de la pathologie et le financement budgétaire de hôpitaux.

Les amendements 14 et 15 concernent les articles 24 et 30. Nous estimons que les organes doivent être associés au processus décisionnel.

Nous souhaitons aussi supprimer le quatrième paragraphe de l'article 31 car nous ne voyons pas l'utilité d'élargir l'accès aux services des urgences après 21 heures.

L'article 32bis (nouveau) vise à modifier les suppléments d'honoraires. Cet amendement empêche la facturation de suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation en chambre commune et en chambre de deux patients. Seuls les séjours en chambre particulière peuvent donner lieu à des suppléments d'honoraires sauf si le patient y est admis pour un motif fondé.

verzekeringsgeneeskundige verzorging te realiseren. De hierboven vermelde commissie brengt binnen 15 dagen advies uit aan de Koning. ”.

Op hetzelfde artikel hebben de heer Beke en mevrouw De Schamphelaere amendement 19 ingediend (zie stuk 3-1122/2) dat luidt:

In §7 van dit artikel, het woord “april” vervangen door het woord “mei”.

Op ditzelfde artikel hebben de heer Beke en mevrouw De Schamphelaere eveneens amendement 20 ingediend (zie stuk 3-1122/2) dat luidt:

Paragraaf 8 van dit artikel vervangen als volgt:

“§8. Alle besluiten genomen krachtens de bepalingen van dit artikel kunnen slechts in werking treden nadat ze bij wet bekrachtigd zijn.”

De heer Wouter Beke (CD&V). – Het is jammer dat ik geen afdoend antwoord kreeg op mijn vragen over de 22 maatregelen. Volgende week zal ik via een vraag om uitleg proberen een juiste stand van zaken te krijgen.

Mijn eerste amendement betreft de invoeging van artikel 8bis. Hiermee willen we het mogelijk maken dat de profielencommissie efficiënter kan werken.

Met het tweede amendement stellen we voor artikel 13 te schrappen. Er is immers geen nood aan een bijkomende adviseur. Eigenlijk moeten de bestaande structuren niet worden uitgebreid, maar wel gerationaliseerd.

Het amendement op artikel 15 is een technisch amendement: er wordt verwezen naar een timing, die al in het voorgaande artikel werd opgenomen.

Het volgende amendement strekt ertoe artikel 19 te doen vervallen. De argumentatie heb ik zojuist gegeven.

Amendement 12 heeft tot doel de exploitatievoorwaarden van ziekenhuizen te harmoniseren. Het betreft ook een aantal maatregelen om de erkenningnormen, de financiering en de tekorten van de openbare ziekenhuizen en de arbeidsvoorwaarden op elkaar af te stemmen. Op die manier kan de samenwerking tussen openbare en privé-ziekenhuizen beter worden georganiseerd.

Het volgende amendement gaat over de programmatie. We vragen artikel 21 te doen vervallen omdat de programmatie eigenlijk is achterhaald; ze staat haaks op de pathologiefinanciering en de budgetfinanciering van de ziekenhuizen.

De amendementen 14 en 15 gaan over de artikelen 24 en 30. Wij menen dat de organen bij de besluitvorming moeten worden betrokken.

We vragen ook dat paragraaf vier van artikel 31 wordt geschrapt. We zien immers het nut niet in van een uitbreiding van de toegankelijkheid van de spoedgevallen na 21 uur.

Met artikel 32bis (nieuw) willen we de honorariumsupplementen wijzigen. Met dit amendement kunnen geen ereloonsupplementen worden aangerekend wanneer mensen in een twee- of meerpersoonskamer terecht komen. Enkel in een individuele kamer mogen nog honorariumsupplementen worden aangerekend, tenzij er een

M. Philippe Mahoux (PS). – Cette mesure a des côtés positifs. Mais l'insérer dans une loi comme celle-ci au terme de son parcours est un peu compliqué. Si vous voulez avoir une chance de faire passer une mesure de cette nature, vous ne devez certainement pas la proposer dans un texte comme celui-là. Vous savez que nous ne soutiendrons pas votre amendement pour des raisons qui ne portent pas sur le fond mais au moment où surgit cet amendement, à savoir à la fin du parcours parlementaire du présent projet. Ce dernier et ses délais d'application sont très importants. Vous avez longuement parlé de la question budgétaire. Si votre amendement était adopté, le texte serait renvoyé à la Chambre et la discussion recommencerait. Votre amendement est donc bon mais il n'est pas déposé à un bon moment.

M. Wouter Beke (CD&V). – *Je remercie M. Mahoux pour le soutien moral qu'il m'apporte. Nous avons fait de cet amendement une proposition de loi qui a été déposée par des collègues de la Chambre. J'espère qu'elle y recevra l'appui nécessaire.*

Notre amendement à l'article 58 concerne le calendrier des pleins pouvoirs. Le projet précise qu'ils entrent en vigueur le 1^{er} avril 2005. Le ministre dit qu'un jour lui coûte 50 millions d'euros. Un bissexe doit lui coûter rudement cher ! Nous avons déjà un calendrier julien, un grégorien et un calendrier napoléonien : si le ministre peut en lancer un « demottien » et limiter l'année à 200 jours, cela nous fera réaliser d'importantes économies !

Mais soyons sérieux. Tout le monde comprend que la date du 1^{er} avril est en fait un poisson d'avril. Nous demandons que la date indiquée soit politiquement tenable.

Un second amendement à l'article 58 concerne le contrôle que le parlement pourrait exercer sur tous les arrêtés d'exécution, cela compte tenu de l'ampleur des compétences accordées au Roi.

Mme Annemie Van de Casteele (VLD). – *J'adopte la même attitude que M. Mahoux vis-à-vis de certains amendements.*

Je profite de l'occasion pour vous remercier de votre patience, Madame la présidente. Les membres de la commission des Affaires sociales se sont longuement exprimés ce matin. Je signale toutefois qu'ils ont dû traiter ce projet à la hâte en commission. Le ministre a passé à peine une heure avec nous. Pour le reste, c'est son collaborateur qui a dû répondre à nos questions, ce que je regrette.

Je remercie les collègues de l'opposition qui n'ont pas fait obstruction lors du traitement de cet important projet. C'est grâce à cela que nous avons pu le traiter aujourd'hui encore et que, je l'espère, nous pourrons le voter tout à l'heure.

– **Le vote sur les amendements est réservé.**

– **Il sera procédé ultérieurement aux votes réservés ainsi**

gegronde reden is om in een eenpersoonskamer te worden opgenomen.

De heer Philippe Mahoux (PS). – *Die maatregel heeft positieve kanten. De heer Beke weet echter dat wij tegen dat amendement zullen stemmen, niet wegens de inhoud ervan maar wegens het moment waarop dit amendement opduikt, namelijk op het einde van het parlementair traject van dit ontwerp. Het is een zeer belangrijk ontwerp en de uitvoeringstermijnen zijn belangrijk. De heer Beke heeft lang gepraat over het begrotingsvraagstuk. Indien zijn amendement wordt aanvaard, moet de tekst worden teruggezonden aan de Kamer en de bespreking worden overgedaan. Het is een goed amendement maar het wordt op het verkeerde moment ingediend.*

De heer Wouter Beke (CD&V). – Ik dank mijnheer Mahoux alvast voor zijn morele steun. Ik kan hem meedelen dat we dit amendement hebben uitgewerkt tot een volledig wetsvoorstel dat door collega's van de Kamer al werd ingediend. Ik hoop dat het daar de nodige steun krijgt.

Op artikel 58 hebben we amendement ingediend voor wat de timing van de volmachten betreft. Het ontwerp zegt namelijk dat deze ingaan op 1 april 2005. De minister zegt dat een dag hem 50 miljoen euro kost. Eén schrikkelidag is in zijn berekening dan wel een heel dure zaak. We hebben ooit een Juliaanse, een Gregoriaanse en heel even ook een Napoleontische kalender gekend. Als de minister nu ook een Demottiaanse kalender kan lanceren en het jaar beperken tot 200 dagen, dan zou hij niet alleen geschiedenis schrijven, maar ook een belangrijke besparing realiseren. In alle ernst, iedereen begrijpt dat de datum van 1 april in feite een aprilgrap is. Wij vragen dat een datum wordt ingeschreven die politiek haalbaar is.

Een volgend amendement op artikel 58 betreft de vraag dat het parlement controle zou kunnen uitoefenen op alle uitvoeringsbesluiten, dit gezien de omvang van de bevoegdheden die aan de Koning worden toegekend.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VLD). – Ik neem voor een aantal amendementen dezelfde houding aan als de heer Mahoux.

Ik neem van deze gelegenheid gebruik om u, mevrouw de voorzitter, persoonlijk te danken voor uw geduld. De leden van de commissie voor de Sociale Aangelegenheden hebben vanochtend vrij lang het woord genomen. Ik wijs er echter op dat ze dit ontwerp in de commissie op een draffe hebben moeten afhandelen. De minister is amper een uurtje bij ons geweest. Voor de rest heeft zijn medewerker onze vragen moeten beantwoorden. Ik betreur dat..

De collega's van de oppositie dank ik omdat ze geen stokken in de wielen hebben gestoken in de behandeling van dit belangrijke ontwerp. Het is daardoor dat we het vandaag nog hebben kunnen behandelen en straks hopelijk zullen stemmen.

– **De stemming over de amendementen wordt aangehouden.**

– **De aangehouden stemmingen en de stemming over het**

qu'au vote sur l'ensemble du projet de loi.

Mme la présidente. – Nous poursuivrons nos travaux cet après-midi à 15 h 00.

(La séance est levée à 13 h 05.)

Excusés

Mme Van dermeersch et M. Creyelman, pour raison de santé, Mme Jansegers, MM. Brotchi, Galand et Wille, pour d'autres devoirs, M. Chevalier, en mission à l'étranger, M. Coveliers, à l'étranger, demandent d'excuser leur absence à la présente séance.

– **Pris pour information.**

wetsontwerp in zijn geheel hebben later plaats.

De voorzitter. – We zetten onze werkzaamheden voort vanmiddag om 15.00 uur.

(De vergadering wordt gesloten om 13.05 uur.)

Berichten van verhindering

Afwezig met bericht van verhindering: mevrouw Van dermeersch en de heer Creyelman, om gezondheidsredenen, mevrouw Jansegers, de heren Brotchi, Galand en Wille, wegens andere plichten, de heer Chevalier, met opdracht in het buitenland, de heer Coveliers, in het buitenland.

– **Voor kennisgeving aangenomen.**