

SENAT DE BELGIQUE**SESSION DE 1988-1989**

12 DECEMBRE 1988

Projet de loi-programme
(Articles 17 à 24 et 54 à 71)

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTE PUBLIQUE ET
DE L'ENVIRONNEMENT
PAR M. MINET

La Commission de la Santé publique et de l'Environnement a consacré deux réunions à l'examen des articles 17 à 24 (biologie clinique) et 54 à 71 (loi sur les hôpitaux et loi sur les C.P.A.S.) de la loi-programme.

**I. — EXPOSE
DU MINISTRE
DES AFFAIRES SOCIALES**

Les dispositions qui sont soumises à l'examen de votre Commission concernant une partie des mesu-

Ont participé aux travaux de la Commission :

1. Membres effectifs : Mme Herman-Michielsens, MM. Arts, Diegenant, Falise, Hasquin, Holsbeke, Lenfant, Pataer, Peeters, Poulain, Schoeters, Swinnen, Van Aperen, Vanhaverbeke et Minet, rapporteur.

2. Membres suppléants : Mme Blomme, M. Claeys et Mme Hanquet.

R. A 14612*Voir :***Documents du Sénat :**

527 (1988-1989) :

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

N° 2 à 4 : Rapports.

BELGISCHE SENAAAT**ZITTING 1988-1989**

12 DECEMBER 1988

Ontwerp van programmawet
(Artikelen 17 tot 24 en 54 tot 71)

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID EN HET
LEEFMILIEU UITGEBRACHT
DOOR DE HEER MINET

De Commissie voor de Volksgezondheid en het Leefmilieu heeft twee vergaderingen gewijd aan de artikelen 17 tot 24 (klinische biologie) en 54 tot 71 (ziekenhuiswet en wet op de O.C.M.W.'s) van de programmawet.

**I. — UITEENZETTING
VAN DE HEER MINISTER
VAN SOCIALE ZAKEN**

De bepalingen die aan het onderzoek van uw Commissie worden onderworpen, hebben betrekking

Aan de werkzaamheden van de Commissie hebben deelgenomen :

1. Vaste leden : mevr. Herman-Michielsens, voorzitter; de heren Arts, Diegenant, Falise, Hasquin, Holsbeke, Lenfant, Pataer, Peeters, Poulain, Schoeters, Swinnen, Van Aperen, Vanhaverbeke en Minet, rapporteur.

2. Plaatsvervangers : mevr. Blomme, de heer Claeys en mevr. Hanquet.

R. A 14612*Zie :***Gedr. St. van de Senaat :**

527 (1988-1989) :

N° 1 : Ontwerp overgezonden door de Kamer van Volksvertegenwoordigers.

N° 2 tot 4 : Verslagen.

res prises en matière de biologie clinique et tout le chapitre consacré aux modifications apportées à deux lois : celle sur les hôpitaux et celle concernant les centres publics d'aide sociale.

Je me limiterai donc à vous entretenir de ces seuls volets du projet de loi-programme dont les autres chapitres sociaux du titre I^{er} seront discutés devant la Commission des Affaires sociales.

A. Biologie clinique

Dans le cadre de la transparence du système des soins de santé et afin d'enrayer la progression injustifiée de certaines dépenses, un important chapitre est consacré à la biologie clinique. On a, en effet, constaté une prolifération des analyses dans ce secteur qui représentent une augmentation des coûts de près de 100 p.c. sur une période de sept ans. Je rappelle à cet égard les chiffres de progression de ce secteur des soins de santé.

Evolution des dépenses A.M.I. — biologie clinique

Année Jaartal	Dépenses comptabilisées Geboekte uitgaven (1)	Index (100 = 1970) Index (100 = 1970)	Dépenses en prix constants Uitgaven in constante prijzen (1)	Index (100 = 1970) Index (100 = 1970)
1970	3 153,0	100	3 153,0	100
1975	9 114,4	289	6 095,4	193
1980	15 419,2	489	7 577,4	240
1981	16 093,5	521	7 713,2	245
1982	19 904,9	631	8 358,8	265
1983	21 810,5	692	8 507,1	270
1984	25 191,5	799	9 239,5	293
1985	25 598,9	812	8 953,1	284
1986	28 881,0	916	9 976,5	317
1987 (2)	30 025,0	952	10 215,7	324
1988 (3)	32 960,8			
1989 (3)	36 504,0			

(1) En millions de francs.

(2) Montant provisoire.

(3) Budget (non ajusté — économies accord).

Le développement anarchique des pratiques commerciales de certains laboratoires privés — totalement extérieurs au secteur de la santé — dans le but de dégager des profits plantureux au détriment des soins de santé proprement dits, a notamment contribué au déséquilibre financier de ce régime et est totalement étranger au but poursuivi : celui d'améliorer la santé en fournissant des résultats d'analyse de qualité.

op een gedeelte van de maatregelen op het stuk van de klinische biologie en op heel het hoofdstuk dat is gewijd aan de wijziging van twee wetten : die op de ziekenhuizen en die betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

Ik zal mijn uiteenzetting dus beperken tot deze twee luiken van het ontwerp van programmawet; de andere sociale hoofdstukken van titel I van dit ontwerp zullen worden behandeld in de Commissie voor de Sociale Aangelegenheden.

A. Klinische biologie

In het kader van de bevordering van de doorzichtigheid van het systeem van geneeskundige verzorging en met het oog op het afremmen van de onge-rechtvaardigde progressie van sommige uitgaven, wordt een belangrijk hoofdstuk gewijd aan de klinische biologie. Er is inderdaad een proliferatie ontstaan van de analyses in deze sector die op zeven jaar tijd de uitgaven met 100 pct. deden stijgen. Ik herinner ter zake aan de stijgende uitgaven in de sector van de gezondheidszorg.

Evolutie van de Z.I.V. uitgaven — klinische biologie

(1) In miljoenen franken.

(2) Voorlopig bedrag.

(3) Begroting (niet aangepast — besparing akkoord).

Het anarchistisch verloop der commerciële praktijken van sommige privélaboratoria die — los van de gezondheidssector — uitsluitend overvloedige winsten nastreven ten nadele van de eigenlijke gezondheidszorg, heeft bijgedragen tot een verstoring van het financieel evenwicht van het stelsel en is totaal tegengesteld aan het vooropgestelde doel om de gezondheid te bevorderen door de aflevering van kwaliteitsanalyses.

La loi-programme permet de supprimer l'effet pervers que certains ont réussi à tirer du système, non-obstant les premières mesures prises dans l'arrêté royal n° 143 du 30 décembre 1982.

Les principaux moyens légaux prévus pour mettre fin aux abus sont les suivants :

1. l'identité des exploitants de laboratoires pourra toujours être contrôlée; les laboratoires gérés par des sociétés à caractère civil devront nécessairement adopter la forme d'une société commerciale dont les associés sont connus; de même, toute personne qui exécute des prestations dans un laboratoire devra nécessairement être associée à l'exploitation de celui-ci sauf dérogations autorisées par le Roi;

2. tout lien sera interdit entre membres ou associés de laboratoires et des tiers dont l'objet est en rapport avec l'art de guérir ou encore avec d'autres personnes morales ou des sociétés commerciales;

3. il y aura interdiction d'exploiter plusieurs laboratoires;

4. les personnes qui, sans accomplir de prestations de biologie clinique, y exercent une activité à caractère technique ou administratif devront travailler sous l'autorité et donc la responsabilité de l'exploitant;

5. des enveloppes de consommation seront également fixées pour les prestations de biologie clinique : le paiement par prestation spécifique est supprimé au bénéfice d'un financement plus global par admission; le système du forfait est instauré pour les patients hospitalisés;

6. pour les patients ambulants, la loi comporte dès à présent les dispositions nécessaires qui permettront de prendre, ultérieurement et après avoir pris les avis nécessaires, des mesures préventives tendant à responsabiliser toutes les personnes concernées (prescripteur, patient, laboratoire) et à décourager la tendance à la surconsommation;

7. dans ce même esprit, des dispositions ont été prises qui permettent un meilleur contrôle des dépenses et ce notamment grâce à l'instauration de la récupération des dépassements budgétaires auprès des laboratoires.

Ces mesures seront complétées par des dispositions réglementaires visant :

a) les circuits de ramassage;

b) les formulaires de prescription (signature du patient);

c) les mesures de qualités internes.

De programmawet maakt het mogelijk het overmatige voordeel op te heffen dat sommigen hebben weten te verwerven, niettegenstaande de door het koninklijk besluit nr. 143 van 30 december 1982 ingevoerde maatregelen.

De belangrijkste wettelijke middelen om aan deze misbruiken een einde te maken zijn de volgende :

1. de identiteit van de laboratoriumexploitanten zal steeds gecontroleerd kunnen worden; de laboratoria beheerd door burgerlijke vennootschappen dienen de vorm aan te nemen van handelsvennootschappen waarvan de vennoten bekend zijn; de personen die prestaties uitvoeren in een laboratorium, dienen noodzakelijk geassocieerd te zijn aan de exploitatie van het laboratorium, behalve in geval van door de Koning toegestane uitzondering;

2. iedere binding tussen leden of vennoten van laboratoria en derden wier opdracht in verband staat met de geneeskunde of met andere rechtspersonen of handelsvennootschappen, zal worden verboden;

3. er zal een verbod worden ingevoerd om meerdere laboratoria te exploiteren;

4. de personen die geen klinische biologie uitvoeren maar technische of administratieve taken vervullen, zullen onder het gezag en bijgevolg onder de verantwoordelijkheid van de exploitant dienen te werken;

5. verbruiksenveloppes zullen ook voor de klinische biologie worden vastgesteld : de betaling per specifieke prestatie wordt afgeschaft en vervangen door een globale financiering per toelating; er wordt een forfaitair systeem ingevoerd voor in het ziekenhuis opgenomen patiënten;

6. voor ambulante patiënten omvat de wet de nodige bepalingen om later en, na de nodige adviezen te hebben ingewonnen, preventieve maatregelen in te voeren om alle betrokkenen (voorschrijver - patiënt - laboratorium) te responsabiliseren en om alle tendensen van oververbruik te ontmoedigen;

7. in dezelfde geest werden maatregelen getroffen die het mogelijk maken de uitgaven beter te controleren, onder meer door middel van terugvordering van de overschrijdingen der gebudgetteerde uitgaven van de laboratoria.

Deze maatregelen zullen worden aangevuld met reglementaire bepalingen inzake :

a) ophalingscircuits;

b) voorschrijvingsformulieren (handtekening van de patiënt);

c) interne kwaliteitsmaatregelen.

B. Les hôpitaux

Introduction

En ce qui concerne les hôpitaux, la loi-programme apporte des modifications à la loi sur les hôpitaux et la loi des C.P.A.S.

Les modifications concernent les hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux en général et les hôpitaux publics.

Le budget global des hôpitaux du Royaume évolue comme suit :

Evolution budget hôpitaux

1984 : Sur base prix au 31 décembre 1984 et quota 1984 : 89 457 405 166 francs.

1985 : Sur base prix au 31 décembre 1985 et quota 1985 : 91 782 974 245 francs.

1986 : Budget global : 92 677 000 000 de francs.

1987 : Budget global : 89 873 000 000 de francs.

1988 : Budget global : 90 223 400 000 francs.

1989 : Budget global : 93 446 200 000 francs.

1. Hôpitaux psychiatriques

1.1. Elargissement du champ d'application de la loi

L'accord de Gouvernement prévoit l'aménagement de la loi sur les hôpitaux en une loi sur les établissements de soins afin de disposer d'une loi-cadre permettant de mener une politique cohérente. Des démarches dans ce sens ont déjà été entreprises antérieurement, entre autres par l'introduction de l'habitation protégée.

Le présent projet constitue un nouveau pas dans cette voie. Il prévoit notamment la possibilité de promouvoir des formes alternatives de soins en psychiatrie. Ceci est nécessaire pour poursuivre la réduction du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques.

1.1.1. Assouplissement des habitations protégées

La loi prévoyait la possibilité de promouvoir des initiatives en matière d'habitation protégée. Celles-ci se limitaient toutefois aux patients psychiatriques sortis d'un hôpital psychiatrique.

Cette disposition est trop rigide étant donné qu'elle ne permet pas de prendre en charge des patients sortis de services psychiatriques d'hôpitaux généraux. Le fait d'autoriser la prise en charge de ces derniers permet d'éviter des admissions en hôpital psychiatrique.

1.1.2. Le séjour provisoire

Les homes de séjour provisoire pour patients psychiatriques constituent une nouvelle forme alter-

B. Ziekenhuizen

Inleiding

Wat de ziekenhuizen betreft, brengt de programwet wijzigingen aan in de wet op de verplegingsinstellingen en in de wet op de O.C.M.W.'s.

De wijzigingen slaan op de psychiatrische verplegingsinstellingen, de verplegingsinstellingen in het algemeen en de openbare verplegingsinstellingen.

Het totale budget der verplegingsinstellingen van het Koninkrijk evolueert als volgt :

Evolutie budget ziekenhuizen

1984 : Op basis prijzen op 31 december 1984 en quota 1984 : 89 457 405 166 frank.

1985 : Op basis prijzen op 31 december 1985 en quota 1985 : 91 782 974 245 frank.

1986 : Totaal budget : 92 677 000 000 frank.

1987 : Totaal budget : 89 873 000 000 frank.

1988 : Totaal budget : 90 223 400 000 frank.

1989 : Totaal budget : 93 446 200 000 frank.

1. Psychiatrische ziekenhuizen

1.1. Uitbreiding van het toepassingsgebied van de wet

In het regeerakkoord is bepaald dat de ziekenhuiswet zal worden omgevormd tot een wet op de verzorgingsinstellingen. De bedoeling is met name te beschikken over een kaderwet die het voeren van een coherent gezondheidsbeleid mogelijk maakt. Eerder werden reeds stappen in die richting ondernomen onder meer door de invoering van het beschut wonen.

Thans wordt met het voorgelegde ontwerp een nieuwe stap in deze richting gezet. Meer bepaald wordt de mogelijkheid geboden om alternatieve verzorgingsvormen in de psychiatrie te bevorderen. Dit is noodzakelijk om het aantal bedden in de psychiatrische ziekenhuizen verder te kunnen verminderen.

1.1.1. Versoepeling van het beschut wonen

Tot nog toe voorzag de wet reeds in de mogelijkheid om initiatieven voor beschut wonen te stimuleren. Deze waren evenwel beperkt tot psychiatrische patiënten die uit het psychiatrisch ziekenhuis waren ontslagen.

Deze bepaling is te strak omdat ze niet toelaat dat patiënten worden doorverwezen uit psychiatrische diensten van algemene ziekenhuizen. Door deze verwijzingen toch toe te laten, kunnen opnamen in psychiatrische ziekenhuizen worden voorkomen.

1.1.2. Het doorgangstehuis als tijdelijke opvang

Een nieuwe alternatieve verzorgingsvorm betreft de doorgangstehuizen voor psychiatrische patiënten.

native de soins. Il arrive souvent que l'état d'un patient psychiatrique se soit amélioré au point qu'un séjour en hôpital psychiatrique ne se justifie plus sans que le patient soit toutefois complètement guéri et puisse réintégrer son domicile. Il y a dès lors lieu de développer une nouvelle forme alternative de soins permettant de prendre temporairement en charge des patients dans un home de séjour provisoire, où ils peuvent mener une vie autonome tout en bénéficiant de l'accompagnement d'une équipe de spécialistes. Ces patients doivent pouvoir rentrer chez eux après un certain temps. C'est ici que se situe la différence avec une habitation protégée, qui est un séjour définitif.

Le développement de cette forme alternative de prise en charge doit permettre d'écourter, voire d'éviter, le séjour en hôpital psychiatrique. L'on pourra ainsi contribuer dans une certaine mesure à la désinstitutionnalisation de la psychiatrie.

1.2. Stimuler les associations

Depuis 1973, des efforts valables sont accomplis pour réorienter la psychiatrie, notamment par le développement de services de santé mentale et de l'hospitalisation partielle. Une des idées de base de la politique antérieure en matière de programmation consistait à créer un réseau intégré de soins par le biais d'une meilleure harmonisation des diverses formes de soins développées jusqu'alors. Le but proposé n'a malheureusement pas toujours été atteint. Afin d'aboutir à plus de cohérence et à une meilleure coordination dans le secteur des soins, il est absolument nécessaire de créer un lieu de concertation où les responsables des divers établissements et services puissent se rencontrer et se concerter. Ceci doit permettre d'améliorer la rotation des patients et d'écourter ou d'éviter les hospitalisations, condition essentielle pour une meilleure maîtrise du nombre de lits dans le secteur psychiatrique.

C'est la raison pour laquelle il est souhaitable de pouvoir créer des associations d'établissements et services psychiatriques.

Ces associations n'ont pas pour but d'intervenir au niveau de la gestion des institutions. Ils ont seulement pour but d'améliorer le fonctionnement des institutions.

2. Hôpitaux en général

2.1. Intégration de l'hôpital de jour dans la loi sur les hôpitaux

Conformément à l'accord de Gouvernement, il y a également lieu de promouvoir l'hospitalisation de jour. L'article 2 de la loi coordonnée sur les hôpi-

Vaak is de toestand van psychiatrische patiënten dermate verbeterd dat ze niet meer thuishoren in een psychiatrisch ziekenhuis, zonder dat ze evenwel volledig hersteld zijn en thuis gereïntegreerd kunnen worden. Er moet dan ook een alternatieve verzorgingsvorm worden ontwikkeld waarbij patiënten tijdelijk in een « doorgangstehuis » worden opgenomen, waar ze een autonoom bestaan hebben mits ze verder begeleid worden door een team van deskundigen. Na verloop van tijd moeten deze patiënten naar huis kunnen terugkeren. Hier ligt trouwens het verschil met het beschut wonen, waarbij de patiënten een definitief verblijf toegewezen krijgen.

Door het uitbouwen van deze alternatieve verzorgingsvorm zal het verblijf in psychiatrische ziekenhuizen kunnen worden ingekort of zelfs worden voorkomen. Aldus zal kunnen worden bijgedragen tot een zekere desinstitutionalisering van de psychiatrie.

1.2. Bevorderen van samenwerkingsverbanden

Sinds 1973 werden reeds zeer lovenswaardige inspanningen gedaan om de psychiatrie te heroriënteren via b.v. de ontwikkeling van diensten voor geestelijke gezondheidszorg en van partiële opname in instellingen. Een van de basisgedachten van het programmatiebeleid dat destijds werd gevoerd, was een geïntegreerde zorgverlening tot stand te brengen door de verschillende verzorgingsvormen die inmiddels werden ontwikkeld, beter op elkaar af te stemmen. In dit opzet is men spijtig genoeg niet steeds geslaagd. Om meer coherentie en coördinatie in de zorgverlening te brengen, is het absoluut noodzakelijk een platform te creëren waar de verantwoordelijken van de verschillende instellingen en diensten elkaar kunnen ontmoeten en overleg plegen. Aldus moet een betere doorstroming van de patiënten kunnen worden gerealiseerd en moet het ook mogelijk zijn het verblijf in een instelling in te korten en te voorkomen. Dit is een essentiële voorwaarde om het aantal bedden in de psychiatrie beter te kunnen beheersen.

Daarom lijkt het wenselijk samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten te creëren.

Deze samenwerkingsverbanden hebben niet tot doel de autonomie van de instellingen in het gedrag te brengen. Ze hebben enkel tot doel een betere functionering van de instellingen te bewerkstelligen.

2. Ziekenhuizen in het algemeen

2.1. Integratie van het dagziekenhuis in de ziekenhuiswet.

Conform het Regeerakkoord is het eveneens noodzakelijk de behandeling in dagziekenhuizen te bevorderen. In artikel 2 van de gecoördineerde zieken-

taux a élargi la définition du concept d'hôpital à l'hospitalisation de jour, formule destinée aux patients admis à l'hôpital sans y séjourner. L'élargissement de la définition légale n'a toutefois pas été réalisée jusqu'au bout. Le concept d'hôpital de jour n'est pas encore concrétisé sous la forme de normes de programmation et d'agrément.

La loi sur les hôpitaux ne prévoit pas davantage de mesures permettant le financement de l'hospitalisation de jour. Bien au contraire, il est encore toujours question de « séjour » dans l'article 94 de la loi coordonnée. L'hospitalisation de jour est d'ailleurs actuellement financée par le biais d'un système de convention conclu entre les hôpitaux et les organismes assureurs dans le cadre de la législation de l'A.M.I.

Afin de pouvoir mener une politique plus cohérente et de promouvoir l'hospitalisation de jour, il est souhaitable d'inclure dans la loi sur les hôpitaux le cadre juridique permettant de concevoir et de financer l'hôpital de jour. Ceci implique que des normes d'agrément soient prévues pour les sections d'hospitalisation de jour, mais à l'intérieur de services hospitaliers. L'hospitalisation de jour pourrait être également considérée comme une « fonction » d'hôpital. Il convient dès lors de créer dès à présent toutes les possibilités légales dans ce domaine. Les frais d'admission et de soins liés à l'hospitalisation de jour doivent, dans cette optique, pouvoir être imputés au budget de l'hôpital.

Il est indiqué de prévoir un budget distinct pour l'hospitalisation de jour afin d'avoir un aperçu clair sur les moyens financiers qui y sont attribués, ainsi que sur les activités qui sont financées par ce budget.

2.2. Introduction de la notion « fonctions ».

L'insertion dans la loi sur les hôpitaux de la notion de « fonction » est également nécessaire pour d'autres raisons. L'expérience a montré que la subdivision en services dans les hôpitaux ne correspond pas toujours à la réalité.

Des patients présentant une pathologie similaire séjournent souvent dans des services différents. Il semble d'ailleurs beaucoup plus important de prévoir et de garantir la présence de fonctions, c'est-à-dire de spécialisation, plutôt que d'installer les patients de façon relativement artificielle dans des services.

Cela permettrait aux hôpitaux d'agir avec plus de souplesse dans le cadre de l'attribution d'une « enveloppe de lits ». Cette distinction en « fonctions » peut aussi sur le plan financier, être importante, notamment pour la répartition du budget global entre les institutions.

huiswet werd de definitie van het begrip ziekenhuis uitgebreid tot dagziekenhuizen, m.n. voor patiënten die in het ziekenhuis behandeld worden zonder dat zij er verblijven. Het uitbreiden van de wettelijke definitie werd evenwel niet in al zijn consequenties doorgetrokken. Zo werd tot dusver nog geen werk gemaakt van het uittekenen van een concept van het dagziekenhuis via de programmatie en de erkenningsnormen.

Evenmin werden binnen de ziekenhuiswet maatregelen genomen om de behandeling in dagziekenhuizen te financieren. Integendeel, in artikel 94 van de gecoördineerde wet is nog steeds sprake van « het verblijf ». Overigens wordt de behandeling in dagziekenhuizen gefinancierd via een overeenkomstensysteem tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen in het kader van de Z.I.V.-wetgeving.

Ten einde een meer coherent beleid te kunnen voeren en impulsen te geven aan de dagbehandeling is het wenselijk binnen de ziekenhuiswet juridisch de mogelijkheid in te bouwen om het dagziekenhuis te concipiëren en te financieren. Dit vergt enerzijds dat erkenningsnormen voor afdelingen voor dagverpleging, eventueel binnen ziekenhuisdiensten, kunnen worden voorzien. De dagbehandeling zou ook als een « functie » van het ziekenhuis kunnen worden beschouwd. Ter zake moeten nu alle wettelijke mogelijkheden worden gecreëerd. Zo ook moeten in het ziekenhuisbudget de kosten voor de opname en de verzorging van dagpatiënten kunnen worden opgenomen.

Het is aangewezen om voor de dagbehandeling in een afzonderlijk budget te voorzien ten einde een duidelijk zicht te behouden op de financiële middelen die hiervoor worden toegewezen, alsmede op de activiteiten die hiermee worden gefinancierd.

2.2. Introductie van het begrip « functie ».

De introductie in de ziekenhuiswet van het begrip « functie » is ook nog om andere redenen noodzakelijk. De ervaring heeft uitgewezen dat de dienstindeling van ziekenhuizen niet steeds aan de realiteit beantwoordt.

Patiënten met een zelfde pathologie liggen vaak op verschillende diensten. Het lijkt overigens belangrijker de aanwezigheid van functies, met name specialisaties, te voorzien en te waarborgen dan de patiënten op een vrij kunstmatige wijze in diensten onder te brengen.

Zo kunnen de ziekenhuizen, binnen een hun toegewezen « enveloppe van bedden », op een meer flexibele wijze optreden. Ook op het vlak van de financiering kan dit onderscheid in functies een belangrijk criterium worden bij de verdeling van het totale ziekenhuisbudget over de instellingen.

Il faut remarquer également que l'introduction de la notion « fonction » n'a pas pour but de revoir à court délai les normes d'agrément prévues par l'arrêté du 8 décembre 1986.

La nouvelle notion doit, au contraire, permettre d'une manière progressive une nouvelle politique de programmation hospitalière.

2.3. Fusions des hôpitaux

Ces dernières années, on s'est rendu compte de plus en plus de l'importance des fusions d'hôpitaux. La notion de fusion en tant que telle ne figure toutefois pas dans la loi sur les hôpitaux. Afin de pouvoir y remédier il est souhaitable de faire figurer cette notion dans la loi même.

2.4. Fusion de la section programmation et de la section agrément du Conseil national des établissements hospitaliers

La politique des 15 dernières années a montré le lien étroit existant entre la programmation et l'agrément. Actuellement, ces matières sont examinées au sein du Conseil national des établissements hospitaliers dans deux sections différentes. L'existence des deux sections ne favorise nullement l'unité de la politique à suivre.

C'est pourquoi, il est souhaitable de donner, dans la loi, la possibilité au Roi de fusionner les deux sections en temps opportun. Les deux aspects pourront ainsi être examinés de pair au sein de la nouvelle section.

2.5. Maîtrise des dépenses pour la construction des hôpitaux par un calendrier des constructions.

Les développements dans le secteur hospitalier ont donné lieu ces dernières années à de nombreuses initiatives en matière de construction. Ces initiatives coûtent très cher tant aux Communautés qu'à l'autorité nationale. La maîtrise des dépenses dans ce secteur revêt une grande importance afin d'éviter d'obérer trop fortement les finances publiques. Il convient dès lors de rechercher le moyen de couvrir ces dépenses dans le temps, dans le respect des autorisations octroyées.

C'est pourquoi, il est indiqué que le Ministre (communautaire ou bicommunautaire) qui a la Santé publique dans ses attributions approuve un calendrier dans lequel le schéma est fixé pour l'exécution du projet de construction. Puisque le calendrier est aussi important pour connaître le moment à partir duquel les amortissements (qui peuvent couvrir jusqu'à 70 p.c. du coût de construction) commencent, il est nécessaire que le Ministre national marque son

Hierbij dient nog beklemtoond te worden dat de introductie van het begrip « functie » geenszins tot doel heeft de erkenningsnormen bepaald in het koninklijk besluit van 8 december 1986 op korte termijn te herzien.

Het nieuw begrip is een mogelijkheid die in de wet wordt ingebouwd om progressief een nieuw programmatiebeleid voor de ziekenhuizen te kunnen voeren.

2.3. Fusies van ziekenhuizen.

In de voorbije jaren werd het belang van fusies van ziekenhuizen hoe langer hoe meer onderkend. Het begrip fusie als zodanig bestaat evenwel niet in de ziekenhuiswet. Teneinde dat te verhelpen is het wenselijk dit begrip in de wet zelf op te nemen.

2.4. Fusie van de Afdeling Programmatie en de Afdeling Erkenning van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen.

Het beleid in de jongste 15 jaren heeft aangetoond hoe programmatie en erkenning nauw met elkaar verweven zijn. Thans worden deze aangelegenheden in de schoot van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen in twee afzonderlijke afdelingen besproken. Het bestaan van deze twee afzonderlijke afdelingen bevordert geenszins de eenheid in het te voeren beleid.

Het is daarom wenselijk dat in de wet aan de Koning de mogelijkheid wordt geboden om te gepasten tijde beide afdelingen samen te voegen. In de nieuwe afdeling moeten aldus beide aspecten samen behandeld kunnen worden.

2.5. Beheersing van de uitgaven voor de bouw van ziekenhuizen door een bouwkalender.

De ontwikkelingen in de ziekenhuissector hebben de jongste jaren geleid tot heel wat bouwinitiatieven. Deze initiatieven kosten veel geld, zowel aan de Gemeenschappen als aan de nationale overheid. Het is uiterst belangrijk de uitgaven op dit vlak te beheersen om te beletten dat de overheidsuitgaven al te zeer zouden oplopen. Er moet dan ook worden nagegaan, met respect voor de gegeven vergunningen, hoe deze uitgaven in de tijd kunnen worden gespreid.

Daarom is het aangewezen dat de Minister die bevoegd is voor de Volksgezondheid, een kalender goedkeurt waarin het tijdschema voor het verloop van het bouwproject wordt vastgesteld. Aangezien dit ook van belang is voor het tijdstip waarop de afschrijvingen (die kunnen oplopen tot 70 pct. van de bouwkosten in het ziekenhuisbudget) beginnen, is het noodzakelijk dat de nationale Minister met dit tijdschema akkoord gaat opdat deze lasten voor finan-

accord avec le calendrier pour que les travaux entrent en ligne de compte pour le financement dans le budget de l'hôpital.

C'est la raison pour laquelle le Roi peut, comme règle de base pour le financement des coûts d'investissements, fixer des critères généraux qui seront appliqués pour la fixation et l'approbation du calendrier.

Vu l'intérêt de ce calendrier pour les Communautés le Gouvernement se propose de conclure un protocole d'accord avec les Exécutifs des Communautés (y compris avec les responsables du secteur bicommunautaire).

Je tiens à signaler qu'à ce sujet un accord a été atteint au sein du Comité de concertation entre le niveau national et les Communautés. Il s'agit notamment d'une compétence nationale et ceci pour quatre raisons :

a) le projet concerne une modification de la loi organique, ce qui est une matière exclusivement nationale;

b) les futures dispositions de loi et l'arrêté d'exécution sont des règles de base pour le financement des investissements. Ceci est également une matière nationale vu la répercussion des décisions d'investissements pour les dépenses de l'Etat et de l'assurance maladie;

c) cette répercussion se traduit par l'admission des charges d'amortissements dans le budget hospitalier. Le calendrier des travaux de construction permet de mieux connaître le suivi des travaux, ce qui est déterminant pour commencer le financement des charges d'amortissements. Cette matière est aussi une compétence exclusivement nationale;

d) vu que 75 p.c. du budget hospitalier est à charge de l'assurance maladie (et 25 p.c. pour l'Etat), les décisions des travaux de construction ont aussi une répercussion sur l'assurance-maladie qui est également une matière exclusivement nationale. Il est aussi justifié de ce point de vue de demander un calendrier des travaux de construction.

Finalement, il faut souligner que le Gouvernement, avec ces nouvelles dispositions, respecte totalement les pouvoirs des Communautés pour délivrer des autorisations de programmation et de décider les dossiers qui entrent en ligne de compte pour subvention. La fixation même du calendrier de construction est aussi une compétence des Communautés. Ce n'est que dans la mesure où les gestionnaires demandent des moyens financiers au niveau national qu'il faut pouvoir juger si les moyens seront disponibles pour payer les charges d'amortissements.

ciering in het ziekenhuisbudget in aanmerking zouden komen.

Dit is ook de reden waarom de Koning, als basisregel voor de financiering van de investeringskosten, algemeen geldende criteria kan bepalen om het tijdschema vast te stellen en goed te keuren.

Gelet op het belang dat het tijdschema ook heeft voor de Gemeenschappen, wenst de Regering over deze criteria en de toepassingswijze ervan met de Executieven van de Gemeenschappen (met inbegrip van de verantwoordelijken voor de bicommunautaire sector) een protocolakkoord te sluiten.

Ik wil hierbij opmerken dat hieromtrent in het Overlegcomité tussen de nationale Regering en de Gemeenschappen een akkoord werd bereikt. Het betreft hier met name een nationale bevoegdheid en dit om vier redenen :

a) het gaat om een wijziging van de organieke wetgeving, wat een exclusieve nationale bevoegdheid is;

b) zowel de toekomstige wetsbepalingen als het uitvoeringsbesluit vormen basisregelen voor de financiering van de investeringen. Dit is eveneens een nationale materie gelet op de weerslag van de investeringsbeslissingen op de uitgaven van de Staat en de ziekteverzekering;

c) deze weerslag vertaalt zich door de opname van afschrijvingslasten in het ziekenhuisbudget. De bouwkalender maakt het mogelijk het verloop van de bouwwerken te kennen en is derhalve ook bepalend voor de aanvang van de financiering van de afschrijvingslasten. Ook deze materie is een exclusieve nationale bevoegdheid;

d) aangezien 75 pct. van het ziekenhuisbudget ten laste is van de ziekteverzekering (en 25 pct. van de Staat) hebben de bouwbeslissingen ook repercussies voor de ziekteverzekering, die eveneens een nationale bevoegdheid is. Het is dan ook verantwoord om ook vanuit dit oogpunt een bouwkalender op te leggen.

Tot slotte moet er nog op gewezen worden dat de Regering met deze nieuwe wetsbepalingen ten volle de bevoegdheid van de Gemeenschappen blijft respecteren om programmatievergunningen af te geven en te beslissen welke dossiers in aanmerking komen voor subsidiëring. Ook het vastleggen zelf van het tijdschema voor het verloop van de bouwwerken is een bevoegdheid van de Gemeenschappen. Het is slechts in zoverre dat een beroep wordt gedaan op nationale middelen dat geoordeeld moet worden of de nodige financiële ruimte voorhanden is om de afschrijvingslasten te financieren.

Eu égard à l'importance du calendrier des travaux, les autorités nationales désirent prendre l'engagement légal de se concerter avec les Communautés en vue d'établir les critères d'approbation du calendrier des travaux.

Cette concertation doit pouvoir aboutir à un protocole d'accord qui sera aussi déterminant pour l'arrêt à prendre en exécution de la loi-programme.

3. Hôpitaux publics

Jusqu'à l'heure actuelle, toute une politique a été menée afin que les hôpitaux publics atteignent l'équilibre financier fin 1988.

La politique menée jusqu'à présent, grâce à la collaboration des mandataires locaux et des directeurs des hôpitaux, a donné de bons résultats. L'objectif qui avait été fixé pour 1988 a, dans son ensemble, été atteint pour le Royaume ainsi que pour les trois Régions. Dans quelques cas cependant, les résultats sont encore insuffisants. C'est pourquoi, des mesures supplémentaires s'imposent. Celles-ci sont principalement de deux ordres.

3.1. Plan d'assainissement complémentaire.

Si un hôpital présente encore un déficit en 1988 ou 1989, tout devra être mis en œuvre pour l'éliminer. Les déficits risquent de s'accumuler à partir de 1988, si aucune solution n'est trouvée. En vue de maintenir active la dynamique d'un nouvel équilibre, il est dès lors souhaitable, le cas échéant, de faire dresser par l'hôpital un nouveau plan d'assainissement qui doit avoir l'équilibre financier pour objectif pour la fin de l'exercice 1990. Ce plan doit être approuvé par le conseil de la commune-mère.

Pour être assuré que ce plan sera établi, la loi sur les hôpitaux a été modifiée de telle manière que son établissement ou son approbation puissent être une condition pour que le déficit soit éventuellement réparti, pendant les exercices 1988 et 1989.

3.2. Elargissement du comité de gestion par des experts.

Dans la mesure où le gestionnaire n'est pas capable d'établir un tel plan et de l'introduire, ni d'obtenir l'approbation, ou encore de l'exécuter, et dans la mesure où l'équilibre financier n'est pas atteint après 1989, il faut en conclure que la gestion n'a pas tout à fait réussi.

La commune-mère supportant le déficit, il serait préférable, le cas échéant, que la gestion soit aussi exercée par des experts directement désignés par le conseil communal en élargissant le comité de gestion.

Gelet op het belang van de kalender der bouwwerken, acht de nationale overheid het wenselijk om wettelijk de verbintenis aan te gaan overleg te plegen met de Gemeenschappen met het oog op het vaststellen van de criteria voor de goedkeuring van de bouwkalender.

Dit overleg moet kunnen uitmonden in een protocolakkoord dat determinerend zal zijn voor het besluit dat ter uitvoering van de programmawet moet worden genomen.

3. Openbare ziekenhuizen

Totnogtoe werd voor de openbare ziekenhuizen geen beleid uitgestippeld dat ertoe strekt tegen eind 1988 het financieel evenwicht voor deze ziekenhuizen te bereiken.

Het beleid, zoals het totnogtoe werd gevoerd, heeft, dankzij de medewerking van de lokale mandatarissen en de ziekenhuisdirecties, goede resultaten opgeleverd. Het objectief dat voor 1988 was vooropgesteld, werd voor het hele Rijk, alsmede voor de drie Gewesten bereikt. In een aantal gevallen zijn de resultaten echter nog onvoldoende, vandaar dat aanvullende maatregelen noodzakelijk zijn. Deze zijn hoofdzakelijk van tweeërlei aard.

3.1. Aanvullend saneringsplan.

Indien een ziekenhuis in 1988 of in 1989 nog een tekort vertoont, moet alles in het werk worden gesteld om dit tekort alsnog weg te werken. Mocht hiervoor geen regeling worden gevonden dan dreigen de tekorten zich vanaf 1988 op te stapelen. Om de dynamiek naar een nieuw evenwicht levendig te houden, is het daarom wenselijk in voorkomend geval een nieuw saneringsplan door het ziekenhuis te laten opstellen; dit moet het financieel evenwicht eind 1990 tot doel hebben. Het plan moet goedgekeurd worden door de gemeenteraad van de moedergemeente.

Om over de garantie te beschikken dat dit plan wordt opgesteld, werd de ziekenhuiswet dusdanig gewijzigd dat het opstellen of goedkeuren van een plan een voorwaarde kan zijn om het tekort nog te verdelen in 1988 en in 1989.

3.2. Aanvulling van het beheerscomité met deskundigen.

Indien de beheerder niet in staat is om een dergelijk plan op te stellen en in te dienen, goedgekeurd te krijgen of uit te voeren, en indien na 1989 het financieel evenwicht nog steeds niet is bereikt, moet men concluderen dat het beheer niet ten volle is geslaagd.

Aangezien de moedergemeente het tekort draagt, zou het beheer in voorkomend geval best ook uitgeoefend worden door deskundigen die rechtstreeks door de gemeenteraad worden aangewezen ter aan-

Le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, pourrait, à cet égard, fixer des conditions et règles dans le cadre de l'article 94 de la loi sur les C.P.A.S. : par exemple déterminer la qualification que doivent posséder ces experts.

3.3. Gestion plus souple.

Le présent projet de loi a également pour objet d'assouplir la gestion des hôpitaux publics. En effet, on donne, pour les hôpitaux qui sont en équilibre financier, de plein droit au comité de gestion la compétence de prendre des décisions en matière de marchés publics et de fournitures de biens et de services, à concurrence d'un montant plus substantiel. Cette méthode de travail correspond mieux aux nécessités de la gestion hospitalière.

Il faut remarquer qu'en vertu de l'article 94, § 4, de la loi C.P.A.S., le conseil du C.P.A.S. peut déléguer d'autres compétences au comité de gestion de l'hôpital que ceux que la loi confère. Dans ce cadre, le conseil du C.P.A.S. peut donner compétence au comité de gestion de l'hôpital à concurrence d'un montant plus élevé que celui prévu par le projet actuel de prendre des décisions en matière de marché public et de fournitures de biens et de services.

En vue d'une gestion plus souple, le Roi peut, dans les conditions fixées par Lui, déléguer des pouvoirs du conseil du C.P.A.S. au comité de gestion de l'hôpital.

En outre, le comité de gestion peut, tant que l'hôpital est en équilibre financier, déléguer des pouvoirs au directeur de l'hôpital.

II. DISCUSSION DU TITRE 1^{er}, CHAPITRE III (articles 17 à 24) — Biologie clinique

A. Observations générales

Un commissaire regrette que les articles relatifs à la biologie clinique soient examinés par deux commissions différentes. Il est d'accord avec le Ministre lorsque celui-ci affirme que le problème de la biologie clinique est d'ordre structurel. Ce problème ne peut être résolu par le biais d'une loi-programme.

Les chiffres fournis dénotent une croissance explosive. Il faut noter à cet égard que si l'enveloppe totale est comparable à celle des autres pays, le nombre de prestations effectuées est, par contre, plus élevé.

En termes budgétaires, il conviendrait donc de parler d'une maîtrise plutôt que d'une diminution du coût de la biologie clinique.

Ainsi que l'a déclaré le Ministre, la seule solution au problème structurel réside dans la responsabili-

vullung van het beheerscomité. De Koning zou, in het kader van artikel 94 van de O.C.M.W.-wet, bij in Ministerraad overlegd besluit, de voorwaarden en regelen kunnen vaststellen : zo b.v. de kwalificatie waaraan deze deskundigen moeten voldoen.

3.3. Soepeler beheer.

Het voorgedragde wetsontwerp beoogt eveneens het beheer van openbare ziekenhuizen te versoepelen. Met name wordt voor de ziekenhuizen die financieel in evenwicht zijn, aan het beheerscomité van rechtswege de bevoegdheid verleend om ten belope van een meer substantieel bedrag besluiten te nemen inzake opdrachten voor werken en leveringen van goederen en diensten. Deze werkwijze stemt beter overeen met de behoeften van het ziekenhuisbeheer.

Hierbij dient erop gewezen te worden dat krachtens artikel 94, § 4, van de O.C.M.W.-wet de O.C.M.W.-Raad andere bevoegdheden aan het beheerscomité kan delegeren dan die welke de wet zelf toekent. In het kader hiervan kan de O.C.M.W.-Raad het beheerscomité van het ziekenhuis de bevoegdheid verlenen om ten belope van een nog hoger bedrag dan dat wat thans in het ontwerp van wet wordt bepaald, besluiten te nemen inzake opdrachten voor werken en leveringen van goederen en diensten.

Met het oog op een soepeler beheer kan de Koning, onder de door Hem bepaalde voorwaarden, bevoegdheden van de O.C.M.W.-Raad delegeren aan het beheerscomité van het ziekenhuis.

Tevens kan het beheerscomité, zolang het ziekenhuis financieel in evenwicht is, bevoegdheden delegeren aan de directeur van het ziekenhuis.

II. BESPREKING VAN TITEL I, HOOFDSTUK III (artikelen 17 t/m 24) — Klinische biologie

A. Algemene opmerkingen

Een commissielid betreurt het dat de artikelen die betrekking hebben op de klinische biologie over twee commissies werden verdeeld. Hij is het met de Minister eens dat het probleem van de klinische biologie van structurele aard is. Dat probleem kan niet door middel van een programmawet worden opgelost.

De verstrekte cijfers wijzen op een explosieve groei. Er dient hierbij te worden opgemerkt dat de totale enveloppe vergelijkbaar is met die van andere landen; het aantal uitgevoerde prestaties ligt evenwel hoger.

In termen van begroting dient dus veeleer te worden gesproken van een beheersing i.p.v. een vermindering van de kosten van klinische biologie.

De enige mogelijke oplossing voor het structureel probleem ligt, zoals de Minister zegt, in de respon-

sation. Toutefois, l'orateur regrette, à cet égard, l'absence de mesures vis-à-vis des médecins prescripteurs et de la société. Les médias ne sont d'ailleurs pas totalement innocents non plus.

L'intervenant rappelle que, dans le passé déjà, il a plaidé en faveur :

- d'un ajustement de la nomenclature;
- du remboursement différencié d'un certain nombre d'analyses.

Par exemple, il n'est pas normal que des tests coûteux uniques tombent à charge de la collectivité de la même manière que des tests qui seraient effectués sur une base hebdomadaire.

L'exigibilité du ticket modérateur ne figure pas non plus dans le projet. La dichotomie, bien que non généralisée, constitue également un facteur important de l'accroissement des dépenses. S'il y a tout lieu de se réjouir des mesures proposées, on peut toutefois se demander pourquoi l'arrêté royal n° 143 n'a pas été appliqué plus tôt.

En ce qui concerne le médecin prescripteur, l'intervenant constate que le présent projet n'institutionnalise pas un mode de prescription échelonné, par le biais d'un nouveau formulaire de prescription.

Un autre membre aimerait savoir pourquoi l'arrêté royal n° 143 n'a, jusqu'à présent, jamais été appliqué. Il se demande également en quoi réside la différence entre le présent projet et les dispositions déjà existantes relatives aux conditions à remplit pour pouvoir exploiter un laboratoire.

La philosophie générale consiste à freiner la commercialisation du secteur. On peut se demander si le présent projet va suffisamment loin. L'élément de profit peut-il être totalement éliminé ? Les laboratoires peuvent toujours être exploités par des sociétés commerciales qui ont, par définition, un but lucratif.

Un autre membre encore se demande ce que pourront encore débattre les participants à la table ronde lorsque le présent projet, qui aborde le problème de manière déterminante, aura été adopté. Cette question est d'autant plus importante qu'à l'article 52, la tendance — qui existe en biologie clinique — à aller vers un système forfaitaire est élargie à la radiologie. N'est-ce pas quelque peu prématuré et ne devrait-on pas prendre en considération l'ensemble des prestations médico-techniques ? Sous peu, les mêmes problèmes risquent de se poser, par exemple, pour les scanners.

L'orateur est lui aussi opposé à la commercialisation; il trouve néanmoins acceptable qu'une société civile, ayant adopté la forme d'une société commerciale, puisse exploiter un laboratoire.

Une exploitation normale ne peut se faire sans l'idée de « bénéfice »; en d'autres termes, il faut

sabiliser. De spreker mist echter maatregelen op dat vlak ten aanzien van de voorschrijvende artsen en van de maatschappij. Ook de media gaan niet vrijuit.

Spreker herinnert eraan dat hij vroeger reeds gepleit heeft voor :

- een herschikking van de nomenclatuur;
- een gedifferentieerde terugbetaling van een aantal analyses.

Het gaat bijvoorbeeld niet op dat eenmalige dure testen op dezelfde wijze ten laste van de gemeenschap vallen als tests die bijvoorbeeld wekelijks moeten worden uitgevoerd.

Ook de eisenbaarheid van het remgeld komt niet in het ontwerp voor. De dichotomie, ofschoon niet algemeen voorkomend, is ook een belangrijke factor in de stijging van de uitgaven. De voorgestelde maatregelen zijn toe te juichen; alleen rijst de vraag waarom het koninklijk besluit nr. 143 niet eerder werd toegepast.

Ten aanzien van de voorschrijvende arts, ontbreekt in het ontwerp de institutionalisering van een geëchelonneerde wijze van voorschrijven, door middel van een nieuw voorschrijvingsformulier.

Een ander lid wenst te weten waarom het koninklijk besluit nr. 143 tot nog toe niet werd toegepast. Hij vraagt ook waarin het verschil bestaat tussen dit ontwerp en de bestaande bepalingen met betrekking tot de voorwaarden waaraan moet worden voldaan om een laboratorium te exploiteren.

De algemene filosofie is : de afremming van de commercialisering van de sector. De vraag rijst of het ontwerp ver genoeg gaat. Kan men de winstfactor volledig uitschakelen ? Laboratoria kunnen verder geëxploiteerd worden door handelsvennootschappen die per definitie een winst oogmerk hebben.

Nog een ander lid vraagt zich af waarover de ronde-tafelconferentie nog kan handelen wanneer dit ontwerp, dat op een determinerende wijze het probleem aanpakt, zal zijn aangenomen. Die vraag is des te belangrijker, daar in artikel 52 de tendens die er voor de klinische biologie is (forfaitisering), wordt doorgetrokken naar de radiologie. Is dit niet iets te voorbarig en moet men niet het geheel van de medisch-technische prestaties in ogenschouw nemen ? Binnenkort kunnen bijvoorbeeld dezelfde problemen rijzen voor de scanners.

Spreker kant zich eveneens tegen de commercialisering, maar aan de andere kant is het aanvaardbaar dat burgerlijke vennootschappen, in de vorm van handelsvennootschappen, een labo exploiteren.

Een normale exploitatie kan niet zonder aanvaarding van het begrip « winst »; met andere woorden

constituer un capital pour pouvoir réaliser les investissements nécessaires.

L'intervenant aimerait en outre obtenir quelques précisions quant à la possibilité offerte aux mutuelles d'exploiter des laboratoires.

Il constate enfin que le Roi peut autoriser des dérogations aux règles prescrites. Cela ne risque-t-il pas d'aboutir à une non-application de la loi ?

Un autre commissaire fait observer que 60 p.c. du budget de la biologie clinique se rapporte aux laboratoires des hôpitaux. On a pris dans ce domaine de mauvaises habitudes, qui en partie sont dues à l'insouciance des prescripteurs. Un autre facteur constitue l'enseignement universitaire qui n'est pas civique en soi. Des tables rondes interuniversitaires devraient se charger de l'examen d'une meilleure éducation de nos médecins à l'avenir.

L'intervenant demande quelles sont, sur le plan de l'hôpital même, les mesures prises pour limiter des abus de prescription.

Un autre commissaire encore estime que les mesures prises dans le passé, ont échoué parce qu'il s'agissait de mesures linéaires. On aurait dû prendre des mesures d'ordre structurel.

L'arrêté royal n° 143 a été pris en 1982. La question se pose dans quelle mesure le département intéressé a veillé à son application.

Les malades eux-mêmes doivent assumer une plus grande responsabilité : obligation du ticket modérateur et le non-remboursement de prestations techniques qui ne sont pas strictement nécessaires. Il faut également veiller à ce que des prestations uniques ne soient pas répétées.

Quelques membres suggèrent d'examiner la possibilité de réduire le nombre des numéros de la nomenclature. Il y a 600 numéros dont 96 sont soumis au paiement d'un ticket modérateur. Il est impossible, pour les laboratoires, d'organiser le paiement du ticket modérateur pour ces quelques numéros.

Le Ministre répond comme suit aux différents intervenants :

— En matière de biologie clinique, un effort permanent est à faire. Le projet de loi-programme vise à exécuter les mesures d'économie décidées lors du conclave du mois d'août.

Le projet n'apportera pas une solution définitive au problème et ne préjuge pas des résultats des travaux de la table ronde.

kapitaalvorming voor het uitvoeren van de nodige investeringen is noodzakelijk.

Voorts vraagt hij nadere uitleg over de mogelijkheid die aan de ziekenfondsen wordt geboden om laboratoria te exploiteren.

Tenslotte merkt hij op dat de Koning uitzonderingen op de gestelde regels kan toestaan. Dreigt dat niet te leiden tot een niet-toepassing van de wet ?

Een ander lid merkt op dat 60 pct. van de begroting voor klinische biologie betrekking heeft op de ziekenhuislaboratoria. Men heeft op dat vlak slechte gewoontes aangenomen die gedeeltelijk te wijten zijn aan de slordigheid van voorschrijvende artsen. Een andere factor daarbij is het universitair onderwijs, waar weinig aandacht wordt besteed aan het bijbrengen van burgerzin. Interuniversitaire ronde-tafelconferenties zouden moeten onderzoeken hoe onze artsen in de toekomst op dat vlak beter kunnen worden opgeleid.

Spreker vraagt welke maatregelen op het niveau van de ziekenhuizen zelf genomen zijn om de misbruiken inzake voorschriften te beperken.

Nog een ander lid meent dat de maatregelen die in het verleden zijn genomen, mislukt zijn omdat het lineaire maatregelen waren. Men had structurele maatregelen moeten nemen.

Het koninklijk besluit nr. 143 werd genomen in 1982. De vraag is in welke mate het betrokken departement heeft toegezien op de toepassing ervan.

De zieken zelf moeten een grotere verantwoordelijkheid dragen : verplichting van het remgeld en niet-terugbetaling van eenmalige verstrekkingen die niet strikt noodzakelijk zijn. Er moet ook nagegaan worden of de eenmalige verstrekkingen niet herhaald worden.

Een aantal leden stellen voor de mogelijkheid te onderzoeken om het aantal nummers van de nomenclatuur te verminderen. Er zijn 600 nummers en voor 96 daarvan moet remgeld worden betaald. Voor de laboratoria is het onmogelijk om voor een zo gering aantal nummers de betaling van het remgeld te organiseren.

De Minister antwoordt op de verschillende opmerkingen als volgt :

— Inzake klinische biologie moet een volgehouden inspanning worden gedaan. Het ontwerp van programmawet beoogt de besparingsmaatregelen uit te voeren waartoe werd beslist tijdens het conclaaf van de maand augustus.

Het ontwerp zal geen definitieve oplossing brengen voor dat probleem en loopt niet vooruit op de resultaten van de werkzaamheden van de ronde-tafelconferentie.

L'objectif de la loi consiste à limiter, à canaliser les dépenses, surtout dans les secteurs de la biologie clinique, de l'imagerie médicale et des médicaments.

Les résultats de la table ronde doivent être intégrés dans l'accord médico-mutualiste.

— Il est impossible de définir dès à présent les enveloppes au niveau des non-hospitalisés. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas essayer d'accroître la responsabilité des prescripteurs.

Cette responsabilisation, ainsi que celle du patient, est totalement insuffisante. Une série de mesures seront prises dans un proche avenir.

Tout le problème de la médecine elle-même est en cause : certaines universités prônent l'augmentation de la biologie clinique. On peut également constater que les médecins recyclés consomment plus que les non-recyclés.

Il y a toute une philosophie à revoir; beaucoup dépend de la conscience individuelle du médecin.

Une enquête (I.N.V.S.O.P.) montre clairement que les étudiants n'ont aucune formation sur le coût économique de la médecine.

Il y a un effort à faire qui ne portera pas ses fruits immédiatement.

L'arrêté royal n° 143, tel que libellé actuellement, n'est pas facile à appliquer. Il y a moyen de le détourner.

Le projet précise davantage quel type de composition doivent avoir les laboratoires; le nom des associés doit apparaître clairement.

L'objectif consiste à attaquer le problème sous plusieurs angles : le statut des laboratoires, le système des enveloppes, la responsabilisation.

Le Gouvernement attend un effet cumulé des différentes mesures afin d'assainir le secteur.

L'objectif n'est pas de tuer les laboratoires sains, mais de trouver le juste milieu et de faire sortir du secteur ceux qui n'auraient jamais dû y entrer.

— La loi du 7 novembre 1987 a déjà repris la biologie clinique dans un système de financement forfaitaire. Il faudra hiérarchiser les tests.

Het doel van de wet bestaat erin de uitgaven te beperken en in banen te leiden, vooral in de sectoren van de klinische biologie, de medische beeldvorming en de geneesmiddelen.

De resultaten van de ronde-tafelconferentie moeten worden ingepast in het akkoord geneesheren-ziekenfondsen.

— Het is onmogelijk nu al vaste budgetten op te stellen voor patiënten die niet in het ziekenhuis zijn opgenomen. Dat betekent niet dat men niet moet pogen de verantwoordelijkheidszin van de voorschrijvende artsen te vergroten.

Het stimuleren van hun verantwoordelijkheidszin, alsook van die van de patiënt, gebeurt in onvoldoende mate. Een aantal maatregelen zullen in de nabije toekomst worden genomen.

Het hele probleem van de geneeskunde is aan de orde : een aantal universiteiten zijn voorstander van ruimere middelen voor de klinische biologie. Men stelt ook vast dat de bijgeschoolde geneesheren meer verbruiken dan de niet bijgeschoolde geneesheren.

Er is een mentaliteitswijziging nodig; veel hangt af van het individuele plichtsgevoel van de geneesheer.

Een enquête (I.N.V.S.O.P.) wijst duidelijk uit dat de studenten geen enkele opleiding krijgen inzake de economische kosten van de geneeskunde.

Op dat vlak moet een inspanning worden geleverd die niet onmiddellijk resultaten zal afwerpen.

— Het koninklijk besluit nr. 143 is in zijn huidige vorm niet gemakkelijk toepasbaar. Het kan worden omzeild.

Het ontwerp bepaalt nader welke de samenstelling moet zijn van de laboratoria; de namen van de vennoten moeten duidelijk worden vermeld.

Het is de bedoeling het probleem aan te pakken vanuit verschillende invalshoeken : het statuut van de laboratoria, het systeem van budgetfinanciering, het stimuleren van de verantwoordelijkheidszin.

De Regering verwacht een gecumuleerd effect van de verschillende maatregelen zodat de sector kan worden gesaneerd.

De bedoeling is niet de gezonde laboratoria te doen verdwijnen, maar de juiste middenweg te vinden en degenen uit de sector te verwijderen die er niet in thuishoren.

— De wet van 7 november 1987 heeft de klinische biologie reeds opgenomen in een systeem van forfaitaire financiering. Er zal een hiërarchie moeten komen in de tests.

— Les laboratoires des mutualités seront soumis au même contrôle que les autres laboratoires.

— Les pouvoirs accordés au Roi sont nécessaires pour éviter des problèmes juridiques.

— Les facultés de médecine, ainsi que les académies de médecine participent à la table ronde.

En plus, des tables rondes provinciales seront organisées par les universités et par les écoles de santé.

Pour les hôpitaux, il y aura un nouveau mode de financement (un p.c. important sera forfaitisé).

— Il faudra réduire la nomenclature. En augmentant la forfaitisation les effets pervers seront diminués.

— Le but n'est pas de prendre des mesures linéaires, mais, à court terme, des mesures de freinage s'imposent. C'est l'objet de la loi-programme (4,7 milliards d'économies en biologie clinique).

Quant au ticket-modérateur : il ne sera plus applicable pour la partie des forfaits dans les hôpitaux, il sera maintenu pour la partie honoraire.

Selon un commissaire, il est important d'établir un budget pour la biologie clinique ambulante. Il s'inquiète d'une budgétisation possible en fonction du chiffre d'affaires des laboratoires (voir exposé des motifs). Une telle solution serait en faveur des laboratoires qui ont fait des abus. Leur position serait encore renforcée davantage.

Le Ministre fait observer que les modalités d'application de la philosophie sur laquelle se base le projet, ne sont pas encore clairement définies. Le Gouvernement cherche les moyens à mettre en œuvre pour atteindre l'assainissement du secteur. L'élément dissuasif, c'est de faire croire que le secteur ne sera plus un secteur de profit financier pur et simple.

Le Ministre ajoute que le système des profils des médecins prescripteurs sera également développé.

Quelques membres posent encore le problème de la pléthore médicale. Ils ne plaident pas pour l'introduction d'un *numerus clausus*. Il y a d'autres moyens de redistribution du travail médical. En outre, un tel système n'apporterait pas de solution pour les vingt premières années.

— De laboratoria van de ziekenfondsen zullen aan dezelfde controle worden onderworpen als de andere laboratoria.

— Er zullen bevoegdheden moeten worden toegekend aan de Koning teneinde juridische problemen te vermijden.

De faculteiten geneeskunde, alsook de academies voor geneeskunde zullen deelnemen aan de rondetafelconferentie.

Bovendien zullen op provinciaal vlak rondetafelconferenties worden georganiseerd door de universiteiten en de scholen in de gezondheidssector.

Voor de ziekenhuizen zal er een nieuwe wijze van financiering komen (een belangrijk procent daarvan wordt forfaitair).

— In de nomenclatuur zal moeten worden gesnoeid. Door meer forfaitaire financiering zullen de negatieve effecten worden beperkt.

— Het is niet de bedoeling lineaire maatregelen te nemen, maar op korte termijn zijn kostenbesparende maatregelen nodig. Dat is het doel van de programwet (4,7 miljard besparingen op het vlak van de klinische biologie).

Het remgeld zal niet meer van toepassing zijn voor de forfaitaire bedragen in de ziekenhuizen, maar het zal worden gehandhaafd voor het honorarium.

Volgens een commissielid is het belangrijk een begroting op te stellen voor de ambulante klinische biologie. Hij maakt zich zorgen over een mogelijke budgettering op grond van de omzet van de laboratoria (zie memorie van toelichting). Zo'n oplossing zou de laboratoria belonen die misbruiken hebben gepleegd. Hun positie zou nog worden verstevigd.

De Minister merkt op dat de manier waarop het opzet van het ontwerp in de praktijk zal worden gebracht, nog niet vaststaat. De Regering zoekt naar de middelen om de sanering van de sector te verwezenlijken. De beste manier om een dam op te werpen is het besef te doen doordringen dat in deze sector gemakkelijk geldgewin voortaan uit den boze is.

De Minister voegt eraan toe dat het systeem van het profiel van de voorschrijvende geneesheren eveneens ontwikkeld zal worden.

Een aantal leden wijzen nog op het probleem van het teveel aan geneesheren. Zij pleiten evenwel niet voor de invoering van een *numerus clausus*. Er zijn andere manieren om het werk van de geneesheren te herverdelen. Bovendien zou zo'n systeem de eerste twintig jaar geen verlichting brengen.

B. Discussion des articles

Article 17

Au sujet de l'article 17 du projet, un membre déclare qu'il n'a pas la conviction que les « connexistes » soient les moins surconsommateurs en la matière, dans la mesure où ils ont généralement un intérêt direct à ce que le maximum d'examens soient faits.

L'intervenant exprime ses réticences quant au maintien du connexisme en matière de biologie, d'autant plus que cela n'apporte pas grand chose au patient puisque, contrairement à ce qui passe par exemple en radiologie, on ne dispose pas immédiatement du résultat de l'examen.

Le Ministre des Affaires sociales répond que ce problème est très limité en matière de biologie clinique, et présente un caractère beaucoup plus grave dans d'autres secteurs. Il souligne également que les alternatives existantes consisteraient à diriger les patients vers des spécialistes ou vers d'autres structures encore moins aisées à contrôler. Il fait encore observer que l'on pourra s'attaquer au problème du connexisme dans l'article 51 du projet, mais qu'aucune mesure précise n'a encore été prévue à ce jour.

Un commissaire fait observer qu'à l'article 17 du projet, le texte néerlandais du nouvel article 3, § 1^{er}, 3°, de l'arrêté royal n° 143 devrait être mis en concordance avec le texte français, en remplaçant les mots « dergelijke verstrekkingen » par « analyses ».

Le Ministre fait observer que cette terminologie était celle déjà employée précédemment par l'arrêté royal n° 143.

Dans le même ordre d'idées, l'intervenant fait observer qu'au § 5, 5° du même article 3, il y a lieu de remplacer, dans le texte néerlandais, le mot « beheerders » par « bestuurders ».

La même correction doit être faite au § 5, 7°, du même article.

Le membre déplore encore que l'on ait utilisé, au § 6, alinéa premier, du nouvel article 3 contenu dans l'article 17 du projet, les termes « par un contrat en vertu duquel elle est placée sous l'autorité, la direction et la surveillance de celui-ci », ce qui correspond, en droit social, à la définition classique du contrat de travail.

N'aurait-il pas été plus simple de viser expressément ce dernier ?

Le Ministre des Affaires sociales souligne que les personnes visées peuvent se trouver dans une certai-

B. Bespreking van de artikelen

Artikel 17

In verband met artikel 17 van het ontwerp verklaart een lid dat hij er niet van overtuigd is dat de « connexisten » zich het minst aan oververbruik bezondigen. Ze hebben er immers meestal een rechtstreeks belang bij om zoveel mogelijk onderzoeken uit te voeren.

Spreker staat wat argwanend ten opzichte van het behoud van « connexisme » inzake biologie, temeer daar dit de patiënt niet veel oplevert want, in tegenstelling tot wat bijvoorbeeld in de radiologie gebeurt, beschikt men hier niet onmiddellijk over het resultaat van het onderzoek.

De Minister van Sociale Zaken antwoordt dat dit probleem erg klein is in de klinische biologie en veel grotere afmetingen aanneemt in andere sectoren. Hij merkt eveneens op dat de bestaande alternatieven erop neerkomen dat de patiënten doorverwezen worden naar specialisten of naar andere structuren die nog minder gemakkelijk te controleren zijn. Hij wijst er nog op dat het probleem van het « connexisme » zal kunnen worden aangepakt in het kader van artikel 51 van het ontwerp, maar dat tot op heden nog geen enkele duidelijke maatregel genomen werd.

Een commissielid merkt op dat in artikel 17 van het ontwerp, de Nederlandse tekst van het nieuwe artikel 3, § 1, 3°, van het koninklijk besluit nr. 143 in overeenstemming moet worden gebracht met de Franse tekst door de woorden « dergelijke verstrekkingen » te vervangen door het woord « analyses ».

De Minister onderstreept dat die terminologie reeds gebruikt werd in het koninklijk besluit nr. 143.

In diezelfde gedachtengang wijst spreker erop dat in de Nederlandse tekst van § 5, 5°, van hetzelfde artikel 3, het woord « beheerders » moet worden vervangen door het woord « bestuurders ».

Dezelfde verbetering moet worden aangebracht in § 5, 7°, van hetzelfde artikel.

Het lid betreurt nog dat men in § 6, eerste lid, van het nieuwe artikel 3 (artikel 17 van het ontwerp) gekozen heeft voor de termen « met een overeenkomst waardoor hij onder het gezag, de leiding en het toezicht van deze komt te staan », wat in het sociaal recht beantwoordt aan de klassieke definitie van de arbeidsovereenkomst.

Was het niet veel eenvoudiger geweest die overeenkomst uitdrukkelijk te vermelden ?

De Minister van Sociale Zaken benadrukt dat de bedoelde personen in zekere mate onder het gezag

ne mesure sous la dépendance de l'exploitant ou être liées à lui par un contrat, sans qu'il s'agisse d'un contrat de travail.

Il faut aussi envisager le cas des bureaux d'intérim, qui mettent du personnel à la disposition de laboratoires qui le souhaitent. Le texte a pour but de prévenir les abus de ces bureaux.

Le précédent intervenant estime que l'expression employée est en tout cas malheureuse puisqu'elle s'identifiera nécessairement, dans l'esprit du juge amené à appliquer la loi, à la définition du contrat de travail.

Le même intervenant fait en outre observer que le personnel envoyé par un bureau d'intérim reste, conformément à une loi récente, sous la direction et la surveillance de ce bureau, de sorte que cet exemple n'est pas approprié.

Un autre membre souligne alors qu'il appartiendra aux tribunaux de travail de dégager la portée des termes critiqués, mais que rien ne s'oppose à l'adoption du texte proposé.

Un membre évoque alors le problème de l'information, que rencontrent les laboratoires.

Ceux-ci, ne pouvant que très difficilement fournir aux médecins les informations nécessaires par les voies ordinaires, louent généralement les services de bureaux qui se portent garants de la livraison à domicile des résultats des analyses biologiques dans un délai déterminé, aux médecins qui le demandent.

Un laboratoire pourrait mettre en cause la responsabilité d'un tel bureau, qui n'aurait pas rempli ses obligations à cet égard.

Il s'agit là d'une situation très particulière, que l'on peut difficilement régler par référence au droit du travail classique.

Le préopinant fait observer que de telles situations pourraient être réglées en se fondant sur le dernier paragraphe de l'article 17 du projet.

L'article 17 est adopté par 12 voix contre 2.

Article 18

Cet article ne donne lieu à aucune discussion et est adopté par 12 voix contre 2.

Article 19

Un membre demande quelle est la sanction du non-respect des obligations contenues dans cet article.

van de exploitant kunnen staan of met hem in dienstverband kunnen werken zonder dat het daarbij gaat om een arbeidsovereenkomst.

Er moet ook rekening worden gehouden met de uitzendbureaus die personeel ter beschikking stellen van laboratoria die dat wensen. De tekst heeft ten doel misbruiken van deze bureaus te voorkomen.

De vorige spreker is van mening dat de gebruikte terminologie in ieder geval slecht gekozen is omdat de rechter die de wet moet toepassen, daarin noodzakelijkerwijze de definitie zal zien van de arbeidsovereenkomst.

Dezelfde spreker merkt daarenboven op dat het personeel dat door een uitzendbureau wordt uitgezonden, overeenkomstig een recente wet onder de leiding en het toezicht van dit bureau blijft staan, zodat dit voorbeeld slecht gekozen is.

Een ander lid merkt vervolgens op dat het de arbeidsrechtbanken toekomt zich uit te spreken over de draagwijdte van de bekritiseerde termen, doch dat niets de goedkeuring van de voorgestelde tekst verhindert.

Een lid snijdt vervolgens het probleem van de informatie aan, waarmee de laboratoria te kampen hebben.

Daar die laboratoria het zeer moeilijk hebben om langs de gewone weg de geneesheren de nodige informatie te bezorgen, huren zij in het algemeen de diensten van bureaus die de resultaten van de biologische analyses binnen een bepaalde termijn thuis bezorgen bij de geneesheren die erom vragen.

Een laboratorium zou een dergelijk bureau verantwoordelijk kunnen stellen voor zijn daden wanneer het zijn verplichtingen niet nakomt.

Het gaat hier om een zeer bijzondere situatie die men moeilijk kan regelen door te verwijzen naar het klassieke arbeidsrecht.

De vorige spreker merkt op dat dergelijke toestanden kunnen worden geregeld op basis van de laatste paragraaf van artikel 17 van het ontwerp.

Artikel 17 wordt aangenomen met 12 tegen 2 stemmen.

Artikel 18

Dit artikel wordt zonder bespreking aangenomen met 12 tegen 2 stemmen.

Artikel 19

Een lid vraagt hoe het niet naleven van de verplichtingen vervat in dit artikel bestraft wordt.

Le Ministre rappelle qu'il existe une gradation dans les sanctions, puisqu'outre la suppression du tiers-payant (visée par un article distinct), des sanctions pénales sont également prévues.

Un membre souligne que l'article mentionne judicieusement des avantages « quels qu'ils soient », car il est classique que des avantages en nature (par exemple sous forme de cadeaux de fin d'année) soient accordés aux médecins qui se livrent à ces pratiques.

L'article 19 est adopté par 12 voix contre 2.

Article 20

Un membre demande s'il est exact que chaque laboratoire ne pourra avoir qu'un seul numéro.

Le Ministre répond par l'affirmative.

Un membre demande si le texte de l'article 6 de l'arrêté royal n° 143, remplacé par l'article 20 du projet, ne risque pas de pousser à la dichotomie, dès lors qu'un remboursement est accordé pour un prélèvement.

Quel est le montant précis nécessaire pour l'infrastructure utilisée pour le prélèvement, si l'on tient compte du fait que, dans la plupart des cas :

- les flacons sont fournis par le laboratoire;
- le transport peut être assuré par taxipost sur commande du laboratoire;
- le prélèvement est payé par la consultation elle-même.

Ce membre estime qu'une intervention n'est donc nullement justifiée en l'occurrence.

Le Ministre fait observer que, par le recours aux règles fixées par le Roi et visées par l'article 20 du projet, on pourrait exclure les tiers qui se livreraient en réalité à des pratiques commerciales.

Un membre souligne que, dans le cas de traitements ambulatoires ou de patients alités à domicile, les frais de transport sont alors une dépense réelle dans le chef du laboratoire.

Le Ministre rappelle que le but poursuivi par le projet était d'éviter le transfert de la commercialisation du laboratoire et de la collecte vers des sociétés de ramassage et de distribution.

De Minister antwoordt dat er een gradatie bestaat in de straffen, daar naast de afschaffing van het systeem van de derde betaler (geregeld in een afzonderlijk artikel) ook voorzien werd in strafrechtelijke sancties.

Een lid merkt op dat men zo verstandig geweest is in het artikel te vermelden dat het verboden is enig « voordeel » toe te kennen, want het is klassiek dat voordelen in natura (bijvoorbeeld in de vorm van eindejaarsgeschenken) worden aangeboden aan geneesheren die zich tot dergelijke praktijken lenen.

Artikel 19 wordt aangenomen met 12 tegen 2 stemmen.

Artikel 20

Een lid vraagt of het juist is dat elk laboratorium slechts één nummer krijgt.

De Minister antwoordt bevestigend.

Een lid vraagt of artikel 6 van het koninklijk besluit nr. 143, waarvan de tekst wordt vervangen door artikel 20 van het ontwerp, niet tot honorariumverdeling dreigt te leiden, indien voor een afname een terugbetaling wordt toegestaan.

Welk bedrag is er precies nodig voor de infrastructuur die voor de afname wordt gebruikt, indien er rekening mee wordt gehouden dat in het merendeel van de gevallen :

- de proefbuisjes door het laboratorium worden geleverd;
- het vervoer per taxipost kan geschieden, op bestelling van het laboratorium;
- de afname in de raadpleging wordt verrekend.

Hetzelfde lid is van oordeel dat een tegemoetkoming in de gegeven omstandigheden geenszins te verantwoorden is.

De Minister merkt op dat derden die er in feite een commercie van maken, uitgesloten kunnen worden op basis van de in artikel 20 van het ontwerp bedoelde voorwaarden, bepaald door de Koning.

Een lid wijst erop dat bij ambulante behandelingen of bij behandeling thuis van patiënten die bedlegerig zijn, de vervoerkosten een werkelijke uitgave betekenen voor het laboratorium.

De Minister herinnert eraan dat het ontwerp wil vermijden dat het commercialiseren van het laboratoriumwerk en van de inzameling zou overslaan op firma's die zich bezighouden met de ophaling en de verdeling.

Il souligne qu'il est prévu que des réviseurs d'entreprises contrôleront les laboratoires, et connaîtront l'identité des tiers ainsi que leurs conventions avec ces laboratoires.

D'autre part, si certains de ceux-ci se sont livrés à des abus, il ne faut pas perdre de vue qu'ils ont également, dans une certaine mesure, rencontré l'exigence de qualité de services formulées par les médecins.

C'est ainsi que certains laboratoires fournissent actuellement les réponses demandées dans un délai de trois heures.

Il importe donc de ne pas nuire, par des mesures trop brutales, à la qualité des services rendus.

L'article 20 est adopté par 12 voix contre 2.

Articles 21 et 22

Ces articles ne font l'objet d'aucune discussion. Ils sont adoptés par 11 voix contre 2.

Article 23

Cet article ne fait l'objet d'aucune discussion. Il est adopté par 12 voix contre 2.

Article 24

Un membre fait observer que cette disposition ne vise que l'article 3 de l'arrêté royal n° 143. Il demande pourquoi l'article à l'examen ne vise pas également l'article 4 du même arrêté, qui est relatif à la comptabilité à tenir par les laboratoires.

Le Ministre des Affaires sociales répond tout d'abord que le délai de 6 mois instauré par l'article 24 du projet a surtout été fixé par référence à l'article 17 du même projet, afin de permettre aux sociétés d'adapter leurs structures (modification des statuts, tenue d'une assemblée générale, etc.).

Il souligne également que le texte original de l'article 4 de l'arrêté royal n° 143 comportait la disposition qui est aujourd'hui réintroduite. Cette disposition avait ensuite été abrogée par la loi du 7 novembre 1987.

Le Ministre précise enfin que le délai accordé à l'article 24 constitue un répit, qui n'est pas accordé à l'article 18 du projet.

L'article 24 est adopté par 12 voix contre 2.

Hij wijst erop dat bepaald werd dat de laboratoria gecontroleerd zullen worden door bedrijfsrevisoren, die de identiteit van die derden zullen kennen en op de hoogte zullen zijn van hun overeenkomsten met die laboratoria.

Ook al hebben sommige onder hen duistere praktijken gepleegd, toch mag niet uit het oog worden verloren dat zij ook tot op zekere hoogte voldaan hebben aan de eis van de geneesheren, die een goede dienstverlening verwachten.

Sommige laboratoria verstrekken op dit ogenblik binnen drie uur de gevraagde informatie.

De kwaliteit van de dienstverlening mag dus niet in het gedrang worden gebracht door te stringente maatregelen.

Artikel 20 wordt aangenomen met 12 tegen 2 stemmen.

Artikelen 21 en 22

De artikelen worden zonder bespreking aangenomen met 11 tegen 2 stemmen.

Artikel 23

Dit artikel wordt zonder bespreking aangenomen met 12 tegen 2 stemmen.

Artikel 24

Een lid merkt op dat deze bepaling uitsluitend slaat op artikel 3 van het koninklijk besluit nr. 143 en vraagt zich af waarom artikel 24 niet evenzeer doelt op artikel 4 van hetzelfde besluit, dat handelt over de verplichte boekhouding van de laboratoria.

De Minister van Sociale Zaken antwoordt eerst dat de termijn van zes maanden die artikel 24 van het ontwerp invoert, vooral werd bepaald in het licht van artikel 17 van hetzelfde ontwerp, teneinde de vennootschappen de mogelijkheid te bieden hun structuren aan te passen (wijziging van de statuten, samenroepen van algemene vergadering, enz.).

Hij wijst er verder op dat het oorspronkelijke artikel 4 van het koninklijk besluit nr. 143 een bepaling bevatte die nu opnieuw wordt ingevoerd. Die bepaling werd nadien bij de wet van 7 november 1987 opgeheven.

De Minister wijst er tot slot op dat de termijn in artikel 24 eigenlijk een uitstel is, wat niet wordt toegestaan in artikel 18 van het ontwerp.

Artikel 24 wordt aangenomen met 12 tegen 2 stemmen.

III. DISCUSSION DU TITRE I^{er}, CHAPITRE VI (ARTICLES 54 à 71) — LOI SUR LES HÔPITAUX ET LOI SUR LES C.P.A.S.

Articles 54 et 55

Un membre pose deux questions relatives aux articles 54 et 55 du projet, et plus précisément à la politique en matière de psychiatrie et d'institutions psychiatriques.

Il observe que le projet ne concerne pas seulement le financement des institutions mais prend également en considération les nécessités de la psychiatrie en tant que telle.

Ceci se manifeste par l'aménagement d'un système d'habitations protégées et de homes de séjour provisoires.

La meilleure gestion des hôpitaux psychiatriques est couplée à la possibilité de renvoyer le malade vers ces structures alternatives afin de prévenir l'occupation des lits psychiatriques lorsque ce n'est plus nécessaire.

D'autre part, on constate qu'en psychiatrie on dispense des soins *intra muros* dans les institutions psychiatriques, et des soins *extra muros* dans les centres d'hygiène mentale.

Dans quelle mesure la collaboration louable, instaurée par l'article 55 du projet entre les institutions psychiatriques et tous les services psychiatriques vise-t-elle également ces centres d'hygiène mentale ?

La seconde question de l'intervenant concerne plus précisément l'article 54 du projet. Il est prévu que les patients pourront être dirigés vers les habitations protégées ou homes de séjour provisoires après un séjour en hôpital psychiatrique ou dans le service psychiatrique d'un hôpital général.

Ne pourraient-ils l'être aussi après un séjour dans un centre d'hygiène mentale, et ne peut-on dans ce cas éviter le détour par un hôpital psychiatrique ou le service psychiatrique d'un hôpital général ?

D'autre part, faut-il déduire du texte de l'article 54 du projet que, dans le système d'agrégation et de subsidiation prévu, les centres d'hygiène mentale ne pourront pas créer des homes de séjour et, dans l'affirmative, quelle est la justification du point de vue du Gouvernement à cet égard ?

Un autre intervenant fait observer que, dans l'hypothèse envisagée, la question lui paraît être la suivante : tiendra-t-on compte de ces patients qui vont d'un centre d'hygiène mentale vers un home de

III. BESPREKING VAN TITEL I, HOOFDSTUK VI (ARTIKEL 54 TOT 71) — WET OP DE ZIEKENHUIZEN EN WET OP DE O.C.M.W.'s

Artikelen 54 en 55

Een lid stelt twee vragen over de artikelen 54 en 55, meer bepaald over het beleid inzake de psychiatrie en de psychiatrische instellingen.

Hij merkt op dat het ontwerp niet alleen betrekking heeft op de financiering van die instellingen, maar ook rekening houdt met de behoeften van de psychiatrie zelf.

Dat blijkt uit de invoering van een regeling voor beschut wonen en voor doorgangstehuizen.

Een beter beheer van de psychiatrische ziekenhuizen is gekoppeld aan de mogelijkheid om zieken naar die alternatieve structuren door te verwijzen teneinde te voorkomen dat bedden in de psychiatrie bezet blijven wanneer dat niet meer nodig is.

In de psychiatrie stelt men verder vast dat de intramurale gezondheidszorg wordt verstrekt in de psychiatrische instellingen en extramurale gezondheidszorg in de centra voor geestelijke gezondheidszorg.

In hoeverre strekt de bij artikel 55 ingevoerde, lofwaardige samenwerking tussen de psychiatrische instellingen en alle psychiatrische diensten zich eveneens uit tot de centra voor geestelijke gezondheidszorg ?

De tweede vraag van de spreker slaat meer bepaald op het artikel 54. Er werd bepaald dat de patiënten naar het beschut wonen of naar doorgangstehuizen verwezen kunnen worden na een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis of in de dienst psychiatrie van een algemeen ziekenhuis.

Zou dat ook niet kunnen na een verblijf in een centrum voor geestelijke gezondheidszorg ? Kan in dat geval niet worden vermeden dat een omweg wordt gemaakt via een psychiatrisch ziekenhuis of de dienst psychiatrie van een algemeen ziekenhuis ?

Dient voorts uit de lezing van artikel 54 te worden opgemaakt dat in het kader van de ontworpen regeling op het stuk van erkenning en subsidiëring, de centra voor geestelijke gezondheidszorg geen doorgangstehuizen kunnen oprichten ? Zo ja, hoe kan de Regering haar standpunt daaromtrent verantwoorden ?

Een ander lid merkt op dat in de gegeven veronderstelling het volgens hem zeer de vraag lijkt te zijn of rekening zal worden gehouden met de patiënten die van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg

séjour ou une habitation protégée pour déterminer si ces institutions tombent encore dans le champ d'application de la loi sur les hôpitaux ?

D'autre part, dans quelle mesure ne risque-t-on pas en cette matière, d'entrer en conflit avec les compétences des communautés ?

Un membre plaide pour que la politique de contrôle des dépenses organisée par le projet soit envisagée à plus long terme.

Il fait observer que les patients dont il s'agit, sont des malades particuliers, qui ont souvent besoin d'une hospitalisation longue; tel est le cas des patients qui souffrent d'une maladie mentale grave, et des patients plus âgés, pour lesquels il est plus difficile de recourir aux méthodes « nouvelles ». Il ne faut donc pas sous-estimer les besoins réels qui existent dans ce secteur, ni le risque d'augmentation des dépenses à long terme.

Un autre intervenant demande si les habitations protégées et homes de séjour provisoire ne doivent être considérés, dans l'esprit du projet, que comme une sorte de prolongement du séjour dans un hôpital psychiatrique ou si les patients sont destinés à y séjourner définitivement.

Un membre estime pour sa part que les centres d'hygiène mentale ne doivent être envisagés que dans le cadre de la collaboration visée à l'article 55 du projet, mais non en ce qui concerne le financement.

Le même intervenant déplore ensuite que la politique suivie par le projet en matière d'assistance médicale psychiatrique, n'ait pas été suivie de la même façon pour les hôpitaux.

En effet, la politique suivie pour ces derniers a consisté en l'établissement d'une communication non entre services mais entre lits.

C'est ainsi que de petits hôpitaux, qui fonctionnaient très bien, mais dont la nécessité paraissait moins essentielle, ont été conduits à une fusion de lits qui a entraîné une perte d'efficacité et de pouvoir concurrentiel.

L'intervenant demande si le Gouvernement n'envisage pas de mener une politique similaire en matière hospitalière et dans le secteur psychiatrique.

Le Ministre répond aux différents intervenants en formulant les observations suivantes :

— la philosophie générale du projet est de diminuer le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques. Pour atteindre cet objectif, différentes solutions

naar een doorgangstehuis of het beschut wonen overgaan om te bepalen of de wet op de ziekenhuizen nog van toepassing is op die instellingen.

In welke mate dreigen er voorts op dat vlak bevoegdheidsconflicten te ontstaan met de Gemeenschappen ?

Een lid verdedigt het standpunt dat het beleid inzake controle op de uitgaven, zoals dat in het ontwerp wordt geregeld, op langere termijn moet worden gezien.

Hij wijst erop dat de betrokken patiënten zieken van een bijzondere soort zijn die vaak een lang verblijf in het ziekenhuis nodig hebben. Dat geldt voor patiënten die zwaar geestesziek zijn alsook voor oudere patiënten op wie de « nieuwe » methodes moeilijker toegepast kunnen worden. De reële behoeften van die sector mogen dus niet worden onderschat, evenmin als het risico dat de uitgaven op de lange termijn de hoogte ingaan.

Een andere spreker vraagt of het beschut wonen en de doorgangstehuizen naar de geest van het ontwerp alleen beschouwd moeten worden als een soort verlengstuk van het verblijf in een psychiatriesch ziekenhuis, dan wel of de patiënten er definitief moeten verblijven.

Van zijn kant meent een lid dat de centra voor geestelijke gezondheidszorg alleen mogen worden beschouwd in het kader van de samenwerking waarop artikel 55 doelt, doch niet uit het oogpunt van de financiering.

Dezelfde spreker betreurt daarna dat de beleidslijnen van het ontwerp inzake medisch-psychiatische bijstand, niet werden doorgetrokken voor alle ziekenhuizen.

Op dat vlak bestond het beleid in het tot stand brengen van betrekkingen niet tussen diensten maar tussen ziekenhuisbedden.

Dat heeft ertoe geleid dat kleine ziekenhuizen, die nochtans zeer goed functioneerden, doch waarvan het voortbestaan minder essentieel bleek, tot een fusie van bedden zijn moeten overgaan, wat een verlies aan efficiëntie en concurrentievermogen heeft meegebracht.

Spreker vraagt of de Regering niet van plan is een zelfde beleid te voeren voor de psychiatische ziekenhuizen.

De Minister antwoordt het volgende op de verschillende opmerkingen :

— het opzet van het ontwerp is het aantal bedden in de psychiatische ziekenhuizen te verminderen. Om dat doel te bereiken zijn verschillende

peuvent être envisagées entre autres par un fonctionnement plus intensif des centres d'hygiène mentale.

Ceux-ci peuvent être présents dans les associations visées à l'article 55 du projet.

Les patients peuvent quant à eux, par le biais des mêmes associations, se diriger immédiatement vers une habitation protégée sans passer par une institution.

Cependant, ces alternatives ne peuvent aboutir à réintroduire en fait un nombre de lits plus élevé.

— D'autre part, la politique à mener en la matière doit être élaborée en concertation avec les communautés. Cependant, si les décisions à prendre sur le terrain doivent l'être en concertation avec celles-ci, les règles organiques et de financement sont fixées par le pouvoir national.

— Le financement des alternatives se fera par des enveloppes spécifiques. Des négociations en cette matière seront menées avec le secteur concerné.

Pour 1989 une économie de 400 millions est déjà prévue. Evidemment, la politique doit être envisagée à long terme.

Dans cette perspective, il faudra tenir compte du vieillissement de la population, et des problèmes psychiatriques particuliers liés à la sénilité qui risquent de se poser avec une acuité plus grande à l'avenir.

— L'habitation protégée est en principe située en dehors de l'hôpital psychiatrique; le séjour y est définitif. Le séjour provisoire se fait, en principe, lui aussi en dehors de l'institution psychiatrique, mais dans l'attente d'un retour du patient à domicile, ou dans l'attente d'un placement définitif.

— Les hôpitaux psychiatriques devront, pour les cas aigus, être concentrés sur les technologies tandis que, parallèlement on tentera de procéder à une déconcentration en développant les formules alternatives déjà évoquées. Dans cette perspective, le projet n'est qu'une première étape. On ne peut envisager de fusions en psychiatrie comme pour les autres hôpitaux: c'est une autre manière de traiter le problème que l'on veut discuter avec le secteur considéré.

Les articles 54 et 55 sont adoptés par 12 voix contre 2.

Article 56

Un membre aimerait savoir si cet article permettra de réaliser des économies.

oplossingen mogelijk, o.m. door een intensievere werking van de centra voor geestelijke gezondheidszorg.

Die kunnen deel uitmaken van de samenwerkingsverbanden bedoeld in artikel 55 van het ontwerp.

De patiënten kunnen via dezelfde samenwerkingsverbanden onmiddellijk in het « beschut wonen » worden opgenomen, zonder langs een instelling te moeten.

Die alternatieven mogen echter niet leiden tot een hoger aantal bedden.

— Het ter zake te voeren beleid moet worden uitgebouwd in overleg met de gemeenschappen. Daar waar de praktische beslissingen in overleg met de gemeenschappen moeten worden genomen, zullen de organieke regels en de financieringsregels worden vastgesteld door de nationale overheid.

— De financiering van alternatieven zal geschieden door middel van specifieke vaste budgetten. Onderhandelingen ter zake zullen worden gevoerd met de betrokken sector.

Voor 1989 is al een besparing van 400 miljoen gepland. Uiteraard moet ook een beleid op lange termijn worden uitgestippeld.

Daartoe moet rekening worden gehouden met de veroudering van de bevolking en met de typische psychiatische problemen van ouderdomsseniliteit, waar men in de toekomst in toenemende mate mee te maken zal krijgen.

— Het beschut wonen geschiedt in principe buiten het psychiatisch ziekenhuis; het gaat om een definitief verblijf. Het doorgangstehuis bevindt zich in principe ook buiten de psychiatische instellingen, maar de patiënt verblijft er in afwachting dat hij naar huis terugkeert of in afwachting dat hij definitief geplaatst wordt.

— De psychiatische ziekenhuizen zullen voor erge gevallen technologische middelen moeten inzetten, terwijl terzelfdertijd moet worden gestreefd naar minder patiënten door meer ruimte te scheppen voor de reeds aangehaalde alternatieven. In dat opzicht is het ontwerp slechts een eerste stap. Men kan voor psychiatische ziekenhuizen geen fusies overwegen zoals voor de andere ziekenhuizen: het is een andere aanpak van de problemen die men met de betrokken sector wil bespreken.

De artikelen 54 en 55 worden aangenomen met 12 tegen 2 stemmen.

Artikel 56

Een lid wenst te weten of dit artikel enige besparingen tot gevolg zal hebben.

Le Ministre explique qu'en fusionnant la section programmation et la section agrément, on ne recherche pas d'économies, mais plutôt une efficacité plus grande.

L'article 56 est adopté par 12 voix contre 2.

Article 57

Un membre demande une explication au sujet du « service » hospitalier.

Le Ministre se réfère à l'exposé des motifs. La conception des services est trop restrictive et artificielle. La notion de « fonction » donne plus de souplesse au gestionnaire des lits.

Cela permet à l'intérieur d'un total de lits plus de fluctuations en fonction des besoins.

Le premier rapport Groot illustre d'ailleurs que la distinction entre les différents services est artificielle. On trouve par exemple des vieillards dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux, on les trouve dans les services de médecine interne et on les trouve dans les services de gériatrie.

L'idée est d'évoluer vers une enveloppe de lits dans laquelle il y a une plus grande liberté pour le gestionnaire, pour autant que les fonctions qu'on veut réaliser soient assurées d'une manière efficace. La flexibilité entre les lits des différents services doit donc être plus grande.

L'article 57 est adopté par 12 voix contre 2.

Article 58

A une question d'un membre sur l'évolution de l'hospitalisation de jour, le Ministre répond que quelques expériences vont être entamées en 1989. Certaines expériences se développent déjà maintenant, mais elles n'étaient pas favorisées. L'idée du Ministre est de créer un système d'une non-pénalisation pour les gestionnaires qui instaurent l'hospitalisation de jour. Ce système doit être instauré avec beaucoup de prudence.

Il y a des discussions sur le fonctionnement du système. Certains considèrent que le système peut être instauré dans le milieu hospitalier uniquement. D'autres thèses défendent que cela peut se faire en dehors du milieu hospitalier, mais en lien avec un hôpital. Il y a des exemples; notamment à Bruxelles, où l'on a combiné les deux.

Il faut tenir compte du type de clientèle, de l'infrastructure de l'endroit, de la possibilité d'encadrement des patients, etc.

De Minister legt uit dat men met de samenvoeging van de afdeling programmatie en de afdeling erkenning geen besparingen maar veeleer een meer efficiënte werking op het oog heeft.

Artikel 56 wordt aangenomen met 12 tegen 2 stemmen.

Artikel 57

Een lid vraagt uitleg over het begrip « ziekenhuisdiensten ».

De Minister verwijst naar de memorie van toelichting. Het begrip « diensten » is te beperkend en kunstmatig. Het begrip « functie » geeft meer flexibiliteit aan de beheerder van de bedden.

Zo heeft men met een gegeven aantal bedden meer mogelijkheden, doordat men ze intern kan verdelen naargelang van de behoeften.

Het eerste rapport-Groot toont trouwens aan dat het onderscheid tussen de verschillende diensten artificieel is. Bejaarden vindt men bijvoorbeeld in de psychiatische afdelingen van de algemene ziekenhuizen, in de diensten inwendige geneeskunde en in de geriatrie diensten.

De bedoeling is te evolueren naar een vast aantal bedden en meer armslag voor de beheerder, op voorwaarde dat alle functies die men wenst uit te oefenen, goed verzekerd worden. Bedden moeten met grotere soepelheid van de ene dienst naar de andere kunnen worden overgeplaatst.

Artikel 57 wordt aangenomen met 12 tegen 2 stemmen.

Artikel 58

Op een vraag van een lid over de behandeling in dagziekenhuizen antwoordt de Minister dat in 1989 een aanvang zal worden gemaakt met enkele experimenten. Er zijn reeds enkele experimenten aan de gang, maar zij werden niet aangemoedigd. De Minister is van plan ervoor te zorgen dat de beheerders die dagbehandeling invoeren, niet zullen worden benadeeld. Dat systeem moet echter met veel omzichtigheid worden ingevoerd.

Er is discussie gaande over de werking van het systeem. Sommigen vinden dat het systeem alleen in de ziekenhuizen kan worden ondergebracht. Anderen vinden dat het ook buiten de ziekenhuizen moet kunnen, maar dat er wel een band moet zijn met een ziekenhuis. Er zijn voorbeelden; onder meer te Brussel, waar men de twee heeft gecombineerd.

Er moet rekening gehouden worden met het soort patiënt, de infrastructuur van de behandelingsruimte, de mogelijkheden inzake patiëntenbegeleiding, enz.

L'article 58 est adopté par 12 voix contre 2.

Article 59

Répondant à la question d'un membre, le Ministre confirme que le but n'est pas dans une première phase de prendre en compte le nombre des lits d'hospitalisation de jour pour déterminer le nombre de lits à supprimer éventuellement. Il s'agit d'une fonction supplémentaire.

Un autre membre constate que sur le plan global le fait de développer, pour les hôpitaux de moyenne importance, l'hospitalisation de jour, qui est d'ailleurs souhaitée par beaucoup de malades, peut donner un léger avantage à ce type d'hospitalisation, parce que cela empêcherait une série d'abus, notamment en matière de laboratoires, qui ne sont faits qu'en fonction de l'équilibre d'un budget.

Un troisième membre ajoute que certaines prestations (comme l'utilisation du laser en ophtalmologie) ne sont pas subventionnées si elles se font sans hospitalisation, ce qui augmente les frais.

L'article 59 est adopté par 12 voix contre 2.

Articles 60 et 61

Ces articles n'ont donné lieu à aucune autre observation. Ils sont adoptés par 12 voix contre 2.

Article 62

Un membre aimerait savoir exactement comment interpréter le terme « fusion ».

Le Ministre répond qu'il s'agit de la fusion des organes de gestion.

Un autre membre demande si l'on a l'intention de poursuivre dans la voie où l'on s'était engagé, à savoir l'élimination des petits hôpitaux au profit d'unités plus grandes.

Le Ministre répond que la philosophie de la loi sur les hôpitaux n'est pas modifiée : les groupements de petits hôpitaux peuvent continuer à exister dans des conditions fixées par arrêté royal.

Un troisième intervenant évoque l'objectif qu'on s'était fixé par la suppression des petits hôpitaux, à savoir faciliter la reconversion des lits pour soins

Artikel 58 wordt aangenomen met 12 tegen 2 stemmen.

Artikel 59

In antwoord op een vraag van een lid bevestigt de Minister dat het in een eerste fase niet de bedoeling is het aantal bedden voor dagbehandeling afhankelijk te stellen van een vermindering van het aantal ziekenhuisbedden. Het gaat hier over een bijkomende functie.

Een ander lid stelt vast dat in het algemeen de uitbreiding van de dagbehandeling, die veel zieken trouwens wensen in de middelgrote ziekenhuizen, een licht voordeel kan bieden aan dit soort behandeling, omdat zo een aantal misbruiken kunnen worden voorkomen, meer bepaald inzake laboratoria die slechts worden opgericht naarmate de begroting al dan niet in evenwicht is.

Een derde lid voegt eraan toe dat sommige prestaties (o.m. de laserbestraling in oftalmologie) niet vergoed worden indien het zonder opneming in het ziekenhuis gebeurt, wat de kosten doet stijgen.

Het artikel 59 wordt aangenomen met 12 tegen 2 stemmen.

Artikelen 60 en 61

Bij deze artikelen worden geen bijkomende opmerkingen gemaakt. De artikelen 60 en 61 worden aangenomen met 12 tegen 2 stemmen.

Artikel 62

Een lid wenst de juiste interpretatie te kennen van het begrip « fusie ».

De Minister legt uit dat het over de fusie van de beheersorganen gaat.

Een ander lid vraagt of men van plan is de vroegere tendens om kleinere ziekenhuizen te doen verdwijnen ten voordele van grote eenheden, voort te zetten.

De Minister antwoordt dat de filosofie van de wet op de ziekenhuizen niet wordt gewijzigd : groeperingen van kleine ziekenhuizen kunnen blijven bestaan onder de voorwaarden vastgesteld bij koninklijk besluit.

Een derde lid heeft het over de bedoeling van de destijds geplande afschaffing van de kleine ziekenhuizen, nl. het vergemakkelijken van de om-

aîgus en lits de repos et de soins. La possibilité de fusionner ne va-t-elle pas contrecarrer cet objectif ?

L'article 62 est adopté par 12 voix contre 2.

Articles 63 et 64

Ces deux articles n'ont donné lieu à aucune remarque.

Ils sont adoptés par 12 voix contre 2.

Article 65

Un membre aimerait connaître avec précision la compétence du gouvernement national et celle des Communautés.

Le Ministre renvoie à son exposé introductif et à l'exposé des motifs (p. 28) où ce problème est traité en détail.

L'article 65 est adopté par 12 voix contre 2.

Article 66

Cet article n'a fait l'objet d'aucune question.

L'article est adopté par 12 voix contre 2.

Article 67

Un membre demande quel est l'objet de la délégation à un fonctionnaire de l'Administration des établissements de soins.

Le Ministre précise qu'il s'agit d'une mesure purement technique destinée à faciliter le traitement des dossiers administratifs.

L'article 67 est adopté par 12 voix contre 2.

Article 68

Cet article n'a donné lieu à aucune discussion.

L'article est adopté par 12 voix contre 2.

Article 69

Un membre pose le problème de tensions éventuelles entre l'administration communale et le mi-

schakeling van de acute ziekenhuisbedden tot rust- en verzorgingsbedden. Zal de mogelijkheid van fusie dit beoogde doel niet afremmen ?

Artikel 62 wordt aangenomen met 12 tegen 2 stemmen.

Artikelen 63 en 64

Beide artikelen geven geen aanleiding tot opmerkingen.

Zij worden aangenomen met 12 tegen 2 stemmen.

Artikel 65

Een lid wenst de precieze bevoegdheid te kennen van de Nationale Regering en van de Gemeenschappen.

De Minister verwijst naar zijn inleidende uiteenzetting en naar de memorie van toelichting (blz. 28), waar dit probleem uitvoerig uiteengezet wordt.

Artikel 65 wordt aangenomen met 12 tegen 2 stemmen.

Artikel 66

Het artikel geeft geen aanleiding tot vragen.

Het artikel wordt aangenomen met 12 tegen 2 stemmen.

Artikel 67

Een lid vraagt wat de bedoeling is van de delegatie aan een ambtenaar van het Bestuur der Verzorgingsinstellingen.

De Minister verduidelijkt dat het hier om een zuiver technische maatregel gaat in het kader van de vlottere behandeling van administratieve dossiers.

Artikel 67 wordt aangenomen met 12 tegen 2 stemmen.

Artikel 68

Dit artikel geeft geen aanleiding tot enige bespreking.

Het artikel wordt aangenomen met 12 tegen 2 stemmen.

Artikel 69

Een lid brengt het probleem ter sprake van een mogelijke spanning die kan ontstaan tussen het

nistre qui a la Santé publique dans ses attributions. Il peut, en effet, y avoir désaccord concernant le financement de l'hôpital du C.P.A.S. local du fait que le plan d'assainissement doit être approuvé par l'administration communale comme par le ministre de la Santé publique.

Le Ministre explique que la politique d'assainissement des hôpitaux publics développée depuis 1983, avait comme objectif de souligner les responsabilités de la commune-mère. Dans l'intérêt général on a introduit la responsabilité du conseil communal de la commune-mère pour le déficit de l'hôpital : la commune a tout intérêt à assainir. C'est au conseil communal de désigner ses experts et prendre la responsabilité elle-même. Le Ministre veut cependant garder un œil vigilant sur le plan d'assainissement même pour que l'intérêt général ne soit pas perdu.

Le même membre voudrait savoir si le fait d'obliger la commune à payer à partir de 1990 l'entière du déficit, n'impliquera pas des dépenses supplémentaires au niveau national.

Le Ministre explique que si le plan d'assainissement n'existe pas ou s'il n'est pas exécuté comme il faut, la sanction pour la commune tombera d'autant plus vite, même avant 1990. Le Ministre se réfère aux §§ 3 et 4 de l'article 69.

L'article 69 est adopté par 12 voix contre 2.

Article 70

Cet article n'a pas donné lieu à une discussion. Il est adopté par 12 voix contre 2.

Article 71

Un membre demande une explication au sujet de la notion prévue au § 10 : « déléguer certains de ses pouvoirs au directeur de l'hôpital ».

Le Ministre répond que cette notion se situe dans le cadre de la volonté de décentraliser la décision de l'hôpital. Si la preuve de la bonne gestion est faite, il est logique que le comité de gestion donne de la souplesse au gestionnaire même de l'hôpital.

L'article 71 est adopté par 12 voix contre 2.

Confiance a été faite au rapporteur pour la rédaction du présent rapport.

Le Rapporteur,
Ch. MINET. *Le Président,*
L. HERMAN-MICHELSENS.

gemeentebestuur en de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft; een onenigheid kan immers rijzen inzake de financiering van het plaatselijk O.C.M.W.-ziekenhuis, als gevolg van het feit dat het saneringsplan zowel door het gemeentebestuur als door de Minister van Volksgezondheid moet worden goedgekeurd.

De Minister legt uit dat het saneringsbeleid voor de openbare ziekenhuizen dat sinds 1983 wordt uitgewerkt, ten doel heeft de verantwoordelijkheden van de moedergemeente duidelijk te stellen. In het algemeen belang werd voor het tekort van het ziekenhuis de verantwoordelijkheid van de gemeenteraad van de moedergemeente ingevoerd : de gemeente heeft er alle belang bij te saneren. Het komt de gemeenteraad toe eigen deskundigen aan te wijzen en zijn verantwoordelijkheid te dragen. De Minister wil echter blijven toezien op het saneringsplan opdat het algemeen belang niet uit het oog zou worden verloren.

Hetzelfde lid wenst te weten of het feit dat de gemeente vanaf 1990 verplicht wordt het gehele tekort te betalen, niet zal leiden tot bijkomende uitgaven op het nationale niveau.

De Minister verklaart dat wanneer er geen saneringsplan is of wanneer het niet wordt uitgevoerd zoals het hoort, de gemeente zelfs vóór 1990 een sanctie zal oplopen. De Minister verwijst naar de §§ 3 en 4 van artikel 69.

Artikel 69 wordt aangenomen met 12 tegen 2 stemmen.

Artikel 70

Het artikel geeft geen aanleiding tot opmerkingen. Het wordt aangenomen met 12 tegen 2 stemmen.

Artikel 71

Een lid kreeg graag meer uitleg over het begrip bepaald in § 10 : « bepaalde van zijn bevoegdheden delegeren aan de directeur van het ziekenhuis ».

De Minister antwoordt dat dit begrip de wil tot decentralisatie van de besluitvorming binnen het ziekenhuis vertolkt. Indien bewezen is dat het ziekenhuis goed wordt beheerd, is het logisch dat het beheerscomité de directeur van het ziekenhuis een zekere vrijheid laat.

Artikel 71 wordt aangenomen met 12 tegen 2 stemmen.

Vertrouwen wordt geschonken aan de rapporteur voor het opmaken van dit verslag.

De Rapporteur,
Ch. MINET. *De Voorzitter,*
L. HERMAN-MICHELSENS.

Correction de texte

ART. 17

Dans le texte néerlandais du § 5, 5° et 7°, de cet article, il y a lieu de lire « bestuunders » au lieu de « beheerders ».

Tekstcorrectie

ART. 17

In § 5, 5° en 7° van dit artikel vervange men het woord « beheerders » door het woord « bestuunders ».