

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2001-2002

5 DECEMBER 2001

**Wetsontwerp houdende maatregelen
inzake gezondheidszorg**

*Evocatieprocedure***VERSLAG**

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

Dit wetsontwerp, dat ressorteert onder de optioneel bicamerale procedure, werd op 29 november 2001 aangenomen door de Kamer van volksvertegenwoordigers, met 88 stemmen bij 52 onthoudingen, en het werd op 30 november 2001 overgezonden aan de Senaat.

Aan de werkzaamheden van de commissie hebben deelgenomen :

1. Vaste leden : de heer Kelchtermans, voorzitter; mevrouw Bouarfa, de heren Cornil, Dedecker, mevrouw De Roeck, de heren Galand, Malmendier, mevrouw Pehlivan, de heer Remans, de dames van Kessel, Van Riet, de heren Barbeaux en Destexhe, rapporteurs.
2. Plaatsvervangers : de heren Maertens, Mahoux, Malcorps en mevrouw Vanlerberghe.
3. Andere senator : de heer Vankrunkelsven.

*Zie :***Stukken van de Senaat :****2-967 - 2001/2002 :**

- Nr. 1 : Geëvoceerd ontwerp.
Nr. 2 : Amendementen.

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2001-2002

5 DÉCEMBRE 2001

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

*Procédure d'évocation***RAPPORT**

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

Le présent projet de loi, qui relève de la procédure facultativement bicamérale, a été adopté par la Chambre des représentants le 29 novembre 2001, par 88 voix et 52 abstentions, et a été transmis au Sénat le 30 novembre 2001.

Ont participé aux travaux de la commission :

1. Membres effectifs : M. Kelchtermans, président; Mme Bouarfa, MM. Cornil, Dedecker, Mme De Roeck, MM. Galand, Malmendier, Mme Pehlivan, M. Remans, Mmes van Kessel, Van Riet, MM. Barbeaux et Destexhe, rapporteurs.
2. Membres suppléants : MM. Maertens, Mahoux, Malcorps et Mme Vanlerberghe.
3. Autre sénateur : M. Vankrunkelsven.

*Voir :***Documents du Sénat :****2-967 - 2001/2002 :**

- N° 1 : Projet évoqué.
N° 2 : Amendements.

Het is op 30 november 2001 geëvoceerd. Vandaar dat de commissie Sociale Aangelegenheden het in haar vergaderingen van 4 en 5 december 2001 heeft besproken in aanwezigheid van de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, en van de minister van Sociale Zaken en Pensioenen.

I. TOELICHTING DOOR DE BEVOEGDE MINISTERS

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen licht toe dat de gezondheidszorg gekenmerkt wordt door belangrijke behoeften en beperkte middelen en dat dergelijk basiskarakter een voortdurend aanpassen van de regelgeving op alle niveaus noodzaakt. Hierop stelt de minister het voorliggende wetsontwerp voor waarin de tariefzekerheid voor de patiënten en de financiering van de ziekenhuizen met daaraan gekoppeld een aantal wijzigingen aan de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, de politiek twee belangrijkste onderdelen vormen.

Tariefzekerheid

Door de invoering van artikel 50bis in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkering en werd tijdens de vorige zittingsperiode een kader vastgelegd met betrekking tot artsenarieven. Dit kader verschaft in principe de mogelijkheid om alle supplementen op erelonen te verbieden bij geconventioneerde of niet-geconventioneerde artsen voor patiënten die in twee- of meerpersoonskamers verblijven.

Alhoewel deze bepaling nooit echt toegepast werd, heeft ze veel kwaad bloed gezet bij de artsenorganisaties en vormde ze een bron van moeilijkheden in het overleg tussen verzekeringsinstellingen en artsenorganisaties.

Vanuit deze vaststelling heeft de minister de actoren de tijd verleend om een goed akkoord te bereiken waarvan momenteel de weerslag te vinden is in het voorliggende ontwerp. Immers, de ereloonsupplementen voor patiënten die verblijven in twee- of meerpersoonskamers worden verboden bij geconventioneerde artsen en gelimiteerd bij niet-geconventioneerde artsen (voorafgaande informatieplicht of verbod bij sociaal zwakkere categorieën).

Het is belangrijk om te benadrukken dat deze bepaling samenhangt met de verplichting dat elk ziekenhuis ook geconventioneerde artsen heeft. In de praktijk kan dus elke patiënt door een geconventioneerde arts verzorgd worden in een ziekenhuis waardoor hij, onafhankelijk van zijn inkomen, de garantie heeft dat er geen ereloonsupplementen zullen aangerekend worden bij verblijf in een twee- of meerpersoonskamer.

Vermits deze bepalingen steunen op een consensus tussen de betrokken organisaties is de minister van mening dat zij in de praktijk zullen worden toegepast.

Il a été évoqué le 30 novembre 2001. La commission des Affaires sociales l'a dès lors discuté au cours de ses réunions des 4 et 5 décembre 2001, en présence de la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement et du ministre des Affaires sociales et des Pensions.

I. EXPOSÉ DES MINISTRES COMPÉTENTS

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions explique que les soins de santé sont caractérisés par des besoins importants et des moyens limités et qu'une telle caractéristique fondamentale nécessite une adaptation continue de la réglementation à tous les niveaux. Il présente ensuite le projet de loi en discussion, dont les deux éléments les plus importants, politiquement parlant, sont la sécurité tarifaire pour les patients et le financement des hôpitaux, assortis d'une série de modifications de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

Sécurité tarifaire

L'insertion de l'article 50bis dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités avait, au cours de la législature précédente, fixé un cadre concernant les tarifs médicaux. Ce cadre permet en principe d'interdire tous les suppléments d'honoraires aux médecins conventionnés ou non, pour des patients qui séjournent dans des chambres à deux ou plusieurs lits.

Bien que cette disposition n'ait jamais été véritablement appliquée, elle a suscité l'irritation des organisations de médecins et a été source de difficultés dans la concertation entre elles et les organismes assureurs.

Partant de cette constatation, le ministre a donné aux acteurs le temps de parvenir à un bon accord, dont les effets se traduisent aujourd'hui dans le projet en discussion. En effet, les suppléments d'honoraires pour les patients qui séjournent dans des chambres à deux ou plusieurs lits sont interdits chez les médecins conventionnés et limités chez ceux qui ne le sont pas (obligation d'information préalable ou interdiction pour les catégories les plus faibles socialement).

Il importe de souligner que cette disposition cadre avec l'obligation, pour chaque hôpital, d'avoir aussi un médecin conventionné. Dans la pratique, tout patient peut donc se faire soigner par un médecin conventionné dans un hôpital, ce qui lui donne, quels que soient ses revenus, la garantie qu'aucun supplément d'honoraires ne sera porté en compte s'il séjourne dans une chambre à deux ou plusieurs lits.

Comme ces dispositions reposent sur un consensus entre les organisations concertées, le ministre estime qu'elles seront appliquées dans la pratique.

Ziekenhuisfinanciering

De ziekenhuisfinanciering die in 1990/1991 werd ingesteld, had als belangrijkste doelstelling de financiering van ziekenhuizen niet langer vast te leggen op basis van hun historische budgetten maar wel op basis van objectieve parameters. Deze parameters zijn, alhoewel er een aantal flexibiliteiten zijn ingebouwd, zeer rigide.

Naast het nadeel van de rigiditeit wordt het geheel van deze wetgeving ook een gebrek aan transparantie en onoverzichtelijkheid aangewreven omdat er naast de financiering op basis van kenmerken ook bepaalde functies als het ware onrechtstreeks gefinancierd worden.

Deze onrechtstreekse financiering is ervoor verantwoordelijk dat universitaire ziekenhuizen beter gefinancierd worden dan gewone ziekenhuizen voor dezelfde diensten. Het leidt tot wrevel bij gewone ziekenhuizen en bovendien werd tot op heden de universitaire performantie van de universitaire ziekenhuizen nog nooit gecontroleerd.

Vandaar werd geopteerd voor een nieuw systeem waarbij voor één product één bepaalde vergoeding wordt bepaald. Er wordt niet meer vergoed op basis van bedden maar wel op basis van verantwoorde activiteit in een ziekenhuis. Zij wordt bepaald volgens de casemix van een ziekenhuis namelijk het aantal opnames van patiënten en hun respectievelijke pathologieën. Immers, een behandeling van een pathologie heeft een prijs en die hoeft niet te verschillen naar gelang van het soort ziekenhuis waar de patiënt behandeld wordt.

Naast het basisprincipe van één behandeling gaat gepaard met één prijs zullen er nog bijstellingen gebeuren. De sociale functie van een ziekenhuis zal apart worden vergoed en de universitaire functie, indien van toepassing, zal vergoed worden via een afzonderlijke identificeerbare component in de ligdagprijs. Tegelijkertijd wordt de invulling van die universitaire functie opgevolgd via performantiecriteria.

Een andere doelstelling van de hervorming is de administratieve eenvoud. Het is daarom de bedoeling om 80 % van de kost van een ziekenhuis vooruit te financieren.

De minister geeft aan dat bij de voorgestelde wijze van financiering, namelijk op basis van activiteit in plaats van het aantal bedden, betekent dat het geld van de ziekteverzekering meer dan ooit de patiënt zal volgen. Meer dan ooit zullen de dynamiek en de kwaliteit van het ziekenhuis bepalend zijn.

Toch zal er geen dualiteit zal gecreëerd worden tussen de verschillende ziekenhuizen op voorwaarde dat de sociale factor van de verschillende ziekenhuizen voldoende en correct gefinancierd wordt en op voor-

Financement des hôpitaux

Les règles de financement des hôpitaux, qui ont été instituées en 1990/1991, avaient pour objectif principal de déterminer le financement des hôpitaux non plus sur la base de leurs budgets historiques, mais en fonction de paramètres objectifs. Ces paramètres sont très rigides, même si une certaine souplesse a été introduite.

Outre l'inconvénient de la rigidité, on reproche aussi à l'ensemble de cette législation son manque de transparence et de visibilité parce qu'à côté du financement sur la base de caractéristiques, certaines fonctions sont en quelque sorte financées aussi indirectement.

Ce financement indirect fait que les hôpitaux universitaires bénéficient d'un meilleur financement que les hôpitaux ordinaires pour les mêmes services. Les hôpitaux ordinaires se sentent d'autant plus frustrés que la performance universitaire de ces hôpitaux universitaires n'a encore jamais été contrôlée.

Voilà pourquoi on a opté pour un nouveau système dans lequel on fixe une subvention précise pour un produit précis. On ne subventionne plus en fonction du nombre de lits mais en fonction de l'activité justifiée de l'hôpital. Elle est définie en fonction du *case-mix* de l'hôpital, c'est-à-dire du nombre de patients admis et de leurs pathologies respectives. En effet, le traitement d'une pathologie a un prix et celui-ci ne doit pas différer en fonction du type d'hôpital où le patient est traité.

Le principe de base selon lequel un seul et même prix sera appliqué à un même traitement étant acquis, il y aura encore des ajustements. La fonction sociale de l'hôpital sera rémunérée à part et la fonction universitaire, si elle existe, le sera par le biais d'une composante, distincte et identifiable, du prix de la journée d'entretien. Parallèlement, l'effectivité de cette fonction universitaire sera vérifiée au moyen de critères de performance.

Un autre objectif de la réforme est la simplification administrative. Le but est par conséquent de financer à l'avance 80 % des coûts de l'hôpital.

Le ministre souligne que le mode de financement proposé, sur la base de l'activité plutôt qu'en fonction du nombre de lits, implique que l'argent de l'assurance-maladie suivra plus que jamais le patient. Plus que jamais, le dynamisme et la qualité de l'hôpital seront déterminants.

Il n'en résultera cependant aucune dualité entre les divers hôpitaux, pour autant que le facteur social de ceux-ci soit suffisamment et correctement financé et que les données pathologiques et la politique

waarde dat de pathologiegegevens en het opnamebeleid correct worden ingeschat, genoteerd en gebruikt als basis voor de financiering.

Vervolgens verwijst de minister naar het voorgestelde artikel 52 dat stipuleert dat een medische faculteit slechts 1 ziekenhuis kan aanwijzen als universitair ziekenhuis.

De minister beklemtoont dat dit artikel een juridisch onderscheid tussen de verschillende ziekenhuizen beoogt. Het is niet de bedoeling om de benaming van bepaalde ziekenhuizen te wijzigen. Het is nog altijd mogelijk om universitaire diensten, universitaire bedden te erkennen in andere hospitalen. En bovendien garandeerde de minister reeds in de Kamer van volksvertegenwoordigers dat er aan de huidige omvang van de financiering niet wordt geraakt.

Eveneens in het ontwerp wordt het verbod tot installatie van zware medische apparatuur waarvoor niet de voorafgaande toelating werd verleend, uitgebreid tot de uitbating.

Er wordt bepaald dat ieder ziekenhuis in de toekomst een eigen rechtspersoonlijkheid moet bezitten en er wordt aan de Koning de mogelijkheid gelaten om deze rechtspersoonlijkheden te omschrijven.

Tot slot is het de bedoeling om naar erkeningsnormen en programmacriteria te evolueren bij de ambulancediensten om de sector de nodige rechtszekerheid te bieden.

II. ALGEMENE BESPREKING

Vraagstelling van de leden

De heer Destexhe stelt vast dat de financiering van de ziekenhuizen ook in de toekomst zal gebaseerd zijn op de ligdagprijs en op de medische prestatie. Wel zal deze vergoeding van de ligdagprijs anders worden berekend en eventueel bijgesteld voor de universitaire of sociale functie. De vergoeding voor de medische prestatie daarentegen blijft. Is er hier gelet op de achterliggende filosofie van het ontwerp geen contradictie?

Zullen er nog erkende bedden bestaan?

De spreker is verheugd dat de minister met het nieuwe systeem een administratieve vereenvoudiging en minder financiële correcties nastreeft. Kan er een concrete doelstelling aangegeven worden?

De heer Barbeaux is van mening dat de voorgestelde hervorming van de financiering van de ziekenhuizen in de goede richting evolueert en dat ze wordt geapprecieerd door verschillende actoren op het terrein.

d'admission soient correctement évaluées, notées et utilisées comme base de financement.

Le ministre renvoie ensuite à l'article 52 proposé, qui dispose qu'une faculté de médecine ne peut désigner qu'un seul hôpital comme hôpital universitaire.

Le ministre souligne que cet article vise à faire une distinction juridique entre les divers hôpitaux. Le but n'est pas de changer la dénomination de certains hôpitaux. Il est toujours possible d'agréer des services et des lits universitaires dans d'autres hôpitaux. Qui plus est, le ministre a déjà garanti à la Chambre des représentants que l'on ne toucherait pas à la masse actuelle du financement.

Le projet prévoit également d'étendre à son exploitation l'interdiction qui frappe l'installation d'un appareillage médical lourd qui n'a pas obtenu d'autorisation préalable.

Il est prévu qu'à l'avenir, tout hôpital devra posséder une personnalité juridique propre et on laisse au Roi la faculté de définir ces personnalités juridiques.

Le but est finalement d'évoluer dans le sens de normes d'agrément et de critères de programmation pour les services ambulanciers afin de garantir au secteur la sécurité juridique nécessaire.

II. DISCUSSION GÉNÉRALE

Questions des membres

M. Destexhe constate que le financement des hôpitaux continuera à être basé sur le prix de la journée d'hospitalisation ainsi que sur les prestations médicales. L'indemnité par journée d'hospitalisation sera cependant calculée différemment et son montant sera éventuellement adapté eu égard à la fonction universitaire ou sociale. Par contre, la rémunération de la prestation médicale restera inchangée. L'intervenant se demande s'il n'y a pas là une contradiction avec la philosophie sous-jacente du projet de loi.

Est-ce qu'il y aura encore des lits agréés?

L'intervenant se réjouit qu'avec le nouveau système, le ministre entend simplifier les choses sur le plan administratif et réduire le nombre de corrections d'ordre financier. Est-il possible de définir un objectif concret?

M. Barbeaux estime que la réforme proposée du financement des hôpitaux va dans la bonne direction et qu'elle est appréciée positivement par divers acteurs du terrain.

Toch wil de spreker een aantal bemerkingsen en vragen formuleren met betrekking tot de uitvoering van deze hervorming:

1. Betrouwbaarheid basisgegevens

Aangezien in de toekomst de financiering van ziekenhuizen zal gebaseerd worden op activiteiten die op hun beurt geregistreerd worden via de MKG- en de APR-DRG-metingen, hangt de goede werking van het systeem af van de betrouwbaarheid van de gegevens en dus ook van de controles die er worden op uitgevoerd.

Dit aspect is belangrijk aangezien momenteel reeds een consultancy-bureau programma's aanbiedt om de ziekenhuisgegevens te optimaliseren en zich laat betalen op grond van een percentage dat overeenstemt met de hogere financiering die door de bijsturing van de gegevens werd verkregen. Dergelijke praktijken komen ten laste van de samenleving en zijn dan ook onaanvaardbaar — zeker als men bedenkt dat dit percentage in sommige contracten oploopt tot 60% van de verkregen winsten.

Bovendien heeft de minister van Sociale Zaken erkend dat de controles niet doeltreffend genoeg zijn: uit de door hem opgegeven cijfers (twee artsen van het ministerie controleren 36 dossiers per ziekenhuis en 14 796 opnames werden daadwerkelijk gecontroleerd) blijkt dat de controles ontoereikend zijn en dat zij te sporadisch zijn om fraude en vergissingen te voorkomen.

Hoe zal de minister deze controles opvoeren en dus ook het vertrouwen in het systeem bewerkstelligen?

Wat is de mening van de minister over de suggestie die de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen tijdens de hoorzittingen in de Kamer van volksvertegenwoordigers hebben geformuleerd, met name dat de adviserende artsen van de ziekenfondsen, na de gepaste opleiding, de controle op zich zouden kunnen nemen.

2. Discretionaire bevoegdheid

Het voorgestelde artikel 90 verleent aan de minister een vrij grote bevoegdheid om afwijkingen toe te staan van de algemene financieringsregels. Kan de minister een voorbeeld geven van deze afwijkingen?

3. Dubbele financieringswijze

Voorgesteld wordt om 80% van het ziekenhuisbudget definitief toe te kennen en nog slechts 20% variabel uit te betalen. Vanuit deze wijziging vrezen de verzekeringsinstellingen dat ziekenhuizen minder geneigd zullen zijn om hun facturatie te verzorgen aangezien zij nog slechts meespeelt in een klein percentage van de financiering. Wat is de mening van de minister hierover?

Il souhaite toutefois formuler une série d'observations et poser une série de questions au sujet de la mise en œuvre de la réforme:

1. Fiabilité des données de base

Comme le financement des hôpitaux sera basé à l'avenir sur des activités qui seront elles aussi enregistrées en fonction de mesures RCM et APR-DRG, le bon fonctionnement du système dépendra de la fiabilité des données et, partant, des contrôles de celles-ci.

Il s'agit d'un aspect important des choses, car un bureau de consultants propose déjà des programmes permettant d'optimiser les données des hôpitaux et se fait rémunérer sur la base d'un pourcentage correspondant au financement obtenu en sus grâce à l'adaptation des données. Ces pratiques tombent à charge de la société et sont par conséquent inacceptables — surtout quand on sait que, dans certains contrats, le pourcentage atteint 60% des gains obtenus.

De plus, le ministre des Affaires sociales a reconnu que les contrôles n'étaient pas assez efficaces: il ressort des données qu'il a communiquées (deux médecins du ministère contrôlent 36 dossiers par hôpital et un total de 14 796 admissions ont été effectivement contrôlées) que les contrôles sont insuffisants et trop sporadiques pour que l'on puisse prévenir la fraude et les erreurs.

Comment le ministre va-t-il intensifier ces contrôles et améliorer la confiance dans le système?

Que pense le ministre de la suggestion faite par les représentants des organismes assureurs, au cours des auditions à la Chambre des représentants, de charger les médecins-conseil des mutualités desdits contrôles après une formation appropriée?

2. Pouvoir discrétionnaire

L'article 90 proposé confère au ministre un pouvoir assez étendu qui lui permet d'accorder des dérogations aux règles générales de financement. Le ministre peut-il donner un exemple de ces dérogations?

3. Double mode de financement

Il est proposé d'octroyer 80% du budget des hôpitaux sous la forme d'un montant fixe et de limiter la partie variable à 20%. Cette modification fait craindre aux organismes assureurs que les hôpitaux aient tendance à s'occuper moins bien de leur facturation, dans la mesure où celle-ci ne représentera plus qu'un faible pourcentage du financement. Quelle est l'opinion du ministre à ce sujet?

4. Betaling 80 % in twaalfden

De betaling van 80 % van het ziekenhuisbudget in twaalfden dreigt in het gedrang te komen wegens thesaurieproblemen van het RIZIV. Welke werkwijze wordt er in dat geval voorzien? Welke voorrang geldt er bij de stortingen van het RIZIV?

5. Overgangperiode

Is de voorziene overgangperiode van 10 jaar niet te lang? Immers gedurende 10 jaar zullen in elk ziekenhuis de respectieve berekeningen van de ligdagprijs en de verantwoorde activiteit naast elkaar blijven bestaan. Wordt het geheel niet te complex?

6. Criteria bijkomende vergoeding sociale functie van de ziekenhuizen

De voorgestelde bepalingen houden in dat ziekenhuizen op een bijkomende vergoeding kunnen rekenen afhankelijk van hun sociale functie. Op welke objectieve criteria wordt de invulling van die sociale functie en dus het budget gebaseerd?

Het is belangrijk dat de vrije keuze van de patiënt voor een bepaald ziekenhuis moet gegarandeerd blijven. Het is niet aanvaardbaar dat bepaalde OCMW's weigeren de ziekenhuisrekeningen van vrije ziekenhuizen terug te betalen terwijl ze diezelfde rekeningen wel terugbetalen bij een beroep op openbare ziekenhuizen.

7. Financiële controle ziekenhuizen

Gezien het financiële belang van de sector is het belangrijk dat ziekenhuizen een financiële begroting opstellen en dat deze jaarlijks wordt gecontroleerd door bijvoorbeeld een afgevaardigde van de minister, zoals dat bij de universiteiten gebeurt. Het is ook belangrijk dat ziekenhuizen, net als ondernemingen, jaarlijks hun balans neerleggen bij de balanscentrale van de nationale bank. Deze praktijk zou bepaalde financiële ontsporingen die nadien ten laste zijn van de gehele maatschappij voorkomen. Wat is de mening van de minister hierover?

8. Academische ziekenhuizen

Momenteel garandeert het ziekenhuis van Mont-Godinne een tariefzekerheid en zijn de ziekenhuisartsen loontrekkenden. Zij opteerden voor dit statuut vanuit hun bekommernis om een academische carrière uit te bouwen en om op die manier een doorgedreven academische vorming te blijven krijgen. Zo het ziekenhuis haar universitair statuut verliest, is het risico op een brain drain reëel.

In de commissie Sociale Aangelegenheden van de Kamer verklaarde de minister het volgende:

«Daarnaast zullen algemene ziekenhuizen met minstens 75 % universitaire bedden dezelfde financie-

4. Paiement de 80 % en douzièmes

Le paiement de 80 % du budget des hôpitaux en douzièmes risque d'être compromis vu les problèmes de trésorerie à l'INAMI. Comment compte-t-on procéder en pareil cas? Quelles seront les priorités dans les versements de l'INAMI?

5. Période transitoire

La période transitoire de 10 ans qui a été prévue n'est-elle pas trop longue? En effet, on verra coexister pendant 10 ans, dans les hôpitaux, les calculs du prix de la journée d'entretien et de l'activité justifiée. Cela ne devient-il pas trop complexe?

6. Critères de l'allocation complémentaire au titre de la fonction sociale des hôpitaux

Les dispositions proposées impliquent que les hôpitaux peuvent compter sur une allocation supplémentaire au titre de leur fonction sociale. Sur quels critères objectifs l'interprétation de cette fonction sociale et, partant, le budget sont-ils basés?

Il importe que le patient puisse continuer à choisir librement l'hôpital dans lequel il se fait soigner. Il est inadmissible que certains CPAS refusent de rembourser les factures des patients qui ont choisi un hôpital libre alors qu'ils remboursent celles des patients qui ont choisi un hôpital public.

7. Contrôle financier des hôpitaux

Vu l'importance financière du secteur, il importe que les hôpitaux dressent un budget financier et que celui-ci soit contrôlé chaque année par exemple par un délégué du ministre, comme cela se fait dans les universités. Il importe aussi que, comme les entreprises, les hôpitaux déposent chaque année leur bilan auprès de la centrale des bilans de la Banque nationale. Cela permettrait d'éviter les dérapages financiers dont les conséquences tombent ensuite à charge de la collectivité tout entière. Quelle est l'opinion du ministre à ce sujet?

8. Hôpitaux universitaires

À l'heure actuelle, l'hôpital de Mont-Godinne garantit la sécurité des tarifs et les médecins qui y travaillent sont salariés. Ils ont opté pour le statut de salarié pour pouvoir se bâtir une carrière universitaire et pour pouvoir continuer à bénéficier d'une formation académique poussée. Si l'hôpital perd son statut universitaire, le risque d'assister à un exode des cerveaux est réel.

En commission des Affaires sociales de la Chambre, le ministre a fait la déclaration suivante:

«Les hôpitaux généraux comptant au moins 75 % de lits universitaires bénéficieront du même finance-

ring krijgen als de universitaire ziekenhuizen (al is nog niet uitgemaakt of dat volgens het onderdeel B7 of volgens een ander onderdeel zal gebeuren) en dat er zich voor de ziekenhuizen van Mont-Godinne dus geen probleem stelt. Het enige dat verandert, is de grondslag van de financiering.»

In een brief aan het betrokken ziekenhuis echter, zie bijlage 1, was de verklaring van de ministers preciezer. Zij gaven hierin aan dat bij «ziekenhuizen met minstens 75% universitaire bedden» de financiering van de aan het ziekenhuis gebonden opdrachten via het afzonderlijke onderdeel B7 zal gebeuren.

Kan de minister dit laatste bevestigen? Een dergelijke bevestiging is immers belangrijk wanneer de evolutie van het budget voor B7 in de toekomst verschilt van B4.

9. Niet-dringende medische hulpverlening

Heeft de voorgestelde reglementering voor dringende medische hulp eveneens betrekking op niet-dringende medische hulp?

Persoonlijk is de spreker van mening dat ook de niet-dringende medische hulp, moet worden gereguleerd aangezien momenteel de tarieven en de kwaliteit van de ambulanciers zeer sterk verschillen.

10. Momenteel is artikel 50*bis* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen eveneens van toepassing indien er geen akkoord is in de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen. De tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming, vormen dan de maximumhonoraria die door een al dan niet verbonden geneesheer kunnen worden geëist.

Dergelijke bescherming is belangrijk voor de tariefzekerheid van de patiënt in geval van een belangrijke deconventionering van zorgverstrekkers. Is het dus niet belangrijk om dit artikel te behouden?

De heer Cornil onderschrijft volledig de doelstellingen van het wetsontwerp. Hij apprecieert het uitgangspunt dat in de toekomst de financiering de patiënt zal volgen. Hij vraagt om uitleg over het feit dat het gegeven dat een ziekenhuis dat beschikt over meer dan 75% universitaire bedden een norm zal vormen om te kunnen genieten van een financiering via B7, een budget dat dient voor de financiering van de ziekenhuisgebonden universitaire opdrachten.

De heer Galand ondersteunt de modernisering van de financiering van de ziekenhuizen. Tegelijkertijd betreurt hij dat de huidige hervorming zich volledig baseert op het aanbod en dat er geen enkele evaluatie van de behoeften is aan vooraf gegaan. Immers, momenteel bestaat er voor het gezondheidsbeleid nog

ment que les hôpitaux universitaires (même s'il n'a pas encore été décidé si ce financement sera assuré sur la base de la sous-partie B7 ou d'une autre sous-partie) et il ne se pose donc aucun problème en ce qui concerne l'hôpital de Mont-Godinne. La seule chose qui changera est la base de financement.»

Dans une lettre adressée à l'hôpital concerné (voir l'annexe 1), la déclaration des ministres était toutefois plus précise. Ils y indiquaient que pour les hôpitaux comptant au moins 75% de lits universitaires, le financement des missions liées à la fonction d'hôpital universitaire se ferait au moyen de la sous-partie spécifique B7.

Le ministre peut-il confirmer ce dernier point? Cette confirmation est importante s'il s'avère à l'avenir que le budget alloué à la sous-section B7 évolue différemment de celui alloué à la sous-section B4.

9. Aide médicale non urgente

La réglementation proposée pour l'aide médicale urgente concerne-t-elle également l'aide médicale non urgente?

Personnellement, l'intervenant estime que l'aide médicale non urgente doit aussi être réglementée, parce qu'à l'heure actuelle, les tarifs et la qualité des ambulanciers diffèrent très fortement.

10. Actuellement, l'article 50*bis* de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités est également applicable s'il n'y a pas d'accord au sein de la Commission nationale médico-mutualiste. Les tarifs servant de base à l'intervention de l'assurance constituent donc les honoraires maximum que peuvent exiger les médecins, qu'ils soient engagés ou non.

Pareille protection est importante pour la sécurité tarifaire des patients en cas de déconventionnement massif des prestataires de soins. N'est-il donc pas important de maintenir cet article?

M. Cornil se rallie entièrement aux objectifs de la loi en projet. Il se réjouit du principe qu'à l'avenir, le financement suivra le patient. Il demande une confirmation du fait qu'un hôpital disposant de plus de 75% de lits universitaires sera la norme pour pouvoir bénéficier d'un financement par la sous-partie B7, qui sert à financer les missions universitaires dont est chargé l'hôpital.

M. Galand approuve la modernisation du financement des hôpitaux. Mais il regrette en même temps que la réforme actuelle se base entièrement sur l'offre et n'ait été précédée d'aucune évaluation des besoins. Il n'existe en effet toujours pas, à l'heure actuelle, pour la politique en matière de santé, un institut

altijd geen neutraal instituut dat de behoeften van de bevolking onderzoekt en evalueert.

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid-Louis Pasteur en de «observatoires provinciaux de la santé» kunnen deze rol zeker vervullen. Temeer daar in het wetsontwerp betreffende de palliatieve zorg (stuk Senaat, nr. 2-246/9) dergelijke feedback reeds wordt gevraagd van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid-Louis Pasteur.

In dat kader signaleert de heer Galand dat het Brussels Hoofdsteljk Gewest zijn eerste evaluatienota «Gezondheid van de bevolking» heeft gepubliceerd. Eventueel kan de minister hier inspiratie opdoen (modellen, berekeningen).

Net als de minister is de senator voorstander van een duale financiering van de ziekenhuizen aangezien hij van mening is dat de minder goede aspecten van het ene systeem het andere compenseren.

Bovendien vraagt de senator zich af of in de criteria voor financiering ook de communicatie tussen de behandelende geneesheer en de huisarts is opgenomen. Dit belangrijke criterium kan het hervallen van een bepaalde patiënt voorkomen en kan dus een belangrijke potentiële besparing opleveren.

Kan er bovendien wat meer informatie verschaft worden over de zorgcircuits?

Er werd reeds vermeld dat de controle van de activiteiten zeer belangrijk is. De controle zelf zou moeten worden uitgevoerd wanneer de patiënt zich nog in het ziekenhuis bevindt. Immers, enkel op dat moment kan gecontroleerd worden of de gegevens betreffende de patiënt die worden weergegeven op papier, overeenstemmen met de realiteit.

Wordt er bij de sociale functie van de ziekenhuizen rekening gehouden met het gegeven dat minderbegoeden vaak langer in het ziekenhuis verblijven?

Tot slot sluit spreker zich aan bij het standpunt van de vorige sprekers over ziekenhuizen met meer dan 75% universitaire bedden. Hij vraagt om een verdere verduidelijking met betrekking tot de financiering van de universitaire ziekenhuizen en is van mening dat de boekhouding van de non-profitsector verschilt van de profitsector, aangezien er andere doelstellingen primeren.

Ook de heer Remans betreurt dat de hervorming niet gebaseerd is op de behoeften van en de nood aan ziekenhuizen en dat het aanbod daarop wordt afgestemd.

Kan de minister bevestigen dat de laatste budgetcontrole in 1994 heeft plaatsgehad?

De spreker vraagt zich bovendien af welke de plaats van de daghospitalisatie zal zijn in het nieuwe systeem.

neutre qui étudierait et évaluerait les besoins de la population.

L'Institut scientifique de la Santé publique Louis Pasteur et les observatoires provinciaux de la santé peuvent certainement remplir ce rôle. D'autant plus que le projet de loi relative aux soins palliatifs (doc. Sénat, n° 2-246/9), demande déjà une évaluation de ce type à l'Institut scientifique de la Santé publique Louis Pasteur.

Dans ce cadre, l'intervenant signale que la Région de Bruxelles-Capitale a publié son premier tableau de bord «Santé de la population». Le ministre pourrait éventuellement s'en inspirer (modèles, calculs).

Comme le ministre, le sénateur est partisan d'un financement dual des hôpitaux car il estime que les aspects moins positifs d'un des deux systèmes compensent l'autre système.

De plus, le sénateur se demande si l'on a également inclus dans les critères de financement la communication entre le médecin traitant et le médecin de famille. Ce critère important doit permettre d'éviter une rechute du patient et pourrait donc permettre de faire des économies considérables.

Pourrait-on en outre fournir davantage d'informations sur les circuits de soins?

On a déjà souligné que le contrôle des activités est très important. Le contrôle proprement dit devrait être effectué quand le patient se trouve encore à l'hôpital. En effet, ce n'est qu'à ce moment-là qu'on peut contrôler si les données relatives à un patient, qui sont sur papier, correspondent à la réalité.

Tient-on compte, dans la fonction sociale des hôpitaux, du fait que la durée d'hospitalisation des personnes moins favorisées est souvent plus longue?

Enfin, l'intervenant tout en se ralliant à la position exprimée par les intervenants précédents concernant les hôpitaux disposant de plus de 75% de lits universitaires, souhaite obtenir des précisions supplémentaires en ce qui concerne le financement des hôpitaux universitaires. Il estime que la comptabilité du secteur non marchand diffère de celle du secteur marchand, car ce sont d'autres objectifs qui priment.

M. Remans regrette lui aussi que la réforme ne soit pas basée sur les besoins et les demandes des hôpitaux et qu'on n'adapte pas l'offre à ces besoins.

Le ministre peut-il confirmer que le dernier contrôle budgétaire a bien eu lieu en 1994?

L'intervenant se demande en outre quelle sera la place de l'hospitalisation de jour dans le nouveau système.

Tot slot is het lid van mening dat het gebruik van een bepaald soort zware apparatuur de gemiddelde duur van een ziekenhuisopname inkort. Hoe staat de minister tegenover de «eigen» aankoop, op eigen kosten van dergelijke apparatuur?

De voorzitter vraagt de mening van de minister met betrekking tot de vraag of de organisatie van de ziekenhuizen tot de kerntaken van een provincie behoort.

Hij vraagt zich eveneens af hoe de tegemoetkoming die wordt voorzien voor een abortus die wordt uitgevoerd door een abortuscentrum, gerijmd kan worden met het gegeven dat voor fertiliteitsproblemen geen tegemoetkoming wordt voorzien.

Antwoorden van de minister en replieken van de leden

Financiering van de ziekenhuizen, «erkende» bedden, correcties

De financiering van de ziekenhuizen zal ook in de toekomst gebaseerd blijven op de dualiteit ligdagprijs en medische prestaties. Toch zijn er ook wijzingen in de zin dat geleidelijk aan ook de daghospitalisatie geïntegreerd wordt in het aantal verantwoorde ligdagen en dus niet meer berekend zal worden op basis van honoraria.

Momenteel wordt die ligdagprijs berekend op basis van quota en bepaalde gemiddelden. In de toekomst zal hiervoor de verantwoorde activiteit per ziekenhuis worden berekend op basis van het aantal opnames en het soort opnames van een ziekenhuis in het nabije verleden. De opnames worden op hun beurt berekend op basis van de MKG. Deze financiering vormt geen contradictie met een financiering op basis van honoraria.

De notie «erkende» bedden blijft behouden want de erkenning van een ziekenhuis door het gewest gebeurt op basis van bedden. Toch kan de vraag gesteld worden of er, in overleg met de gewesten, geen aanpassing noodzakelijk is.

Daarbij impliceert een erkenning van bedden dat de normen op alle erkende bedden worden toegepast. Aangezien de financiering op basis van activiteiten plaatsheeft, staat de verantwoordelijkheid van de beheerder centraal. Wanneer hij een erkenning aanvraagt, moet hij zeker zijn dat hij deze erkende bedden kan financieren via voldoende activiteiten. Bepaalde bijstellingen op basis van bijvoorbeeld geografische factoren blijven echter mogelijk.

Het basisprincipe van de voorgestelde financiering stelt een financiering voor zonder dat er achteraf zware correcties worden doorgevoerd. Immers, 80% van het budget wordt op basis van maandelijks

Enfin, le membre estime que l'utilisation d'un certain type d'appareillage lourd permet de réduire la durée moyenne d'hospitalisation. Que pense le ministre de l'achat de ce genre d'appareils par les hôpitaux à leurs frais?

Le président demande quel est l'avis du ministre dans le débat sur la question de savoir si l'organisation des hôpitaux est une des missions essentielles d'une province.

Il se demande également comment il se fait qu'on accorde une intervention pour un avortement effectué dans un centre qui pratique l'avortement, alors qu'on n'en accorde aucune en cas de problème de fertilité.

Réponses du ministre et répliques des membres

Financement des hôpitaux, lits agréés, corrections

Dans l'avenir, le financement des hôpitaux restera basé sur deux données, qui sont le prix de la journée d'hospitalisation et les prestations médicales. Toutefois, on apporte des modifications en ce sens que progressivement, on intégrera l'hospitalisation de jour dans le nombre de journées d'hospitalisation justifiées et qu'elle ne sera donc plus basée sur les honoraires.

Pour l'instant, le prix de la journée d'hospitalisation est calculé sur la base d'un quota et de certaines moyennes. Désormais, on calculera à cette fin l'activité justifiée par hôpital sur la base du nombre et du type d'admissions dans l'hôpital dans le passé proche. Les hospitalisations seront à leur tour calculées sur la base du RCM. Ce financement n'est pas incompatible avec un financement basé sur les honoraires.

On conserve la notion de lits «agréés», car la région agréée les hôpitaux sur la base des lits. Cependant, on peut se demander si, en concertation avec les régions, il ne faudrait pas adapter le système.

À cet égard, l'agrément des lits implique qu'on applique les normes à l'ensemble des lits agréés. Comme le financement se fait sur la base des activités, la responsabilité du gestionnaire joue un rôle central. Quand il demande un agrément, il doit être certain de pouvoir financer ces lits agréés grâce à une activité suffisante. Toutefois, certaines corrections fondées sur des facteurs géographiques, par exemple, restent possibles.

Le principe de base du financement proposé aura pour effet qu'il ne sera pas apporté de corrections majeures *a posteriori*. En effet, 80% du budget sera pré-financé grâce à des mensualités. Le solde sera

sommen op voorhand gefinancierd. Het saldo wordt toegekend op basis van een aantal niet te ingewikkelde parameters.

Deze berekening is simpel. Ze kan dus direct gebeuren maar heeft als nadeel met een open enveloppe te werken en dus onzekerheid te creëren bij de federale begroting.

Daarom wordt de mogelijkheid gecreëerd om bij overschrijding van het totale budget met een gesloten enveloppe te werken. Om dus *a posteriori*, binnen de één of twee jaar, financiële middelen te recupereren bij de ziekenhuizen. Een verbetering ten opzichte van het huidige systeem dat na 4 à 5 jaar nog correcties kent.

Niet-dringende medische hulp

Voorgestelde bepaling is niet van toepassing op de niet-dringende medische hulp aangezien deze tot de bevoegdheid van de gemeenschappen behoort en de federale overheid enkel bevoegd is voor het statuut van de ambulanciers.

Betrouwbaarheid gegevens

De minister bevestigt dat de gegevenscontrole onvoldoende is en dat daarvoor een oplossing moet gevonden worden.

Een eerste stap vormt het gebruik van het systeem APR-DRG dat minder manipuleerbaar is dan het vorige.

Gezien bijvoorbeeld het aanbod van een optimalisatieprogramma door een consultancy-bureau biedt dit systeem onvoldoende garanties. Daarom is de minister persoonlijk van mening dat het voorstel tot oprichting van een intermutualistisch agentschap voor de inzameling en de analyse van de gegevens interessant is. Adviserende geneesheren hebben momenteel immers een veel te bureaucratische functie. Hun takenpakket zou gerust kunnen veranderen. De validering van de MKG-gegevens kan daartoe behoren. De minister stipt tot slot aan dat het belangrijk is dat de overheid de eindcontrole blijft uitoefenen.

Discretionaire bevoegdheid

Het is de bedoeling dat de nieuwe bepalingen de complexe wetgeving waar belangrijke bevoegdheden aan de Koning worden verleend, transparanter maken. Deze transparantie zal de beslissingsmacht van de minister niet doen toenemen maar eerder doen afnemen. Onbepaald kan deze tendens niet worden doorgetrokken. In deze materie moet snel en soepel kunnen worden ingegrepen en daarom moet de mogelijkheid blijven bestaan om via ministeriële besluiten bepaalde beslissingen te nemen.

Het voornoemde artikel 90 van het ontwerp vormt één van de sleutelartikelen. De bepaling in verband

accordé sur la base d'une série de paramètres qui ne sont pas compliqués.

Le calcul est simple. Il peut donc se faire immédiatement, mais l'inconvénient est qu'on travaille avec une enveloppe ouverte et qu'on crée donc l'incertitude pour le budget fédéral.

C'est pourquoi il faut faire en sorte de travailler avec une enveloppe fermée en cas de dépassement global du budget total, pour pouvoir récupérer *a posteriori* les moyens financiers auprès des hôpitaux, dans un délai d'un ou deux ans. Il s'agit d'une amélioration par rapport au système actuel, où les corrections sont apportées après 4 ou 5 ans.

Aide médicale non urgente

La disposition proposée n'est pas applicable à l'aide médicale non urgente, étant donné que celle-ci relève de la compétence des communautés et que l'autorité fédérale est compétente uniquement pour le statut des ambulanciers.

Confidentialité des données

Le ministre confirme que le contrôle des données est insuffisant et qu'il faut remédier au problème.

L'utilisation du système APR-DRG, qui est moins manipulable que l'ancien système, constitue un premier pas vers une solution.

Mais ce système n'offre pas de garanties suffisantes, puisque, par exemple, un programme d'optimisation a été proposé par un bureau de consultance. Le ministre estime donc, à titre personnel, que la proposition de créer une agence intermutualiste de collecte et d'analyse des données est intéressante. En effet, les médecins-conseils ont actuellement une fonction beaucoup trop bureaucratique. On pourrait sans crainte modifier leurs attributions. Ils pourraient être chargés, par exemple, de valider les données relatives au résumé clinique minimum. Le ministre signale enfin qu'il est toutefois important que les pouvoirs publics continuent d'exercer le contrôle final.

Pouvoir discrétionnaire

Les nouvelles dispositions visent à améliorer la transparence d'une législation complexe qui confère des compétences importantes au Roi. Loin d'accroître le pouvoir de décision du ministre, cette transparence aura plutôt pour conséquence de le réduire. On ne peut toutefois pas suivre cette orientation de manière illimitée. Il faut pouvoir intervenir rapidement et souplesment en la matière. C'est pourquoi il faut conserver la possibilité de prendre certaines décisions par voie d'arrêtés ministériels.

L'article 90 susvisé constitue un des articles clés du projet. La disposition relative aux hôpitaux psychia-

met de psychiatrische ziekenhuizen werd ingevoegd naar aanleiding van een amendement in de Kamer van volksvertegenwoordigers omdat de psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen moeilijk in het algemene kader passen. Voor hen is dus een gedifferentieerde aanpak noodzakelijk.

In verband met de tweede paragraaf namelijk « een afwijkende regeling ten aanzien van voormelde voorwaarden en regelen rechtvaardigen » bevestigt de minister dat dit globale afwijkingen betreft, een dienst ten opzichte van een andere dienst en niet een bepaald ziekenhuis ten opzichte van een ander ziekenhuis.

Dubbele financieringswijze

De minister verklaart dat de maandelijkse betaling van 80 % van het budget niet gebaseerd is op pathologie. Wel wordt er maandelijks betaald op basis van het budget dat de verantwoorde activiteit in een ziekenhuis financiert, gebaseerd op de *case mix* namelijk het aantal opnames en het type opname. Het saldo, 20 %, behoort tot hetzelfde budget maar kent een zekere variabiliteit bijvoorbeeld op basis van het aantal opnames. In het nieuwe systeem zullen de verzekeringsinstellingen over precies dezelfde gegevens als vroeger kunnen beschikken. Hun vrees is dus onterecht.

Liquiditeitsproblemen

De minister bevestigt de redenering in verband met de liquiditeitsproblemen bij het RIZIV. Hij is van mening dat een bepaling uit het ontwerp van programmawet (doc. 50-1503) hiervoor een oplossing zal bieden.

Overgangperiode

De voorgestelde hervorming is zeer fundamenteel en daarom verkiest de minister een langere overgangperiode voor de implementatie van deze hervorming. Het vermijdt een gevoel van destabilisering. Tegelijkertijd geeft de minister aan dat de overgangperiode niet statisch is en eventueel nog kan versneld worden.

Criteriabijkomende vergoedings sociale functie van de ziekenhuizen

Momenteel zijn deze criteria nog niet vastgelegd. Wel werd reeds de optie genomen om vrij eenvoudige factoren zoals het percentage van de patiënten dat de sociale franchise geniet, te weerhouden.

Financiële controle ziekenhuizen

Net als de heer Galand is de minister van oordeel dat het controlemodel van de privé-sector niet moet worden overgenomen door de ziekenhuissector. Immers, artikel 78 van de gecoördineerde ziekenhuiswet voorziet reeds in de verplichting om een inventa-

triques a été insérée par un amendement à la Chambre des représentants, car les sections psychiatriques des hôpitaux entrent difficilement dans le cadre général. Il faut donc leur appliquer une approche différenciée.

En ce qui concerne le § 2, et plus particulièrement la disposition « qui justifie un régime dérogatoire aux conditions et règles ainsi établies », le ministre confirme qu'on vise en l'occurrence des dérogations globales, un service par rapport à un autre, et non un hôpital déterminé par rapport à un autre.

Double mode de financement

Le ministre déclare que le paiement mensuel de 80 % du budget ne se réfère pas à la pathologie. Les paiements mensuels se font en fonction du budget qui finance l'activité justifiée de l'hôpital, sur la base du « *case mix* », c'est-à-dire le nombre d'admissions et le type d'admissions. Le solde, soit 20 %, provient du même budget mais est soumis à une certaine variabilité, par exemple sur la base du nombre d'admissions. Dans le nouveau système, les organismes assureurs pourront disposer exactement des mêmes données qu'auparavant. Leur crainte est dès lors injustifiée.

Problèmes de liquidité

Le ministre confirme le raisonnement concernant les problèmes de liquidité qui existent à l'INAMI. Il estime qu'une disposition du projet de loi-programme (doc. 50-1503) pourra remédier à ce problème.

Période transitoire

La réforme proposée est tout à fait fondamentale et c'est pourquoi le ministre préfère une période de transition assez longue pour la mettre en œuvre. Cela évitera un sentiment de déstabilisation. Le ministre ajoute que la période de transition n'est pas statistique et peut éventuellement encore être accélérée.

Critères en matière de subventions complémentaires versées aux fins de couvrir la fonction sociale des hôpitaux

Ces critères ne sont actuellement pas encore arrêtés. On a toutefois déjà décidé de se baser sur des facteurs assez simples, comme le pourcentage des patients bénéficiaires de la franchise sociale.

Contrôle financier des hôpitaux

Comme M. Galand, le ministre est d'avis qu'il ne faut pas appliquer au secteur hospitalier le modèle de contrôle du secteur privé. En effet, l'article 78 de la loi coordonnée sur les hôpitaux prévoit déjà l'obligation de dresser un inventaire et d'établir des comptes

ris en een jaarrekening op te stellen. Gelet op de veelvuldige administratieve formaliteiten waarmee de beheerders nu al worden geconfronteerd, vindt hij het overdreven hen nog te verplichten de jaarrekening bij de Nationale Bank neer te leggen. Er bestaan reeds voldoende controles.

De heer Barbeaux repliceert dat de administratieve formaliteiten van zijn voorstel beperkt zijn. Ze wegen niet op tegen de potentiële baten: een snellere opsporing van budgettaire ontsparingen.

De minister antwoordt dat het debat open blijft.

Academische ziekenhuizen

De minister verwijst naar het antwoord dat hij in de Kamer van volksvertegenwoordigers heeft geformuleerd. Hij geeft toe dat dit antwoord misschien nog enigszins vaag is maar politiek zeer belangrijk.

Hij herhaalt daarom: « Voorts zal in het kader van de ziekenhuisbegroting moeten worden nagegaan hoe rekening kan worden gehouden met het universitaire karakter van een ziekenhuis, van diensten of van bedden.

In dat opzicht komen twee specifieke componenten in aanmerking: het onderdeel B 4 en het onderdeel B 7.

In dit verband wordt terzake overleg gepleegd binnen de regering, op grond van de specifieke situatie van elk ziekenhuis of elke dienst en daartoe wordt gebruik gemaakt van de begrotingsonderdelen B 4 en B 7, om voor elke specifieke situatie tot een passende oplossing te komen. »

De minister preciseert dat hij een oplossing wenst te vinden voor ongeacht welk ziekenhuis, zoals het ziekenhuis van Mont-Godinne, het Bordet-instituut en het Sint-Pietersziekenhuis alsmede de overige betrokken ziekenhuizen en dat hij terzake overleg wenst op te starten. Improvisatie is hier immers uit den boze.

De minister antwoordt dat de fair play gebiedt, als een specifieke oplossing voor één ziekenhuis wordt uitgedokterd, die dan ook tegelijkertijd voor andere ziekenhuizen zal moeten gelden. Niets is thans afgerond aangezien nog moet worden uitgemaakt hoe de enveloppes tussen de verschillende ziekenhuizen zullen worden verdeeld.

De minister benadrukt vervolgens dat er zeer goed zal moeten worden nagedacht alvorens het nieuwe systeem te bepalen en dat er voor elke specifieke situatie een adequate oplossing moet worden uitgedokterd, met inachtneming van de gelijke behandeling van alle partijen.

In verband met de door heer Barbeaux gevraagde bevestiging antwoordt de minister dat nog moet uitgewerkt worden hoe het onderdeel B 7 zal georganiseerd worden. Hij herhaalt niet aan de financiering

annuels. Il estime exagéré, compte tenu des nombreuses formalités administratives auxquelles sont déjà confrontés les gestionnaires actuellement, d'encore les obliger à déposer leurs comptes à la Banque nationale. Des contrôles suffisants existent déjà.

M. Barbeaux réplique que les formalités administratives figurant dans sa proposition sont limitées. Elles ne représentent rien face aux avantages potentiels que présente une détection plus rapide des dérives budgétaires.

Le ministre répond que le débat reste ouvert.

Hôpitaux universitaires

Le ministre renvoie à la réponse qu'il a donnée à la Chambre des représentants. Il convient que cette réponse est peut-être encore un peu vague, mais elle est politiquement très importante.

Il répète donc: « Par ailleurs, il conviendra de rechercher, dans le cadre du budget hospitalier, la manière de tenir compte du caractère universitaire d'un hôpital, de services ou de lits.

On réfléchit à cet égard à deux composants spécifiques: la sous-partie B 4 et la sous-partie B 7.

Dans cette perspective, des concertations ont lieu actuellement au sein du gouvernement en la matière, sur la base de la situation spécifique de chaque hôpital ou service, en utilisant les sous-parties B 4 et B 7 à cet effet, afin de rechercher une solution spécifique pour chaque situation spécifique. »

Le ministre précise qu'il souhaite trouver une solution pour tous les hôpitaux quels qu'ils soient, comme celui de Mont-Godinne, l'institut Bordet et l'hôpital Saint-Pierre ainsi que pour les autres hôpitaux concernés et qu'il désire engager une concertation en la matière. Toute improvisation est en effet à proscrire dans le cas présent.

Le ministre répond que l'équité commande que la solution spécifique que l'on aura éventuellement trouvée pour un hôpital déterminé devra être applicable en même temps en ce qui concerne celui-ci et les autres hôpitaux. Rien n'est encore définitif à ce jour, étant donné qu'il faut encore déterminer le mode de répartition des enveloppes entre les divers hôpitaux.

Le ministre souligne ensuite que l'on devra réfléchir très sérieusement avant de définir le nouveau système et qu'il faudra imaginer une solution adéquate pour chaque situation spécifique, dans le respect du principe de l'égalité de traitement entre toutes les parties.

En ce qui concerne la confirmation demandée par M. Barbeaux, le ministre répond qu'il faut encore déterminer comment sera organisée la sous-partie B 7. Il répète qu'il ne veut pas toucher au financement des

van de betrokken ziekenhuizen te willen raken en dat er oplossingen zullen gevonden worden door middel van een financiering via B 7 of B 4.

De heer Barbeaux repliceert dat het logisch zou zijn dat ziekenhuizen die over minstens 75 % universitaire bedden beschikken, niet enkel hun huidige financiering zouden kunnen behouden maar eveneens zouden kunnen meegenieten van de te verwachten evolutie van het budget B 7.

De minister heeft de bovenvermelde verklaring niet gegeven aangezien hij momenteel nog niet weet of B 7 zal bestaan uit één enkele component.

Wat de minister heeft geschreven (zie bijlage 1), is daarbij niet in tegenstelling met wat werd gezegd en wat staat geschreven in het verslag van de Kamer van volksvertegenwoordigers. Er is wel nog heel wat verfijning noodzakelijk.

Objectieve evaluatie van de behoeften

De minister onderschrijft de opmerking van de heren Galand en Remans in verband met een objectieve evaluatie van de vraag in de gezondheidszorg. Hij betreurt deze lacune.

Tariefzekerheid en bedden

De minister bevestigt dat de door senator Barbeaux aangegeven tariefzekerheid in geval van een belangrijke deconventionering van de artsen door het huidige artikel 50*bis* wordt bepaald.

De wet biedt echter nog een andere mogelijkheid aangezien het huidige artikel 50, § 11, de Koning de mogelijkheid biedt om bij het ontbreken van een akkoord maximumhonoraria vast te stellen. Deze bepaling biedt voldoende tariefzekerheid.

Nazorg van de patiënt

Het lijkt de minister vrij ingewikkeld om dergelijk criterium mee op te nemen in de financieringsvoorwaarden. Toch is hij van oordeel dat deze nazorg als voorwaarde moet worden ingeschreven en eveneens op één of andere manier moet worden gefinancierd.

Zorgcircuits

Er wordt een nieuwe wettelijke basis voorzien voor het instellen van een regeling voor netwerken van zorgvoorzieningen en zorgcircuits, waarbij er, rekening houdend met het arrest van het Arbitragehof van 31 oktober 2000, een beperking ingeschreven wordt tot die instellingen en diensten waarvoor de federale overheid een regeling mag instellen.

De achterliggende idee hiervoor is een systeem van continue zorgen te creëren, wel gelimiteerd tot die instellingen waarvoor de federale overheid bevoegd is.

De heer Galand is er voorstander van dat een zorgcircuit de thuissituatie als uitgangspunt heeft. Het zou

hospitaux concernés et que l'on trouvera des solutions par le biais d'un financement par le B 7 ou le B 4.

M. Barbeaux réplique qu'il serait logique que les hôpitaux qui disposent d'au moins 75 % de lits universitaires conservent leur financement actuel et puissent bénéficier, eux aussi, de l'évolution escomptée du budget B 7.

Le ministre n'a pas pu donner l'explication demandée, parce qu'il ne sait pas encore si le B 7 aura ou non une seule composante.

Ce que le ministre a écrit (voir l'annexe 1) n'est pas contraire en cela à ce qui a été dit et à ce qu'on peut lire dans le rapport de la Chambre des représentants. Il faudra certes encore affiner les choses.

Évaluation objective des besoins

Le ministre souscrit à la remarque de MM. Galand et Remans concernant une évaluation objective de la demande dans le secteur des soins de santé. Il déplore la lacune en question.

Sécurité tarifaire et lits

Le ministre confirme que la question de la sécurité tarifaire en cas de déconventionnement important des médecins, qui a été évoquée par le sénateur Barbeaux, est réglée par l'article 50*bis*.

La loi offre toutefois encore une autre possibilité, puisque l'article 50, § 11, habilite le Roi à fixer des tarifs maximum d'honoraires à défaut d'accord. Cette disposition offre une sécurité tarifaire suffisante.

Suivi du patient

Le ministre trouve qu'il est assez compliqué d'inscrire un tel critère dans les conditions de financement. Il estime néanmoins que le suivi doit être une des conditions et que son financement doit être assuré d'une manière ou d'une autre.

Circuit de soins

Une nouvelle base légale est définie sur laquelle pourront être fondées les règles applicables aux réseaux d'équipements de soins et aux circuits de soins. Le champ d'application des nouvelles règles sera toutefois limité aux établissements et services relevant de l'autorité fédérale, et ce, en application de l'arrêt de la Cour d'arbitrage du 31 octobre 2000.

L'idée sous-jacente est de créer un système de soins continus, limité aux établissements relevant de la compétence du pouvoir fédéral.

M. Galand est favorable à l'idée d'organiser un circuit de soins axé sur la situation à domicile. Cela

een oplossing kunnen bieden voor de paradox dat 70% van de mensen thuis wenst te sterven maar slechts 30% het werkelijk kan.

De minister antwoordt dat men er door de huidige bevoegdheidsverdeling toe verplicht wordt om het ziekenhuis als uitgangspunt te nemen.

Daghospitalisatie

Het is de bedoeling om een lijst van pathologieën op te stellen die in principe in daghospitalisatie zullen gefinancierd worden.

Het ziekenhuis bezit nog altijd de mogelijkheid om de patiënten met deze ziektes langer te hospitaliseren. Het zal wel zelf de financiële consequenties moeten dragen.

Voordelen van zware medische apparatuur

De minister bevestigt de voordelen van zware medische apparatuur. Hij denkt echter dat we niet toezijn aan de complete liberalisering van de programmatie van zware technologie.

Bovenstaande uitspraak betekent niet dat de trade-off tussen de financiering van zware medische apparatuur en het inkorten van de gemiddelde ziekenhuisduur niet moet onderzocht worden.

Organisatie van de ziekenhuizen op provinciaal niveau

De minister mengt zich liever niet in dit politiek debat. Hij verklaart dat er vooral een behoefte is aan een meer doordacht beleid naar het aantal ziekenhuizen toe. Over het niveau dat dit moet uitvoeren, spreekt hij zich niet uit.

Tegemoetkoming fertiliteitsproblemen

De minister verduidelijkt dat de hierboven vermelde terugbetaling van een abortus een eind wil maken aan de tot nu toe bestaande ongelijke terugbetaling van een vrouw die een abortus liet uitvoeren in een abortuscentrum of in een ziekenhuis.

Ondanks het schijnbare verband is de fertiliteitsproblematiek in wezen verschillend van de vruchtbaarheid. In verband met de fertiliteitsbehandelingen stipt de minister aan dat een belangrijk percentage van deze behandeling reeds wordt terugbetaald een ander belangrijk percentage echter nog niet.

De minister is van mening dat naar de terugbetaling een grotere inspanning moet gebeuren. Deze gaat echter gepaard met de programmatie en de criteria

permettrait de résoudre la situation paradoxale qui résulte du fait que 70% des gens souhaitent mourir chez eux mais que seulement 30% le peuvent vraiment.

Le ministre répond qu'en raison de la répartition des compétences actuelles, on est contraint de prendre l'hôpital comme point de départ.

Hospitalisation de jour

Le but est d'établir une liste de pathologies qui seront financées en principe en hospitalisation de jour.

L'hôpital a toujours la possibilité de prolonger l'hospitalisation des patients atteints des maladies en question. Il devra toutefois, s'il la prolonge, en supporter lui-même les conséquences financières.

Avantages des appareils médicaux lourds

Le ministre confirme que les appareils médicaux lourds présentent les avantages indiqués. Il pense que nous n'en sommes cependant pas encore à une libéralisation complète de la programmation de la technologie lourde.

Cela ne signifie pas qu'il ne faut pas examiner la possibilité d'un compromis entre le financement des appareils médicaux lourds et l'abrègement de la durée moyenne d'hospitalisation.

Organisation des hôpitaux au niveau provincial

Le ministère préfère ne pas s'immiscer dans le débat politique sur ce point. Il déclare que l'on a surtout besoin d'une politique plus réfléchie en ce qui concerne le nombre d'hôpitaux. Il ne se prononce pas sur la question de savoir quel est le niveau qui doit s'en occuper.

Intervention dans les frais du traitement des problèmes de fertilité

Le ministre précise que le remboursement en matière d'avortement dont il a été question doit permettre de supprimer l'inégalité de remboursement actuelle selon que l'avortement est pratiqué dans un centre *ad hoc* ou dans un hôpital.

Malgré le lien apparent entre la problématique de la fertilité et celle de l'avortement, il y a des différences fondamentales entre les deux. À propos des traitements contre l'infertilité, le ministre souligne qu'il y a déjà remboursement dans un pourcentage important de ces traitements et qu'il n'y en a pas dans une autre partie importante de ceux-ci.

Le ministre estime qu'il faut un plus gros effort dans le sens du remboursement. Cet effort doit toutefois s'accompagner de la mise au point d'une

van deze centra en de voorwaarden die de patiënt moet vervullen. De minister is hier mee bezig.

III. ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING EN STEMMINGEN

Artikel 4

De heer Barbeaux dient een amendement in (stuk Senaat, nr. 2-967/2, amendement nr. 1) om dit artikel te doen vervallen.

Hij verklaart dat dit amendement de tarifaire bescherming betreft. Het bestaande artikel 50*bis* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen bepaalt immers dat bij gebreke aan een akkoord artsen-ziekenfondsen, de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de tegemoetkoming inzake verzekeringen van toepassing zijn. Amendement nr. 1 zal geen enkel gevolg hebben voor de huidige situatie, aangezien een dergelijk akkoord van kracht is.

Als er ten gevolge van problemen in de gezondheidszorg een deconventionering van de artsen komt, zijn dezen volkomen vrij bij het bepalen van hun tarieven. Het handhaven van artikel 50*bis* zoals het thans geldt, geeft de regering meer bevoegdheden, met name de mogelijkheid van de tarieven vast te leggen die toegepast zouden moeten worden. Het opheffen van dit artikel brengt de tarifaire bescherming van de ziekenhuispatiënt ernstig in gevaar.

De heer Barbeaux verwijst naar de algemene bespreking van dit ontwerp, met name naar de verklaring van de minister van Sociale Zaken en Pensioenen, die gezegd heeft dat de indiener van het amendement «gelijk heeft».

De minister van Consumentenzaken, Volkgezondheid en Leefmilieu deelt de bekommernis van de heer Barbeaux om de mensen met een bescheiden inkomen tariefzekerheid te bieden, maar meent dat deze ook wordt gegarandeerd zonder de handhaving van artikel 50*bis* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De dokters die zich hebben aangesloten bij het akkoord tussen de geneesheren en de mutualiteiten mogen immers geen ereloonsupplement vragen. De niet-geconventioneerde geneesheren mogen dit wel doen, maar dienen hierbij bepaalde voorwaarden te respecteren: de tarieven moeten in een algemeen reglement van het betrokken ziekenhuis worden vastgelegd en bovendien worden megedeeld aan de paritaire commissie en aan het RIZIV.

Voorts wijst zij op de bepaling volgens dewelke de Koning de bevoegdheid heeft de categorieën vast te stellen voor wie het verboden is om ereloonsupplementen te vragen, zoals bijvoorbeeld de chronisch

programmation, de la définition de critères pour ces centres et de conditions à remplir par le patient. Le ministre est en train de plancher sur la question.

III. DISCUSSION DES ARTICLES ET VOTES

Article 4

M. Barbeaux dépose un amendement (Doc. Sénat, n° 2-967/2, amendement n° 1), visant à supprimer cet article.

Il explique que cet amendement concerne la sécurité tarifaire. L'actuel article 50*bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités prévoit, qu'en absence d'un accord médico-mutualiste, les tarifs servant comme base pour le calcul de l'intervention de l'assurance sont d'application. L'amendement n° 1 n'aura aucun impact sur la situation actuelle puisqu'il y a un tel accord en vigueur.

Si — en raison des difficultés dans le secteur des soins de santé — on aboutissait à une déconventionnement des médecins, ceux-ci sont libre dans leurs tarifs. Le maintien de l'article 50*bis* comme il est actuellement en vigueur donne plus de pouvoir au gouvernement, notamment le pouvoir de fixer les tarifs qui devraient être appliqués. La suppression de cet article met gravement en péril la sécurité tarifaire du patient hospitalisé.

Il renvoie à la discussion générale de ce projet de loi et notamment à la déclaration du ministre des Affaires Sociales et des Pensions, selon laquelle l'auteur de l'amendement «a raison».

Le ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement partage le souci de M. Barbeaux, de garantir la sécurité tarifaire aux personnes à revenus modestes, mais elle estime que cette sécurité est aussi garantie sans le maintien de l'article 50*bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Les médecins qui ont adhéré aux conventions médico-mutualistes ne peuvent en effet demander de suppléments d'honoraires. Les médecins non conventionnés peuvent eux, en demander, mais doivent remplir certaines conditions pour ce faire: les tarifs doivent être arrêtés dans un règlement général de l'hôpital concerné et, en outre, être communiquées à la commission paritaire et à l'INAMI.

Elle attire aussi l'attention sur la disposition selon laquelle le Roi est compétent pour déterminer les catégories de patients auxquelles il est interdit de demander des suppléments d'honoraires, comme les malades

zieke patiënten. Naast deze « sociale franchise » zijn er tenslotte ook nog de maatregelen inzake de maximumfactuur voor medische uitgaven, die de minder begoede patiënten beschermen.

De minister meent dan ook dat het niet opportuun is dit amendement aan te nemen.

De heer Barbeaux repliceert dat de patiënten die beschermd worden door de maatregelen die de minister toelicht, slechts 10 tot 12% van het totaal aantal patiënten vertegenwoordigen. Een groot gedeelte van de bevolking wordt door die maatregelen dus niet beschermd.

Meer en meer worden in de sociale zekerheid slechts bepaalde categorieën van personen beschermd. Dat is een gevaarlijke ontwikkeling, aangezien de sociale zekerheid aldus afglijdt naar een soort van sociale bijstand voor personen met lage inkomens. Het zou een verzekering moeten zijn die de hele bevolking beschermt, aangezien de bevolking bijdraagt tot de sociale zekerheid door middel van de sociale bijdragen.

De minister van Consumentenzaken, Volkgezondheid en Leefmilieu merkt op dat het verbod dat in hoofde van de geconventioneerde geneesheren bestaat om ereloonsupplementen te vragen, de grote meerderheid van de patiënten beschermt. Men mag er immers van uitgaan dat de ziekenfondsen voldoende de belangen van de patiënt hebben verdedigd bij het sluiten van het akkoord. Het staat de patiënt bovendien vrij de geneesheer te kiezen die hij wenst.

Men mag ook niet verlangen dat werkelijk alle onkosten zouden worden terugbetaald door de ziekteverzekering, waarvan het budget inmiddels gestegen is tot meer dan 581 miljard frank. Het Belgisch systeem is, in vergelijking met andere Europese landen, zeer performant.

De heer Galand merkt op dat het Belgisch systeem vereist dat de gezondheidszorg in meerpersonekamers van goede kwaliteit is. In het raam van de wetgeving op de patiëntenrechten moet ernaar gestreefd worden dat de patiënten worden gediend vanaf het ogenblik dat ze een ziekenhuis binnenkomen.

De heer Barbeaux onderstreept dat amendement nr. 1 alleen maar de bedoeling heeft om de ziekenfondsen en de artsen te dwingen een overeenkomst te sluiten, door de regering de bevoegdheid te verlenen om de tarieven vast te leggen indien er geen dergelijk akkoord komt.

Artikel 52

De heer Barbeaux dient een amendement in (stuk Senaat nr. 2-967/2, amendement nr. 2) strekkende om het voorgestelde artikel 4 van de wet op de ziekenhuizen aan te vullen met een derde lid, luidende:

chroniques. Outre cette « franchise sociale », il y a enfin les mesures relatives à la facture maximale pour les dépenses médicales qui protègent les patients moins nantis.

Le ministre estime dès lors qu'il n'est pas opportun d'adopter le présent amendement.

M. Barbeaux réplique que les patients, protégés par les mesures expliquées par la ministre, ne représentent que 10 à 12% de la totalité des patients. Une grande partie de la population n'est donc pas couverte par ces mesures.

De plus en plus, dans la sécurité sociale, on ne protège plus que certaines catégories de personnes. C'est une évolution dangereuse, puisque la sécurité sociale dérive ainsi vers une assistance sociale pour des personnes avec des revenus faibles. Or, elle devrait être une assurance protégeant l'ensemble de la population, qui contribue au financement de la sécurité sociale par le biais de cotisations sociales.

La ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement fait remarquer que l'interdiction pour les médecins conventionnés de demander des suppléments d'honoraires protège la grande majorité des patients. On peut en effet partir du principe que les mutualités ont suffisamment défendu les intérêts du patient lorsqu'elles ont conclu l'accord. De plus, le patient est libre de choisir le médecin qu'il souhaite.

On ne peut non plus exiger que l'assurance soins de santé, dont le budget s'élève entre-temps à plus de 581 milliards de francs, rembourse véritablement tous les frais. En comparaison de la situation dans d'autres pays européens, le système belge est très performant.

M. Galand fait remarquer que le système belge exige que les soins de santé soient de qualité dans les chambres communes. Dans le cadre de la législation sur les droits des patients, il faut lutter pour que les patients soient servis dès le moment qu'on entre dans un hôpital.

M. Barbeaux souligne que le seul sens de l'amendement n° 1 est de forcer les mutualités et les médecins à conclure un accord, en donnant au gouvernement le pouvoir de fixer les tarifs en cas d'absence d'un tel accord.

Article 52

M. Barbeaux dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-967/2, amendement n° 2) visant à ajouter, à l'article 4 proposé de la loi sur les hôpitaux, un troisième alinéa, libellé comme suit:

«Voor ziekenhuizen met ten minste 75 % universitaire bedden kan er echter afgeweken worden van het vorige lid.»

De heer Barbeaux verklaart dat amendement nr. 2 de algemene regel handhaaft dat er één enkel ziekenhuis kan worden aangewezen voor elke universiteit die over een geneeskundige faculteit beschikt, maar de mogelijkheid biedt om van deze algemene regel af te wijken voor ziekenhuizen die ten minste 75 % universitaire bedden hebben.

Dit amendement kan de ziekenhuizen Mont-Gedinne en Bordet geruststellen die zich bijzonder gedestabiliseerd voelen door dit ontwerp. In de Kamer van volksvertegenwoordigers heeft de minister van Sociale Zaken en Pensioenen trouwens bevestigd dat de algemene ziekenhuizen met ten minste 75 % universitaire bedden dezelfde financiering zullen krijgen als de universitaire ziekenhuizen. Amendement nr. 2 beoogt enkel aan de bedoeling van de regering rechtskracht te verlenen.

Daarenboven vestigt de heer Barbeaux de aandacht van de commissie op het feit dat er slechts één universitair ziekenhuis in Wallonië zou zijn als men de regel van het ontwerp strikt zou toepassen op de 7 universitaire ziekenhuizen in ons land. Dat is onaanvaardbaar.

De minister van Consumentenzaken, Volkgezondheid en Leefmilieu verwijst naar de besprekingen in de Kamer van volksvertegenwoordigers, tijdens dewelke de regering heeft verklaard deze aangelegenheid te willen regelen door een koninklijk besluit en aan de betrokken ziekenhuizen de verzekering heeft gegeven dat zij op precies dezelfde manier zullen worden gefinancierd.

Zij wijst erop dat de verbintenissen die vermeld staan in de brief aan het ziekenhuis van Mont-Godinne (zie bijlage 1), strikt nagekomen zullen worden.

De heer Barbeaux antwoordt dat het niet alleen gaat om het behoud van de *status quo* in het kader van de financiering van die ziekenhuizen maar ook om de mogelijkheid dat de universitaire ziekenhuizen in de toekomst van het geheel van de regeringsmaatregelen kunnen genieten, bijvoorbeeld op het vlak van het fundamenteel onderzoek.

Artikel 80bis (nieuw)

De heer Barbeaux dient een amendement in (stuk Senaat, nr. 2-967/2, amendement nr. 3), met de bedoeling in de wet op de ziekenhuizen een artikel 79bis (nieuw) in te voegen. Het luidt als volgt:

«De ziekenhuisbeheerder stelt elk jaar een prospectieve begroting op met betrekking tot de werking van het ziekenhuis in al zijn facetten; voorts voert hij ten minste één keer per jaar een begrotingscontrole uit.

«Toutefois, il pourra être dérogé à l'alinéa précédent, pour les hôpitaux qui ont au moins 75 % de lits universitaires.»

M. Barbeaux explique que l'amendement n° 2 maintient la règle générale selon laquelle un seul hôpital peut être désigné pour chaque université qui dispose d'une faculté de médecine, mais donne la possibilité de déroger à cette règle générale pour ces hôpitaux qui ont au moins 75 % de lits universitaires.

Cet amendement peut rassurer les hôpitaux de Mont-Godinne et Bordet, qui se sentent fortement déstabilisés par le projet de loi. À la Chambre des représentants, le ministre des Affaires sociales et des Pensions a d'ailleurs affirmé que les hôpitaux généraux comptant au moins 75 % de lits universitaires bénéficieront du même financement que les hôpitaux universitaires. L'amendement n° 2 ne fait rien d'autre que donner une force juridique à l'intention du gouvernement.

De plus, M. Barbeaux attire l'attention de la commission sur le fait que, si on applique à la lettre les règles du projet de loi, sur 7 hôpitaux universitaires dans notre pays, il n'y a qu'un hôpital universitaire en Wallonie. Ceci est inacceptable.

La ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement renvoie aux discussions qui se sont tenues à la Chambre des représentants et au cours dequelles le gouvernement a déclaré vouloir régler cette matière par un arrêté royal et a assuré aux hôpitaux concernés qu'ils seraient financés précisément de la même manière.

Elle précise que les engagements repris dans la lettre à l'hôpital de Mont-Godinne (voir annexe 1) sont respectés à la lettre.

M. Barbeaux réplique qu'il ne s'agit pas seulement du maintien du *statu quo* dans le cadre du financement de ces hôpitaux, mais également de la possibilité de pouvoir bénéficier, dans le futur, de l'ensemble de mesures gouvernementales prises en faveur des hôpitaux universitaires, par exemple sur le plan de la recherche fondamentale.

Article 80bis (nouveau)

M. Barbeaux dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-967/2, amendement n° 3), visant à insérer un article 79bis (nouveau) dans la loi sur les hôpitaux, rédigé comme suit:

«Le gestionnaire de l'hôpital établit, annuellement, un budget prospectif pour l'ensemble du fonctionnement de l'hôpital et procède au moins une fois par an à un contrôle budgétaire. Le budget prospectif et le

De prospectieve begroting en de begrotingscontrole van het ziekenhuis zijn onderworpen aan de prudentiële controle van de ambtenaar van het bestuur van de Gezondheidszorg die werd aangewezen door de minister die bevoegd is voor de Volksgezondheid.

De Koning is bevoegd om de begrippen prospectieve begroting en begrotingscontrole nader te omschrijven, alsook de voorwaarden waaronder de gemachtigde ambtenaar de prudentiële controle moet uitvoeren.

De ziekenhuisbeheerder maakt jaarlijks een inventaris op, alsook de jaarrekeningen waarvan de vorm en de inhoud door de Koning worden vastgelegd. De beheerder dient de jaarrekeningen in bij de Nationale Bank van België binnen zes maanden, volgend op het boekjaar waarop ze betrekking hebben. »

De heer Barbeaux verklaart dat aan de ziekenhuizen, gelet op hun sociale rol en hun publieke financiering, een aantal regels moeten worden opgelegd in verband met de begrotingscontrole. Het betreft met name een prospectieve begroting van de ambtenaar van de administratie voor Gezondheidszorg. Bovendien moeten de jaarrekeningen worden opgemaakt die bij de Nationale Bank moeten worden neergelegd. Aldus is de openbaarheid van de rekeningen verzekerd en kunnen financiële ontsporingen zoals die thans soms bestaan, worden voorkomen, bijvoorbeeld door een vergelijkende studie van de cijfers.

De minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu antwoordt dat de toepassing van een dergelijk systeem van prudentiële controle er van uitgaat dat de federale overheid de ziekenhuizen, die veelal werken onder de structuur van een VZW of aan een OCMW verbonden zijn, niet meer kan vertrouwen op het vlak van het financiële beheer. Anders dan bij parastatale instellingen, ligt de juridische verantwoordelijkheid voor het beheer immers bij de ziekenhuizen zélf.

Zij wijst erop dat de verbintenissen die vermeld staan in de brief aan het ziekenhuis van Mont-Godinne (zie bijlage 1), stikt nagekomen zullen worden.

Men mag overigens niet vergeten dat in de artikelen 77 en volgende van de wet op de ziekenhuizen reeds tal van regels worden opgelegd op het vlak van mededeling van financiële gegevens en nazicht door een bedrijfsrevisor. Dit maakt reeds vergelijkingen tussen de ziekenhuizen mogelijk.

Het amendement nr. 3 lijkt dan ook overbodig te zijn en zou slechts een administratieve overlast voor de ziekenhuisinstellingen met zich meebrengen.

De heer Barbeaux is het met dit standpunt niet eens. Het bezorgen van een balans aan de Nationale Bank, wat een verplichting is voor de particuliere

contrôle budgétaire de l'hôpital sont soumis au contrôle prudentiel du fonctionnaire de l'administration des soins de santé désigné par le ministre ayant la santé publique dans ses attributions.

Le Roi est compétent pour définir les notions de budget prospectif et de contrôle budgétaire ainsi que les modalités de contrôle prudentiel exercé par le fonctionnaire délégué.

Annuellement, le gestionnaire de l'hôpital dresse un inventaire, établit les comptes annuels dont la forme et le contenu sont déterminés par le Roi. Les comptes annuels sont déposés par le gestionnaire auprès de la Banque nationale de Belgique dans les six mois qui suivent la fin de l'année comptable à laquelle ils se rapportent. »

M. Barbeaux explique que, vu le rôle social important des hôpitaux et leur financement public, un certain nombre de règles relatives au contrôle budgétaire doit leur être imposé. Il s'agit notamment de l'établissement d'un budget prospectif et d'un contrôle budgétaire, qui sont soumis au contrôle prudentiel du fonctionnaire de l'administration des soins de santé. En plus, des comptes annuels doivent être établis, à déposer auprès de la Banque nationale. Ainsi, une publicité des comptes est assurée et des dérives financières, qui existent parfois à l'heure actuelle, peuvent être évitées, par exemple par une étude comparative de ces chiffres.

La ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement répond que l'application d'un tel système de contrôle prudentiel part du principe que l'autorité fédérale ne peut plus faire confiance aux hôpitaux — qui adoptent souvent la forme d'une ASBL ou sont rattachés à un CPAS — en ce qui concerne la gestion financière. En effet, contrairement aux parastataux, ce sont les hôpitaux eux-mêmes qui sont juridiquement responsables de leur gestion.

Elle précise que les engagements repris dans la lettre à l'hôpital de Mont-Godinne (voir annexe 1) seront respectés à la lettre.

En outre, on ne doit pas perdre de vue que les articles 77 et suivants de la loi sur les hôpitaux imposent déjà une série de règles pour la communication des données financières et le contrôle par un réviseur d'entreprise, ce qui permet déjà de faire des comparaisons entre les hôpitaux.

Par conséquent, l'amendement n° 3 paraît superflu et il ne ferait qu'imposer une charge administrative supplémentaire aux établissements hospitaliers.

M. Barbeaux n'est pas d'accord avec ce point de vue. L'envoi d'un bilan à la Banque Nationale, qui est obligatoire pour les entreprises privées, ne lui paraît

ondernemingen, lijkt hem geen bijkomende administratieve verwikkeling te zijn en maakt het mogelijk meer transparantie te verkrijgen op het vlak van het financieel beheer van de ziekenhuizen. Een prudentiële controle wijzigt in niets de juridische aansprakelijkheid van de ziekenhuizen.

Artikel 90

De heer Barbeaux dient een amendement in (stuk Senaat, nr. 2-967/2, amendement nr. 4), met als doel het voorgestelde artikel 97 van de wet op de ziekenhuizen aan te vullen met een § 4, luidende:

« § 4. De Koning kan, op een wijze die Hij vaststelt, de adviserend geneesheren bedoeld in de artikelen 153 en 154 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, een controleopdracht toevertrouwen met toepassing van § 3 van dit artikel. »

De heer Barbeaux licht toe dat de betrouwbaarheid van de financiële gegevens essentieel is voor het financieringssysteem van de ziekenhuizen, aangezien 80 % van die financiering gebaseerd zou zijn op de « minimale klinische gegevens » (MGK'S). Welnu er worden bijzondere programma's aangeboden die de ziekenhuizen in staat stellen hun MKG's op een gunstige manier voor te stellen. Er zijn dus mogelijkheden om de gegevens te manipuleren met het doel de dotatie aan het betrokken ziekenhuis te kunnen verhogen.

In de overheidsadministratie zijn er echter maar twee geneesheren om sporadisch die gegevens te controleren. Het Nationaal Intermutualistisch College heeft voorgesteld om de 300 adviserende geneesheren ter beschikking te stellen van de minister van Volksgezondheid om de MKG's te controleren.

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen heeft verklaard dat hij dat idee gunstig gezind is.

Amendement nr. 4 biedt dus de Koning de mogelijkheid om die opdracht toe te vertrouwen aan adviserend geneesheren in de wetenschap dat, wanneer de Koning die bevoegdheid zou gebruiken, het een verplichte controle zou zijn.

De heer Mahoux is van oordeel dat een dergelijke controle niet via een amendement moet geschieden maar dat aan de gesprekspartners artsenziekendfondsen de kans moet worden geboden om die mogelijkheid grondig te ontwikkelen en uit te werken.

De heer Destexhe is het daarmee eens. Hij ziet niet in hoe een controle van buitenaf verbeteringen kan brengen aan de MKG's, die zeer complexe gegevens zijn. Dat verklaart overigens waarom er gespecialiseerde firma's zijn die dit werk voor de ziekenhuizen uitvoeren.

pas être une complication administrative complémentaire et permet d'obtenir une transparence plus grande sur le plan de la gestion financière des hôpitaux. Un contrôle prudentiel ne change d'ailleurs rien à la responsabilité juridique des hôpitaux.

Article 90

M. Barbeaux dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-967/2, amendement n° 4), visant à compléter l'article 97 proposé de la loi sur les hôpitaux par un § 4, rédigé comme suit:

« § 4. Le Roi peut, selon des modalités à déterminer par Lui, confier aux médecins conseils visés aux articles 153 et 154 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé, coordonnée le 14 juillet 1994, une mission de contrôle en application du § 3 du présent article. »

M. Barbeaux explique que la fiabilité des données financières est essentielle pour le système de financement des hôpitaux, puisque 80% de ce financement sera basé sur les « résumés cliniques minimums » (RCM). Or, des programmes spécialisés sont offerts, permettant aux hôpitaux de présenter leurs RCM de façon favorable. Il y a donc moyen de manipuler les données, afin d'augmenter la dotation de l'hôpital concerné.

Cependant, au sein de l'administration publique, il n'y a que deux médecins pour contrôler de façon sporadique ces données. Le Collège intermutualiste national a proposé de mettre à la disposition du ministre de la Santé publique leurs 300 médecins conseils pour contrôler les RCM.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions a déclaré qu'il est favorable à cette idée.

L'amendement n° 4 offre donc au Roi la possibilité de confier cette mission aux médecins conseils en sachant que, lorsque le Roi utiliserait ce pouvoir, il s'agirait d'un contrôle obligatoire.

M. Mahoux est d'avis qu'un tel contrôle ne devrait pas être mis en œuvre par le biais d'un amendement, mais qu'il faut donner la possibilité aux interlocuteurs médico-mutualistes de développer et d'élaborer en profondeur cette possibilité.

M. Destexhe partage cette opinion. Il ne voit pas comment un contrôle extérieur peut apporter des améliorations aux RCM, qui sont des données très complexes à composer. Cela explique d'ailleurs pourquoi il existe des firmes spécialisées qui font ce travail pour les hôpitaux.

Bovendien wijst hij erop dat het financieringssysteem van de ziekenhuizen volgens de verklaringen van de minister van Sociale Zaken niet langer gebaseerd zou zijn op de bestaande MKG's, maar op vereenvoudigde MKG's.

De minister van Consumentenzaken, Volkgezondheid en Leefmilieu bevestigt dat de regering niet tevreden is over de manier van werken met de huidige gegevens. Twee grote problemen doen zich voor: vooreerst ontvangen de ziekenhuizen pas veel te laat de vaststelling van de verpleegdagprijs en bovendien kunnen de gegevens veel te laat worden ingezameld, zodat een achterstand van enkele jaren bestaat. Op deze wijze kunnen de ingezamelde minimale klinische gegevens niet als werkinstrument worden gebruikt voor het te voeren beleid.

Teneinde een en ander te optimaliseren, moeten de gegevens die door het RIZIV worden ingezameld overigens worden samengevoegd met de gegevens van Volksgezondheid, die veel meer gedetailleerde informatie bevatten. Om de maatregelen in de gezondheidszorg te kunnen evalueren en desgevallend bij te sturen, zijn deze elementen belangrijker dan het inschakelen van enkele geneesheren in het controlemechanisme.

De heer Galand is van oordeel dat het belangrijk is dat de pathologie die vastgesteld wordt aan het bed van de patiënt, dezelfde moet zijn als die welke in het dossier wordt ingeschreven. De adviserend geneesheren beschikken over de nodige kwalificaties om na te gaan of die overeenstemming al dan niet bestaat. Het betreft hier veeleer een raadgeving dan een controle. De adviserend geneesheren kunnen eventueel aanbevelingen doen om het stelsel te verbeteren.

De heer Barbeaux verwijst naar de verklaring van de minister van Sociale Zaken in de Kamer van volksvertegenwoordigers, waarin hij erkent dat er een gebrek aan efficiëntie bestaat in de controle die door twee geneesheren gebeurt en die op die manier een toevallige controle is. De hulp van enkele honderden adviserend geneesheren zou een hulp zijn voor de regering om de doeltreffendheid van die controles te verbeteren.

Artikel 97

De heer Barbeaux dient een amendement in (stuk Senaat, nr. 2-967/2, amendement nr. 5) dat strekt om § 2 van het voorgestelde artikel 102 over de wet op de ziekenhuizen aan te vullen met een nieuw lid, luidende:

«De Koning bepaalt, na het advies van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen te hebben ingewonnen, de objectieve criteria om de verdeelsleutel van de in het tweede lid bedoelde bijkomende toelage vast te stellen.»

De plus, il indique que, selon les déclarations du ministre des Affaires sociales, le système de financement des hôpitaux ne sera plus basé sur les RCM actuels, mais sur des RCM simplifiés.

La ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement confirme que le gouvernement n'est pas satisfait de la manière dont on travaille avec les données actuelles. Il y a deux problèmes importants: d'une part, la fixation du prix de la journée d'hospitalisation est communiquée aux hôpitaux beaucoup trop tard et, d'autre part, on ne peut rassembler les données que très tardivement, ce qui entraîne un arriéré de plusieurs années. Il s'ensuit que les résumés cliniques minimums (RCM) qui sont collectés ne peuvent servir d'instrument de travail pour la politique à conduire.

Pour optimaliser le processus, il faut en outre que les données collectées par l'INAMI soient jointes à celles de la Santé publique, qui contiennent des informations beaucoup plus détaillées. Pour permettre une évaluation des soins de santé et, le cas échéant, apporter des correctifs, ces éléments sont plus importants que l'intégration de quelques médecins dans le mécanisme de contrôle.

M. Galand est d'avis qu'il est important que la pathologie constatée au lit du patient doive être la même que celle qui est inscrite dans le dossier. Les médecins conseils ont les qualifications requises pour vérifier si cette correspondance existe ou non. Il s'agit là plutôt d'un conseil que d'un contrôle. Les médecins conseils peuvent éventuellement faire des recommandations pour améliorer le système.

M. Barbeaux renvoie à la déclaration du ministre des Affaires sociales, faite à la Chambre des représentants, selon laquelle il reconnaît un manque d'efficacité du contrôle, qui est effectué par deux médecins, et est ainsi devenu un contrôle aléatoire. L'aide de quelques centaines de médecins conseils ne peut qu'aider le gouvernement dans l'amélioration de l'efficacité de ces contrôles.

Article 97

M. Barbeaux dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-967/2, amendement n° 5), qui vise à compléter le deuxième paragraphe de l'article 102 proposé de la loi sur les hôpitaux par un nouvel alinéa, libellé comme suit:

«Le Roi détermine, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, les critères objectifs visant à fixer la clé de répartition de la subvention complémentaire visée à l'alinéa 2.»

De heer Barbeaux preciseert dat het amendement ertoe strekt de objectieve criteria te garanderen om de verdeelsleutel van de toelage voor de financiering van de sociale functie in ziekenhuizen vast te stellen.

Een objectief criterium kan de vergelijking zijn van de gemiddelde verblijfsduur per pathologie van patiënten die wel en die niet genieten van de sociale franchise, maar dat wordt in het amendement zelf niet nader aangegeven, omdat het eenvoudig de Koning de bevoegdheid verleent om objectieve criteria vast te leggen met het doel de vrije keuze van het ziekenhuis te waarborgen.

De minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu verwijst naar de bepaling vervat in het tweede lid van § 2 van het voorgestelde artikel 102, die aan de Koning de bevoegdheid verleent om de regels en de voorwaarden vast te stellen volgens dewelke de bijkomende toelage om specifieke kosten te dekken, veroorzaakt door een uitgesproken zwak sociaal-economisch patiëntenprofiel, wordt vastgesteld, toegekend en uitbetaald. Daarbij moeten uiteraard de regels van objectiviteit en niet-discriminatie worden geëerbiedigd.

Artikel 108

De heer Barbeaux dient een amendement in (stuk Senaat, nr. 2-967/2, amendement nr. 6) dat ertoe strekt om artikel 116 van de wet op de ziekenhuizen aan te vullen met een punt 12^o, een strafbepaling die luidt: « 12^o hij die in strijd met de artikelen 97 en 98 van deze wet nalaat gegevens over te zenden of willens en wetens onjuiste gegevens opmaakt die ten grondslag liggen aan de vaststelling van de begroting van financiële middelen van het ziekenhuis. »

De heer Barbeaux is van oordeel dat iedereen in het nieuwe financieringssysteem van de ziekenhuizen een grotere verantwoordelijkheid moet krijgen, ook op het strafrechtelijk vlak. Er bestaan serieuze risico's van fraude of vergissingen. Er moet een signaal gegeven worden dat fraude bestraft zal worden.

De minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu verwijst naar het koninklijk besluit van 19 februari 1987 dat het mogelijk maakt om sancties op te leggen aan een ziekenhuis dat de nodige gegevens niet of onvolledig doorgeeft, met name om het budget van het betrokken ziekenhuis te verminderen met 10%.

Bovendien meent zij dat de door het 4^o van artikel 108 van het wetsontwerp voorgestelde bepaling reeds duidelijk maakt dat diegene, die nalaat per patiënt een medisch of verpleegkundig dossier aan te leggen, strafbaar is.

De heer Barbeaux merkt op dat zijn amendement nr. 6 veeleer slaat op het verzenden van gegevens terwijl de bepaling die de minister aanhaalt over de

M. Barbeaux indique que l'amendement vise à garantir l'établissement de critères objectifs pour déterminer la clé de répartition du subside destiné à financer la fonction sociale au sein des hôpitaux.

Le critère objectif peut être la comparaison des durées moyennes de séjour par pathologie entre patients bénéficiant de la franchise sociale et patients hors franchise sociale, mais cela n'est pas spécifié dans l'amendement même, qui donne simplement au Roi la compétence de fixer des critères objectifs afin de garantir le libre choix de l'hôpital.

La ministre de la Protection de la consommation, de la Santé et de l'Environnement renvoie à la disposition de l'alinéa 2 du § 2 de l'article 102 proposé, qui confère au Roi le pouvoir de fixer les règles et les conditions suivant lesquelles le subside complémentaire destiné à couvrir des coûts spécifiques générés par un profil de patient très faible sur le plan socio-économique est fixé, octroyé et liquidé. Il convient évidemment, à cet égard, de respecter les règles d'objectivité et de non-discrimination.

Article 108

M. Barbeaux dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-967/2, amendement n° 6), visant à compléter l'article 116 de la loi sur les hôpitaux avec un 12^o, comprenant des dispositions pénales pour « celui qui, en violation des articles 97 et 98 de la présente loi, omet de transmettre des données ou établit sciemment des données inexactes servant de base à la fixation du budget des moyens financiers de l'hôpital ».

M. Barbeaux est d'avis qu'il faut augmenter la responsabilité de chacun dans le nouveau système de financement des hôpitaux, y compris sur le plan pénal. Il y a des risques sérieux de fraude ou des erreurs. Il faut donner un signal qu'une fraude sera sanctionnée.

La ministre de la Protection de la consommation, de la Santé et de l'Environnement renvoie à l'arrêté royal du 19 février 1987 qui permet d'infliger des sanctions à un hôpital qui ne transmet pas ou qui ne transmet que partiellement les données requises, notamment sous la forme d'une réduction du budget de 10%.

Par ailleurs, elle estime qu'il ressort déjà clairement de la disposition du 4^o de l'article 108 du projet de loi que celui qui omet d'établir un dossier médical ou infirmier par patient est punissable.

M. Barbeaux fait remarquer que son amendement n° 6 porte plutôt sur la transmission des données, tandis que la disposition citée par la ministre concerne

samenstelling van het medisch dossier gaat. Volgens hem is die bepaling niet van toepassing wanneer een medisch dossier correct is samengesteld maar de overgezonden gegevens toch vals zijn.

Bovendien bestraft het koninklijk besluit van 1987 het ziekenhuis terwijl amendement nr. 6 de beheerder van het ziekenhuis bestraft. Daarenboven kunnen strafsancties alleen bij wet worden ingevoerd en niet bij koninklijk besluit.

De heer Mahoux merkt op dat wanneer een beheerder van een ziekenhuis die gegevens vervalst, het gaat om gebruik van valse stukken en dat de bepalingen van het Strafwetboek daarop van toepassing zijn. Die bepalingen zijn van openbare orde.

IV. STEMMINGEN

Amendement nr. 1 wordt verworpen met 8 stemmen tegen 1 stem.

Amendementen nr. 2 wordt verworpen met 7 stemmen tegen 1 stem bij 1 onthouding.

De heer Mahoux verklaart dat hij de maatregelen steunt die door de regering in dit ontwerp worden voorgesteld en spreekt meer bepaald zijn vertrouwen uit in de minister van Sociale Zaken en Pensioenen en in diens verklaringen ten aanzien van de financiering van de universitaire ziekenhuizen.

De amendementen nrs. 3, 4, 5 en 6 worden verworpen met 8 stemmen tegen 1 stem.

V. EINDSTEMMING

Het wetsontwerp in zijn geheel wordt aangenomen met 8 stemmen tegen 1 stem.

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

De rapporteurs,
Michel BARBEAUX. *De voorzitter,*
Alain DESTEXHE. Theo KELCHTERMANS.

*
* *

**De door de commissie aangenomen tekst
is dezelfde als de tekst
van het door de Kamer van
volksvertegenwoordigers overgezonden ontwerp
(zie stuk Kamer nr. 50 1376/8 — 2001-2002)**

la composition du dossier médical. Selon lui, lorsqu'un dossier médical est composé correctement, mais les données transmises sont fausses, cette disposition n'est pas d'application.

De plus, l'arrêté royal de 1987 sanctionne l'hôpital, tandis que l'amendement n° 6 punit le gestionnaire de l'hôpital. D'ailleurs, des sanctions pénales ne peuvent être établies que par une loi et non par un arrêté royal.

M. Mahoux fait remarquer que, lorsqu'un gestionnaire d'un hôpital falsifie des données qui lui sont transmis, il s'agit d'usage de faux et les dispositions y relatives du Code pénal sont d'application. Ces dispositions sont d'ordre public.

IV. VOTES

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

L'amendement n° 2 est rejeté par 7 voix contre 1 et 1 abstention.

M. Mahoux déclare soutenir les mesures proposées par le gouvernement dans ce projet de loi, et exprime notamment sa confiance au ministre des Affaires sociales et des Pensions et les déclarations de celui par rapport au financement des hôpitaux universitaires.

Les amendements n°s 3, 4, 5 et 6 sont rejetés par 8 voix contre 1.

V. VOTE FINAL

Le projet de loi est adopté par 8 voix contre 1 voix.

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

Les rapporteurs,
Michel BARBEAUX. *Le président,*
Alain DESTEXHE. Theo KELCHTERMANS.

*
* *

**Le texte adopté par la commission
est identique au texte du projet
transmis par la Chambre
des représentants
(voir le doc. Chambre n° 50 1376/8 — 2001-2002)**

BIJLAGE**ANNEXE**

Au président du conseil d'administration des Cliniques universitaires de Mont-Godinne
Avenue Dr. G. Therasse, 1
5330 Mont-Godinne

Monsieur le président,

À la suite de notre réunion du lundi 19 novembre 2001 et en concertation avec ma collègue, la ministre Magda Aelvoet, je tiens à apporter un certain nombre de précisions en ce qui concerne les dispositions du projet de loi de santé relatives au caractère universitaire des hôpitaux, des services, des fonctions ou des programmes.

Tout d'abord, je tiens à faire remarquer que l'objectif final de l'actuelle loi sur les hôpitaux était de ne désigner qu'un seul hôpital universitaire par faculté de médecine. En réalité, la disposition actuelle de l'article 4 de la loi sur les hôpitaux n'a toutefois pas été exécutée conformément à la loi. On a en effet vu naître la pratique selon laquelle des « services hospitaliers universitaires » étaient désignés comme des domaines où s'exerçait la médecine de pointe. Les lits hospitaliers universitaires ne furent pas seulement désignés dans des hôpitaux universitaires centraux, mais également en dehors de ceux-ci.

Le projet de loi de santé entend adapter la loi sur les hôpitaux à la pratique telle qu'elle s'est développée au fil des ans et ce, d'une part, en désignant un seul hôpital universitaire central par faculté de médecine à cycle complet et, d'autre part, en prévoyant dans la loi sur les hôpitaux la base juridique permettant de désigner, en outre, des services, des fonctions et des programmes de soins en dehors des hôpitaux universitaires centraux.

Le fait qu'un hôpital ne soit pas désigné comme hôpital universitaire central n'empêche pas qu'une partie très importante de ses services, tel que c'est le cas actuellement à Mont-Godinne, puissent être désignés comme services universitaires. En d'autres termes, l'arrêté pris en exécution du projet de loi de santé ne devra, en ce qui concerne Mont-Godinne, subir aucun changement par rapport au règlement actuel. Votre hôpital pourra bénéficier du label universitaire pour exactement les mêmes services qu'à l'heure actuelle. Dans son cas, rien ne changera dès lors en ce qui concerne l'octroi du caractère universitaire.

Je tiens également à souligner que la loi ne règle pas la dénomination des hôpitaux, mais seulement le caractère universitaire. Rien n'empêche dès lors que le caractère universitaire soit maintenu dans la dénomination de votre hôpital. Ainsi, votre établissement restera reconnaissable comme centre universitaire tant pour les praticiens professionnels que pour les patients.

En ce qui concerne le financement de l'exploitation, il n'entre pas dans mes intentions de revoir à la baisse le financement de votre hôpital. En revanche, je souhaite, conformément aux avis du Conseil national des établissements hospitaliers, allouer le financement spécifique pour la mission universitaire à un endroit clairement identifiable du budget hospitalier. En ce qui concerne les hôpitaux universitaires centraux et les hôpitaux comptant au moins 75 % de lits à caractère universitaire, il s'agira de la sous-partie B7 et pour les hôpitaux disposant de services, de fonctions ou de programmes de soins universitaires, le financement spécifique sera intégré dans la sous-partie B4 du budget hospitalier. Je répète que ce mode de financement n'impliquera aucun manque à gagner pour votre établissement.

J'espère que ces quelques précisions auront permis de montrer clairement qu'en ce qui concerne l'octroi du caractère universitaire, la nouvelle loi n'impliquera, pour votre établissement, aucun changement par rapport à la technique actuelle de désignation et qu'en ce qui concerne le financement, le niveau actuel de celui-ci pourra être maintenu.

Veuillez agréer, M. le président, l'assurance de ma considération distinguée.

Magda Aelvoet

Ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

Frank Vandenbroucke

Ministre des Affaires sociales et des Pensions