

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2006-2007

6 NOVEMBRE 2006

Proposition de loi complétant la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne les contrats d'achat collectif

(Déposée par M. Wouter Beke et
Mme Mia De Schamphelaere)

DÉVELOPPEMENTS

Coût croissant des soins de santé

Le financement des hôpitaux en Belgique est sous haute pression. Tous les intéressés s'accordent à penser que les hôpitaux souffrent effectivement d'un sous-financement structurel.

On peut donc s'attendre à ce que les pouvoirs publics assurent un financement équitable des prestations des hôpitaux. Cela signifie évidemment aussi qu'il faut s'atteler à chercher les moyens d'optimiser l'organisation de l'exploitation des hôpitaux. L'inefficacité de la politique d'achat des hôpitaux est une des causes principales de leur sous-financement. Les auteurs de la présente proposition de loi entendent dès lors créer un incitant pour élaborer, conclure et contrôler des marchés publics groupés afin de professionnaliser les fonctions d'achat internes, de développer la fonction commerciale et de promouvoir les partenariats.

En 2004, il apparut clairement à quel point le coût des soins de santé avait augmenté au cours des dernières années. Cette année-là, l'assurance-maladie accusa un déficit de 513 millions d'euros, réparti comme suit: 385 millions pour les médicaments, 50 millions pour les honoraires des médecins, 50 millions pour les maisons de repos, 10 millions pour les dentistes, 5,2 millions pour le maximum à facturer, ...

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2006-2007

6 NOVEMBER 2006

Wetsvoorstel tot aanvulling van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, betreffende contracten van samenaankoop

(Ingediend door de heer Wouter Beke en
mevrouw Mia De Schamphelaere)

TOELICHTING

Stijgende kosten van de gezondheidszorg

De financiering van de ziekenhuizen in België staat onder enorme druk. Er heerst een consensus tussen alle betrokkenen dat er sprake is van een structurele onderfinanciering.

Dat betekent dat men van de overheid mag verwachten dat ze zorgt voor een billijke financiering van de prestaties van de ziekenhuizen. Het betekent uiteraard ook dat gezocht moet worden naar systemen om de exploitatie van ziekenhuizen zo efficiënt mogelijk te organiseren. Een belangrijke oorzaak van de onderfinanciering van de ziekenhuizen is hun inefficiënt aankoopbeleid. Daarom willen de indieners met dit wetsvoorstel een stimulans aanreiken tot het uitwerken, afsluiten en opvolgen van groepsoverheidsopdrachten om de interne aankoopfuncties vakkundiger te maken, om de commerciële functie te ontwikkelen en om de samenwerkingsverbanden te stimuleren.

In 2004 werd duidelijk hoe zwaar de kosten van de gezondheidszorg de jongste jaren gestegen zijn. In dat jaar werd een tekort op de ziekteverzekering vastgesteld van 513 miljoen euro. Er was een tekort van 385 miljoen bij de geneesmiddelen, 50 miljoen voor de artsenhonoraria, 50 miljoen bij de rusthuizen, 10 miljoen bij de tandartsen, 5,2 miljoen voor de maximumfactuur, ...

Selon une étude des Mutualités chrétiennes (MC), les frais médicaux des patients admis dans des hôpitaux généraux ont augmenté de 4 % en 2004 et se montent en moyenne à 471 euros par hospitalisation. Le coût total pour les patients s'élève à plus de 800 millions d'euros, soit environ 10 % de l'ensemble des recettes des hôpitaux. Les frais d'hospitalisation à charge des patients augmentent beaucoup plus rapidement que le coût de la vie. De 1998 à 2004, ils ont accusé une hausse de 41 %, passant de 334 à 471 euros. Cette évolution est due à l'augmentation des frais fixes, principalement celle des suppléments d'honoraires et du matériel médical. De 1998 à 2004, ces suppléments ont augmenté respectivement de 94 et de 103 %. En 1998, ils représentaient moins de la moitié de la facture à charge du patient, alors qu'en 2004, la proportion atteignait déjà 52 %.

Au cours de cette période, le ticket modérateur (montant légal de l'intervention personnelle dans les frais de séjour, honoraires, médicaments et matériel médical) n'a pas augmenté dans la même proportion (+ 19 %). Aujourd'hui, le ticket modérateur ne représente plus que 31 % de la facture totale du patient. Il est important de savoir que seul le ticket modérateur compte pour le remboursement dans le cadre du maximum à facturer (MAF). Le MAF vise à limiter les factures d'hôpitaux trop lourdes. Mais au fil des années, cette possibilité a été vidée de sa substance en raison de la hausse plus rapide des suppléments.

Vieillessement

Dans un avenir relativement proche, nous devons faire face à de nombreux défis (dénatalité, vieillissement, ...) qui pèseront lourdement sur le financement de l'assurance-maladie et qui entraîneront une hausse sans précédent du coût des soins de santé.

Un grand nombre d'études analysent d'ores et déjà l'évolution à long terme des dépenses de soins de santé en Belgique et s'intéressent tout particulièrement aux conséquences budgétaires du vieillissement. Ces évaluations concernent donc au premier chef les finances publiques et ont pour objectif de déterminer l'impact de l'évolution démographique sur les perspectives budgétaires; autrement dit, elles sont centrées sur les postes de recettes et de dépenses dites « liées à l'âge ». Ces études ont pour objectif principal d'évaluer la soutenabilité des finances publiques à long terme, compte tenu de la législation actuelle et de la politique en place.

De nombreuses études mettent en évidence une corrélation positive forte entre les dépenses totales (publiques et privées) de soins de santé par habitant et le niveau de vie, mesuré au moyen d'un indicateur tel que le PIB par tête. La hausse des dépenses de soins de

Volgens een studie van de Christelijke Mutualiteit (CM) zijn de kosten voor patiënten in 2004 in algemene ziekenhuizen met 4 % gestegen en bedragen zij gemiddeld 471 euro per opname. De totale kosten voor de patiënten bedragen meer dan 800 miljoen euro, of ongeveer 10 % van de totale ontvangsten van de ziekenhuizen. De ziekenhuiskosten ten laste van de patiënten stijgen veel sneller dan de levensduurte. Van 1998 tot 2004 stegen ze met 41 %, namelijk van 334 naar 471 euro. Die evolutie is toe te schrijven aan de stijging van de vaste kosten, waaronder vooral supplementen voor erelonen en medisch materiaal. Tussen 1998 en 2004 stegen deze supplementen respectievelijk met 94 en 103 %. In 1998 bedroegen ze minder dan de helft van de factuur voor de patiënt, in 2004 was dat al 52 %.

Het remgeld (de wettelijk bepaalde persoonlijke bijdrage in de verblijfskosten, de erelonen, de geneesmiddelen en het medisch materiaal) steeg in die periode niet in dezelfde mate (+ 19 %). Het remgeld vertegenwoordigt thans nog slechts 31 % van de totale patiëntenfactuur. Belangrijk om te weten is dat enkel het remgeld meetelt voor de terugbetaling in het kader van de maximumfactuur (MAF). De MAF heeft tot doel zware ziekenhuisfacturen te beperken. Omwille van de snellere stijging van de supplementen wordt die mogelijkheid evenwel van jaar tot jaar uitgehold.

Vergrijzing

In de niet zo verre toekomst staan ons heel wat uitdagingen (ontgroening, vergrijzing, ...) te wachten die erg zwaar hun stempel zullen drukken op de financiering van de ziekteverzekering en die de kosten voor de gezondheidszorg tot ongekende hoogtes zullen leiden.

Vele studies analyseren nu reeds de evolutie op lange termijn van de uitgaven voor gezondheidszorg in België en dan vooral met betrekking tot de budgettaire gevolgen van de vergrijzing. Die studies hebben dus in eerste instantie betrekking op de overheidsfinanciën en beogen te bepalen wat de impact is van de demografische ontwikkelingen op de budgettaire vooruitzichten; ze zijn met andere woorden geconcentreerd op de zogenaamde « leeftijdsgebonden » ontvangsten- en uitgavenposten. Die studies hebben als voornaamste doelstelling de houdbaarheid van de overheidsfinanciën op lange termijn in te schatten, rekening houdend met de actuele wetgeving en het huidige beleid.

Uit tal van studies blijkt duidelijk een sterke positieve correlatie tussen de totale (publieke- en privé-) uitgaven voor gezondheidszorg per inwoner en de levensstandaard, die wordt gemeten aan de hand van het BBP per hoofd. Achter de stijging van de

santé dans la foulée de l'augmentation générale du niveau de vie recouvre une dynamique à la fois de demande (généralisation du recours à l'acte médical, exigences croissantes en matière de soins) et d'offre (progrès technologiques, utilisation croissante des techniques de pointe). Cette hausse s'exprime dans la comptabilité nationale tant en volume qu'en prix : la croissance du déflateur de la consommation de soins de santé tend en effet à dépasser l'inflation générale.

Établir un lien entre l'âge et la morbidité, et donc les dépenses de soins de santé, est pratiquement un truisme. Le matériel statistique disponible tant au niveau national qu'au niveau international l'illustre à suffisance.

Hormis le niveau de vie et la structure démographique, d'autres facteurs jouent bien entendu aussi un rôle, notamment les facteurs institutionnels. Le secteur des soins de santé est organisé dans chaque État de façon très spécifique. On peut distinguer grosso modo trois types d'organisation, à savoir la tradition «beveridgienne» (les pays scandinaves, le Royaume-Uni jusque récemment), la tradition «bismarckienne» (le Benelux, la France, l'Allemagne, l'Autriche), et les modèles à dominante privée (les États-Unis).

Quelles sont les perspectives à moyen terme (2004-2009)? Pour la période 2004-2007 également, le gouvernement a retenu comme objectif budgétaire une croissance annuelle moyenne de 4,5 % (hors adaptation de l'indice-santé). Toutefois, en 2004, il n'a bien entendu pas été tenu compte du dépassement de 513 millions d'euros de l'objectif budgétaire. Il est supposé que la croissance moyenne de 4,5 % des dépenses sur la période 2005-2007 est affectée à l'extension et à l'amélioration de l'offre médicale, dans le prolongement des évolutions passées. Il est par ailleurs tenu compte de la prise en charge par l'INAMI d'une partie du prix de journée d'hospitalisation précédemment à charge du SPF Santé publique et de l'extension aux petits risques de la couverture des indépendants. Cette extension se fait aux dépens de la couverture privée préexistante, qui concerne 80 % des indépendants. Pour l'année 2008 (2009), la croissance est estimée à 3,9 % (3,1 %), dont 3,2 % (2,4 %) relèvent de la dynamique interne et 0,7 % est imputable au vieillissement démographique.

Quelles sont les perspectives à long terme (2010-2030)? Dans la méthodologie retenue pour l'évaluation à long terme des dépenses totales de soins de santé, il y a lieu de distinguer les déterminants démographiques et le «*trend*», qui reflète l'impact de la croissance économique. Les dépenses publiques de santé de la sécurité sociale sont ensuite projetées en faisant l'hypothèse d'une croissance identique à celle

de dépenses de soins de santé. La croissance des dépenses de soins de santé dans le secteur privé est estimée à 3,9 % (3,1 %) en 2008 (2009), dont 3,2 % (2,4 %) relèvent de la dynamique interne et 0,7 % est imputable au vieillissement démographique.

uitgaven voor gezondheidszorg binnen de algemene stijging van de levensstandaard gaat een dynamiek schuil van zowel de vraag (er wordt vaker een beroep gedaan op geneeskundige handelingen, er zijn steeds hogere eisen op het vlak van gezondheidszorg), als het aanbod (technologische vooruitgang, toenemend gebruik van geavanceerde technieken). Die stijging komt tot uiting in de nationale rekeningen, op het vlak van het volume, maar ook van de kostprijs: de groei van de deflator van het medisch verbruik heeft de neiging om de algemene prijsstijging te overtreffen.

Het verband tussen leeftijd en ziektecijfer, en aldus de uitgaven voor gezondheidszorg, is haast een gemeenplaats. Dit blijkt uit statistisch materiaal dat zowel op nationaal als op internationaal niveau beschikbaar is.

Behalve de levensstandaard en de demografische structuur spelen uiteraard ook andere factoren een rol, met name de institutionele factoren. De gezondheidssector is in elke staat op een zeer specifieke manier georganiseerd. Zo zijn er grosso modo drie organisatietypes, namelijk de Beveridge-traditie (Scandinavische landen, Verenigd Koninkrijk tot voor kort), de Bismarck-traditie (Benelux, Frankrijk, Duitsland, Oostenrijk) en de modellen met een privédominantie (Verenigde Staten).

Wat zijn de vooruitzichten op middellange termijn (2004-2009)? Ook voor de periode 2004-2007 werd beslist de begrotingsdoelstelling van de regering van een gemiddelde jaarlijkse aangroei van 4,5 % (exclusief aanpassing van de gezondheidsindex) te weerhouden. Er werd in 2004 natuurlijk geen rekening gehouden met de overschrijding van 513 miljoen euro van de begrotingsdoelstelling. Er wordt verondersteld dat de gemiddelde groei van 4,5 % van de uitgaven voor de periode 2005-2007 wordt gewijd aan de uitbreiding en de verbetering van het medisch aanbod, als voortzetting van de voorbije evoluties. Aan de andere kant wordt rekening gehouden met de overheveling naar het RIZIV van een gedeelte van de verpleegdagprijs, dat voorheen ten laste was van de FOD Volksgezondheid én met de uitbreiding van de zelfstandigenregeling tot de kleine risico's. Die uitbreiding komt in de plaats van de bestaande privéverzekering, die op 80 % van de zelfstandigen betrekking heeft. Voor het jaar 2008 (2009) wordt de groei geraamd op 3,9 % (3,1 %), waarvan 3,2 % (2,4 %) te wijten aan interne dynamiek en 0,7 % toe te schrijven is aan de vergrijzing.

Wat zijn de vooruitzichten op lange termijn (2010-2030)? In de methodologie gebruikt voor de langetermijnverkenning van de totale uitgaven voor gezondheidszorg, wordt een onderscheid gemaakt tussen de demografische determinanten en de «*trend*» die de impact van de economische groei weerspiegelt. De toekomstige evolutie van de uitgaven voor geneeskundige zorgen ten laste van de sociale zekerheid

des dépenses totales, à l'issue de la période de moyen terme (2004-2009). Les dépenses publiques de santé de la sécurité sociale ainsi obtenues sont réparties entre le régime des travailleurs salariés et celui des travailleurs indépendants au pro rata de la répartition par régime des titulaires de l'assurance-maladie. Les autres dépenses publiques de santé suivent l'évolution du PIB.

Les déterminants démographiques pris en compte sont la taille de la population et la variation de la structure de la population par âge et par sexe. L'impact de ces déterminants sur les dépenses de santé est estimé à l'aide d'un modèle démographique et de profils de dépenses de santé par classe d'âge et par sexe. La population de la Belgique devrait croître légèrement au cours des prochaines décennies, par suite de l'allongement constant de la durée de vie et de la perspective d'un important solde migratoire positif. Ainsi, la croissance annuelle moyenne de la population serait de l'ordre de 0,2 % entre 2003 et 2030, ce qui équivaut à la croissance observée au cours des trois dernières décennies. Le vieillissement de la population est dû à la conjonction de trois facteurs bien connus : l'augmentation de l'espérance de vie, le vieillissement de la génération du *baby-boom* de l'après-guerre et la chute du taux de natalité. Ainsi, le coefficient de dépendance des personnes âgées était de 40 % en 2000 et devrait être de 44 % en 2010, de 63 % en 2030 et de 69 % en 2050. Le coefficient exprimant le « vieillissement dans le vieillissement » (80 ans et plus/60 ans et plus) était de 16 % en 2000 et devrait être de 21 % en 2010, de 22 % en 2030 et de 32 % en 2050. L'impact du vieillissement démographique sur les dépenses de santé (y compris le taux de remboursement préférentiel à des âges avancés) est déterminé à l'aide des profils par classe d'âges et par sexe. Ceux-ci permettent de mesurer la croissance moyenne annuelle des dépenses publiques de santé exclusivement attribuable au vieillissement, laquelle serait de l'ordre de 0,7 % entre 2001 et 2030, alors que sur la période 1971-2000, cette croissance n'était que de 0,5 %.

Le « *trend* » est défini comme la partie de l'augmentation des dépenses totales de soins de santé dans le PIB qui est corrélée avec la croissance économique et qui est indépendante du facteur démographique. Cette tendance historique résulte d'une dynamique combinant des facteurs d'offre, des facteurs de demande et des objectifs politiques en matière de santé. Elle est constituée tant d'effets volume que d'effets prix. Cette tendance historique est estimée par une approche économétrique : la variable à expliquer est la dépense de santé par tête, déflatée par le prix du PIB (pour prendre en compte le différentiel d'inflation des prix de la santé et du PIB) et par l'indicateur d'impact du vieillissement (afin d'obtenir la consommation de santé à structure d'âge inchangée). Cette

wordt verondersteld aan hetzelfde ritme te groeien als dat van de totale uitgaven, na afloop van de middellange termijn. De aldus bekomen uitgaven voor gezondheid in de sociale zekerheid worden vervolgens verdeeld tussen het werknemersstelsel en dat van de zelfstandigen, verhoudingsgewijs met de verdeling per stelsel van de gerechtigden op ziekteverzekering. De andere publieke uitgaven voor gezondheidszorg volgen de evolutie van het BBP.

De demografische determinanten betreffen de omvang van de bevolking en de verandering in de bevolkingsstructuur per leeftijd en per geslacht. De impact van deze determinanten op de uitgaven voor gezondheidszorg wordt geschat aan de hand van een demografisch model en van de uitgavenprofielen voor gezondheidszorg per leeftijdsklasse en per geslacht. De Belgische bevolking zou in de loop van de komende decennia lichtjes toenemen, ten gevolge van de steeds langere levensduur en het vooruitzicht op een belangrijk positief migratiesaldo. Zo zou de gemiddelde jaarlijkse groei van de bevolking 0,2 % bedragen tussen 2003 en 2030, wat overeenkomt met de geobserveerde groei gedurende de voorbije drie decennia. De vergrijzing van de bevolking is te wijten aan het samenspel van drie welbekende factoren : de toenemende levensverwachting, de vergrijzing van de babyboomgeneratie van na WO II en de daling van het geboortecijfer. De afhankelijkheidsgraad van de ouderen bedroeg in 2000 40 % en zou in 2010 44 %, in 2030 63 % en in 2050 69 % bedragen. De coëfficiënt die de vergrijzing binnen de vergrijzing (80 jaar en ouder/ 60 jaar en ouder) uitdrukt, bedroeg in 2000 16 % en zou in 2010 21 %, in 2030 22 % en in 2050 32 % bedragen. De impact van de vergrijzing van de bevolking op de uitgaven voor gezondheidszorg (inclusief het terugbetalingstarief in de voorkeursregeling voor hoogbejaarden) wordt bepaald aan de hand van profielen per leeftijdsklasse en per geslacht. Daarmee kan de gemiddelde jaarlijkse groei van de publieke uitgaven voor gezondheidszorg worden berekend die uitsluitend aan de vergrijzing wordt toegeschreven; die zou tussen 2001 en 2030 0,7 % bedragen, terwijl hij voor de periode 1971-2000 slechts 0,5 % bedroeg.

De « *trend* » wordt omschreven als dat gedeelte van de stijging van de totale uitgaven voor gezondheidszorg in het BBP dat beïnvloed wordt door de economische groei en dat los staat van de demografische factor. Deze historische trend is het resultaat van een dynamiek die zowel aanbodfactoren als vraagfactoren en politieke doelstellingen met betrekking tot gezondheidszorg met elkaar combineert. Ze is evenzeer samengesteld uit volume-effecten als prijseffecten. Deze historische tendens wordt econometrisch geschat : de te verklaren variabele is de uitgave voor gezondheidszorg per inwoner, gedeflateerd door de prijs van het BBP (om rekening te houden met het inflatieverschil tussen de prijzen voor gezondheidszorg, enerzijds, en de prijs van het BBP, anderzijds) en

variable est fonction du PIB réel par tête et d'un terme auto-régressif; l'élasticité du PIB réel par tête subit de ce fait des variations de court terme. L'élasticité, qui, en moyenne sur la période de projection, est supérieure à l'unité, tend vers 1 à très long terme. Si nous observons les dépenses de santé totales en % du PIB et en taux de croissance, nous constatons que, sur la période de projection 2004-2030, celles-ci passent de 9,7% en 2004 à 12,8% du PIB en 2030, soit un accroissement de 3,2 points de pourcentage du PIB. Le taux de croissance annuel moyen des dépenses totales sur cette période est de 3,1%. Sur la période de projection de long terme, le taux de croissance annuel moyen des dépenses totales de santé est de 2,9%: le taux de croissance annuel moyen de ces dépenses dû à la «tendance lourde» est de 2,1% et celui dû aux facteurs démographiques est de 0,8%. Dans cette dernière approche, la tendance lourde apparaît comme le facteur principal d'accroissement des dépenses de soins de santé, loin devant le facteur démographique. Cependant, si l'on postule comme «normale» une croissance de ces dépenses égale à la croissance économique et que l'on cherche dès lors à expliquer l'accroissement du poids des dépenses de soins de santé dans le PIB, c'est le facteur démographique qui apparaît prépondérant: en effet, la partie de la tendance lourde qui correspond à la croissance économique disparaît dans une telle approche.

Les dépenses publiques de santé de la sécurité sociale sont projetées en faisant l'hypothèse d'une croissance identique à celle des dépenses totales, à l'issue de la période de moyen terme. Les dépenses publiques de santé de la sécurité sociale ainsi obtenues sont réparties entre le régime des travailleurs salariés et celui des travailleurs indépendants au prorata de la répartition par régime des titulaires de l'assurance-maladie. Les autres dépenses publiques de santé suivent l'évolution du PIB. Sur la période de projection 2004-2030, les dépenses publiques de santé passent de 7,2% du PIB en 2004 à 9,5% du PIB en 2030. Cet accroissement de 2,3 points de pourcentage du PIB est attribuable pour 0,6 point de pourcentage à la période 2004-2009 et pour 1,6 point de pourcentage à la période 2010-2030. Le taux de croissance annuel moyen des dépenses publiques totales sur l'ensemble de la période de projection est de 3,1% pour un taux de croissance économique annuel moyen de 1,9%. Sur la période 2004-2009, le taux de croissance annuel moyen est de 4,3% pour un taux de croissance économique annuel moyen de 2,3%. Sur la période 2010-2030, le taux de croissance annuel moyen des dépenses est de 2,8% pour un taux de croissance économique annuel moyen de 1,8%.

door de indicator voor de impact van de vergrijzing (om de consumptie van gezondheidszorg te bekomen bij een ongewijzigde leeftijdsstructuur). Deze variabele is functie van het reële BBP per persoon en van een autoregressieve term; de elasticiteit van het reële BBP per persoon ondergaat daardoor variaties op korte termijn. De elasticiteit, die voor de proefperiode gemiddeld hoger ligt dan de eenheid, neigt op zeer lange termijn naar 1. Als we de totale uitgaven voor de gezondheidszorg bekijken in % van het BBP en in groeicijfers, dan zien we dat voor de projectieperiode 2004-2030 de totale uitgaven stijgen van 9,7% in 2004 tot 12,8% van het BBP in 2030, hetzij een stijging van 3,2%-punten van het BBP. Het gemiddelde jaarlijkse groeicijfer van de totale uitgaven voor deze periode bedraagt 3,1%. Voor de lange-termijnperiode bedraagt het gemiddelde jaarlijkse groeicijfer voor de totale uitgaven 2,9%: het gemiddelde jaarlijkse groeicijfer van deze uitgaven, te wijten aan de «historische trend», bedraagt 2,0% en datgene dat aan de demografische factoren is toe te schrijven bedraagt 0,8%. In deze benadering komt de historische trend naar voren als de voornaamste groeifactor van de uitgaven voor gezondheidszorg, met een grote voorsprong op de demografische factor. Als we er echter van uitgaan dat een groei van deze uitgaven gelijk aan de economische groei «normaal» is en we proberen vanuit dat opzicht de toename van het gewicht van de uitgaven voor gezondheidszorg in het BBP te verklaren, dan komt de demografische factor als doorslaggevend naar voren: het gedeelte van de historische trend dat met de economische groei overeenstemt, verdwijnt bij een dergelijke benadering.

De uitgaven voor gezondheidszorg van de sociale zekerheid (publieke uitgaven) worden geprojecteerd in de veronderstelling dat de groei ervan gelijkloopt met die van de totale uitgaven, na afloop van de middellange periode. De zo berekende uitgaven voor gezondheid in de sociale zekerheid worden verdeeld tussen het werknemersstelsel en dat van de zelfstandigen, verhoudingsgewijs met de verdeling per stelsel van de gerechtigden op ziekteverzekering. De andere publieke uitgaven voor gezondheidszorg volgen de evolutie van het BBP. Voor de projectieperiode 2004-2030 stijgen de publieke uitgaven van 7,2% van het BBP in 2004 tot 9,5% van het BBP in 2030. Deze toename met 2,3%-punt van het BBP doet zich ten belope van 0,6%-punt voor tijdens de periode 2004-2009 en ten belope van 1,6%-punt tijdens de periode 2010-2030. Het gemiddelde jaarlijkse groeicijfer van de totale overheidsuitgaven voor het geheel van de projectieperiode bedraagt 3,1% voor een gemiddeld jaarlijks groeicijfer van de economie van 1,9%. Voor de periode 2004-2009 bedraagt het gemiddelde jaarlijkse groeicijfer 4,3% voor een gemiddeld jaarlijks groeicijfer van de economie van 2,3%. Voor de periode 2010-2030 bedraagt het gemiddelde jaarlijkse groeicijfer 2,8% voor een gemiddeld jaarlijks groeicijfer van de economie van 1,8%.

Contrats d'achat collectif

Les auteurs de la présente proposition de loi entendent créer une opportunité de faire des économies en instaurant un système d'achat collectif.

Les pouvoirs publics peuvent réaliser des économies considérables en procédant à des achats groupés, par le biais de contrats-cadres. En achetant de grandes quantités, ils peuvent bénéficier de prix moindres et de coûts administratifs réduits, car il ne faut appliquer qu'une seule fois la procédure d'achat. Ces deux éléments accroissent l'efficacité des acquisitions.

Ces avantages financiers s'accompagnent également d'avantages qualitatifs. Les services peuvent disposer plus rapidement des biens et services souhaités, car ils ne doivent plus suivre de procédure d'adjudication, ce qui permet également de réduire les frais de stockage. Le volume d'un contrat-cadre renforce la position de l'administration par rapport à son fournisseur et lui permet de se montrer plus exigeante quant à la qualité du service. Les contrats-cadres sont passés par des spécialistes disposant d'une connaissance approfondie des produits et des procédures légales, ce qui constitue une garantie de qualité.

Étant donné la valeur ajoutée des contrats-cadres, on trouve dans de nombreux pays des services actifs dans ce domaine. En Belgique, c'est le Bureau fédéral d'achats (BFA) qui assumait cette fonction. Au milieu de l'année 2002, ce service a été réorganisé en profondeur : le BFA, qui comptait environ 100 agents, a été supprimé et remplacé par le service des contrats-cadres multi-SPF, composé d'une dizaine d'agents (CMS).

Idéalement, il faudrait évidemment, pour les hôpitaux également, recourir au CMS, dont la mission est précisément la conclusion de contrats-cadres. Or, ce n'est pas possible actuellement dans la mesure où seuls les divers SPF sont reconnus en tant qu'intéressés et que les entités qui y ressortissent n'ont pas d'existence propre en la matière. De plus, le ministre a répondu négativement à la question de savoir s'il était disposé à changer cette situation.

L'organisation de soins de santé dont le financement serait assuré est l'ambition de tous. Selon les auteurs, la régionalisation des soins de santé pourrait être un élément de la solution. La répartition actuelle des compétences a notamment pour conséquence que des efforts importants consentis par une entité fédérée n'ont pas d'effet de retour pour cette même entité. Au bout du compte, les entités fédérées investissent beaucoup trop peu et les coûts globaux des soins de santé augmentent. La compétence partagée complique l'application d'une politique cohérente et transparente. Si, par la présente proposition de loi, les auteurs n'entendent pas consolider l'option actuelle d'organiser la politique des soins de santé au niveau fédéral, ils

Contracten tot gezamenlijke aankoop

De indieners willen met dit wetsvoorstel een opportuniteit voor kostenbesparing creëren door de invoering van een stelsel voor samenaankoop.

De overheid kan belangrijke besparingen realiseren door aankopen gegroepeerd, via raamcontracten, te realiseren. Door grote volumes aan te kopen kunnen lagere prijzen bedongen worden en verminderen de administratiekosten, omdat slechts éénmaal een aankoopprocedure toegepast moet worden. Beide elementen verhogen de efficiëntie van de aankopen.

Naast die financiële voordelen zijn er ook kwalitatieve voordelen. De diensten kunnen sneller beschikken over de gewenste goederen en diensten, omdat ze geen gunningsprocedure meer moeten doorlopen; dit kan ook de voorraadkosten verminderen. De omvang van een raamcontract plaatst de administratie in een sterkere positie jegens een leverancier en laat haar toe om veeleisender te zijn op het vlak van de kwaliteit van de dienstverlening. Raamcontracten worden gegund door specialisten met een grondige kennis van de producten en van de wettelijke procedures, wat een kwaliteitsgarantie biedt.

De toegevoegde waarde van raamcontracten maakt dan ook dat in vele landen diensten te vinden zijn die zich hiermee bezighouden. In België vervulde het Federaal Aankoopbureau (FAB) deze functie. Medio 2002 werd deze dienst ingrijpend gereorganiseerd : het FAB, met ongeveer 100 personeelsleden, werd afgeschaft en vervangen door de dienst FOD Overschrijdende Raamcontracten met een tiental personeelsleden (FOR).

Idealiter wordt uiteraard ook voor de ziekenhuizen een beroep gedaan op de FOR, het afsluiten van raamcontracten namelijk als opdracht heeft. Dit is vandaag echter niet mogelijk omdat enkel de verschillende FOD's als betrokkenen worden erkend en de daaronder ressorterende entiteiten hierbij geen zelfstandige plaats hebben. Bovendien werd onze vraag of de minister bereid is om hierin verandering te brengen, negatief beantwoord.

Het organiseren van betaalbare gezondheidszorg is ieders ambitie. De indieners zijn voorstander van de regionalisering van de gezondheidszorg als deel van de oplossing. De huidige bevoegdheidsverdeling heeft onder meer tot gevolg dat grote inspanningen van een deelstaat geen return opleveren voor die deelstaat zelf. Het eindresultaat is dat de deelstaten veel te weinig investeren zodat de totale kosten van de gezondheidszorg oplopen. De gedeelde bevoegdheid bemoeilijkt een coherent en transparant beleid. Met dit wetsvoorstel willen de indieners de huidige keuze om het gezondheidsbeleid federaal te organiseren niet bevestigen, maar zolang de middelen federaal verdeeld worden en het beleid federaal beslist wordt, moeten de

estiment néanmoins qu'aussi longtemps que la répartition des moyens et la politique seront arrêtées au niveau fédéral, il faudra sensibiliser les entités fédérées de la même manière afin qu'elles réduisent les frais et mette en place des mécanismes permettant de recueillir les fruits d'une politique responsable.

La loi du 15 juin 2006 relative aux marchés publics et à certains marchés de travaux, de fournitures et de services

La loi du 15 juin 2006, qui concerne les marchés publics et certains marchés de travaux, de fournitures et de services, traduit l'évolution de la jurisprudence de la Cour de justice qui tend à donner une interprétation plus fonctionnelle à la notion de « pouvoir adjudicateur ».

L'une des conséquences pour la Belgique sera que quantité d'institutions de droit privé dont l'objet relève de l'intérêt général, comme les hôpitaux, seront désormais soumises *entièrement* aux règles de procédure fixées. Comme elles y sont soumises en tant qu'institutions, elles le seront donc aussi pour les activités purement commerciales qui ne sont ni contrôlées ni financées par les pouvoirs publics.

Le *CD&V* s'y est fermement opposé lors de l'examen parlementaire de cette loi au motif que, dans les faits, une interprétation aussi large est contraire à une véritable interprétation fonctionnelle de la notion de « pouvoir adjudicateur ». L'objectif de l'interprétation fonctionnelle est que le caractère purement privé ou public d'une institution ne puisse pas être le seul critère déterminant permettant d'invoquer la qualification de « pouvoir adjudicateur » ou de s'y soustraire. Cela ne peut toutefois pas avoir pour conséquence que des activités financées par des fonds privés, par des personnes morales de droit privé, sans aucune participation des pouvoirs publics, soient désormais soumises aux mêmes exigences.

L'on pourrait dès lors considérer que c'est précisément l'interprétation large de la notion de « pouvoir adjudicateur », sous l'influence de l'interprétation fonctionnelle, qui entraîne la nécessité de prévoir des exceptions spécifiques afin d'éviter des effets disproportionnés. Dès lors, le *CD&V* avait proposé que pareilles activités, définies de manière très précise, qui n'ont aucun lien avec les pouvoirs publics, soient exclues du champ d'application de la loi relative aux marchés publics (doc. Sénat 3-1689/4). Une analyse concrète de la jurisprudence de la Cour de justice révèle que rien ne s'y oppose. Pourtant, le gouvernement a fait le choix politique de ne pas traduire cette préoccupation de la société civile dans un texte de loi.

Sans pour autant confirmer ce choix, les auteurs de la présente proposition de loi souhaitent amortir en

deelstaten op dezelfde manier gesensibiliseerd worden om kosten te besparen en moeten er manieren bestaan om de vruchten te plukken van een verantwoord beleid.

De wet overheidsopdrachten en bepaalde opdrachten voor werken, leveringen en diensten van 15 juni 2006

De wet overheidsopdrachten en bepaalde opdrachten voor werken, leveringen en diensten van 15 juni 2006 geeft uiting aan de evolutie in de rechtspraak van Hof van Justitie om een meer functionele invulling te geven aan het begrip « aanbestedende overheid ».

Voor België heeft dit onder meer tot gevolg dat heel wat privaatrechtelijke instellingen met een doelstelling van algemeen belang, zoals ziekenhuizen, voortaan *volledig* onderworpen zullen zijn aan de gestelde procedurele voorschriften. Omdat zij hieraan onderworpen zijn als instelling zal dit dus ook het geval zijn voor puur commerciële activiteiten die noch door de overheid worden gecontroleerd, noch worden gefinancierd.

CD&V heeft zich hiertegen fel verzet tijdens de parlementaire behandeling van deze wet omdat we van mening zijn dat een dergelijke ruime interpretatie in de feiten tegenstrijdig is met een werkelijke functionele invulling van het begrip « aanbestedende overheid ». De doelstelling van de functionele invulling is dat louter het privaatrechtelijk of publiekrechtelijk karakter van een instelling niet als enige criterium de kwalificatie « aanbestedende overheid » kan doen ontstaan of ontlopen. Het kan hiervan echter niet het gevolg zijn dat voortaan ook activiteiten, gefinancierd met privé-geld, door private rechtspersonen, zonder enige inspraak van de overheid, eveneens onderworpen worden aan dezelfde vereisten.

Men kan dan ook stellen dat net de ruime invulling van het begrip « aanbestedende overheid », onder invloed van de functionele interpretatie, met zich meebrengt dat in specifieke uitzonderingen dient voorzien te worden om disproportionele effecten te vermijden. Wij hadden dan ook voorgesteld om dergelijke, zeer precies omschreven, activiteiten die met de overheid niets vandoen hebben, van het toepassingsgebied van de wet overheidsopdrachten uit te sluiten (stuk Senaat 3-1689/4). Concrete analyse van de rechtspraak van het Hof van Justitie leert dat niets zich hiertegen verzet. Toch heeft de regering de politieke keuze gemaakt deze bezorgdheid van het middenveld niet wettelijk te vertalen.

Zonder deze keuze te bevestigen wensen de indieners de meerkost die hiervan het gevolg is voor

partie le surcoût qui en résulte pour les hôpitaux en prévoyant la possibilité de procéder aux adjudications en question de manière collective.

La loi prévoit aussi la possibilité de créer des centrales d'achat qui, en soi, sont susceptibles d'atteindre le même objectif que celui avancé par la présente proposition de loi. Cependant, on se contente de les mentionner sans en préciser les règles de mise en œuvre concrète. À ce jour, cette loi reste donc lettre morte. Les auteurs souhaitent dès lors introduire dès aujourd'hui dans la loi sur les hôpitaux, un système permettant à ceux-ci de prendre leur destinée en main en douceur.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Comme le but est d'amortir un handicap pour les hôpitaux, les auteurs proposent une solution non contraignante.

Ils optent aussi pour un régime purement légal, ne nécessitant pas de mesures d'exécution supplémentaires et créant le cadre nécessaire en laissant aux intéressés le soin de définir eux-mêmes les modalités pratiques. Ce système traduit leur conviction qu'il est préférable que les pouvoirs publics fassent preuve de réserve et, une fois le cadre défini, laissent la libre initiative s'exprimer pleinement.

Article 1^{er}

Cet article fixe le fondement de compétence.

Article 2

Le régime est inséré dans le titre IV, qui contient des dispositions spécifiques relatives à la gestion des hôpitaux. Cette insertion se fait au moyen d'un chapitre 1^{er}*bis* nouveau, intitulé «De l'achat collectif».

L'article 129^{ter}-1 définit la composition et la mission du nouvel «organe de concertation en matière d'achat collectif».

C'est au gestionnaire qu'il incombe de désigner le représentant, étant donné que l'article 11 de la loi sur les hôpitaux lui attribue la responsabilité financière finale.

L'article lui donne aussi pour mission d'élaborer un cycle d'achat dans la mesure où celui-ci constitue l'indispensable base de comparaison pour identifier les besoins partagés des hôpitaux.

L'article 129^{ter}-2 prévoit les décisions que l'organe de concertation est tenu en tout cas de prendre en vue

de ziekenhuizen gedeeltelijk op te vangen door in de mogelijkheid te voorzien deze aanbestedingen gezamenlijk te doen.

Ook in de wet wordt de mogelijkheid opgenomen om aankoopcentrales op te richten die inhoudelijk dezelfde doelstelling kunnen verwezenlijken als wat in dit wetsvoorstel wordt voorgesteld. Deze worden echter vermeld zonder enige verdere inhoudelijke uitwerkingsregelingen. Bij gebreke hieraan blijft deze wet vooralsnog dode letter. Om die reden wensen de indieners vandaag reeds een stelsel in de ziekenhuiswet in te voeren dat de ziekenhuizen op een soepele wijze toelaat het heft in eigen handen te nemen.

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Aangezien het de bedoeling is een nadeel voor de ziekenhuizen op te vangen, kiezen we ervoor dit op een vrijblijvende basis in te voeren.

We kiezen eveneens voor een regeling die louter op basis van de wet, zonder nood aan verdere uitvoeringsmaatregelen, het noodzakelijke kader biedt waarbij de betrokkenen zelf de meer praktische uitwerkingsmaatregelen kunnen vaststellen. Dit concretiseert onze overtuiging dat de overheid zich best terughoudend opstelt en, eens het kader bepaald is, het vrij initiatief maximaal laat spelen.

Artikel 1

Dit artikel bepaalt de bevoegdheidsgrondslag.

Artikel 2

De regeling wordt ingevoerd in titel IV, waarin specifieke bepalingen zijn opgenomen met betrekking tot het beheer van de ziekenhuizen. Dit gebeurt door middel van een nieuw hoofdstuk *Ibis* «Samenaankoop».

In het artikel 129^{ter}-1 wordt de samenstelling en opdracht van het nieuwe «overlegorgaan voor samenaankoop», omschreven.

Het is de beheerder die de vertegenwoordiger aanstelt aangezien op basis van artikel 11 van de ziekenhuiswet de financiële eindverantwoordelijkheid bij hem berust.

Het geeft hem ook de opdracht een aankoopcyclus op te stellen, omdat dit de noodzakelijke vergelijkingsbasis vormt om de gedeelde behoeften tussen de ziekenhuizen te onderkennen.

Artikel 129^{ter}-2 bepaalt de beslissingen die het overlegorgaan in elk geval dient te nemen met het oog

d'un bon fonctionnement et ouvre la possibilité de passer tous les accords pratiques à cet effet.

On peut par conséquent convenir d'imputer les frais sur les économies d'échelle réalisées dans le cadre d'un contrat déterminé.

L'article 129ter-4 définit comment d'éventuelles initiatives peuvent être identifiées et comment prendre une décision à leur sujet.

Il précise aussi que la composition de l'organe de concertation peut différer selon les contrats, en fonction du nombre d'hôpitaux intéressés par un contrat déterminé.

L'article 129ter-4 prévoit la conclusion, pour chaque contrat, d'un contrat de mandat entre les hôpitaux participants et l'organe de concertation composé spécifiquement. L'on obtient ainsi une situation juridiquement cohérente et sûre pour les fournisseurs, les hôpitaux et leurs représentants.

*
* *

op een behoorlijk functioneren en biedt de mogelijkheid alle verdere praktische afspraken te maken.

Er kan dus overeengekomen worden om de kosten aan te rekenen op het financiële schaalvoordeel dat met een bepaald contract wordt verwezenlijkt.

Artikel 129ter-4 bepaalt hoe mogelijke initiatieven kunnen worden onderkend en op welke wijze erover wordt beslist.

Dit maakt ook duidelijk dat de samenstelling van het overlegorgaan voor diverse contracten kan verschillen, in functie van het aantal ziekenhuizen dat voor een bepaald contract interesse betoont.

Op basis van artikel 129ter-4 wordt voor elk contract een lastgevingsovereenkomst gesloten tussen de deelnemende ziekenhuizen en het overlegorgaan in die specifieke samenstelling. Aldus bekomt men een sluitende en rechtszekere situatie voor de leveranciers, de ziekenhuizen en hun vertegenwoordigers.

Wouter BEKE.
Mia DE SCHAMPHELAERE.

*
* *

PROPOSITION DE LOIArticle 1^{er}

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Art. 2

Au titre IV de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, il est inséré un chapitre I^{er bis} comprenant les articles 129^{ter}-1 à 129^{ter}-4, libellé comme suit :

« Chapitre I^{er bis} : De l'achat collectif

Art. 129^{ter}-1. L'organe de concertation en matière d'achat collectif a pour mission de prospecter, de préparer et de finaliser les projets d'achat collectif des hôpitaux et des associations d'hôpitaux.

Le gestionnaire désigne la personne qui représentera l'hôpital au sein de cet organe de concertation et définit la mission qui lui est assignée.

Les associations d'hôpitaux qui décident d'agir ensemble sont autorisées à y déléguer un représentant commun.

Un cycle d'achat détaillé est élaboré sous la responsabilité du gestionnaire. Il contient un relevé précis de tous les produits achetés et précise leurs spécificités, leur quantité ainsi que le moment et la fréquence de l'achat.

Art. 129^{ter}-2. L'organe de concertation définit l'appui administratif à prévoir et la répartition interne des frais de fonctionnement.

Il détermine de la même manière les éléments du cycle d'achat qui doivent être communiqués.

L'organe de concertation peut en outre passer tous les accords qu'il estime utiles à son fonctionnement et les faire consigner dans un règlement d'ordre intérieur.

Art. 129^{ter}-3. Sur la base d'une comparaison des cycles d'achat et d'éventuelles propositions concrètes d'un ou de plusieurs hôpitaux, l'organe de concertation dresse une liste d'initiatives potentiellement utiles et la transmet par l'entremise des représentants, aux gestionnaires respectifs. Ces derniers indiquent clairement les initiatives pour lesquelles il existe ou non un

WETSVOORSTEL

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

Art. 2

In titel IV van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, wordt een hoofdstuk *Ibis* ingevoerd dat de artikelen 129^{ter}-1 tot 129^{ter}-4 omvat, luidende :

« Hoofdstuk *Ibis* : Samenaankoop

Art. 129^{ter}-1. Het overlegorgaan voor samenaankoop heeft als opdracht de prospectie, de voorbereiding en de afhandeling van projecten van samenaankoop tussen ziekenhuizen en associaties van ziekenhuizen.

De beheerder wijst de vertegenwoordiger aan die voor het ziekenhuis zal optreden in dit overlegorgaan en bepaalt zijn gebonden opdracht.

Associaties van ziekenhuizen die beslissen gezamenlijk te handelen kunnen een gemeenschappelijke vertegenwoordiger afvaardigen.

Onder verantwoordelijkheid van de beheerder wordt een gedetailleerde aankoopcyclus opgesteld. Die bestaat uit een nauwkeurige weergave van alle aangekochte producten, met hun specificaties, de hoeveelheid, het moment en de periodiciteit van aankoop.

Art. 129^{ter}-2. Het overlegorgaan bepaalt in welke administratieve ondersteuning wordt voorzien en hoe de werkingskosten daarvan onderling worden verdeeld.

Het beslist welke elementen van de aankoopcyclus dienen meegedeeld te worden.

Het overlegorgaan kan verder alle afspraken maken die het dienstig acht voor zijn werking en deze laten opnemen in een intern reglement.

Art. 129^{ter}-3. Op basis van een vergelijking van de aankoopcycli en eventuele concrete voorstellen van één of meer ziekenhuizen, stelt het overlegorgaan een lijst op van de potentieel nuttige initiatieven en maakt dit via de vertegenwoordigers over aan de respectievelijke beheerders. Die laatste maken duidelijk waarvoor al dan niet interesse bestaat, waarna het overlegorgaan

intérêt, après quoi l'organe de concertation en matière d'achat collectif peut les examiner et les préparer plus en détail.

L'organe de concertation a compétence pour conclure des contrats d'achat collectif dès qu'il y a accord en ce sens entre deux hôpitaux au moins et pour autant que les autres hôpitaux soient invités une dernière fois à y souscrire également.

L'organe de concertation fixe le délai dans lequel les réponses à cette ultime invitation doivent lui parvenir.

Art. 129^{ter}-4. Le rapport juridique entre l'organe de concertation en matière d'achat collectif et les hôpitaux participant à ce contrat est régi par un contrat de mandat. ».

11 octobre 2006.

voor samenaankoop de voorstellen verder in detail kan onderzoeken en voorbereiden.

Het is bevoegd contracten tot samenaankoop af te sluiten eens daartoe overeenstemming bestaat tussen minimum twee ziekenhuizen, op voorwaarde dat de andere ziekenhuizen een laatste maal uitgenodigd worden hierop mee in te tekenen.

Het overlegorgaan bepaalt de termijn waarbinnen het deze laatste antwoorden verwacht.

Art. 129^{ter}-4. De rechtsverhouding tussen het overlegorgaan tot samenaankoop en de aan dat contract deelnemende ziekenhuizen, wordt beheerst door een lastgevingsovereenkomst. ».

11 oktober 2006.

Wouter BEKE.
Mia DE SCHAMPHELAERE.