

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

17 november 2008

WETSONTWERP
houdende diverse bepalingen inzake
gezondheid

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE VOOR
DE SOCIALE ZAKEN
UITGEBRACHT DOOR
DE HEER **Stefaan VERCAMER**

INHOUD

- I. Inleidende uiteenzetting van mevrouw Onkelinx,
minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid 3
- II. Algemene bespreking 15
- III. Artikelsgewijze bespreking en stemmingen 16

Voorgaande documenten:

Doc 52 **1491/ (2008/2009):**
001: Wetsontwerp.
002 tot 005: Amendementen.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

17 novembre 2008

PROJET DE LOI
portant des dispositions diverses
en matière de santé

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DES AFFAIRES SOCIALES
PAR
M. **Stefaan VERCAMER**

SOMMAIRE

- I. Exposé introductif de Mme Laurette Onkelinx, ministre
des Affaires sociales et de la Santé publique 3
- II. Discussion générale 15
- III. Discussion des articles et votes 16

Documents précédents:

Doc 52 **1491/ (2008/2009):**
001: Projet de loi.
002 à 005: Amendements.

**Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag/
Composition de la commission à la date de dépôt du rapport**

Voorzitter/Président: Yvan Mayeur

A. — Vaste leden / Titulaires:

CD&V	Sonja Becq, Stefaan Vercamer, Hilâl Yalçın
MR	Pierre-Yves Jeholet, Carine Lecomte, Florence Reuter
PS	Camille Dieu, Yvan Mayeur, Linda Musin
Open Vld	Maggie De Block, Mathias De Clercq
VB	Koen Bultinck, Guy D'haeseleer
sp.a+VI.Pro	Hans Bonte, Meryame Kitir
Ecolo-Groen!	Georges Gilkinet
cdH	Maxime Prévot

B. — Plaatsvervangers / Suppléants:

Roel Deseyn, Luc Goutry, Gerald Kindermans, Jef Van den Bergh
Daniel Bacquellaine, Xavier Baeselen, Josée Lejeune, Jacques Otlet
Colette Burgeon, Valérie Déom, Bruno Van Grootenbrulle
Guido De Padt, Sabien Lahaye-Battheu, Geert Versnick
Alexandra Colen, Rita De Bont, Barbara Pas
Jan Peeters, Bruno Tobback, Peter Vanvelthoven
Wouter De Vriendt, Zoé Genot
David Lavaux, Véronique Salvi

C. — Niet-stemgerechtigd lid / Membre sans voix délibérative:

N-VA	Sarah Smeyers
------	---------------

cdH	:	centre démocrate Humaniste	
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams	
Ecolo-Groen!	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen	
FN	:	Front National	
LDD	:	Lijst Dedeker	
MR	:	Mouvement Réformateur	
N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie	
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten	
PS	:	Parti Socialiste	
sp.a+VI.Pro	:	Socialistische partij anders + VlaamsProgressieven	
VB	:	Vlaams Belang	

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :		Abréviations dans la numérotation des publications :	
DOC 52 0000/000 :	Parlementair document van de 52 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 52 0000/000 :	Document parlementaire de la 52 ^{ème} législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA :	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA :	Questions et Réponses écrites
CRIV :	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)	CRIV :	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)
CRABV :	Beknopt Verslag (blauwe kaft)	CRABV :	Compte Rendu Analytique (couverture bleue)
CRIV :	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)	CRIV :	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)
PLEN :	Plenum	PLEN :	Séance plénière
COM :	Commissievergadering	COM :	Réunion de commission
MOT :	moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)	MOT :	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers	Publications officielles éditées par la Chambre des représentants
Bestellingen :	Commandes :
Natieplein 2	Place de la Nation 2
1008 Brussel	1008 Bruxelles
Tel. : 02/ 549 81 60	Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74	Fax : 02/549 82 74
www.deKamer.be	www.laChambre.be
e-mail : publicaties@deKamer.be	e-mail : publications@laChambre.be

Het voorliggend wetsontwerp werd tijdens de vergadering van 21 oktober 2008 ingeleid door mevrouw Laurette Onkelinx, minister van Sociale zaken en Volksgezondheid in de verenigde commissies voor Sociale zaken en voor Volksgezondheid.

De bespreking van de artikelen 1 tot 13, 26 tot 33, 50 tot 52, 56 tot 61, 64 en 65 heeft plaatsgevonden in de commissie voor de Sociale zaken tijdens de vergadering van 5 november 2008.

De overige artikelen werden verwezen naar de commissie voor Volksgezondheid.

I. — INLEIDENDE UITEENZETTING VAN MEVROUW ONKELINX, MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN EN VOLKSGEZONDHEID

Betreffende de artikelen 2 tot 9 herinnert de minister aan haar absolute prioriteit inzake toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor de hele bevolking. Dat ligt tevens in de lijn van het regeringsakkoord. Daarom begint dit wetsontwerp met enkele bepalingen die het verbeteren van die toegankelijkheid beogen:

(1) Teneinde toegang tot de gezondheidszorg te geven aan alle niet-begeleide minderjarige vreemdelingen (N.B.M.V.), worden zij vanaf 1 januari 2008 recht-hebbenden. Vandaag komen minder dan 20 kinderen daarvoor in aanmerking, maar op menselijk vlak is het zeer belangrijk.

(2) Inzake het vervoer van zieken, een domein waar de verplichte verzekering geneeskundige verzorging nog zwakke punten vertoont, zijn vier verbeteringen gepland van de mogelijke tegemoetkoming van voor-melde verzekering:

- algemeen, door vanaf nu de Koning te machtigen om de tegemoetkoming van de verzekering in de reiskosten uit te breiden tot andere begunstigden, die door Hem bepaald worden;

- door, ten behoeve van de oudere rusthuispatiënten, te voorzien in een tegemoetkoming in de reiskosten van en naar een dagcentrum;

- door een nieuwe en meer realistische berekeningswijze te hanteren voor de reiskosten die worden terugbetaald aan de ouders of voogden van een kind dat aan kanker lijdt;

- door te voorzien in een tegemoetkoming van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging in de kosten voor het vervoer per ziekenwagen (dienst 100).

Le présent projet de loi a été présenté en séance du 21 octobre 2008 par madame Laurette Onkelinx, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, aux commissions réunies des Affaires sociales et de la Santé publique.

La discussion des articles 1 à 13, 26 à 33, 50 à 52, 56 à 61, 64 et 65 a eu lieu en commission des Affaires sociales lors de la réunion du 5 novembre 2008.

Les autres articles ont été renvoyés en commission de la Santé publique.

I. — EXPOSÉ INTRODUCTIF DE MADAME ONKELINX, MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Concernant les articles 2 à 9, la ministre rappelle la priorité absolue qu'elle accorde à l'accessibilité aux soins de santé à toute la population. Elle est inscrite également dans l'accord de Gouvernement. Aussi, c'est tout naturellement que ce projet de loi s'ouvre sur quelques dispositions visant à améliorer cette accessibilité:

(1) Afin de donner accès aux soins de santé à tous les enfants de mineurs étrangers non accompagnés (MENA), un droit est créé en leur faveur à partir du 1^{er} janvier 2008. Cela concerne moins de 20 enfants aujourd'hui mais me paraît d'une grande importance sur le plan humain.

(2) En matière de transport des malades, domaine où l'assurance obligatoire soins de santé présente encore des faiblesses, quatre améliorations des possibilités d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé sont prévues:

- de manière générale en donnant désormais habilitation au Roi d'étendre l'intervention de l'assurance pour les frais de déplacement à d'autres bénéficiaires déterminés par Lui;

- création d'une intervention dans les frais de déplacement des patients âgés résidant dans les maisons de repos depuis et vers un centre de soins de jour;

- nouveau mode de calcul plus en phase avec la réalité pour les frais de déplacement remboursés des parents ou des tuteurs d'un enfant souffrant d'un cancer;

- création d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les frais de transport par ambulance (service 100).

(3) Als gevolg van de integratie van de «kleine risico's» van het sociaal statuut van de zelfstandigen in de verplichte verzekering geneeskundige verzorging op 1 januari 2008, worden twee wijzigingen aangebracht in de wet inzake de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen:

- opheffen van artikel 37, § 22, dat beoogde om aan de kinderen van de zelfstandigen dezelfde voordelen te verlenen als aan de kinderen van het algemeen stelsel, met name het ten laste nemen door de verplichte verzekering van het persoonlijk aandeel voor bepaalde tandheelkundige zorg;

- afschaffen van de bijdrage ten laste van de gepensioneerden en weduwen/weduwenaars die een pensioen genieten dat overeenstemt met een loopbaan die minder bedraagt dan één derde van een volledige loopbaan, of die als dusdanig worden beschouwd in het stelsel van het sociaal statuut van de zelfstandigen.

(4) Tot slot worden drie verbeteringen aangebracht aan de wetgeving betreffende de maximumfactuur:

- enkele wijzigingen betreffende het persoonlijk aandeel waarmee rekening wordt gehouden voor het toepassen van het te factureren maximum, wat de door dit systeem geboden bescherming uitbreidt tot medische zuurstof en radio-isotopen;

- aanpassing van de bepaling betreffende de sociale MAF om te verduidelijken dat alleen de begunstigten van de verhoogde tegemoetkoming een terugbetaling van 100% kunnen genieten, wanneer het plafond van 450 euro is bereikt;

- het MAF-gezin wordt in aanmerking genomen op 1 januari van het jaar van toekenning van het recht. Bij het samengesteld gezin wordt, op 1 januari en op basis van de gegevens van het nationaal register, de persoon van minder dan 16 jaar gevoegd voor wie een eerste inschrijving in het nationaal register wordt gevraagd. Dat maakt het mogelijk om het begrip «gezin» in overeenstemming te brengen in zowel MAF-regeling als het OMNIO-statuu.

In verband met de artikelen 10 tot 12 bevat het ontwerp een reeks technische bepalingen om bepaalde elementen van de procedure van opmaak en monitoring van het RIZIV-budget te vereenvoudigen en coherenter te maken – uiteraard zonder aan de fundamentele principes van deze procedures te raken.

Betreffende artikel 13 herinnert de minister aan de explosieve ontwikkeling in de menselijke genetica en aan de toenemende impact van die evolutie op de preventie,

(3) En conséquence de l'intégration des «petits risques» dans l'assurance obligatoire soins de santé du statut social des travailleurs indépendants au 1^{er} janvier 2008, deux modifications sont apportées à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités:

- suppression de l'article 37, § 22, qui visait à accorder aux enfants de travailleurs indépendants le même avantage qu'aux enfants relevant du régime général, à savoir la prise en charge, par l'assurance obligatoire, de l'intervention personnelle pour certaines prestations dentaires;

- suppression de la cotisation due par les pensionnés et veufs bénéficiant d'une pension correspondant à une carrière inférieure au tiers d'une carrière complète ou considérée comme telle dans le régime du statut social des travailleurs indépendants.

(4) Enfin, trois améliorations sont apportées à la législation relative au maximum à facturer:

- quelques modifications concernant l'intervention personnelle qui est prise en considération pour l'application du maximum à facturer, étendant ainsi la protection offerte par ce dernier à l'oxygène médical et aux radio-isotopes;

- adaptation de la disposition relative au MAF social pour clarifier le fait que seuls les bénéficiaires de l'intervention majorée peuvent bénéficier d'une intervention à 100% lorsque le plafond de 450 euros est atteint;

- le ménage MAF est pris en considération au 1^{er} janvier de l'année d'octroi du droit. Est ajoutée au ménage composé au 1^{er} janvier sur la base des données du registre national, la personne de moins de 16 ans pour qui une première inscription au registre national est demandée. Cela permet une mise en concordance de la notion de ménage dans le cadre du MAF avec celle du statut Omnio.

Au sujet des articles 10 à 12, le projet comprend une série de dispositions techniques permettant de simplifier et de rendre plus cohérents certains éléments de la procédure de l'élaboration et de monitoring du budget INAMI sans, bien entendu, toucher aux principes fondamentaux de ces procédures.

En ce qui concerne l'article 13, la ministre rappelle que la génétique humaine connaît par ailleurs un développement explosif. Elle a un impact grandissant

de gezinscounseling en zelfs de therapie. Het aantal tests en de complexiteit ervan neemt voortdurend toe, de indicaties, het voorschrijven en de interpretatie van de resultaten zijn ook steeds complexer. Die ontwikkelingen hebben diepgaande gevolgen voor de patiënt, zijn familie en de huisarts.

Door die evolutie is een terugbetaling per prestatie via de nomenclatuur van de zorgverstrekkingen onaanpast voor de prestaties die uitgevoerd worden door de centra voor menselijke genetica. Bijgevolg zal de dekking door de verplichte verzekering geneeskundige verzorging voor de prestaties inzake menselijke genetica voortaan verlopen via overeenkomsten tussen het verzekeringscomité van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en de centra voor menselijke genetica.

Artikel 14 heeft betrekking op de opsporingsprogramma's. Dat kan inderdaad essentieel blijken te zijn, onder meer in het kader van de strijd tegen kanker. Bij de toepassing van de opsporingsprogramma's door de gemeenschappen bleek dat die eveneens een beroep doen op prestaties die terugbetaald worden in het kader van de verplichte verzekering. De verplichte verzekering geneeskundige verzorging heeft er ten andere alle voordeel bij dat die programma's worden georganiseerd. Er wordt nu dus voorgesteld om in een wet een mechanisme in te voegen waarmee het Verzekeringscomité met de bevoegde overheden overeenkomsten kan afsluiten voor de betaling van een tegemoetkoming in dergelijke opsporingsprogramma's.

In een ander domein wordt een financieringsmechanisme in uitzicht gesteld voor de laboratoria die als referentiecentra werken voor de prestaties inzake microbiologie: de financieringsovereenkomsten zijn afgesloten door het Verzekeringscomité met de laboratoria die erkend werden op grond van de door de Koning vastgelegde criteria. Het bleek dat men dit systeem in de praktijk niet kon uitwerken, voornamelijk om medische, technische en wetenschappelijke redenen. Via de artikelen 15 en 16 wordt derhalve een wettelijke bepaling naar voren geschoven die als basis moet dienen voor een koninklijk besluit dat de regels bepaalt volgens welke het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid overeenkomsten kan afsluiten met de laboratoria.

Inzake de geneesmiddelen (artikelen 17 tot 20 en 62 tot 63) bestrijkt het wetsontwerp vier domeinen waar de huidige reglementering aangepast wordt om de toepassing van de bestaande regels te vergemakkelijken.

In de eerste plaats wordt, inzake de terugbetaalbare farmaceutische specialiteiten verduidelijkt, dat het enige patent waarmee rekening wordt gehouden in het kader

sur la prévention, le counseling familial et même sur la thérapie. Le nombre de test et leur complexité augmente continuellement, les indications, la prescription et l'interprétation des résultats sont de plus en plus complexes. L'implémentation conséquente vers le patient, sa famille et le médecin traitant devient radicale.

Cette évolution rend un remboursement par prestation, via la nomenclature des prestations de santé, totalement inadapté pour les prestations réalisées par les centres de génétique humaine. Aussi, il est désormais prévu que la couverture de l'assurance obligatoire soins de santé pour les prestations de génétique humaine est réglée via des conventions entre le comité de l'assurance obligatoire soins de santé et les centres de génétique humaine.

L'article 14 porte sur une disposition relative aux programmes de dépistage. Cela peut en effet s'avérer essentiel dans le cadre de la lutte contre le cancer notamment. Lors de l'application des programmes de dépistage par les Communautés, il est apparu que celles-ci font également appel pour cela à des prestations remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire. Par ailleurs, l'assurance maladie obligatoire a tout intérêt à ce que ces programmes soient organisés. Aussi est-il proposé maintenant de prévoir dans la loi un mécanisme permettant au Comité de l'assurance de conclure avec les autorités compétentes des conventions pour le paiement d'une intervention dans pareils programmes de dépistage.

Dans un autre domaine, un mécanisme de financement est actuellement prévu pour les laboratoires qui fonctionnent comme centres de référence pour les prestations de microbiologie: les conventions de financement sont conclues par le Comité de l'assurance avec les laboratoires qui ont été agréés en fonction de critères fixés par le Roi. Ce système s'est avéré impossible à élaborer dans la pratique, essentiellement pour des raisons médicales, techniques et scientifiques. Il est dès lors proposé dans les articles 15 et 16 de prévoir une disposition légale pour constituer la base d'un arrêté royal fixant les conditions auxquelles l'Institut scientifique de santé publique peut conclure des conventions avec les laboratoires.

Pour ce qui est des médicaments (articles 17 à 20 et 62 à 63), le projet de loi couvre 4 domaines où la réglementation actuelle est adaptée afin de faciliter l'application des règles existantes.

Premièrement, en matière de spécialités pharmaceutiques remboursables, il est précisé que le seul brevet pris en compte dans le cadre de l'application

van de toepassing van het systeem van de referentierugbetaling, datgene is dat de voornaamste actieve stof beschermt en bijvoorbeeld niet datgene dat een fabricatieproces zou beschermen. Dat vermindert de interpretatieproblemen aanzienlijk en harmoniseert de definities die in de wet gegeven worden voor éénzelfde concept.

Op de tweede plaats komt er een versoepeling van de regels die moeten worden toegepast door de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen, teneinde meer flexibiliteit mogelijk te maken: het betreft enerzijds het herschatten van de therapeutische waarde van nieuwe terugbetaalde geneesmiddelen, die niet meer beperkt is tot de periode tussen 18 maanden en 3 jaar, en anderzijds de mogelijkheid tot het afsluiten van contracten tussen het RIZIV en de farmaceutische bedrijven, die niet meer beperkt zijn tot alleen het gebruik maken van de techniek van de terugbetaling van een percentage van de omzet. Die uitbreiding van de mogelijkheden om contracten af te sluiten is onmisbaar, onder meer wanneer de prijs onaanvaardbaar is voor de ziekteverzekering en de firma zijn prijs niet kan of wil verlagen, maar bereid is om de meerkosten op de één of andere manier te compenseren.

Ook andere technische beperkingen worden uit de regels gehaald om van start te gaan met de groepsgewijze herzieningen, in het kader van louter technische wijzigingen of met het oog op een toename van de coherentie van bepaalde reglementaire teksten.

Tot slot wordt ook een aanpassing aangebracht die alleen tot doel heeft om een verkeerde interpretatie te vermijden betreffende de «Kiwireglementering»: nu kan men uit de huidige teksten concluderen dat elke groepsgewijze herziening die gedeeltelijk in gang is gezet om budgettaire redenen, exclusief via de «Kiwiprocedure» moet gebeuren en niet mogelijk is via de klassieke procedure. Die beperkende interpretatie is vanaf nu dus niet meer mogelijk.

De derde aanpassing (artikel 19) slaat op artikel 73, § 2, dat sedert 2006 minimale percentages aan generieke of «goedkope» voorschriften instelde voor de geneesheren en voor de tandartsen. De Koning beschikt thans over de bevoegdheid om het percentage aan te passen. Het artikel is aangevuld, opdat die aanpassing er slechts zou kunnen komen na advies van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, teneinde rekening te houden met de realiteit in het veld, alsook na overleg in de Ministerraad.

Tot slot brengt artikel 20 enkele louter technische wijzigingen aan betreffende de heffingen op de jaarlijkse omzet die verschuldigd zijn door de farmaceutische

du système du remboursement de référence, est celui qui protège la principale substance active et non, par exemple, celui qui protégerait un procédé de fabrication. Ceci diminue fortement les problèmes d'interprétation et harmonise les définitions données dans la loi pour un même concept.

En second lieu, les règles à appliquer par la Commission de remboursement des médicaments sont assouplies afin de permettre plus de flexibilité: il s'agit d'une part, de la réévaluation de la valeur thérapeutique des nouveaux médicaments remboursés qui n'est plus limitée à la période comprise entre 18 mois et 3 ans, et, d'autre part, de ne plus limiter la possibilité de conclure des contrats entre l'INAMI et les firmes pharmaceutiques à la seule technique du remboursement d'un pourcentage du chiffre d'affaires. Cet élargissement des possibilités de conclure des contrats est indispensable notamment lorsque le prix est inacceptable pour l'assurance maladie et que la firme ne peut ou ne veut baisser son prix, mais est prête à compenser d'une manière ou d'une autre le surcoût.

D'autres limitations techniques sont également enlevées aux règles pour entamer des révisions par groupes dans le cadre de modifications purement techniques ou en vue d'accroître la cohérence de certains textes réglementaires.

Enfin, une adaptation visant uniquement à prévenir une mauvaise interprétation est également apportée à la réglementation «kiwi»: on pouvait en effet légitimement conclure des textes actuels que chaque révision par groupes entamée en partie pour des raisons budgétaires doit se faire exclusivement par la procédure «kiwi» et ne peut pas être faite par la procédure classique. Cette interprétation limitative n'est désormais plus possible.

La troisième adaptation (article 19) concerne l'article 73 §2 qui a instauré depuis 2006 des pourcentages minimum de prescriptions de médicaments génériques ou 'bon marché' obligatoires pour les médecins et pour les dentistes. Le Roi dispose actuellement de la compétence d'adapter le pourcentage. L'article est complété pour prévoir que cette adaptation ne se fera qu'après avis de la Commission nationale médico-mutualiste, ceci afin de tenir compte des réalités du terrain, et après délibération en Conseil des ministres.

Enfin, le 4ème article apporte quelques modifications purement techniques en ce qui concerne la cotisation sur le chiffre d'affaires annuellement due par les firmes

bedrijven: men verduidelijkt dat bij het berekenen van de verschuldigde bijdrage wel degelijk rekening wordt gehouden met de volledige omzet, dus zowel in het openbaar als in het ziekenhuismilieu.

In de artikelen 62 en 63 voorziet het wetsontwerp eveneens in een bijkomende uitzondering voor de verplichte prijsverlagingen voor specialiteiten waarvan de actieve stof sedert meer dan twaalf jaar wordt terugbetaald. De wet staat thans een uitzondering toe voor de specialiteiten waarvan de actieve stof beschermd is door een patent. Men voegt een uitzondering toe voor de specialiteiten die ingeschreven zijn in klasse 1, met andere woorden die specialiteiten die erkend werden als zijnde «echt innoverend». Het is immers onlogisch hiervoor aanvankelijk een hogere prijs toe te staan als gevolg van de grote therapeutische waarde, en die prijs enkele maanden later te doen dalen.

Ze krijgen dus van rechtswege een uitzondering, die afloopt wanneer een andere specialiteit met dezelfde meerwaarde wordt terugbetaald, ofwel wanneer de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen van mening is dat er geen echte therapeutische waarde is en in ieder geval na maximum 6 jaar. De uitzondering kan reeds vanaf 1 juli 2008 van toepassing zijn.

Vervolgens behelst het wetsontwerp een wijziging, via artikel 21, van artikel 64 van de wet geneeskundige verzorging en uitkeringen, zodat de entiteiten «zorgprogramma's» er vanaf nu in kunnen worden opgenomen en zodat de prestaties die er geleverd worden ook in aanmerking kunnen komen voor de tegemoetkoming van de verzekering, op voorwaarde dat die entiteiten de adequate erkenning verkregen.

In het ontwerp is ook een reeks bepalingen ingevoegd betreffende de sociale statuten van de zorgverstrekkers (artsen, apothekers, tandartsen en kinesisten, bedoeld in artikelen 22 tot 24). Die artikelen beogen voornamelijk de concrete invulling van een belangrijk punt van het akkoord geneesheren-ziekenfondsen, dat bepaalt dat het RIZIV bij een geconventioneerde arts die de overeengekomen tarieven niet respecteert, de premies die aan hem gestort werden in het kader van het sociaal statuut kan terugvorderen.

Met de artikelen 25 tot 33 bevat het wetsontwerp een belangrijk hoofdstuk dat de hervorming en de herwaardering beoogt van het statuut van de adviserend geneesheer.

De adviserend geneesheer vervult een sleutelopdracht bij het toepassen van de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen. Die opdracht, die functionele onafhankelijkheid impliceert, rechtvaardigt het feit dat de adviserend geneesheren over een bijzonder juridisch statuut beschikken.

pharmaceutiques: on clarifie que c'est bien l'ensemble du chiffre d'affaires, tant en milieu public qu'en milieu hospitalier, qui est pris en compte pour calculer la cotisation due.

Par ailleurs, le projet de loi prévoit également en ses articles 62 et 63 une exception supplémentaire aux baisses de prix obligatoires pour les spécialités dont le principe actif est remboursé depuis plus de douze ans. Actuellement la loi permet une exception pour les spécialités dont le principe actif est protégé par un brevet. On ajoute une exception pour les spécialités qui sont inscrites en classe 1, çàd qui ont été reconnues comme «réellement innovantes». Il est en effet illogique de leur octroyer dans un 1^{er} temps un prix plus important suite à leur grande valeur thérapeutique, pour le faire diminuer quelques mois plus tard.

Une exception de plein droit leur est donc reconnue, qui prend fin, soit quand une autre spécialité ayant la même plus-value est remboursée, soit si la commission de remboursement des médicaments considère par la suite qu'il n'y a pas réellement de plus-value thérapeutique, et de toute façon au maximum après 6 ans. L'exception peut déjà s'appliquer au 1^{er} juillet 2008.

Le projet poursuit en modifiant par l'article 21, l'article 64 de la loi soins de santé et indemnité pour que les entités «programmes de soins» y soient désormais reprises et que les prestations qui y sont effectuées puissent ainsi bénéficier de l'intervention de l'assurance pour autant que ces entités aient obtenu l'agrément adéquat.

Une série de dispositions relatives aux statuts sociaux des prestataires (médecins, pharmaciens, dentistes et kinésithérapeutes, visés aux articles 22 à 24) est également incluse dans le projet de loi. Ces articles visent, principalement, à concrétiser un point important de l'accord médico-mutualiste qui prévoit de permettre à l'INAMI de récupérer auprès d'un médecin conventionné ne respectant pas les tarifs de la convention, les primes qui lui ont été versées dans le cadre du statut social.

Aux articles 25 à 33, le projet de loi contient un important chapitre visant à réformer et à revaloriser le statut du médecin conseil.

Le médecin-conseil remplit une mission-clé dans l'application de l'assurance soins de santé et indemnités. Cette mission, qui implique une indépendance fonctionnelle, justifie le fait que les médecins-conseils disposent d'un statut juridique particulier.

De verzekeringsinstellingen hebben thans zowat 280 adviserend geneesheren in dienst (VTE). Indien men naar het leeftijdsprofiel kijkt (ongeveer 40% van de adviserend geneesheren is ouder dan 50 jaar), blijkt duidelijk dat men in de loop van de komende jaren een belangrijke inspanning zal moeten leveren voor de noodzakelijke vervangingen, zeker gelet op de problemen die zich thans voordoen met betrekking tot de aanwervingen. Een geüpdatet en aantrekkelijk concept is dus vereist, ook gelet op de groeiende complexiteit van de opdracht.

De fundamentele elementen van het statuut van de adviserend geneesheren ondergaan weinig wijzigingen, behalve de instelling van een accreditatiesysteem.

De minister vindt het echter belangrijk om inspanningen te leveren teneinde de functie aantrekkelijker te maken, door de opdrachten van de adviserend geneesheren te updaten en door hen voldoende ondersteuning te garanderen.

Teneinde tot een optimale synergie van de controle-activiteiten te komen en een uniforme toepassing van de wetgeving mogelijk te maken, wordt een Hoge Raad van geneesheren-directeuren ingesteld.

Gelijklopend met die hervormingen komt er eveneens een financiële herwaardering van het statuut, via een aanpassing van de bestaande loonschalen die bij koninklijk besluit zijn vastgelegd.

De artikelen 34 tot 49 beogen de verbetering van enkele technische elementen van de wet betreffende het verruimen van de verantwoordelijkheid van de zorgverleners. Die wet werd twee jaar geleden grondig hervormd en de uitvoering ervan moet via enkele verbeteringen nog wat vlotter verlopen. Na enkele maanden bleek dat die verbeteringen nodig waren voor het uitvoeren van de aanvankelijk aangenomen maatregelen.

Met het artikel 50 wil het ontwerp ook een einde maken aan de rechtsonzekerheid die ontstond door het arrest van het Grondwettelijk Hof van 21 december 2005 betreffende de beslissing tot terugvordering van ten onrechte betaalde prestaties in geval van een vergissing begaan door een instelling van sociale zekerheid met een publiek of een privaat karakter.

De artikelen 51 tot 52 brengen in het kader van de GVO-wet daarenboven technische wijzigingen aan in de toepassing van het SEPA-systeem (*single Euro payments area*).

Het wetsontwerp (artikelen 53 tot 55) bevat eveneens belangrijke bepalingen inzake de referentiebedragen, waarmee de wegwerking wordt beoogd van de onge-

Actuellement, les organismes assureurs emploient quelque 280 médecins-conseils (ETP). D'après le profil des âges (environ 40% des médecins-conseils sont âgés de plus de 50 ans), il apparaît clairement qu'au cours des prochaines années, il faudra faire un effort important pour réaliser les remplacements nécessaires, certainement au vu des problèmes actuellement rencontrés en matière de recrutements. Un concept actualisé et attractif de la fonction s'impose dès lors, vu par ailleurs la complexité croissante de la mission.

Les éléments fondamentaux du statut des médecins-conseil subissent peu de modification, en dehors de la création d'un système d'accréditation.

La ministre pense toutefois qu'il est important de fournir des efforts afin de rendre la fonction plus attrayante, en actualisant les missions des médecins-conseil et en leur garantissant un soutien suffisant.

Afin de créer une synergie optimale des activités de contrôle et de permettre une application uniforme de la législation, un Conseil supérieur des médecins-directeurs est créé.

Parallèlement à ces réformes, une revalorisation financière du statut sera également appliquée par le biais d'une adaptation des barèmes existants fixés par AR.

Les articles 34 à 49 visent une série de dispositions visant à corriger quelques éléments techniques de loi relative à la responsabilisation des prestataires de soins. Cette loi a subi une importante réforme il y a deux ans, dont l'exécution doit encore être fluidifiée par quelques améliorations. Celles-ci se sont avérées nécessaires après quelques mois de recul quant à l'exécution des dispositions initialement votées.

A l'article 50, le projet prévoit également de mettre fin à l'insécurité juridique créée par l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 21 décembre 2005, relative à la décision de récupération de prestations indument payées en cas d'erreur d'une institution de sécurité sociale à caractère public ou privé.

Les articles 51 à 52 apportent en outre des modifications techniques à la loi AMI dans le cadre de l'implémentation du système SEPA (*single Euro payments area*).

Le projet de loi (articles 53 à 55) contient également des dispositions importantes relativement aux montants de référence qui vise à supprimer les différences

rechtvaardigde praktijkverschillen voor gestandaardiseerde medische en chirurgische prestaties in de ziekenhuissector. Zo wijzigt het artikel 56ter van de GVVU-wet, waarmee het systeem van het referentiebedrag in 2002 werd ingevoerd. Dit systeem beboet – financieel en *a posteriori* – de ziekenhuizen die praktijken hanteren waarvan geoordeeld wordt dat ze, vergeleken met een standaard, abnormaal duur zijn, en heeft op termijn tot doel om het gedrag van de zorgverleners bij te sturen.

Het in 2002 ingevoerde systeem werd fel bekritiseerd, onder meer inzake de nadere toepassingsregels, en werd daardoor meerdere malen gewijzigd. Tijdens de hele toepassingsduur ervan is echter nooit een duidelijke beslissing gevallen over het al dan niet terugvorderen in de vorige systemen.

Er moesten in 2008 dus twee problemen worden opgelost:

1. Hoe het systeem wijzigen om de doelstelling, namelijk het verminderen van de discrepantie van de praktijken tussen de ziekenhuizen, beter te bereiken, zoals het regeringsakkoord van 20 maart 2008 bepaalt?

2. Welke houding moet worden aangenomen ten aanzien van de terugvorderingen en onder meer die welke in de jaren 2003 tot 2005 niet tijdig werden uitgevoerd?

Het ontwerp geeft antwoord op die twee vragen. Het steunt op drie pijlers:

1. Intrekking van het systeem 2003-2005, met het niet terugvorderen van de bedragen in verband met de verblijven 2003-2005, zowel wegens de verstreken tijd, als wegens de irrelevantie van het oorspronkelijke systeem, dat onvoldoende gericht was (wat de wetgever trouwens erkende door het in 2006 zelf te verbeteren).

2. Effectieve toepassing van het systeem 2006-2008 (terugvordering van de bedragen in verband met de verblijven 2006-2008).

3. Wijziging van het systeem vanaf 2009.

Het voorstel ligt in de lijn van de regeringsverklaring en is evenwichtig:

1. De niet-teruggevorderde bedragen (2003-2005) waren niet discriminerend en hadden betrekking op haast alle ziekenhuizen (Brussel, Vlaanderen en Wallonië). Dit systeem haalde dus niet de nagestreefde doelstelling en de terugvorderingen zouden met meerdere jaren achterstand gebeurd zijn, wat ernstige praktische problemen zou hebben opgeleverd.

2. Het systeem zal worden toegepast vanaf 2009 (dus zonder achterstand) voor de gegevens 2006-2008.

de pratique injustifiées pour des prestations médicales et chirurgicales standards dans le secteur hospitalier. Il modifie ainsi l'article 56 ter de la loi AMI par lequel les systèmes des montants de référence a été introduit en 2002. Ce système qui pénalise financièrement et *a posteriori* les hôpitaux ayant des pratiques jugées anormalement coûteuses par rapport à un standard, a pour objectif d'induire à terme une modification des comportements des prestataires.

Le système, introduit en 2002, a été largement critiqué notamment quant à ses modalités d'application, et a, de ce fait, connu plusieurs modifications mais surtout n'a jamais été appliqué concrètement sans que la question des récupérations ou non-récupérations des systèmes antérieurs soit clairement tranchée.

En 2008, il fallait donc résoudre deux problèmes:

1. Comment modifier le système pour mieux atteindre l'objectif qui est de réduire les disparités de pratiques entre les hôpitaux comme le prévoit l'accord de gouvernement du 20 mars 2008?

2. Quelle attitude prendre vis-à-vis des récupérations, et notamment celles des années 2003 à 2005 qui n'ont pas été exécutées en temps utile?

Le projet apporte les réponses à ces deux questions. Il s'articule sur trois axes:

1. Abrogation du système 2003-2005, avec la non-récupération des montants liés aux séjours 2003-2005 tant en raison du temps écoulé, qu'en raison de la non-pertinence du système initial, insuffisamment ciblé (ce que le législateur a d'ailleurs reconnu en corrigeant lui-même celui-ci en 2006).

2. L'application effective du système 2006-2008 (récupération des montants liés aux séjours 2006-2008).

3. La modification du système à partir de 2009.

La proposition s'inscrit dans la déclaration du gouvernement et est équilibrée:

1. les montants non récupérés (2003-2005) n'étaient pas discriminants et visaient quasi tous les hôpitaux (Bruxelles, Flandre et Wallonie). Ce système n'atteignait donc pas l'objectif poursuivi et les récupérations auraient été faites avec plusieurs années de retard, ce qui aurait engendré de réelles difficultés pratiques.

2. le système sera appliqué dès 2009 (donc sans retard) pour les données 2006 – 2008.

3. De aanpassing van het huidige systeem (waarvan de nadere toepassingsregels door alle betrokkenen bekritiseerd worden) wordt voorgesteld om de nagestreefde wegwerking van de discrepanties makkelijker te halen met het oog op de verbetering van de prestaties en de kwaliteit van de zorg. Ze integreert de voorstellen die gedaan werden door de «meerpactijoverleg», waarin de verschillende actoren vertegenwoordigd zijn: zo integreert bijvoorbeeld het vergelijkingsstelsiem thans de pre-operatorische onderzoeken die ambulante gebeurtenissen en is er voortaan een jaarlijks *feedback*stelsiem, zodat de ziekenhuizen en de zorgverstrekkers een en ander kunnen «rechtzetten».

In een totaal ander register behelst artikel 56 de kleine risico's voor de zelfstandigen, die op 1 januari 2008 geïntegreerd werden in de verplichte verzekering gezondheidszorg. Een aantal situaties, die reeds voor 1 januari 2008 aan het licht kwamen en die ook na deze datum nog bestaan, scheppen echter problemen. Het betreft onder meer situaties waarbij een link bestaat tussen de prestaties, ofwel omdat het aantal prestaties beperkt is, ofwel omdat het gaat over een geheel van prestaties waarvan een deel werd toegekend voor de integratie van de kleine risico's. Het betreft eveneens gevallen waarbij de tegemoetkoming van de verplichte verzekering alleen kan worden toegekend indien voldaan is aan bepaalde voorwaarden voor de integratie van de kleine risico's. De Koning krijgt hier de bevoegdheid om die situaties te regelen.

Artikel 57 behelst de rusthuizen.

Als gevolg van het sociaal akkoord van 4 juli 1991 kregen de rusthuizen een bedrag van 2 BEF per forfait, dat integraal aan de vakbonden moest worden gestort. De commerciële sector weigerde dat en er werd hen een alternatief voorgesteld: met betrekking tot de periode 1992 tot 2002 konden ze de vakbondspremie op een rekening storten bij de Deposito- en Consignatiekas.

Sedert 2002 is dat probleem van de baan, want de vakbondspremie wordt door het RIZIV rechtstreeks aan de diverse vakbondsfondsen gestort.

Er staat een bedrag van 4.024.097 euro op de rekening van de Deposito- en Consignatiekas.

Artikel 57 schept een wettelijke basis, zodat het RIZIV dat bedrag kan recupereren.

De kostprijs voor de loonharmonisering die voortkomt uit de sociale akkoorden van 2000 en 2005, wordt thans gefinancierd via een systeem van voorschotten, dat niet

3. l'adaptation du système actuel (dont les modalités d'application font l'objet de critiques de la part de tous les acteurs concernés) est proposée pour mieux atteindre l'objectif de suppression des disparités dans une perspective d'amélioration de la performance et de la qualité des soins. Elle intègre les propositions faites par la multipartite où sont représentés les différents acteurs: c'est ainsi, par exemple, que le système de comparaison intègre désormais les examens pré-opératoires faits en ambulatoire, et qu'un système annuel de feed-back est désormais prévu afin de permettre aux hôpitaux et aux prestataires de «corriger le tir».

Dans un tout autre registre, l'article 56 traite des petits risques qui ont été intégrés le 1^{er} janvier 2008 dans l'assurance obligatoire soins de santé pour les travailleurs indépendants. Une série de situations apparues avant le 1^{er} janvier 2008 et qui persistent encore après cette date posent cependant problème. Il s'agit notamment de situations dans lesquelles un lien existe entre des prestations, soit parce que le nombre de prestations est limité, soit parce qu'il s'agit d'un ensemble de prestations dont une partie a été accordée avant l'intégration des petits risques. Il s'agit également de cas dans lesquels l'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être octroyée que moyennant le respect de certaines conditions qui ont été remplies pour l'intégration des petits risques. La compétence est ici donnée au Roi de régler ces situations.

L'article 57 a trait aux maisons de repos.

A la suite de l'accord social du 4 juillet 1991, les maisons de repos ont reçu un montant de 2 FB par forfait qui devait être versé intégralement aux syndicats. Le secteur commercial a refusé de le faire et une alternative leur a été proposée: il pouvait verser la prime syndicale afférente à la période de 1992 à 2002, sur un compte à la Caisse des dépôts et consignations.

Depuis 2002, le problème ne se pose plus parce que la prime syndicale est versée directement par l'INAMI aux divers fonds syndicaux.

Le montant sur le compte de la Caisse des dépôts et des consignations s'élève à 4.024.097 euros.

L'article 57 prévoit une base légale pour que l'INAMI puisse récupérer ce montant.

Le coût de l'harmonisation salariale qui découle des accords sociaux de 2000 et 2005 est aujourd'hui financé par le biais d'un système d'avances qui ne correspond

meer voldoende overeenstemt met het huidige systeem van de financiering van de rusthuizen en de rust- en verzorgingstehuizen.

Artikel 58 schept een wettelijke basis voor het aanpassen en integreren van de financiering van de financiële harmonisering, als specifiek onderdeel bij de forfaitaire financiering van de rusthuizen en de rust- en verzorgingstehuizen.

Artikelen 59 tot 60.

In de wet was niet expliciet bepaald dat het Intermutualistisch Agentschap, dat de gegevens met betrekking tot de permanente steekproef ter beschikking stelde van verscheidene instellingen, zelf gebruik kan maken van de gegevens van de steekproef. De bij de artikelen 59 en 60 voorgestelde wijziging geeft de Koning de bevoegdheid om, met een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, het Intermutualistisch Agentschap te beschouwen als gebruiker van de gegevens van de steekproef op dezelfde wijze als de andere instellingen die door de wet worden bedoeld.

Onder de begunstigten van de sociale MAF geniet iedereen de verhoogde tegemoetkoming van de verzekering. Eén uitzondering in het kader van de huidige reglementering: bepaalde kinderen met een handicap hebben, wegens hun handicap, recht op de verhoogde tegemoetkoming van de verzekering. Momenteel genieten alleen de kinderen, die wegens hun handicap verhoogde kinderbijslag ontvangen, de MAF zonder controle van de inkomsten.

Met artikel 61 wordt die overgangbepaling vanaf het toekenningsjaar 2008 van de MAF aangepast en uitgebreid tot de kinderen met een handicap die voldoen aan de medisch-sociale voorwaarden om recht te hebben op de verhoogde kinderbijslag, zonder die echter effectief te genieten.

De maatregel past in het kader van een administratieve vereenvoudiging en maakt het gebruik op grote schaal mogelijk van elektronische getuigschriften voor het toekennen van bijkomende rechten in de verplichte verzekering voor kinderen met een handicap.

Artikelen 64 tot 65.

Sedert 1 januari 2008 zijn de zelfstandigen eveneens verzekerd voor de kleine risico's door toepassing van de wet van 26 maart 2007. Aangezien er nu maar één

pas assez à l'actuel système de financement des maisons de repos et des maisons de soins et de repos.

L'article 58 prévoit une base légale pour adapter et intégrer la technique de financement de l'harmonisation salariale, comme une sous-partie spécifique dans le financement forfaitaire des maisons de repos et les maisons de repos et de soins.

Articles 59 à 60.

La loi ne prévoit pas explicitement que l'Agence Intermutualiste, qui met à disposition de plusieurs institutions les données relatives à l'échantillon permanent, puisse elle-même utiliser les données de l'échantillon. La modification ici présentée donne au Roi la compétence pour, avec un arrêté délibéré en Conseil des Ministres et après avis de la commission pour la protection de la vie privée, considérer l'Agence Intermutualiste comme utilisatrice des données de l'échantillon au même titre que les autres institutions visées par la loi.

Parmi les bénéficiaires du MAF social, tous sont des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance. Avec cependant une exception dans le cadre de la réglementation actuelle: certains enfants handicapés qui, du fait de leur handicap, ont droit à l'intervention majorée de l'assurance. Pour l'instant, seuls les enfants qui bénéficient d'allocations familiales majorées du fait de leur handicap bénéficient du MAF sans contrôle des revenus.

Avec l'article 61, cette disposition transitoire est adaptée à partir de l'année d'octroi du MAF 2008 et étendue aux enfants handicapés qui remplissent les conditions médico-sociales pour obtenir le droit aux allocations familiales majorées, mais qui n'en bénéficient pas effectivement.

La mesure s'inscrit dans le cadre d'une simplification administrative et permet un usage à grande échelle d'attestations électroniques pour l'octroi aux enfants handicapés de droits supplémentaires dans l'assurance obligatoire.

Article 64 à 65.

Depuis le 1^{er} janvier 2008, les indépendants sont également assurés pour les petits risques par l'application de la loi du 26 mars 2007. Etant donné qu'il n'existe plus

stelsel van verplichte verzekering gezondheidszorg meer bestaat voor alle situaties waarbij moet worden bepaald bij welke titularis een persoon ten laste moet worden aangesloten, werd vanaf 1 januari 2008 ook het principe van de vrije keuze ingesteld.

De invoering van de vrije keuze als principe zou kunnen leiden tot minder standvastigheid bij de aansluiting van de personen ten laste. De vrije keuze houdt eveneens in dat de keuze kan worden herzien. Wanneer de betrokken titularissen niet bij dezelfde verzekeringsinstelling zijn aangesloten, is een intermutualistische uitwisseling van gegevens noodzakelijk, zodat de persoon ten laste alle rechten kan genieten.

Vrije keuze voor de leden kan op die manier soms ook negatieve gevolgen hebben. Zolang er geen keuze is gemaakt, mag men in geen geval overgaan tot een inschrijving; vanaf het moment dat de inschrijving kan geregeld worden, gaat die echter in met terugwerkende kracht tot op de datum waarop de voorwaarden om een persoon ten laste te zijn werden vervuld.

Met de artikelen 64 en 65 wordt derhalve voorgesteld om opnieuw voorrangregels in te voeren voor de inschrijving van personen ten laste van een titularis.

De artikelen 66 tot 75 van het ontwerp hebben verder betrekking op het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

Naast technische preciseringen, zoals het invoegen van een definitie van de begrippen «patiënt» en «gezondheidszorg», identiek aan die welke reeds in de wet betreffende de rechten van de patiënt staan, wordt ook de rol van de provinciale geneeskundige commissies versterkt.

Die worden inderdaad bevoegd voor het intrekken van het visum van een zorgverlener indien hij strafrechtelijke werd veroordeeld en die veroordeling onverenigbaar is met het uitoefenen van heel of een deel van zijn beroep. Die maatregel ligt in het verlengde van de maatregelen die tijdens de huidige regeerperiode reeds genomen werden met het oog op het verbeteren van de efficiëntie van de beslissingen van de geneeskundige commissies inzake het intrekken van de visums.

Met de artikelen 76 tot 79 brengt het wetsontwerp ook enkele aanpassingen aan met betrekking tot de Nationale Raad voor Verpleegkunde, die de Federale Raad voor Verpleegkunde wordt, teneinde rekening te houden met de institutionele evolutie van het land.

De samenstelling van de Raad is aangepast, teneinde de vertegenwoordiging van de verpleegkundigen

ainsi qu'un seul régime d'assurance obligatoire soins de santé, pour toutes les situations où il doit être déterminé auprès de quel titulaire une personne à charge doit être affiliée, le principe de libre choix a été instauré à partir du 1^{er} janvier 2008.

L'instauration du libre choix comme principe pourrait mener à moins de constance dans l'affiliation des personnes à charge. Le libre choix implique également que le choix peut être revu. Lorsque les titulaires concernés ne sont pas affiliés auprès du même organisme assureur, un échange intermutualiste de données est nécessaire afin que la personne à charge puisse bénéficier de tous les droits.

L'instauration du libre choix dans le chef des membres peut ainsi parfois avoir des conséquences négatives. Tant qu'aucun choix n'est fait, on ne peut en aucun cas procéder à une inscription; toutefois, à partir du moment où l'inscription peut être réglée, celle-ci prend effet rétroactivement à la date à laquelle les conditions pour être personne à charge sont remplies.

Il est dès lors proposé aux articles 64 et 65 de rétablir des règles de priorité pour l'inscription des personnes à charge d'un titulaire.

Les articles 66 à 75 traitent de dispositions de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

Outre des précisions techniques, comme l'insertion d'une définition des notions de «patient» et de «soins de santé» identiques à celles qui figurent déjà dans la loi relative aux droits du patient, le rôle des commissions médicales provinciales est également renforcé.

Celles-ci reçoivent en effet la compétence de retirer le visa d'un prestataire de soin si celui-ci fait l'objet d'une condamnation pénale incompatible avec l'exercice de tout ou partie de sa profession. Cette mesure s'inscrit dans le prolongement des mesures déjà prises sous cette législature en vue d'améliorer l'efficacité des décisions prises par les Commissions médicales en matière de retrait de visas.

Aux articles 76 à 79, le projet de loi apporte également quelques adaptations relativement au Conseil national de l'art infirmier, qui devient le Conseil fédéral de l'art infirmier, afin de tenir compte de l'évolution institutionnelle du pays.

La composition du Conseil est adaptée afin d'améliorer la représentation des infirmiers: on assure ainsi la

te verbeteren: zo zorgt men voor de aanwezigheid van verpleegkundigen die over een basiskwalificatie beschikken, maar progressief eveneens over verpleegkundigen die houder zijn van een bijzondere beroepstitel of van een bijzondere beroepskwalificatie.

De Federale Raad voor Verpleegkunde weerspiegelt aldus de evolutie naar meer specialisaties en zorgt tegelijk voor een algemene visie op de verpleegkundige zorg. Men voegt tevens 4 leden toe die de ziekenverzorgers vertegenwoordigen, rekening houdend met de besluiten van 12 januari 2006, die toestaan dat bepaalde verpleegkundige handelingen aan de geregistreerde ziekenverzorgers worden gedelegeerd.

Tot slot is de erkenningscommissie voor de verpleegkundigen niet meer ingesteld binnen de Federale Raad voor Verpleegkundigen, maar geïntegreerd in de FOD Volksgezondheid, met het oog op het garanderen van een grote onafhankelijkheid tussen de instanties die bevoegd zijn inzake de verpleegkunde.

De artikelen 80 en 81 beogen het beroep van hulpverlener-ambulancier, dat in België dringend moet worden gereguleerd en ook erkend door het te integreren in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen: enerzijds om het beroep van hulpverlener-ambulancier te beschermen en anderzijds om de functie van hulpverlener-ambulancier te definiëren en een wettelijk kader vast te leggen voor de aan die functie gekoppelde activiteiten – een kader dat meer in het bijzonder door de Koning moet worden bepaald.

De artikelen 82 en 83 introduceren verder een bepaling inzake administratieve vereenvoudiging voor de regels voor de tegemoetkoming van het Fonds voor dringende geneeskundige hulpverlening, alsook een bepaling die een vereenvoudiging beoogt van de overdracht van gegevens tussen het Fonds voor dringende geneeskundige hulpverlening en de centra van het eenvormig oproepstelsel.

Artikelen 84 à 87.

Wat de bevoegdheid van het Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten betreft, is de aanlevering van gassen aan patiënten een aangelegenheid die een aantal technische handelingen vergt op het vlak van installatie en onderhoud van de apparatuur, evenals op het vlak van het geven van de nodige instructies aan de patiënt met het oog op een goed en veilig gebruik. In die context wordt in een certificering voorzien van de personen die de apparatuur voor de aanlevering van gassen aan de patiënt zullen installeren, onderhouden en de nodige instructies geven met

présence d'infirmiers disposant d'une qualification de base mais aussi et progressivement, d'infirmiers porteurs d'un titre professionnel particulier ou d'une qualification professionnelle particulière.

Le Conseil fédéral de l'art infirmier reflète ainsi l'évolution vers plus de spécialisations tout en assurant la vision globale générale des soins infirmiers. On ajoute également 4 membres représentants les aides soignants, compte tenu des Arrêtés du 12 janvier 2006, qui autorisent la délégation de certains actes infirmiers aux aides soignants enregistrés.

Enfin, la Commission d'agrément des praticiens de l'art infirmier n'est plus constituée au sein du Conseil fédéral de l'art infirmier mais est intégrée au SPF Santé publique, en vue de garantir une indépendance entre instances compétentes en matière d'art infirmier.

Les articles 80 à 81 visent la profession de secouriste-ambulancier, qui doit d'urgence être réglementée en Belgique et être reconnue en étant intégrée dans l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Ceci dans le but de protéger la profession de secouriste-ambulancier, et, d'autre part, de définir la fonction de secouriste-ambulancier et de fixer un cadre légal aux activités afférentes à la fonction, à déterminer plus précisément par le Roi.

Les articles 82 à 83 introduisent une disposition de simplification administrative relativement aux modalités d'intervention du Fonds d'Aide médicale urgente ainsi qu'une disposition visant à simplifier le transfert de données entre le Fonds d'Aide médicale urgente et les centres du système d'appel unifié.

Articles 84 à 87.

Pour ce qui est des matières gérées par l'Agence des Médicaments et des Produits de Santé, la délivrance à des patients de gaz est une matière qui requiert un certain nombre d'actes techniques et ce, tant au niveau de l'installation et de la maintenance du matériel, qu'au niveau des instructions aux patients en vue d'une utilisation sûre et appropriée. Dans ce contexte, il est prévu d'instaurer une certification des personnes chargées l'installation et de la maintenance du matériel de dispensation de gaz délivrés aux patients ainsi que de la fourniture d'instructions relatives à l'utilisation correcte

betrekking tot een adequaat gebruik van gas, daarbij uitgaande van criteria die voornamelijk kwalificatie en kwaliteit betreffen.

Die regeling inzake certificering beoogt zowel een efficiënte behandeling van de patiënt als zijn veiligheid, voornamelijk gelet op het brandgevaar. Er komt een strafrechtelijke sanctie voor elke miskenning van de regeling. De regels in kwestie zullen in werking treden op een door de Koning vastgestelde datum.

Artikel 88 heeft tot doel twee preciseringen op te nemen in de wet inzake experimenten op de menselijke persoon.

Ten eerste worden retrospectieve studies uitgesloten uit het toepassingsveld. Het gaat om studies waarbij men het verleden analyseert, gebruik makend van medische en administratieve gegevens en waarbij de persoon niet betrokken is.

Ten tweede wordt voorzien in een vereenvoudiging van de procedure voor studies die verband houden met de evaluatie van de kwaliteit van de activiteit van beroepsbeoefenaars zoals bedoeld in het koninklijk besluit nr. 78. Meer bepaald gaat het om studies die worden gevoerd door een federale overheidsdienst of een instelling van openbaar nut. Het principe van de voorafgaande geïnformeerde toestemming voor dit soort studies wordt vervangen door een zogenaamd *opting out*-systeem; dat betekent dat elkeen zich mag verzetten tegen deelname aan de bedoelde studie.

Tot slot wordt met artikel 89 aan het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten de mogelijkheid gegeven om subsidies te verlenen. Die bevoegdheid wordt beperkt, aangezien de tegemoetkoming strikt gelimiteerd wordt tot het dekken van de reële kosten. Bovendien mag enkel een maximum van 80% van de subsidie *a priori* worden betaald.

Men beoogt hier eigenlijk het Agentschap actiemiddelen te bieden die in het verleden aan het Directoraat-Generaal Geneesmiddelen werden geboden. Laatstgenoemde instantie verleende inderdaad regelmatig subsidies. Daaronder wordt onder meer verstaan de toelage die wordt verleend aan het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie, dat het Directoraat-generaal Geneesmiddelen bijstond en doorgaat het Agentschap bij te staan in zijn opdracht inzake informatie over het geneesmiddel.

des gaz. Ceci sur la base de critères concernant principalement la qualification et la qualité.

Cette réglementation en matière de certification vise à garantir un traitement optimal du patient et à veiller à sa sécurité, en particulier compte tenu du risque d'incendie. Une sanction pénale est prévue s'il est contrevenu à cette réglementation. La date d'entrée en vigueur de ces dispositions sera fixée par le Roi.

L'article 88 a pour objectif d'apporter deux précisions dans la loi relative aux expériences sur la personne humaine.

Premièrement, les études rétrospectives sont exclues du champ d'application. Il s'agit d'études où le passé est analysé, en faisant usage des données médicales et administratives et où la personne n'est pas impliquée.

Deuxièmement, il est prévu une simplification de la procédure des études qui ont un lien avec l'évaluation de la qualité de l'activité des praticiens telle que visée dans l'arrêté royal n°78; plus particulièrement, il s'agit d'études menées par un service public fédéral ou une institution d'utilité publique. Le principe de l'autorisation communiquée au préalable pour ce genre d'études est remplacé par un système appelé l'*opting out*; cela signifie que tout le monde peut s'opposer à la participation à l'étude en question.

Enfin, à l'article 89, la possibilité est donnée à l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de Santé d'octroyer des subsides. Toutefois cette délégation est limitée puisque l'intervention est restreinte à une couverture stricte des frais réellement encourus. De plus, seul un maximum de 80 pour cent du subside pourra être versé *a priori*.

On vise ici en fait à doter à l'Agence des moyens d'action qui étaient octroyés dans le passé à la Direction générale des Médicaments. En effet, celle-ci octroyait régulièrement des subsides. On entend ici, entre autre, le subside octroyé au Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique qui assistait la Direction générale des Médicaments et continue d'assister l'Agence dans sa mission d'information sur le médicament.

II. — ALGEMENE BESPREKING

De heer Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) staat maar ten dele achter de bepalingen in verband met de taken van de adviserend geneesheren.

Zo heeft hij echt twijfels bij onder meer de rol van eerstelijnsarts die men die artsen wil toebedelen, de financiële herwaardering voor deze artsencategorie alleen (dus niet voor andere categorieën, zoals de arbeidsgeneesheren), alsmede het onderliggende vraagstuk van de numerus clausus, dat nauw bij deze materie aansluit. Bovendien werden de huisartsen, die thans de eerstelijnszorg verstrekken, niet over de ontworpen wijzigingen ingelicht.

De spreker meent dat een aanpassing van het takenpakket van de adviserend geneesheren de algemene organisatie van het gezondheidszorgstelsel zal beïnvloeden. Men moet de tijd nemen voor breder overleg met de artsen en dus ook de vertegenwoordigers horen van zowel de BVAS als van de Vereniging der Belgische Omnipratici (VBO-GBO). Daarom stelt hij voor de overwogen bepalingen voorlopig in te trekken om de tijd en middelen vrij te maken die voor een adequate hervorming noodzakelijk zijn. Bovendien verdient die hervorming beter dan een wet houdende diverse bepalingen; een normerend kader dat op een dergelijke doelstelling is afgestemd, is aangewezen.

De heer Koen Bultinck (VB) vraagt of er in het nieuwe accrediteringssysteem voor de adviserend geneesheren wel een duidelijke grens bestaat tussen hun respectieve rol van adviserend en controlerend arts. Kunnen situaties worden voorkomen waarin zij zowel rechter als partij zijn? Zullen de mogelijkheden die zij hebben om zorgprogramma's voor te stellen, niet het wantrouwen van de artsen wekken?

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Laurette Onkelinx geeft aan dat het hele hoofdstuk over het statuut van de adviserend geneesheren van cruciaal belang is. Zij onderstreept de sleutelrol die hen wordt toevertrouwd, zowel inzake de controle op het ziekte- en invaliditeitsverzekeringsstelsel als inzake de vele nieuwe medische behandelingen die hen ter advies of ter goedkeuring worden voorgelegd. 40% van de adviserend geneesheren is thans evenwel ouder dan vijftig jaar. Het is dan ook prioritair hun statuut financieel op te waarderen en tegelijk hun takenpakket opnieuw te definiëren.

De minister ontkent dat terzake onvoldoende overleg met de sector zou zijn gepleegd. Zij verwijst integendeel naar het zeer brede overleg met de hele sector van de

II. — DISCUSSION GÉNÉRALE

M. Georges Gilkinet (Ecolo-Groen !) exprime un avis mitigé à l'égard des dispositions relatives aux missions des médecins-conseils.

Le rôle de médecin de première ligne qu'on entend leur attribuer, la revalorisation salariale de cette catégorie de médecins indépendamment d'autres catégories tels que les médecins du travail, la question sous-jacente du numerus clausus étroitement liée à cette matière, lui apparaissent particulièrement critiquables. Ce d'autant plus, relève-t-il, que les médecins généralistes qui exercent l'art de guérir en première ligne n'ont pas été informés des modifications envisagées.

L'orateur estime que la modification des missions des médecins-conseils emporte un impact global sur l'organisation du système des soins de santé. Il s'agit de prendre le temps d'organiser une concertation plus large auprès du secteur des médecins en ce compris l'audition de représentants de l'Absym comme du Groupement belge des omnipraticiens (GBO). Aussi plaide-t-il pour un retrait provisoire des dispositions envisagées, afin de se donner le temps et les moyens nécessaires de réaliser une réforme adéquate. Celle-ci mérite également un cadre normatif adapté à pareil objectif, que n'offre pas une loi de dispositions diverses.

M. Koen Bultinck (VB) demande si le nouveau système d'accréditation prévu pour les médecins-conseils s'accompagne d'une ligne de démarcation suffisante entre les rôles de conseiller et de contrôleur qui leur reviennent. Le risque qu'ils se retrouvent à la fois juge et partie peut-il être écarté? Les possibilités qu'ils ont de proposer des programmes de soins n'est-il pas de nature à réveiller la méfiance de la part du corps médical?

Mme Laurette Onkelinx, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, explique que l'ensemble du chapitre relatif au statut des médecins-conseils revêt une importance cruciale. Elle souligne le rôle-clé dévolu aux médecins-conseils, tant sur le plan du contrôle du système de l'assurance de maladie-invalidité, que des nombreux traitements médicaux qui sont soumis à leur avis ou accord. Or, il se trouve que l'effectif des médecins-conseils est actuellement constitué à 40% de personnes âgées de plus de 50 ans. Aussi, un effort de revalorisation financière accompagné d'une redéfinition des missions qui leur incombent s'impose-t-il comme une priorité.

La ministre dément un manque de concertation avec le secteur en cette matière. Elle rend compte au contraire, de la très large concertation qui a prévalu

adviserend geneesheren, van de verenigingen die de basis vertegenwoordigen, tot de adviserend geneesheren-directeurs. Zij garandeert dat de ontworpen bepalingen kunnen rekenen op brede steun, die de hele sector duidelijk heeft toegezegd. Ze ziet evenmin in waarom de accreditering van de adviserend geneesheren bepaalde risico's zou inhouden.

De heer Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) merkt op dat er door de numerus clausus een artsentekort dreigt, niet alleen bij de adviserend geneesheren, maar in alle medische beroepen, met name in landelijke gebieden en in armere stadswijken. Volgens hem weigert de regering terzake passende maatregelen te nemen.

Volgens de spreker moeten ook de huisartsen bij het overleg worden betrokken aangezien wordt overwogen de adviserende rol die zij ten aanzien van de patiënt uitoefenen, op te nemen in het takenpakket van de adviserend geneesheren. Hun respectieve taken staan uiteraard niet los van elkaar.

De minister antwoordt dat het vraagstuk van de numerus clausus al aan bod is gekomen in de commissie voor de Volksgezondheid; zij verwijst dan ook naar de besprekingen in die commissie.

Zij wijst erop dat het ter bespreking voorliggende wetsontwerp hoegenaamd niets verandert aan de relatie tussen de huisartsen en de adviserend geneesheren, die wel degelijk een adviserende taak jegens de patiënt hebben, bijvoorbeeld aangaande het voorschrijven van goedkopere of generieke geneesmiddelen. Zulks betekent evenwel niet dat de taken van de huisartsen op enigerlei wijze ter discussie worden gesteld.

III. — ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING EN STEMMINGEN

Artikel 1

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Het wordt eenparig aangenomen.

auprès de l'ensemble des médecins-conseils, depuis les instances représentatives de la base jusqu'aux conseillers-directeurs. Elle assure que les dispositions en projet bénéficient d'un large soutien, nettement affirmé par l'ensemble du secteur, et ne perçoit pas non plus en quoi l'accréditation des médecins-conseils serait de nature à comporter certains risques.

M. Georges Gilkinet (Ecolo-Groen !) relève qu'à cause du numerus clausus s'annonce une pénurie de médecins qui touche non seulement les médecins-conseils, mais également les différentes professions médicales, notamment en zones rurales et dans les quartiers urbains pauvres. Il indique que le gouvernement refuse de prendre les mesures adéquates face à cette situation.

Selon l'intervenant, il s'impose que les médecins généralistes soient également associés à la concertation à partir du moment où l'on projette de faire entrer le rôle de conseil au patient qui leur est dévolu dans les missions imparties aux médecins-conseils. Ces tâches influent à l'évidence les unes sur les autres.

La ministre répond que la problématique du numerus clausus a déjà été abordée en commission de la santé publique, à la discussion de laquelle elle renvoie.

Elle fait observer que le projet de loi à l'examen ne modifie en rien les relations entre les médecins généralistes et les médecins-conseils, lesquels remplissent bien auprès des patients une mission de conseil, par exemple lorsqu'ils leur prescrivent l'utilisation de médicaments moins chers ou génériques. Pour autant, il n'y a là aucune remise en cause des tâches incombant aux médecins généralistes.

III. — DISCUSSION DES ARTICLES ET VOTES

Article 1^{er}

Cet article ne fait l'objet d'aucune remarque.

Il est adopté à l'unanimité.

HOOFDSTUK 1

Wijzigingen aan de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Afdeling 1

Toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging

Art. 2.

De heer Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) gaat akkoord met de strekking van dit artikel.

*
* *

Over dit artikel worden geen andere opmerkingen gemaakt. Het wordt eenparig aangenomen.

Art. 3.

M. Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) gaat akkoord met de strekking van dit artikel.

Ook mevrouw Sonja Becq (CD&V) onderstreept het belang van die bepalingen. De tegemoetkoming in de reiskosten van de ouders van een kind met kanker roept bij haar evenwel nog vragen op.

– Omvat de in artikel 3 bedoelde tegemoetkoming ook een tegemoetkoming in de reiskosten van de ouders van een kind met een chronische ziekte?

– Artikel 3 bepaalt dat de afstand tussen de woonplaats en het ziekenhuis wordt berekend op basis van de woonplaats van het kind: quid bij uit de echt gescheiden ouders die beurtelings de hoede over het kind hebben? Welke oplossing heeft de minister voor de problemen van de ouder die ver van het ziekenhuis woont, terwijl het kind niet bij hem zijn woonplaats heeft? Co-ouderschap wordt aangemoedigd en dus moet er ook naar oplossingen worden gezocht voor de specifieke problemen die een dergelijke hoederechtsregeling meebrengt.

De minister erkent dat dit wetsontwerp geen rekening houdt met de gevallen waarbij de ouders beurtelings het hoederecht over het kind uitoefenen. Soortgelijke problemen als die welke mevrouw Becq aanhaalt, moeten worden geregeld in de overeenkomsten die de ouders in het raam van de hoederechtsregeling sluiten.

CHAPITRE 1

Modifications à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994Section 1^{ère}*Accessibilité des soins de santé*

Art. 2.

M. Georges Gilkinet (Ecolo-Groen !) souligne son adhésion à la portée de cette disposition.

*
* *

L'article ne fait pas l'objet d'autre remarque; il est adopté à l'unanimité.

Art. 3.

M. Georges Gilkinet (Ecolo-Groen !) souligne son adhésion à la portée de cette disposition.

Mme Sonja Becq (CD&V) souligne, elle aussi, l'importance de ces dispositions. Elle demande quelques précisions en ce qui concerne l'intervention dans les frais de déplacement des parents d'un enfant souffrant d'un cancer:

– l'intervention prévue à l'article 3 englobe-t-elle une intervention dans les frais de déplacement des parents d'enfants souffrant de maladie chronique?

– l'article 3 dispose que le domicile de l'enfant est pris en compte pour le calcul de la distance entre le domicile et l'hôpital: qu'en est-il du cas de parents divorcés qui se partagent la garde de l'enfant? Qu'envisage la ministre pour rencontrer les difficultés du parent habitant à une longue distance de l'hôpital, alors que le domicile de l'enfant n'est pas établi chez lui? Le fait que la garde alternée soit encouragée devrait inciter à trouver des solutions aux problèmes spécifiques créés par cette formule de garde des enfants.

La ministre reconnaît que le cas de l'enfant dont la garde est confiée à ses deux parents n'est pas prévu dans le cadre du présent projet. Le type de problème soulevé par Mme Becq doit être réglé dans les conventions à conclure par les parents en ce qui concerne la garde de leurs enfants.

De minister staat zelf ook achter co-ouderschap en heeft dan ook het volste begrip voor het probleem dat de spreekster aankaart. Hoewel zij geen pasklare oplossing voorhanden heeft, is zij bereid alle oplossingen te onderzoeken die men haar voorstelt.

Het vraagstuk van de reiskosten van de ouders van een chronisch ziek kind kan aan bod komen tijdens de begrotingsbespreking, met name in het raam van de specifieke maatregelen ten behoeve van chronisch zieken.

*
* *

Over dit artikel worden geen andere opmerkingen gemaakt. Het wordt eenparig aangenomen.

Art. 4.

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt. Het wordt eenparig aangenomen.

Art. 5 tot 7.

De regering dient op deze artikelen de amendementen nrs. 17 tot 19 (DOC 1491/005) in, waarin wordt voorgesteld deze artikelen weg te laten.

De minister kondigt aan dat ze van plan is in nog meer voordelige bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg aan het parlement voor te leggen. Die bepalingen zullen voorkomen in het volgend ontwerp van programmawet of wetsontwerp houdende diverse bepalingen. Het was dus niet opportuun de wet in zo'n kort tijdsbestek tweemaal te wijzigen.

De heer Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) betreurt het voorstel tot intrekking van die artikelen, waarin positieve bepalingen staan die een verbetering vormen voor de toegang tot de gezondheidszorg en de terugbetaling ervan en die hij van plan was te steunen. Hij neemt er nota van dat de minister zich voorneemt in de nabije toekomst op die dossiers terug te komen, maar vindt dat het gelet op het politieke klimaat en de moeilijkheden van de regering om het onderling eens te worden, verkieslijk was geweest ze nu al goed te keuren, als een positief signaal voor onze medeburgers. Daarom zal hij tegen het door de regering ingediende amendement stemmen.

*
* *

Favorable à la garde alternée, la ministre est très sensible au problème soulevé par l'intervenante. Sans avoir de formule toute faite pour le régler, elle est prête à examiner les solutions qui lui seraient proposées.

La question des frais de déplacement des parents d'enfants atteints de maladies chroniques pourra être abordée lors de la discussion budgétaire, dans le cadre des mesures prévues pour les malades chroniques.

*
* *

L'article ne fait pas l'objet d'autre remarque; il est adopté à l'unanimité.

Art. 4.

Cet article ne fait l'objet d'aucune remarque.

Il est adopté à l'unanimité.

Articles 5 à 7.

Ces articles font l'objet des amendements n° 17 à 19 du gouvernement (DOC 52 1491/005), qui en proposent la suppression.

La ministre annonce son intention de soumettre au parlement des dispositions encore plus avantageuses en matière d'accessibilité aux soins de santé. Ces dispositions seront reprises dans le prochain projet de loi-programme ou de dispositions diverses. Il n'était donc pas opportun de modifier la loi à deux reprises dans un délai aussi rapproché.

M. Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) regrette la proposition de retrait de ces articles qui contenaient des dispositions positives, améliorant l'accès aux soins ou leur remboursement et qu'il comptait soutenir. Il prend acte de l'intention de la ministre de revenir sur ces dossiers dans un futur proche mais estime, vu le climat politique et les difficultés du gouvernement à s'accorder, qu'il aurait été préférable d'approuver dès à présent, comme signal positif envoyé à nos concitoyens. Pour ces raisons, il votera contre l'amendement déposé par le gouvernement.

*
* *

De amendementen nrs. 17 tot 19 worden achtereenvolgens aangenomen met 12 stemmen tegen 1.

De artikelen 5 tot 7 worden derhalve weggelaten.

Art. 8

Mevrouw Linda Musin (PS) merkt op dat het aspect solidariteit in de verzekering geneeskundige verzorging wordt versterkt door de afschaffing van de bijdrage die verschuldigd is door de gepensioneerden en de weduwen die recht hebben op een pensioen dat overeenstemt met een loopbaan van minder dan een derde van een volledige loopbaan. Die bijdrage heeft sinds de invoering op 1 januari 2008 van een enkele regeling inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging immers geen reden van bestaan meer.

Hoeveel bedraagt evenwel de vermindering aan ontvangsten als gevolg van die afschaffing?

Zullen voorts persoonlijke bijdragen als gevolg van de uitwerking van de maatregel met ingang van 1 januari 2008 aan de bijdrageplichtige worden terugbetaald, tenzij aan de bijdrageplichtigen in 2008 geen bijdragen zijn gevraagd omdat tot de maatregel is beslist als gevolg van de opname van de kleine risico's in de verplichte verzekering?

De minister antwoordt dat de minderontvangsten 7,9 miljoen euro bedragen.

Voorts preciseert zij dat aan die bijdrageplichtigen geen verzoek is gezonden tot betaling van de bijdrage waarvan de afschaffing wordt voorgesteld; mocht dat zo zijn, dan zouden die bijdragen worden terugbetaald.

*
* *

Over dit artikel worden geen andere opmerkingen gemaakt.

Het wordt eenparig aangenomen.

Art. 8/1. (nieuw)

De dames Maya Detiège (sp.a+VI.Pro) en Christine Van Broeckhoven (sp.a+VI.Pro) dienen *amendement nr. 11* (DOC 52 1491/004) in, dat ertoe strekt dit artikel in te voegen.

De heer Hans Bonte (sp.a+VI.Pro) geeft toelichting bij dit amendement, dat gaat over de ereloonsupplementen

Les amendements n° 17 à 19 sont successivement adoptés par 12 voix contre 1.

Les articles 5 à 7 sont donc supprimés.

Art. 8

Mme Linda Musin (PS) relève que la suppression de la cotisation due par les pensionnés et veufs bénéficiant d'une pension correspondant à une carrière inférieure au tiers d'une carrière complète renforce le volet solidarité de l'assurance soins de santé. Cette cotisation n'a en effet plus de raison d'être depuis l'existence d'un seul régime d'assurance obligatoire soins de santé à partir du 1^{er} janvier 2008.

Quelle est cependant la diminution des recettes consécutive à cette suppression?

Par ailleurs, la mesure produisant ses effets au 1^{er} janvier 2008, des cotisations personnelles seront-elles remboursées au titulaire, à moins que, la mesure ayant été décidée à la suite de l'intégration des petits risques dans l'assurance obligatoire, aucune cotisation n'ait été réclamée en 2008 aux titulaires?

La ministre répond que la diminution de recettes s'élève à 7,9 millions d'euros.

Par ailleurs, la ministre précise que ces titulaires n'ont pas été invités à payer la cotisation dont la suppression est proposée; si cela avait été le cas, ils seraient remboursés.

*
* *

L'article ne fait pas l'objet d'autre remarque.

il est adopté à l'unanimité.

Art. 8/1. (nouveau)

L'insertion de cet article est proposée par l'*amendement n° 11* de Mmes Maya Detiège (sp.a-spirit) et Christine Van Broeckhoven (sp.a-spirit) (DOC 52 1491/004).

M. Hans Bonte (sp.a-spirit) présente cet amendement, qui concerne les suppléments d'honoraires

voor de patiënten die worden opgenomen in eenpersoons- of tweepersoonskamers.

Het amendement beoogt in de eerste plaats meer zekerheid inzake tarifiering; het strekt er vervolgens toe betaalbare kosten inzake geneeskundige verzorging te waarborgen. De ereloonsupplementen voor tweepersoonskamers worden afgeschaft; de ereloonsupplementen voor eenpersoonskamers worden beperkt tot 100% van de verbintenistarieven.

De spreker herinnert aan de band tussen armoede en ziekte. Hij vindt dat de kosten van de geneeskundige verzorging de gezondheidszorg voor een toenemend aantal mensen minder toegankelijk maakt. Kamers met twee bedden, en zelfs individuele kamers, zijn trouwens de norm geworden. De ereloonsupplementen zijn dus minder dan ooit gerechtvaardigd.

Mevrouw Sonja Becq (CD&V) herinnert aan het lot van wetsvoorstellen met een soortgelijke strekking tijdens vorige zittingsperiodes, en aan de moeilijkheden die de vorige regeringen, waaraan de fractie van de heer Bonte deelnam, ondervonden om dat voornemen uit te voeren.

De heer Hans Bonte (sp.a+VI.Pro) herinnert eraan dat er in het verleden inderdaad een akkoord is gesloten tussen de CD&V en de sp.a. Als gevolg van dat akkoord heeft er zich een dynamiek ontwikkeld — ook in het overleg tussen de ziekenfondsen en de artsen — die ertoe heeft geleid de toegestane ereloonsupplementen te beperken. Het is dus het signaal van het parlement dat die dynamiek mogelijk heeft gemaakt. De spreker wenst dat zijn amendement een dergelijke dynamiek tot stand kan brengen.

De minister is het vraagstuk van de ereloonsupplementen niet ongenegen; dat is trouwens al ter sprake gebracht in het kader van het armoedeprogramma van staatssecretaris Delizée.

Er is in het raam van het programma «chronisch zieken» voorzien in een budget van 2 miljoen euro, teneinde concrete maatregelen terzake te financieren. Het gaat maar om een fase.

De heer Koen Bultinck (VB) herinnert eraan dat het dossier van de supplementen gelinkt is aan de onderfinanciering van de ziekenhuizen. Hij wenst de politieke mening van de ministers te kennen over de supplementen.

De heer Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) zal het amendement van de heer Bonte steunen, temeer daar

appliqués aux patients hospitalisés en chambre simple ou double.

L'amendement vise d'abord une plus grande sécurité tarifaire; il vise ensuite à garantir un coût abordable pour les soins de santé. Les suppléments d'honoraires en chambre double sont supprimés; les suppléments d'honoraires en chambre individuelle sont limités à 100% des tarifs conventionnels.

L'intervenant rappelle le lien entre pauvreté et maladie et estime que le coût des soins de santé les rend moins accessibles pour un nombre croissant de personnes. Par ailleurs, les chambres à deux lits, voire les chambres individuelles, sont devenues la norme. Les suppléments d'honoraires ne se justifient donc moins que jamais.

Mme Sonja Becq (CD&V) rappelle le sort réservé au cours de législatures précédentes à des propositions analogues et les difficultés des gouvernements précédents, auxquels le parti de M. Bonte participait, à réaliser cette intention.

M. Hans Bonte (sp.a-spirit) rappelle que, par le passé, un accord est en effet intervenu entre le CD&V et le sp.a de l'époque. A la suite de cet accord, une dynamique s'est instaurée, y compris dans la concertation entre les mutualités et les médecins, qui a conduit à limiter les suppléments d'honoraires autorisés. C'est donc le signal provenant du parlement qui a permis cette dynamique. L'intervenant souhaite que son amendement puisse susciter une telle dynamique.

La ministre est sensible à la problématique des suppléments d'honoraires, évoquée par ailleurs dans le cadre du programme «pauvreté» du secrétaire d'État Delizée.

Un budget de 2 millions d'euros est prévu dans le cadre du programme «malades chroniques», afin de financer des mesures concrètes en la matière. Il ne s'agit que d'une étape.

M. Koen Bultinck (VB) rappelle que le dossier des suppléments est lié au sous-financement des hôpitaux. Il souhaite connaître l'opinion politique de la ministre au sujet des suppléments.

M. Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) soutiendra l'amendement de M. Bonte, d'autant que le budget

het budget geneeskundige verzorging speelruimte biedt, nu de groeïnorm is behouden.

De minister herinnert eraan dat een dergelijk overkoepelend beleid maar mogelijk is in overleg, met name met de ziekenhuisartsen.

De heer Hans Bonte (sp.a+VI.Pro) merkt op dat het sociaal overleg geregeld wordt aangehaald om de besluiteloosheid als gevolg van meningsverschillen te verklaren; hij vreest dat dit nu opnieuw het geval is. Op grond van de aangekondigde voornemens en principe-akkoorden begrijpt hij niet dat de door zijn amendement geboden gelegenheid niet wordt aangegrepen om de posities in het overleg met een stemming in het parlement te versterken. Hij begrijpt dit des te minder daar zijn amendement de Koning machtigt dat voornemen te realiseren.

De minister herinnert eraan dat opgedrongen akkoorden niet noodzakelijk in feiten worden omgezet. Zijzelf verkiest overleg, waardoor het mogelijk wordt vooruit te gaan met kleine stappen die geleidelijk uitmonden in een duurzaam resultaat.

*
* *

Amendement nr. 11 wordt verworpen met 9 tegen 3 stemmen en 1 onthouding.

Art. 9.

De regering dient amendement nr. 20 (DOC 52 1491/005) in, dat ertoe strekt dit artikel te vervangen door een inwerkingtreedingsbepaling die is aangepast aan de weglating van de artikelen 5 tot 7.

*
* *

Amendement nr. 20 en het aldus geamendeerde artikel 9, worden aangenomen met 12 stemmen tegen 1.

«soins de santé» offre des marges, puisque la norme de croissance a été maintenue.

La ministre rappelle qu'une telle politique d'ensemble n'est possible qu'en concertation, notamment avec les médecins hospitaliers.

M. Bonte (sp.a+VI.Pro) relève que la concertation sociale est régulièrement invoquée pour justifier l'indécision résultant de désaccords et il craint que ce soit à nouveau le cas. Se fondant sur les intentions et accords de principe annoncés, il ne comprend pas que l'occasion offerte par son amendement ne soit pas saisie afin de permettre qu'un vote au parlement renforce les positions au sein de la négociation. Il le comprend d'autant moins que son amendement charge le Roi de traduire son intention dans les faits.

La ministre rappelle que les accords imposés de force ne sont pas nécessairement ceux qui sont suivis d'effets. Elle préfère pour sa part la concertation permettant d'engranger des progrès à petite échelle, aboutissant progressivement à un résultat plus durable.

*
* *

L'amendement n° 11 est rejeté par 9 voix contre 3 et 1 abstention.

Art. 9.

Cet article fait l'objet de l'amendement n° 20 du gouvernement (DOC 52 1491/005), visant à remplacer l'article par une disposition d'entrée en vigueur adaptée à la suppression des articles 5 à 7.

*
* *

L'amendement et l'article 9, ainsi modifié, sont adoptés par 12 voix contre 1.

Afdeling 2

Begrotingsprocedure

Art. 10 tot 12.

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

Ze worden achtereenvolgens aangenomen met 12 stemmen tegen 1.

Afdeling 3

Centra voor menselijke erfelijkheid

Art. 13.

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Het wordt aangenomen met 12 stemmen tegen 1.

Afdeling 10

Verzekeringsinstellingen en statuut van de adviserend geneesheer

Art. 26.

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Het wordt aangenomen met 12 stemmen tegen 1.

Art. 27 en 28.

De heer Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) dient de *amendementen nrs. 21 tot 25* (DOC 52 1491/005) in, die ertoe strekken deze artikelen en de artikelen 29 tot 31 weg te laten.

De indiener vindt dat de artikelen 27 tot 31, die het statuut van de adviserend geneesheer betreffen, een implicatie hebben op het beleid inzake eerstelijnsgezondheidszorg. Dat is zeker het geval in licht van artikel 29, dat de adviserend geneesheer ermee belast «de sociaal verzekerden advies, informatie en sociale begeleiding te verlenen, teneinde ervoor te zorgen dat hen de meest geschikte verzorging en behandeling tegen de beste prijs wordt verleend, rekening houdende met de globale middelen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen».

Dat is volgens de spreker een rol voor de huisarts. Dreigt die bepaling de eerstelijnsarts niet alle verant-

Section 2

Procédure budgétaire

Articles 10 à 12.

Ces articles ne font l'objet d'aucune remarque.

Les articles 10 à 12 sont successivement adoptés par 12 voix contre 1.

Section 3

Centres de génétique humaine

Art. 13.

Cet article ne fait l'objet d'aucune remarque.

Il est adopté par 12 voix contre 1.

Section 10

Organismes assureurs et statut du médecin – conseil

Art. 26.

Cet article ne fait l'objet d'aucune remarque.

Il est adopté par 12 voix contre 1.

Articles 27 et 28.

Ces articles, ainsi que les articles 29 à 31, font l'objet des *amendements n° 21 à 25* de M. Gilkinet (Ecolo-Groen!) (DOC 52 1491/005), qui en propose la suppression.

M. Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) considère que les articles 27 à 31, concernant le statut des médecins-conseils, ont une implication sur la politique de soins de première ligne. C'est particulièrement vrai si l'on considère l'article 29. En effet, cet article charge le médecin – conseil «de conseiller, d'informer et de guider les assurés sociaux afin de garantir que les soins et les traitements les plus adéquats, leur sont dispensés au meilleur coût, en tenant compte des ressources globales de l'assurance soins de santé et indemnités.».

Il s'agit d'un rôle qui revient, de l'avis de l'intervenant, au médecin – généraliste. Cette disposition ne risquerait

woordelijkheid te ontnemen? Moet men niet veeleer maatregelen nemen opdat hij die rol daadwerkelijk vervult? In een onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg wordt gewezen op de positieve rol van de groepspraktijken, in het bijzonder in de volkswijken, maar ook op de besparingen die het systeem dankzij hen kan doen. Die rol zou dus moeten worden versterkt.

De tweede taak van de adviserend geneesheer, met name «de zorgverleners (...) informeren, teneinde de correcte toepassing van de reglementering betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging voor hen te verduidelijken», lijkt de spreker interessant. Het ligt volgens hem echter voor de hand dat die hervorming ook voor de eerstelijnsartsen geldt.

Volgens de spreker had over die hervorming dus moeten worden overlegd met de betrokken artsen. Dat overleg had ook op andere kwesties kunnen slaan, zoals de interactie van de rol van de adviserend geneesheren met de arbeidsgeneeskunde, hun rol inzake preventie en het aandeel van de controle in de taken van de adviserend geneesheer.

Daarom stelt de heer Gilkinet de minister voor ook die artikelen in te trekken, teneinde een en ander te verfijnen na overleg met de federaties van de betrokken artsen.

De heer Gilkinet verzoekt inzonderheid wat artikel 27 betreft, de minister om te kunnen beschikken over de huidige schalen van de adviserend geneesheren, met een vergelijking met die van de artsen van het AWIPH (Waals agentschap voor de integratie van gehandicapte personen), de Dienst voor hulpverlening aan de jeugd en de groepspraktijken.

*
* *

De amendementen nrs. 21 en 22 worden verworpen met 10 tegen 2 stemmen en 1 onthouding.

De artikelen 27 en 28 worden achtereenvolgens aangenomen met 10 tegen 2 stemmen en 1 onthouding.

Art. 29.

Mevrouw Carine Lecomte (MR) wenst enkele verduidelijkingen over dit artikel. Ze herinnert eraan hoezeer haar fractie aan de huisartsengeneeskunde gehecht is.

t-elle pas de déresponsabiliser le médecin de première ligne et ne convient-il pas plutôt de prendre des dispositions afin qu'il remplisse effectivement ce rôle? Une étude du Centre fédéral d'expertise en matière de soins de santé souligne, en ce qui concerne les maisons médicales, leur rôle positif, en particulier dans les milieux populaires, mais également les économies qu'elles permettent au système de réaliser. Il conviendrait donc de renforcer ce rôle.

La seconde mission assignée au médecin – conseil, à savoir «informer les dispensateurs de soins afin de les éclairer sur l'application correcte de la réglementation relative à l'assurance soins de santé», lui paraît intéressante. Cependant, il lui paraît tout aussi évident que les médecins de première ligne sont concernés par cette réforme.

C'est pourquoi il semble à l'intervenant que cette réforme aurait dû faire l'objet d'une concertation avec les médecins concernés. D'autres questions encore auraient pu faire l'objet de cette concertation, telles que l'interaction du rôle des médecins – conseil avec la médecine du travail, leur rôle en matière de prévention, la part de contrôle contenue dans les missions du médecin – conseil.

C'est pourquoi M. Gilkinet propose à la ministre de retirer également ces articles, afin de peaufiner le travail après concertation avec les fédérations de médecins concernées.

Plus précisément en ce qui concerne l'article 27, M. Gilkinet demande à la ministre de communiquer les barèmes actuels des médecins – conseil, comparés à ceux des médecins de l'AWIPH, de l'Aide à la Jeunesse et des maisons médicales.

*
* *

Les amendements n° 21 et 22 sont rejetés par 10 voix contre 2 et 1 abstention.

Les articles 27 et 28 sont successivement adoptés 10 voix contre 2 et 1 abstention.

Art. 29.

Mme Carine Lecomte (MR) souhaite également quelques éclaircissements au sujet de cet article et rappelle l'attachement de son groupe à la médecine générale.

Kan de minister in verband met de eerste taak van adviserend geneesheer een voorbeeld geven van informatie welke die arts moet verstrekken bij zijn advies over «verzorging en behandeling tegen de beste prijs»? Impliceert zulks dat hij alle elementen van het dossier van de patiënt kent?

Wat de informatie van de zorgverleners en meer in het bijzonder het streven «toe te zien op het optimale gebruik van de middelen» van de verzekering voor geneeskundige verzorging betreft, houdt dat in dat de arts niet langer vrij is om de voor zijn patiënt meest geschikte behandeling te kiezen?

Past de controle op de geneeskundige verstrekkingen wel in het kader van het nieuwe artikel 153, § 3, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994? Kan de minister bevestigen dat die nieuwe taak de adviserend geneesheer niet de facto de controleprerogatieven verleent van de inspecteurs van het RIZIV en van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle? Gaat het wel degelijk om een controle a priori, zoals die welke geldt voor de geneesmiddelen van hoofdstuk IV, en niet om een controle a posteriori? Kan de minister ten slotte bevestigen dat die nieuwe taken geen afbreuk zullen doen aan de therapeutische vrijheid van de zorgverleners?

Mevrouw Maggie De Block (Open Vld) merkt op dat de bepalingen van Afdeling X de rol van de adviserend geneesheer preciseren en dat ze hem nieuwe taken toekennen. Ze is niet tegen die maatregelen gekant, maar er blijven nog verschillende vragen.

De adviserend geneesheren zijn belast met taken van evaluatie op grote schaal, die worden gecoördineerd door de Hoge Raad van Geneesheren-directeurs. Wat is het doel van die evaluatieprogramma's?

De spreekster maant aan tot voorzichtigheid wat de controle op de geneeskundige verstrekkingen betreft. Het wetsontwerp kent aan de adviserend geneesheer een belangrijke taak toe. Daarom is de spreekster verheugd over de bepalingen in verband met zijn accreditatie. Hun taak zal aanzienlijk zijn, onder andere omdat ze past in het kader van de algemene geneeskunde maar ook in dat van de verschillende specialismen. De follow-up van de wetenschappelijke en therapeutische evolutie in de verschillende domeinen is op zich al een aanzienlijk werk. Daarom is mevrouw De Block, net als de vorige sprekers, bezorgd over de therapeutische vrijheid.

Voorts wijst de spreekster op de kwestie van de atesten die periodiek vereist blijven voor de patiënten met een onomkeerbare ziekte, zoals multiple sclerose of diabetes. Is de tijd niet gekomen om de reglemen-

En ce qui concerne la première des missions confiées au médecin – conseil, la ministre peut-elle donner un exemple d'information à fournir par le médecin – conseil en ce qui concerne la délivrance de conseils garantissant les «soins dispensés au meilleur coût». Cela implique-t-il la connaissance de tous les éléments du dossier du patient.

En ce qui concerne l'information des dispensateurs de soins et plus particulièrement au souci «de veiller à l'utilisation optimale des ressources» de l'assurance soins de santé, cela signifie-t-il que le médecin n'est plus libre de choisir le traitement qui convient le mieux à son patient?

Quant au contrôle des prestations, cette mission s'inscrit-elle dans le paragraphe 3 du nouvel article 153 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994? La ministre peut-elle confirmer que cette nouvelle mission n'octroie pas de facto au médecin – conseil les prérogatives de contrôle des inspecteurs de l'Inami et du Service d'évaluation et de contrôle médicaux? S'agit-il bien d'un contrôle a priori, tel qu'appliqué pour les médicaments du chapitre IV et non un contrôle a posteriori? Enfin, la ministre peut-elle confirmer que ces nouvelles missions ne porteront pas atteinte à la liberté thérapeutique des dispensateurs de soins?

Mme Maggie De Block (Open Vld) relève que les dispositions de la Section 10 précisent le rôle du médecin – conseil et lui attribuent de nouvelles missions. Elle n'est pas opposée à ces mesures, mais plusieurs questions subsistent.

Les médecins – conseils sont chargés de missions d'évaluation à grande échelle, coordonnées par le Conseil supérieur des médecins – directeurs. Quel est l'objectif de ces programmes d'évaluation?

Quant au contrôle des prestations de santé, l'intervenante recommande la prudence. Le projet délègue au médecin – conseil une tâche importante et c'est pourquoi l'intervenante se réjouit des dispositions relatives à son accréditation. Leur tâche sera considérable, entre autres parce qu'elle se situe non seulement dans le champ de la médecine générale mais aussi dans celui des différentes spécialisations. A lui seul, le suivi de l'évolution scientifique et thérapeutique dans ces différents domaines représente déjà un travail considérable. C'est pourquoi Mme De Block partage le souci des intervenants précédents en matière de liberté thérapeutique.

L'intervenante souligne par ailleurs la question des attestations qui restent périodiquement requises pour des patients atteints de maladies irréversibles, telles que la sclérose en plaques ou le diabète. N'est-il pas

tering aan te passen aan de huidige geneeskundige mogelijkheden?

De spreekster vraagt ook of er niet meer zou moeten worden overlegd tussen adviserend geneesheren, verzekeringen en bedrijfsartsen. Gelet op het belang van die beslissingen voor de patiënten zou dat overleg zeker nuttig zijn.

Ook de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid evolueert. Sommige functies zijn zelfs met een zware ziekte compatibel. Het is thans moeilijk de adviserend geneesheren daarvan te overtuigen. Vaak verhindert ook het woon-werkverkeer de werkhervatting, terwijl er vandaag diverse formules bestaan om die problemen op te lossen. De meeste patiënten wensen actief te blijven. De bedrijfsarts moet ze daarbij helpen.

Wat is de doelstelling van de begeleidende taak die het wetsontwerp aan de adviserend geneesheer toevertrouwt? Gaat het om hulp om aangepast werk te vinden, of om een meer algemene sociale bijstand?

De accreditering zou 8 à 9 miljoen euro kosten; dat bedrag zal waarschijnlijk in de begroting voor 2009 worden opgenomen. Wordt verwacht dat die kosten zullen stijgen? Gaat om jaarlijks terugkerende kosten?

De heer Pierre-Yves Jeholet (MR) wijst erop dat uit de betogen ongerustheid blijkt over de uitbreiding van de taken van de adviserend geneesheren en over de therapeutische vrijheid van de artsen.

Hij dient amendement nr. 26 (DOC 52 1491/005) in, waartoe zijn fractie het initiatief heeft genomen en dat door verschillende leden van de meerderheid werd ondertekend. Het beoogt in artikel 153, § 1, 4), het principe op te nemen van de inachtneming van de therapeutische vrijheid, waarvan het belang zopas voor het voetlicht werd gebracht.

De heer Koen Bultinck (VB) vraagt wanneer de minister het overleg denkt aan te vatten met alle zorgverleners over de nieuwe taken waarmee de adviserend geneesheren worden belast. Dat overleg kan het wantrouwen wegnemen die men in het veld ontwaart en die er trouwens ook is geweest in verband met het «e-Health-project».

Het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle is ook belast met de accreditatie van de adviserend geneesheren en van de ambtenaren van het RIZIV. Zo krijgt dat Comité veel macht. Is het de bedoeling dat Comité ook met de accreditatie van de

temps d'adapter la réglementation à l'état actuel des possibilités médicales?

L'intervenante se demande encore s'il ne faudrait pas davantage de concertation entre médecins – conseil, assurances, médecins du travail. Compte tenu de l'importance des décisions pour les patients, cette concertation serait certainement utile.

Par ailleurs, l'évaluation de l'incapacité de travail évolue également. Certaines fonctions sont compatibles même avec une maladie grave. Il est actuellement malaisé d'en convaincre les médecins – conseil. Très souvent aussi, les déplacements entre le domicile et le lieu du travail font obstacle à une reprise du travail, alors que diverses formules permettent aujourd'hui de remédier à ces difficultés. La plupart des patients ont le souhait de rester actifs. Il revient au médecin du travail de les y aider.

Quel est l'objectif de la mission de guidance des assurés que le projet attribue au médecin – conseil? S'agit-il d'une aide en vue de trouver un travail adéquat ou d'une aide sociale plus globale?

En ce qui concerne l'accréditation, un coût de 8 à 9 millions d'euros est prévu: ce montant sera sans doute inscrit au budget 2009. S'attend-on à une croissance de ce coût? S'agit-il d'un coût annuel?

M. Pierre-Yves Jeholet (MR) relève l'inquiétude qui se manifeste dans les interventions au sujet de l'élargissement des missions des médecins – conseil ainsi qu'au sujet de la liberté thérapeutique des médecins.

Il présente l'amendement n° 26 (DOC 52 1491/005), dont son groupe a pris l'initiative et qui a été signé par plusieurs membres de la majorité, afin d'inscrire dans l'article 153, § 1, 4), le principe du respect de la liberté thérapeutique, dont l'importance vient d'être soulignée.

M. Koen Bultinck (VB) demande à la ministre quand elle compte initier la concertation avec l'ensemble des dispensateurs de soins au sujet des nouvelles missions confiées aux médecins – conseil. Cette concertation est susceptible d'atténuer la méfiance perceptible sur le terrain et qui se manifestait d'ailleurs aussi en ce qui concerne le projet «e-Health».

En ce qui concerne l'accréditation des médecins – conseil et des fonctionnaires dépendant de l'Inami, ce contrôle est lui aussi attribué au Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, lequel concentre ainsi des pouvoirs considérables. Est-ce l'intention de

artsen te belasten? Ook het antwoord op die vraag kan de ongerustheid in het veld doen afnemen.

De minister herhaalt dat het terzake niet de bedoeling is de rol van de adviserend geneesheren fundamenteel te wijzigen. De meeste van de in het wetsontwerp vervatte elementen maken al deel uit van de praktijk van de adviserend geneesheren. De tekst beoogt in geen geval afbreuk te doen aan de therapeutische vrijheid. Daarom heeft de minister er geen moeite mee om het amendement van de heer Jeholet te steunen.

De in artikel 153, § 1, 1) omschreven taak is een taak van de ziekenfondsen, in verband met de nood aan kwaliteitsvolle en voor de verzekerden toegankelijke geneeskunde.

De rol van algemene informatie ten behoeve van de verzekerden die dat artikel aan de adviserend geneesheer toekent, doet geen afbreuk aan de rol van de artsen in hun individuele contacten met hun patiënten.

De in artikel 153, § 1, 2), bedoelde opdracht om de zorgverleners te informeren, houdt geenszins in dat zij die informatie ook in acht moeten nemen; wat bijvoorbeeld het voorschrijven van generische geneesmiddelen betreft, scoren de meeste artsen beter dan de hen opgelegde doelstellingen.

Voor bepaalde ziekten is het de bedoeling niet langer het algemene voorschrijfgedrag van de hele beroepstak te bekijken, maar de individuele percentages. Hier is voor de adviserend geneesheren een algemene informatie-opdracht weggelegd aangaande de wet en de manieren om ze na te leven.

Geregeld brengen de ziekenfondsen algemene studies uit – onlangs nog over heupprotheses. Het is perfect denkbaar dat de adviserend geneesheren uit die studies informatie kunnen putten ten behoeve van alle zorgverleners, die vervolgens beslissen wat ze met die informatie doen.

Aan mevrouw Lecomte bevestigt de minister dat de huidige voorschriften in verband met de geneeskundige controle ongewijzigd blijven. Voor alle geplande herwaarderingsen wordt voorzien in een jaarlijks budget van 3 miljoen euro gedurende drie jaar. De accrediteringspremies bedragen 2.800 euro.

In vergelijking met het gemiddelde loon van een huisarts verdient een adviserend geneesheer tussen 20 en 45% minder. Het brutomaandloon van de advise-

confier aussi l'accréditation des médecins à ce Comité? La réponse à cette question est, elle aussi, susceptible d'atténuer les inquiétudes sur le terrain.

Mme Laurette Onkelinx, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, répète qu'il ne s'agit pas ici de modifier fondamentalement le rôle des médecins – conseil. La plupart des éléments en projet relèvent déjà de la pratique des médecins – conseil. Le texte ne vise en aucun cas à porter atteinte à la liberté thérapeutique; c'est pourquoi la ministre n'a aucune difficulté à se rallier à l'amendement proposé par M. Jeholet.

La mission définie à l'article 153, § 1^{er}, 1), est une mission des mutualités; elle porte sur les nécessités d'une médecine de qualité, accessible aux assurés.

Le rôle d'information générale à l'intention des assurés qui y est attribué au médecin – conseil ne met pas en cause le rôle des médecins dans leurs contacts individuels avec leurs patients.

La mission d'information des dispensateurs de soins prévue à l'article 153, § 1^{er}, 2), ne contient aucune obligation de se conformer à cette information. Par exemple, en ce qui concerne la prescription de génériques, la plupart des médecins font mieux que ce qui leur est prescrit.

Pour certaines pathologies, il est prévu de passer de prescriptions générales pour l'ensemble de la profession à des pourcentages individuels: il y a là, pour le médecin – conseil, un rôle d'information générale sur la loi et les moyens de la respecter.

Régulièrement, les mutualités publient des études générales; c'était le cas récemment d'une étude sur la prothèse de la hanche: il est parfaitement concevable que les médecins – conseil distillent de ces études des informations collectives à l'intention des dispensateurs de soin. Libre à eux d'en faire ce qu'ils veulent.

La ministre confirme à l'intention de Mme Lecomte qu'en ce qui concerne le contrôle médical, les règles actuelles ne sont pas modifiées. Pour ce qui concerne l'ensemble des revalorisations, un budget annuel de 3 millions d'euros est prévu pour trois années. Les primes d'accréditation sont de 2.800 euros.

En ce qui concerne les rémunérations, par rapport à la moyenne des rémunérations des médecins généralistes, les médecins – conseil gagnent entre 20 et 45%

rend geneesheren bedroeg op 1 januari 2007 minimum 5.056,44 euro en maximum 7.166,64 euro.

De DGEC heeft dan weer tot taak de adviserend geneesheren te erkennen. Tevens kan hij een advies uitbrengen teneinde de accrediteringsregeling in het algemeen vast te stellen. Er is geen sprake van dat de dienst een rol zou spelen in de accrediteringsregeling ten behoeve van de zorgverleners: daar bestaan al structuren voor, onder andere de stuurgroep «accreditering».

*
* *

Amendement nr. 23 van de heer Gilkinet, tot weglating van artikel 29, wordt verworpen met 10 tegen 2 stemmen en 1 onthouding.

Amendement nr. 26 van de heer Jeholet c.s. wordt aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

Het aldus geamendeerde artikel 29 wordt aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

Art. 30 en 31.

Op deze artikelen dient de heer Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) de amendementen nrs. 24 en 25 (DOC 52 1491/...) in, tot weglating van de artikelen 30 en 31.

*
* *

De amendementen nrs. 24 en 25 worden achtereenvolgens verworpen met 10 tegen 2 stemmen en 1 onthouding.

De artikelen 30 en 31 worden achtereenvolgens aangenomen met 10 tegen 2 stemmen en 1 onthouding.

Art. 32 en 33.

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

Ze worden achtereenvolgens eenparig aangenomen.

en moins. La rémunération mensuelle brute des médecins – conseil s'élevait au 1^{er} janvier 2007 de minimum 5.056,44 euros à maximum 7.166,64 euros.

En ce qui concerne le Comité DGEC, il a pour mission d'agréer les médecins – conseil. Il peut également donner un avis pour fixer le système d'accréditation en général. Il n'est pas question qu'il puisse jouer un rôle dans le système d'accréditation des prestataires de soins: des structures existent à cet égard, notamment le groupe directeur «accréditation».

*
* *

L'amendement n° 23 de M. Gilkinet visant la suppression de l'article 29 est rejeté par 10 voix contre 2 et 1 abstention.

L'amendement n° 26 de M. Jeholet et consorts est adopté par 13 voix et 1 abstention.

L'article 29, tel que modifié, est adopté par 13 voix et 1 abstention.

Art. 30 et 31.

Ces articles font l'objet des amendements n° 24 et 25 de M. Gilkinet, qui en propose la suppression.

*
* *

Les amendements n° 24 et 25 sont successivement rejetés par 10 voix contre 2 et 1 abstention.

Les articles 30 et 31 sont successivement adoptés 10 voix contre 2 et 1 abstention.

Art. 32 et 33.

Ces articles ne font l'objet d'aucune remarque.

Ils sont successivement adoptés par 13 voix et 1 abstention.

Afdeling 12

Verjaringstermijnen

Art. 50

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Het wordt aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

Afdeling XIII

Single Euro Payments Area

Art. 51 en 52

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

Ze worden achtereenvolgens aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

HOOFDSTUK 2

Wijzigingen aan de wet van 26 maart 2007 houdende diverse bepalingen met het oog op de integratie van de kleine risico's in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de zelfstandigen

Art. 56

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Het wordt aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

HOOFDSTUK 3

Syndicale premie en sociale akkoorden

Art. 57 en 58

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

Ze worden achtereenvolgens aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

Section 12

Délais de prescription

Art. 50

Cet article ne fait l'objet d'aucune remarque.

Il est adopté par 13 voix et 1 abstention.

Section 13

Single Euro Payments Area

Art. 51 et 52

Ces articles ne font l'objet d'aucune remarque.

Ils sont successivement adoptés par 13 voix et 1 abstention.

CHAPITRE 2

Modifications à la loi du 26 mars 2007 portant des dispositions diverses en vue de l'intégration des petits risques dans l'assurance obligatoire soins de santé pour les travailleurs indépendants

Art. 56

Cet article ne fait l'objet d'aucune remarque.

Il est adopté par 13 voix et 1 abstention.

CHAPITRE 3

Prime syndicale et accords sociaux

Art. 57 et 58

Ces articles ne font l'objet d'aucune remarque.

Ils sont successivement adoptés par 13 voix et 1 abstention.

Hoofdstuk 4

**Wijzigingen aan de programmawet (I)
van 24 december 2002**

Art. 59 en 60

De heer Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) vraagt om nadere preciseringen over de weerslag van die bepaling, die een uitbreiding inhoudt van de toegang tot de versleutelde gezondheidszorggegevens. Ook had hij graag de argumenten ter staving daarvan gehoord.

Hij herinnert eraan dat deze aangelegenheid moeilijk ligt op het stuk van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Het is daarom écht onontbeerlijk dat op elke in uitzicht gestelde toegang tot dergelijke gegevens een aantal beperkingen gelden.

Mevrouw Maggie De Block (Open Vld) stipt aan dat het Intermutualistisch Agentschap kennelijk ook een gebruiker zal mogen zijn van de permanente steekproef.

Ze herinnert er echter aan dat, in tegenstelling tot de regeling die geldt in andere landen, niet alle gegevens van de ziekenfondsen kunnen worden ingekeken door de verschillende instanties die in de sector van de gezondheidszorg actief zijn. Nochtans zou de evolutie van ziekten aldus beter kunnen worden gevolgd en zou ook de informatie tussen die instanties beter doorstromen. Er is daarover al gedebatteerd. Waarom niet van deze gelegenheid gebruik maken om een nuttige stap vooruit te zetten?

De minister merkt op dat deze bepalingen niets te maken hebben met de exploitatie van individuele gegevens, maar met het gebruik van de – versleutelde – gegevens van het Intermutualistisch Agentschap door het Agentschap zelf. Het Agentschap stelt die versleutelde gegevens ter beschikking van verschillende instellingen zonder er zelf toegang toe te hebben. Die toegang mogelijk maken komt neer op een rationele technische aanpassing. Bovendien wordt bepaald dat de toegekende machtiging aan de Koning pas ingaat na een gunstig advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

De heer Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) vindt het een goede zaak dat de ziekenfondsen toegang kunnen hebben tot neutraal en anoniem gemaakte gezondheidsgegevens, aangezien zij interessante studies uitbrengen over de algemene evolutie van de gezondheidszorg.

*
* *

CHAPITRE 4

**Modifications à la loi-programme (I)
du 24 décembre 2002**

Art. 59 et 60

M. Georges Gilkinet (Ecolo-Groen !) souhaite des précisions quant à l'incidence de cette disposition qui permet d'élargir l'accès aux données codées en matière de soins de santé, ainsi que sur les motifs qui la justifient.

Il rappelle que cette matière touche à des questions délicates sur le plan de la protection des données. C'est dire que des nécessaires limitations doivent entourer tout nouvel accès à des données que l'on entend permettre.

Mme Maggie De Block (Open VLD) observe que l'Agence Intermutualiste pourrait se voir désigner utilisatrice des données de l'échantillon permanent.

Elle rappelle qu'à la différence de la réglementation d'autres états, toutes les données détenues par les mutualités ne sont pas accessibles aux différentes instances intervenantes dans le système des soins de santé. Cela permettrait pourtant d'améliorer le suivi de l'évolution des maladies, ainsi que la circulation des informations entre ces mêmes instances. Des débats on déjà eu lieu à ce sujet. Pourquoi ne pas profiter ici de cette occasion pour réaliser un pas utile en ce sens?

La ministre fait remarquer que l'exploitation des données individuelles n'est pas visée ici, mais seulement l'exploitation des données propres de l'Agence Intermutualiste, lesquelles sont codées. Permettre à l'Agence Intermutualiste qui met ces données codées à disposition de plusieurs institutions d'y avoir elle-même accès, constitue une modification technique rationnelle. En outre, il est prévu que l'habilitation conférée au Roi n'intervienne qu'après un avis favorable de la commission pour la protection de la vie privée.

M. Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) juge favorable que les mutualités puissent avoir accès à des données de santé neutralisées et rendues anonymes, dans la mesure où elles éditent des études intéressantes sur le plan de l'évolution générale des soins de santé.

*
* *

De artikelen 59 en 60 worden achtereenvolgens aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

HOOFDSTUK 5

Wijziging aan de wet van 5 juni 2002 betreffende de maximumfactuur in de verzekering voor geneeskundige verzorging

Art. 61

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Het wordt aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

HOOFDSTUK 7

Personen ten laste

Art. 64 en 65

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

Ze worden aangenomen met 13 stemmen en 1 onthouding.

*
* *

Het geheel van de aan de commissie voorgelegde en aldus geamendeerde en wetgevingstechnisch gecorrigeerde artikelen worden aangenomen met 12 stemmen en 2 onthoudingen.

De rapporteur,

Stefaan VERCAMER

De voorzitter,

Yvan MAYEUR

Les articles 59 et 60 sont successivement adoptés par 13 voix et 1 abstention.

CHAPITRE 5

Modifications de la loi du 5 juin 2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé

Art. 61

Cet article ne fait l'objet d'aucune remarque et est adopté par 13 voix et 1 abstention.

CHAPITRE 7

Personne à charge

Art. 64 et 65

Ces articles ne font l'objet d'aucun commentaire et sont adoptés par 13 voix et 1 abstention.

*
* *

L'ensemble des dispositions soumises à la commission, telles qu'elles ont été modifiées et corrigées sur le plan légistique, est adopté par 12 voix et 2 abstentions.

Le rapporteur,

Stefaan VERCAMER

Le président,

Yvan MAYEUR