

Chambre des Représentants de Belgique

SESSION ORDINAIRE 1996-1997 (*)

22 AVRIL 1997

PROPOSITION DE RESOLUTION

**sur la nécessité de mesures
structurelles dans le secteur
des soins de santé**

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES (1)

PAR M. Luc GOUTRY

(1) Composition de la commission :

Président : M. Chevalier.

A. — Titulaires :

C.V.P. Mme D'Hondt (G.), MM.
Goutry, Lenssens, Mme Pie-
ters (T.).
P.S. Mme Burgeon, MM. Deli-
zée, Dighneef.
V.L.D. MM. Anthuenis, Chevalier,
Valkeniers.
S.P. MM. Bonte, Vermassen.
P.R.L.- M. Bacquellaine, Mme Her-
F.D.F. zet.
P.S.C. M. Viseur (J.-J.).
Vl. M. Van den Eynde.
Blok
Agalev/M. Wauters.
Ecolo

B. — Suppléants :

M. Ansoms, Mmes Creyf, van Kes-
sel, MM. Verherstraeten, Willems.
MM. Dufour, Harmegnies, Moock,
Moriau.
MM. Cortois, De Grauwe, Dewael,
Lano.
MM. Cuyt, Suykens, Verstraeten.
MM. D'hondt (D.), Michel, Waut-
hier.
Mme Cahay-André, M. Fournaux.
Mme Colen, M. Laeremans.
MM. Detienne, Vanoost.

C. — Membre sans voix délibérative :

V.U. Mme Van de Castelee.

Voir :

- 947 - 96 / 97 :

- N° 1 : Proposition de résolution de M. Lenssens et con-
sorts.
- N° 2 et 3 : Amendements.

Voir aussi :

- N° 5 : Texte adopté par la commission.

(*) Troisième session de la 49^e législature.

Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers

GEWONE ZITTING 1996-1997 (*)

22 APRIL 1997

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**over de noodzaak van structurele
maatregelen
in de gezondheidszorg**

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE VOOR DE
SOCIALE ZAKEN (1)

UITGEBRACHT DOOR DE HEER Luc GOUTRY

(1) Samenstelling van de commissie :

Voorzitter : de heer Chevalier.

A. — Vaste leden :

C.V.P. Mevr. D'Hondt (G.), HH.
Goutry, Lenssens, Mevr.
Pieters (T.).
P.S. Mevr. Burgeon, HH. Deli-
zée, Dighneef.
V.L.D. HH. Anthuenis, Chevalier,
Valkeniers.
S.P. HH. Bonte, Vermassen.
P.R.L.- H. Bacquellaine, Mevr. Her-
F.D.F. zet.
P.S.C. H. Viseur (J.-J.).
Vl. H. Van den Eynde.
Blok
Agalev/H. Wauters.
Ecolo

B. — Plaatsvervangers :

H. Ansoms, Mevr. Creyf, Mevr. van
Kessel, HH. Verherstraeten, Wil-
lems.
HH. Dufour, Harmegnies, Moock,
Moriau.
HH. Cortois, De Grauwe, Dewael,
Lano.
HH. Cuyt, Suykens, Verstraeten.
HH. D'hondt (D.), Michel, Wauthier.
Mevr. Cahay-André, H. Fournaux.
Mevr. Colen, H. Laeremans.
HH. Detienne, Vanoost.

C. — Niet-stemgerechtigd lid :

V.U. Mevr. Van de Castelee.

Zie :

- 947 - 96 / 97 :

- N° 1 : Voorstel van resolutie van de heer Lenssens c.s.
- N° 2 en 3 : Amendementen.

Zie ook :

- N° 5 : Tekst aangenomen door de commissie.

(*) Derde zitting van de 49^e zittingsperiode.

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a examiné la présente proposition de résolution lors de ses réunions des 12 et 19 mars 1997.

I. — EXPOSE INTRODUCTIF DE L'AUTEUR PRINCIPAL DE LA PROPOSITION

1. *Rétroactes*

M. Lenssens rappelle que le gouvernement et le Parlement ont apporté ces dernières années des modifications importantes au système et aux structures de l'assurance soins de santé, laquelle représente une partie importante de la politique de santé.

Ainsi, la loi du 15 février 1993 portant réforme de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (dite loi « Moureaux ») a procédé à une réforme structurelle de notre système de gestion de l'assurance maladie-invalidité.

Cette réforme était conçue sur la base des principes suivants :

- responsabilisation accrue de toutes les parties concernées par l'octroi de plus de responsabilités au niveau de la gestion;
- participation accrue des interlocuteurs sociaux à la gestion budgétaire du système;
- responsabilité financière (partielle) des mutualités;
- forte présence de représentants du gouvernement dans les organes de gestion de l'INAMI.

Cette réforme a institué de nouveaux organes au sein de l'INAMI comme le Conseil général de l'assurance soins de santé et le comité de l'assurance.

Le Conseil général a permis d'impliquer davantage les partenaires sociaux dans l'établissement du budget et la gestion de l'assurance soins de santé (réaffirmation du modèle de concertation).

Enfin, la loi du 15 février 1993 a consacré la primauté finale de l'autorité politique dans la politique de l'AMI.

L'intervenant souligne que le choix du modèle de concertation pour la gestion de l'assurance maladie-invalidité constitue un choix politique délibéré.

En effet, si les autorités définissaient unilatéralement non seulement les options politiques, mais aussi la mise en œuvre du système légal d'assurance maladie, on en arriverait bien vite à un « modèle de confrontation ».

En plus d'être antidémocratique, un tel modèle serait aussi inefficace et inapplicable en raison de la complexité du secteur, qui comprend une grande diversité d'acteurs et des dizaines de milliers de dispensateurs de soins, qui, en raison de leur liberté thérapeutique, influencent considérablement les dépenses.

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft dit voorstel van resolutie besproken tijdens haar vergaderingen van 12 en 19 maart 1997.

I. — INLEIDENDE UITEENZETTING DOOR DE HOOFDINDIENER VAN HET VOORSTEL

1. *Antecedenten*

De heer Lenssens wijst erop dat regering en parlement de jongste jaren belangrijke wijzigingen in het stelsel en de structuren van de ziekteverzekering — een belangrijke onderdeel van het gezondheidsbeleid — hebben aangebracht.

Zo heeft de wet van 15 februari 1993 tot hervorming van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (de zogenaamde wet-Moureaux) een structurele hervorming van ons beheerssysteem van de ziekte- en invaliditeitsverzekering doorgevoerd.

Die hervorming steunde op de volgende basisbeginselen :

- grotere responsabilisering van alle actoren door meer beheersverantwoordelijkheid;
- grotere betrokkenheid van de sociale partners in het budgettair beheer van het stelsel;
- (gedeeltelijke) financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen;
- sterke aanwezigheid van regeringsafgevaardigden in de beheersorganen van het RIZIV.

Die hervorming stelde binnen het RIZIV nieuwe organen in, zoals de Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging en het Verzekeringscomité.

De Algemene Raad maakte het mogelijk de sociale partners nauwer bij de opmaak van de begroting en bij het beheer van de ziekteverzekering te betrekken (herbevestiging van het overlegmodel).

Ten slotte bevestigde de wet van 15 februari 1993 de finale primautéit van de overheid omtrent het ZIV-beleid.

De spreker onderstreept dat de keuze van het overlegmodel voor het beheer van de ziekte- en invaliditeitsverzekering een bewuste politieke keuze is.

Immers, indien de overheid eenzijdig niet enkel de beleidsopties, maar ook de uitvoering van het wettelijk systeem van ziekteverzekering wil bepalen zou dit neerkomen op het « confrontatiemodel ».

Dergelijk model zou niet enkel ondemocratisch zijn, het zou wellicht onuitvoerbaar en inefficiënt zijn wegens de complexiteit van de sector met zijn grote verscheidenheid aan betrokken partijen en tienduizenden zorgverleners die door hun vrijheid van therapeutisch handelen de uitgaven sterk beïnvloeden.

L'intervenant estime que les lignes de force de la politique en matière de soins de santé, en ce compris les droits des assurés sociaux, doivent être définies par le gouvernement et le parlement en concertation avec les parties concernées.

L'objectif doit toujours être de dispenser des soins médicaux de qualité, accessibles à tous et financièrement acceptables pour la collectivité et le patient.

En novembre 1993, le gouvernement décidait, dans le cadre du plan global pour l'emploi, la compétitivité et la sécurité sociale, d'imposer au secteur des soins de santé une norme de croissance maximale réelle de 1,5 %.

2. Evolution des dépenses en soins de santé

Après une croissance substantielle des dépenses en soins de santé au début des années nonante (entre 10 et 13 % par an), l'on a assisté à une forte diminution de cette croissance pour aboutir à un boni inattendu de l'ordre de six milliards de francs en 1995.

L'année 1996 est à nouveau caractérisée par un dérapage des dépenses. Le dépassement de l'objectif budgétaire est dû pour une part importante à des facteurs uniques, tels que le report comptable de factures de 1995 au début de 1996 et la facturation plus rapide au niveau des dépenses des hôpitaux et/ou des organismes assureurs. Ce dépassement est toutefois également dû à un accroissement de la consommation médicale.

Afin de respecter l'objectif budgétaire de 428,3 milliards de francs en 1997, le gouvernement prenait en août-septembre 1996 des mesures d'économie à concurrence d'un montant de 19,25 milliards de francs. Ces mesures s'avérant insuffisantes, le gouvernement prenait le 23 décembre 1996 des mesures linéaires urgentes dont l'impact budgétaire global est évalué à 10 milliards de francs (blocage des tarifs et honoraires médicaux, réduction de 3 % de ceux-ci. Ces mesures linéaires sont appelées à être remplacées par des mesures structurelles.

L'orateur ne peut souscrire à la formulation du communiqué du gouvernement du 7 février 1997 car elle donnait à croire que les dépenses en soins de santé étaient à nouveau sous contrôle. Or, les données comptables de l'INAMI font état de dépenses en soins de santé de l'ordre de 441 milliards de francs en 1996. Le déficit pour 1996 se situe quant à lui dans une fourchette de 22 à 27 milliards de francs et l'objectif budgétaire est fixé à 418,3 milliards de francs en 1996 et à 428,3 milliards de francs en 1997.

Cela signifie que si l'on souhaite respecter la norme de croissance de 1,5 %, il conviendra de réduire les dépenses de 13 milliards de francs *en chiffres absolus* en 1997 par rapport à 1996.

Volgens de spreker moeten de krachtlijnen van de politiek inzake gezondheidszorg, met inbegrip van de rechten van de sociaal-verzekerden, door regering en parlement worden bepaald in overleg met de betrokken partijen.

Het objectief moet steeds zijn : een kwaliteitsvolle geneeskundige zorg in het bereik van eenieder die betaalbaar is voor de gemeenschap en de patiënt.

In november 1993 besliste de regering, in het kader van het globaal plan voor de werkgelegenheid het concurrentievermogen en de sociale zekerheid, aan de sector gezondheidszorg een reëel maximale groeicnorm van 1,5 % op te leggen.

2. Evolutie van de uitgaven in de gezondheidssector

Na een substantiële groei van de uitgaven in de gezondheidssector (tussen 10 en 13 % per jaar) in het begin van de jaren negentig, was er een sterke vertraging van deze stijging waar te nemen; nadien evolueerde de sector naar een — onverwacht — overschot van zes miljard frank in 1995.

In 1996 ontsporen de uitgaven opnieuw. Dat de begrotingsdoelstelling niet wordt gehaald, is grotendeels te wijten aan eenmalige factoren, zoals de boekhoudkundige overheveling van facturen van 1995 naar begin 1996, en aan de snellere facturering van de ziekenhuisuitgaven en/of van de uitgaven van de verzekeringsinstellingen. De overschrijding van de begrote middelen is echter aan een stijging van de medische consumptie te wijten.

Om de begrotingsdoelstelling van 428,3 miljard frank in 1997 te halen, nam de regering in de periode augustus-september 1996 besparingsmaatregelen voor een bedrag van 19,25 miljard frank. Aangezien die maatregelen onvoldoende bleken te zijn, nam de regering op 23 december 1996 dringende lineaire maatregelen. Het begrotingseffect daarvan wordt op 10 miljard frank geraamd (blokkering van de medische tarieven en honoraria, vermindering met 3 % van die tarieven en honoraria. Het ligt in de bedoeling die lineaire maatregelen door structurele maatregelen te vervangen.

De spreker kan de formulering van het regeringscommuniqué van 7 februari 1997 niet onderschrijven : die wekte de indruk dat de uitgaven in de gezondheidssector opnieuw onder controle waren. Uit de boekhoudkundige gegevens van het RIZIV blijkt echter dat de uitgaven in de gezondheidssector in 1996 zowat 441 miljard frank bedroegen. Het tekort voor 1996 bedraagt aldus 23 miljard frank waar de begrotingsdoelstelling is vastgesteld op 418,3 miljard frank in 1996 en op 428,3 miljard frank in 1997.

Dit betekent dat als men de groeicnorm van 1,5 % wil halen, de uitgaven *in absolute cijfers* in 1997 13 miljard frank lager zullen moeten liggen dan in 1996.

La concrétisation de cet objectif est hypothétique et dépendra des mesures structurelles prises par le gouvernement au cours des prochaines semaines et des prochains mois.

L'intervenant constate par ailleurs que le coût pour les hôpitaux de la réduction de 3 % des honoraires perçus auprès des patients hospitalisés est répercuté, dans toutes les institutions de soins, sur le patient. Il s'avère en outre qu'entre 1993 et 1997, le patient a payé l'équivalent de 12 milliards de francs supplémentaires en tickets modérateurs. Le montant total des tickets modérateurs acquittés par les patients s'élève à ce jour à 125-130 milliards de francs. La résolution à l'examen souligne dès lors les limites qui ont été atteintes à cet égard.

D'autre part, outre les mesures ponctuelles, le gouvernement a élaboré ces trois dernières années des mesures structurelles en soins de santé. Ces mesures devaient agir sur les mécanismes qui rendent impossible la maîtrise des dépenses. Les débats récents à la Chambre, en particulier à l'occasion des auditions des hauts fonctionnaires de l'INAMI par la commission les 4 et 5 février 1997, ont mis en lumière le point de vue des différents acteurs de la santé à l'égard de ces mesures. L'orateur estime toutefois qu'en dépit desdites mesures, trop peu de décisions concrètes ont été prises par le gouvernement et que le problème de la maîtrise des dépenses subsiste. Des décisions à caractère structurel devront dès lors être prises et il est indiqué de les faire progressivement entrer en vigueur, à échéances précises, au cours des prochaines années.

3. Contexte sous-jacent à la résolution

L'orateur indique que la résolution, cosignée par des membres du groupe CVP et un membre du groupe PSC, n'est pas dirigée contre le gouvernement mais qu'elle vise à apporter une contribution positive au débat qui devra être finalisé les prochains mois.

La question de la communautarisation des soins de santé, à propos de laquelle un consensus paraît se dessiner au sein du Parlement flamand, est étrangère à l'objet de cette résolution.

L'accord de gouvernement ne prévoit nullement une communautarisation partielle de la sécurité sociale; il précise simplement que le gouvernement fédéral continuera à lutter contre les différences injustifiées en matière de soins de santé entre le nord et le sud du pays ou entre différents arrondissements et ce, sur la base des rapports du Conseil général de l'INAMI relatifs à l'application uniforme de la législation.

Par cette résolution, il s'agit pour la Chambre de contribuer à la définition des orientations globales de

De haalbaarheid hiervan is twijfelachtig en zal afhangen van de structurele maatregelen die de regering in de komende weken en maanden zal nemen.

De spreker stelt voorts vast dat de kosten voor de ziekenhuizen, die voortvloeien uit de vermindering met 3 % van de honoraria die aan de ziekenhuispatiënten worden aangerekend, in alle instellingen voor medische hulpverlening op de patiënt worden verhaald. Bovendien blijkt dat de patiënt tussen 1993 en 1997 het equivalent van 12 miljard frank aan extra remgeld heeft betaald. Momenteel bedraagt het totaalbedrag aan remgeld dat door de patiënten wordt betaald, zo'n 125 à 130 miljard frank. De resolutie die ter bespreking voorligt, beklemtoont dan ook uitdrukkelijk de grenzen die ter zake bereikt zijn.

Anderzijds heeft de regering, naast de concrete maatregelen, de jongste drie jaar in de gezondheidssector ook een aantal structurele maatregelen genomen. Het lag in de bedoeling die maatregelen te doen inwerken op de mechanismen die de controle op de uitgaven onmogelijk maken. De recente Kamerdebatten, inzonderheid de hoorzittingen met topambtenaren van het RIZIV tijdens de commissievergaderingen van 4 en 5 februari 1997, hebben het standpunt van de diverse actoren in de gezondheidssector ten opzichte die maatregelen aan het licht gebracht. De spreker meent evenwel dat, ondanks die maatregelen de regering al te weinig concrete maatregelen heeft genomen en dat het probleem van de controle van de uitgaven niet van de baan is. Er zullen dan ook beslissingen van structurele aard moeten worden genomen en het is aangewezen die de volgende jaren geleidelijk, telkens na verloop van een welbepaalde termijn, ingang te doen vinden.

3. Context waarin de resolutie tot stand kwam

De spreker wijst erop dat de resolutie, die door leden van de CVP-fractie en door een PSC-lid werd ondertekend, niet tegen de regering gericht is, maar dat ze ertoe strekt een positieve bijdrage te leveren aan het debat dat de volgende maanden moet worden afgerond.

De kwestie van de federalisering van de gezondheidszorg, waarrond in het Vlaams parlement een consensus lijkt te groeien, staat los van deze resolutie.

Het regeerakkoord voorziet niet in een gedeeltelijke federalisering van de sociale zekerheid. Het regeerakkoord preciseert alleen dat de federale regering, aan de hand van de verslagen van de Algemene raad van het RIZIV over de uniforme toepassing van de wetgeving, de ongerechtvaardigde verschillen op het vlak van de gezondheidszorg tussen het noorden en het zuiden van het land of tussen de diverse arrondissementen zal blijven bestrijden.

Door deze resolutie wil de Kamer een bijdrage leveren aan de uitstippeling van de algemene kracht-

la politique de santé et d'émettre un signal positif au secteur des soins de santé et à ses acteurs, à l'opinion publique et au gouvernement.

L'intervenant déclare par ailleurs que son groupe est fidèle au modèle de concertation et de responsabilisation des acteurs, inhérent au système actuel des soins de santé. Il n'en demeure pas moins que ce système comporte en soi des mécanismes de consommation démesurée et de croissance des dépenses, tels que :

- la totale liberté thérapeutique (les limites de cette liberté ne sont pas définies par la collectivité mais individuellement, par chaque dispensateur de soins);
- la liberté de choix du patient;
- la quasi-liberté d'établissement des dispensateurs de soins;
- la liberté de choix d'études des étudiants.

Ces caractéristiques importantes de notre régime combinées à un système de paiement à la prestation constituent incontestablement l'une des causes de la forte augmentation des dépenses, de l'offre importante et dès lors de la surconsommation médicale.

Exemple : la Belgique comptait, en 1992, 20 centres d'implantation de stimulateurs cardiaques par million d'habitants et 600 stimulateurs cardiaques y ont été implantés par million d'habitants. Les Pays-Bas comptaient quant à eux 7 centres d'implantation et 200 stimulateurs cardiaques ont été implantés par million d'habitants.

Si l'on entend freiner la croissance exponentielle des dépenses, il faudra réglementer certaines libertés individuelles sans compromettre la valeur intrinsèque des libertés du patient ni la liberté thérapeutique. Le système du paiement à la prestation devra, lui aussi, être remis en question, notamment en milieu hospitalier. On pourrait envisager l'application d'un système mixte — un forfait et une part d'honoraires en fonction des prestations.

Le membre souligne qu'il entend qu'une médecine de qualité, accessible à tous, soit préservée.

Si on ne prend pas les prochains mois des mesures structurelles, entrant progressivement en vigueur à échéances précises, on court le risque, les prochaines années, de devoir augmenter les tickets modérateurs (ce qui serait socialement inacceptable) ou de devoir réduire l'éventail des prestations couvertes par l'assurance obligatoire, ce qui équivaldrait à privatiser et donc à commercialiser l'assurance soins de santé (ce qui serait socialement tout aussi inacceptable puisque l'on assisterait à une dualisation des soins de santé).

L'intervenant propose dès lors les mesures suivantes :

- intervention sur les mécanismes multiplicateurs de dépenses en soins de santé;
- limitation des libertés thérapeutique et de choix du patient;

lijnen van het te voeren gezondheidsbeleid en een positief signaal uitzenden naar alle actoren van de gezondheidssector, naar de publieke opinie en naar de regering.

De spreker verklaart voorts dat zijn fractie trouw is aan het model van overleg en responsabilisering van de actoren, dat inherent is aan het huidige stelsel van de gezondheidszorg. Dat neemt niet weg dat in dit stelsel zelf elementen van overconsumptie en uitgavengroei zijn ingebouwd, zoals :

- de volledige therapeutische vrijheid (de grenzen van die vrijheid worden niet door de gemeenschap, maar individueel door iedere medische hulpverlener afzonderlijk vastgelegd);
- de keuzevrijheid van de patiënt;
- de vrijwel volledig vrije vestiging van de medische hulpverleners;
- de vrije studiekeuze.

Deze belangrijke kenmerken van ons systeem gekoppeld aan de honorering per prestatie zijn ongetwijfeld een van de oorzaken van de sterke uitgavengroei, een groot aanbod en derhalve medische overconsumptie.

Een voorbeeld : in 1992 telde België per miljoen inwoners 20 centra voor het inbrengen van pacemakers; op datzelfde aantal inwoners werden 600 pacemakers ingebracht. Nederland telde toen 7 soortgelijke centra; per miljoen inwoners kregen er 200 een pacemaker.

Wil men de uitgavenexplosie afremmen, dan zal men her en der aan de individuele vrijheden moeten sleutelen zonder de waarde op zich van de vrijheden van de patiënt en de therapeutische vrijheid in het gedrang te brengen. Ook de honorering per prestatie moet worden in vraag gesteld onder meer in de ziekenhuizen. Wellicht kan een gemengd systeem — een forfait en gedeeltelijk per prestatie — overworpen worden.

Het lid onderstreept dat hij ernaar streeft een voor iedereen toegankelijke kwaliteitsgeneeskunde te behouden.

Neemt men de komende maanden geen structurele maatregelen die na verloop van vastgelegde termijnen geleidelijk in werking treden, dan loopt men het risico dat de komende jaren het remgeld moet worden verhoogd (wat vanuit sociaal oogpunt onaanvaardbaar zou zijn), of dat het aantal prestaties dat door de verplichte ziekteverzekering wordt gedekt, moet worden verminderd, wat op een privatisering — en dus op een commercialisering — van de ziekteverzekering zou neerkomen (wat uit sociaal oogpunt even onaanvaardbaar zou zijn aangezien dat een dualisering van de gezondheidszorg zou betekenen).

De spreker stelt dan ook de volgende maatregelen voor :

- inwerken op de mechanismen die de uitgaven in de gezondheidssector exponentieel doen stijgen;
- een beperking van de therapeutische vrijheid en van de keuzevrijheid van de patiënt;

— fixation des honoraires sur une base partiellement forfaitaire (notamment dans le secteur hospitalier).

4. Lignes de force de la résolution

1) *Echelonnement des soins de santé*

L'orateur propose d'instaurer l'échelonnement sur une base volontaire pendant deux ans par exemple, de procéder ensuite à son évaluation et de l'imposer par la suite. Ceci permettrait notamment d'évaluer le nombre de patients par médecin généraliste et d'instaurer par la suite un système mixte de paiement des dispensateurs de soins.

2) *Politique hospitalière*

L'orateur demande la concrétisation juridique de la notion d'association d'hôpitaux (introduite par l'article 26 de la loi du 21 décembre 1994 portant des dispositions sociales et diverses), l'extension des possibilités offertes en matière de groupement et l'instauration d'un statut pour l'hospitalisation de jour. L'intervenant appelle également de ses vœux une programmation contraignante et une limitation des services médico-techniques lourds et de l'appareillage médical lourd. Il convient en particulier de veiller à une application stricte de l'article 64 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 : cette disposition prévoit que l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations effectuées dans les services ou au moyen de l'appareillage précités est tributaire, notamment, de l'agrément par le ministre communautaire sur la base de critères pouvant se rapporter au contrôle quantitatif et au financement. L'intervenant plaide enfin pour la mise en œuvre du nouveau concept hospitalier, avec instauration d'un mode de financement adéquat, s'inspirant de l'avis en la matière du Conseil national des établissements hospitaliers.

3) *Accessibilité des soins de santé*

L'orateur se déclare favorable à un droit généralisé aux soins de santé. Ce droit pourrait parfaitement être mis en œuvre en étant greffé sur le socle commun des régimes des travailleurs salariés et des indépendants. L'intervenant prône également une amélioration de la couverture sociale pour les maladies chroniques, pour laquelle des moyens budgétaires ont été prévus depuis 1996 mais non utilisés à ce jour.

4) *Sécurité tarifaire du patient*

Il convient (et l'article 13, 3°, de la loi cadre du 26 juillet 1996 relative à la modernisation de la sécu-

— gedeeltelijk forfaitaire vastlegging van de honoraria (onder meer in de ziekenhuissector).

4. Krachtlijnen van de resolutie

1) *Echelonnering van de gezondheidszorg*

De spreker stelt voor de echelonnering gedurende bijvoorbeeld twee jaar op vrijwillige basis in te voeren, daarna het systeem te evalueren, en het vervolgens verplicht te maken. Dit zou het met name mogelijk maken het aantal patiënten per huisarts in te schatten en nadien een gemengde regeling inzake de betaling van de medische hulpverleners in te voeren.

2) *Ziekenhuisbeleid*

De spreker vraagt dat het begrip associatie tussen de ziekenhuizen (ingevoerd bij artikel 26 van de wet van 21 december 1994 houdende sociale en diverse bepalingen) juridisch wordt ingevuld, dat de geboden mogelijkheden inzake groepering worden uitgebreid en dat een statuut voor de daghospitalisatie wordt ingevoerd. De spreker formuleert tevens de wens dat er een stringente programmatie en een beperking van de zware medisch-technische diensten en apparatuur komt. Er moet immers worden toegezien op een strikte toepassing van artikel 64 van de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen : die bepaling stelt de toekenning van verzekeringstegemoetkomingen in de kosten voor verstrekkingen die in medische diensten of met zware medische apparatuur verricht worden, onder meer afhankelijk van de erkenning, door de Gemeenschapsminister op grond van de criteria die inzonderheid betrekking kunnen hebben op de controle van de kwantiteit en op de financiering. De spreker pleit ten slotte voor de invoering van het nieuwe ziekenhuisconcept, met de invoering van een passende financieringswijze, die gebaseerd is op het door de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen uitgebrachte advies terzake.

3) *Toegang tot de gezondheidszorg*

De spreker verklaart voorstander te zijn van een veralgemeend recht op gezondheidszorg. Dat recht kon perfect worden ingevoerd door het te enten op de punten die de stelsels van loontrekkenden en zelfstandigen gemeenschappelijk hebben. De spreker staat tevens een verbetering voor van de sociale indekking voor chronische ziekten, waarvoor sinds 1996 budgettaire middelen worden uitgetrokken die tot op heden niet aangewend werden.

4) *Tariefzekerheid voor de patiënt*

Er moet worden toegezien op de tariefzekerheid van de ziekenhuispatiënt (artikel 13, 3°, van de ka-

rité sociale peut constituer la base juridique à cet effet) de veiller à la sécurité du patient hospitalisé en matière de tarifs, notamment par la limitation des suppléments d'honoraires exigés en cas d'hospitalisation en chambre à deux lits ou en chambre commune ainsi que par l'instauration d'une réglementation plus stricte en ce qui concerne les suppléments exigés en cas d'hospitalisation en chambre particulière.

5) *Médicaments*

L'orateur préconise la mise en œuvre de la deuxième phase de « Pharmanet » en fonction de l'évaluation du comportement des médecins prescripteurs, une information objective et indépendante en matière de médicaments et l'instauration de contrats prix/volumes en ce qui concerne les médicaments innovateurs.

6) *Elections médicales*

L'intervenant se demande s'il sera encore possible de procéder à des élections médicales avant l'échéance légale du 30 juin 1997. Cela fait trente ans que l'on dénonce l'existence d'un déficit démocratique au niveau de la représentation des médecins au sein des organes de l'INAMI. Il est donc hautement indiqué que des élections soient rapidement tenues. L'orateur suggère dans cette perspective que les organisations représentatives de médecins actuellement reconnues s'associent aux autres groupements de médecins (notamment généralistes).

7) *Maîtrise de l'offre médicale et paramédicale*

L'intervenant préconise l'exécution rigoureuse des choix opérés en matière de limitation du nombre de médecins ainsi que la définition, en concertation avec les Communautés, des besoins en matière de professions paramédicales. L'instauration, en particulier, d'un examen d'entrée, assorti d'un numerus clausus s'impose.

En conclusion, l'orateur indique que son groupe soutiendra les mesures que le gouvernement prendra les prochains mois dans les sept domaines énumérés ci-dessus mais aussi que son groupe se réserve le droit de déposer des propositions de loi si le gouvernement ne prend pas dans l'intervalle des décisions conséquentes en la matière.

derwet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid kan daartoe als rechtsgrond dienen); dat kan onder meer gebeuren door de beperking van extra honoraria die worden gevraagd wanneer men in het ziekenhuis in een kamer met twee bedden of in een gemeenschappelijke kamer verblijft, alsmede door de invoering van een striktere regelgeving inzake de meerkosten die worden aangerekend wanneer men in het ziekenhuis over een eenpersoonskamer beschikt.

5) *Geneesmiddelen*

De spreker stelt voor de tweede fase van « Pharmanet » in de praktijk te brengen, en daarbij rekening te houden met de evaluatie van het voorschrijfgedrag van de artsen, met een objectieve en onafhankelijke voorlichting over geneesmiddelen, en met de invoering van prijs/volume-overeenkomsten voor innoverende geneesmiddelen.

6) *Medische verkiezingen*

De spreker vraagt zich af of het mogelijk zal zijn nog vóór de wettelijke vervaldag van 30 juni 1997 medische verkiezingen te organiseren. Dertig jaar reeds stelt men het democratisch deficit op het vlak van de artsenvertegenwoordiging binnen de RIZIV-organen aan de kaak. Het is dus uitermate wenselijk dat er spoedig verkiezingen komen. De spreker suggereert in dat verband dat de momenteel erkende representatieve artsenorganisaties aansluiting zouden zoeken bij de andere artsengroeperingen (met name die van de huisartsen).

7) *Controle van het medisch en paramedisch aanbod*

De spreker stelt voor de keuzes op het vlak van de beperking van het aantal artsen alsmede de vastlegging, in overleg met de Gemeenschappen, van de noden inzake paramedische beroepen strikt toe te passen. Inzonderheid dient, naast een numerus clausus, een toelatingsexamen te worden ingevoerd.

Tot besluit wijst de spreker erop dat zijn fractie de maatregelen zal steunen die de regering de volgende maanden in de zeven voormelde domeinen zal nemen; tevens wijst hij erop dat zijn fractie zich het recht voorbehoudt om wetsvoorstellen in te dienen mocht de regering intussen ter zake geen beslissingen van betekenis hebben genomen.

II. — DISCUSSION

M. Goutry indique au préalable que le contrôle et l'évaluation de l'action gouvernementale constituent des droits fondamentaux dans le chef de chaque parlementaire, fût-il de la majorité. La résolution constitue un instrument à cet effet et la formulation de la présente témoigne d'une attitude constructive et attentive.

Cela étant, quatre grands principes doivent et devront les prochaines années fonder une politique de santé :

1. Accès égal à tous aux soins de santé

C'est un grand mérite de notre politique de santé d'avoir garanti jusqu'à ce jour des soins de santé de qualité à tous. Il convient que ceux-ci soient préservés afin d'éviter toute dualisation sociale. Les règles de l'assurabilité devront toutefois être clarifiées afin que les bénéficiaires potentiels puissent directement prétendre à l'intervention de l'assurance maladie et non pas, comme c'était le cas jusqu'il y a peu pour certaines catégories d'entre eux, par le biais de l'assistance sociale. La viabilité financière du régime a justifié l'instauration de tickets modérateurs; l'orateur est favorable à cet égard à des tickets modérateurs sélectifs (donc non linéaires), corrigés par des mécanismes comme la franchise sociale, jouant essentiellement en faveur des catégories sociales plus dépendantes de soins.

2. Maîtrise des dépenses en soins de santé

Les soins de santé ne sont pas, en soi, trop onéreux mais le recours parfois disproportionné à ceux-ci l'est. Il convient donc de freiner la surconsommation médicale.

3. Maîtrise de l'offre médicale

Les contraintes budgétaires nous obligeront à limiter le nombre de médecins. L'orateur se déclare à cet égard plus favorable à un examen d'entrée universitaire qu'au refus d'agrément par l'INAMI à l'issue des études. D'autre part, il convient de préciser que ce n'est pas l'offre médicale qui doit déterminer la fixation des besoins en matière de soins mais l'inverse.

II. — BESPREKING

De heer Goutry wijst er vooraf op dat de controle op en de evaluatie van het regeringswerk voor ieder parlamentslid — ook als hij tot de meerderheid behoort — fundamentele rechten zijn. Resoluties zijn daartoe een middel en de formulering van deze resolutie geeft blijk van een constructieve en alerte houding.

Dat gezegd zijnde, moeten vier grote principes de komende jaren het gezondheidsbeleid schragen :

1. Gelijke toegang van eenieder tot de gezondheidszorg

Het is een grote verdienste van ons gezondheidsbeleid tot dusver de toegang van eenieder tot een kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg te hebben gewaarborgd. Die toegang moet behouden blijven, zo niet evolueren we op sociaal vlak naar een duale maatschappij. De regels inzake de verzekeraarbaarheid moeten evenwel scherper worden omlijnd zodat alle potentiële rechthebbenden rechtstreeks — en niet langs de sociale bijstand om, zoals nog niet zo lang geleden voor een aantal categorieën onder hen het geval was — aanspraak kunnen maken op tegemoetkomingen door de ziekteverzekering. De invoering van het remgeld was verantwoord om het stelsel financieel leefbaar te houden; de spreker is ter zake voorstander van de aanrekening van remgeld op selectieve (dus niet op lineaire) basis; de remgeldregeling moet worden gecorrigeerd door mechanismen zoals de sociale eigen bijdrage, die in wezen in het voordeel spelen van meer hulpbehoevende sociale categorieën die vaker een beroep moeten doen op medische hulpverlening.

2. Controle van de uitgaven in de gezondheidssector

De gezondheidszorg is niet te duur in se, maar het soms al te buitensporige beroep dat men erop doet, is dat wel. De medische overconsumptie moet dus worden afgeremd.

3. Controle van het medisch aanbod

Budgettaire beperkingen zullen ons ertoe nopen het aantal artsen te beperken. De spreker is in dat verband veeleer te vinden voor een toelatingsproef voor de universiteit, niet voor een weigering tot erkenning door het RIZIV na afloop van de opleiding. Anderzijds moet worden gepreciseerd dat niet het medisch aanbod de behoeften inzake gezondheidszorg moet bepalen, maar wel omgekeerd.

4. A traitement médical égal, coût égal

L'orateur entend qu'il soit mis fin à une tarification différente, entre médecins de même catégories ou entre hôpitaux de même nature, de prestations médicales ou médico-techniques identiques. L'instauration, en milieu hospitalier, d'un financement par pathologie s'inscrit dans cette perspective. Une forfaitarisation complète des actes médicaux n'est pas souhaitable mais une standardisation des diagnostics et des traitements ainsi qu'un encouragement des médecins diligents sont indiqués. Une distinction doit être opérée sur le plan des honoraires entre les actes intellectuels et techniques (les actes techniques se prêtent aisément à une standardisation).

L'intervenant s'attache ensuite à certains points précis de la résolution.

En ce qui concerne la politique hospitalière, le membre s'interroge sur l'état d'avancement du protocole d'accord à conclure avec les Communautés et les Régions en matière de programmation hospitalière. Il prône l'extension du financement par pathologie et s'interroge sur la concrétisation juridique de l'association d'hôpitaux et de l'hospitalisation de jour. Outre les normes d'agrément, il conviendra d'élaborer des normes de financement adéquates.

L'intervenant plaide d'autre part pour la prise en compte des médicaments dans le calcul de la franchise sociale en faveur des patients chroniques; ces médicaments représentent en effet l'essentiel des dépenses, par ailleurs élevées, consenties.

Par ailleurs, il conviendra de mettre en œuvre la deuxième phase du réseau Pharmanet, de manière à pouvoir mesurer la consommation de médicaments par patient. Ceci permettra notamment de procéder à la prise en compte précitée des médicaments dans le calcul de la franchise sociale et de déceler la surconsommation de médicaments dans les maisons de repos (et de soins).

L'orateur insiste également sur la nécessité de respecter le modèle de concertation dans la politique de santé et ce, notamment dans la perspective du remplacement — dont on peut s'interroger sur le timing — des mesures gouvernementales linéaires du 23 décembre 1996 par des mesures structurelles.

En ce qui concerne enfin les élections médicales, l'orateur rappelle l'engagement souscrit par la ministre des Affaires sociales, quant à l'organisation de celles-ci d'ici le 30 juin 1997. Il signale que si cette échéance devait ne pas pouvoir être respectée, son groupe se réserve le droit de solliciter l'inscription à l'ordre du jour de la proposition de loi (qui n'a en fait jamais été retirée mais dont l'examen est suspendu) modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire

4. Dezelfde kosten voor dezelfde medische behandelingen

De spreker wenst dat een einde wordt gemaakt aan de diversiteit op het vlak van de tarifiering tussen artsen van dezelfde categorie of tussen soortgelijke ziekenhuizen, tussen identieke medische of medisch-technische prestaties. De invoering, in de ziekenhuissector, van een financiering per pathologie, moet in dat perspectief worden gezien. Een volledig forfaitaire berekening van de medische prestaties is niet wenselijk, maar het is aangewezen de diagnoses en de behandelingen te standaardiseren, en voor toegewijde artsen in een aanmoediging te voorzien. Tevens dient een onderscheid te worden gemaakt tussen honoraria voor intellectuele en voor technische prestaties (technische prestaties kunnen gemakkelijk worden gestandaardiseerd).

De spreker heeft het vervolgens over een aantal specifieke punten van de resolutie.

Wat het ziekenhuisbeleid betreft, vraagt het lid zich af hoever het staat met het protocolakkoord dat met de Gemeenschappen en de Gewesten op het vlak van de ziekenhuisprogrammatie moet worden gesloten. Hij staat een uitbreiding van de financiering per pathologie voor en heeft bedenkingen bij de concrete juridische invulling van samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen en van daghospitalisatie. Nog afgezien van de erkenningsnormen, moeten tevens gepaste financieringsnormen worden uitgewerkt.

De spreker pleit er anderzijds voor bij de berekening van de sociale eigen bijdrage voor chronische patiënten ook de prijs van de geneesmiddelen in rekening te brengen; die geneesmiddelen maken immers het leeuwenaandeel uit van de — overigens hoge — uitgaven die de patiënt zich moet getroosten.

Voorts moet de tweede fase van Pharmanet worden uitgevoerd, zodat het geneesmiddelenverbruik per patiënt kan worden bepaald. Zulks zal het onder meer mogelijk maken voormelde prijs van de geneesmiddelen te laten meetellen bij de berekening van de sociale eigen bijdrage en overconsumptie van geneesmiddelen in rust- en verzorgingstehuizen op te sporen.

De spreker beklemtoont ook de noodzaak om het overlegmodel inzake gezondheidsbeleid toe te passen, met name in het perspectief van de vervanging van de lineaire regeringsmaatregelen van 23 december 1996 door structurele maatregelen (men kan wel vragen stellen bij het tijdschema).

Wat de medische verkiezingen betreft, wijst de spreker op de door de minister van Sociale Zaken onderschreven verbintenis om die op 30 juni 1997 te houden. Hij signaleert dat zijn fractie zich, mocht blijken dat die termijn niet kan worden gehaald, het recht voorbehoudt om te vragen het wetsvoorstel tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (Stuk n° 201/1-

soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (Doc n° 201/1-95/96).

Mme D'Hondt rappelle qu'une partie importante de l'accord gouvernemental a trait à la modernisation de la sécurité sociale, dont la branche des soins de santé. L'idée maîtresse à cet égard, à laquelle l'intervenante souscrit pleinement, est de préserver l'accessibilité des soins de santé de qualité et, si possible, de la renforcer mais également de garantir la viabilité financière du secteur dans le cadre d'un système de solidarité. Ceci, en tenant compte des défis inévitables : évolution de la technologie (médicale), nombre actuel d'acteurs, taux accru de vieillissement de la population.

La modernisation des soins de santé ainsi comprise ne peut se limiter aux mesures classiques élaborées lors de la confection ou du contrôle budgétaire (et appliquées avec plus ou moins d'effet selon les années) mais elle appelle des mesures urgentes de nature structurelle, dont la nécessité est due pour partie aux dépassements budgétaires constatés ces dernières années dans ledit secteur. Pour le groupe CVP, il était donc hautement indiqué, à mi-parcours de la législature, de faire l'inventaire de la situation et d'énumérer — par le biais d'une résolution adressée à l'ensemble des ministres fédéraux ayant la politique de santé dans leurs attributions, au gouvernement fédéral, à tous les acteurs du secteur et aux patients — les différents domaines du secteur des soins de santé appelant les mesures structurelles précitées ainsi que le type de mesures en question.

Ces mesures structurelles, dont l'entrée en vigueur peut avoir lieu par phases, doivent être prises, si possible en concertation avec les acteurs. Si cette concertation s'avère impossible, le gouvernement doit prendre ses responsabilités. Il faut signaler, dans cette perspective, que si les besoins individuels sont illimités, les libertés thérapeutiques et du patient ainsi que la solidarité ne le sont pas parce que la solidarité a également ses limites financières.

*
* *

M. Jean-Jacques Viseur se déclare, en tant que cosignataire de la proposition de résolution, attaché à la déclaration gouvernementale ainsi qu'à la délégation conférée au gouvernement par les lois cadre du 26 juillet 1996. A mi-parcours de la législature, il est toutefois indispensable de procéder à une évaluation et à un encouragement des mesures adoptées ou à adopter par le gouvernement dans les trois domaines suivants, constituant le fondement de la déclaration gouvernementale :

95/96), dat overigens nooit werd ingetrokken, maar waarvan de bespreking is opgeschort, op de agenda te plaatsen.

Mevrouw D'Hondt wijst erop dat een belangrijk deel van het regeerakkoord betrekking heeft op de modernisering van de sociale zekerheid, en meer bepaald op het onderdeel gezondheidszorg. De basis daarvan, waar de spreker volledig achter staat, is de toegang tot hoogwaardige gezondheidszorg te vrijwaren en zo mogelijk te verbeteren, maar ook de waarborg in te bouwen dat de sector met handhaving van het solidariteitsbeginsel, betaalbaar blijft. Daarbij moet met de volgende onontkoombare uitdagingen rekening worden gehouden : de evolutie van de (medische) technologie, het huidige aantal actoren, de toenemende vergrijzing van de bevolking.

Als men op die manier tegen de modernisering van de gezondheidszorg aankijkt, kan men zich niet beperken tot de klassieke maatregelen die bij de opmaak van de begroting of bij de begrotingscontrole worden uitgewerkt (en waarvan de toepassing al naar gelang van het jaar een groter of minder groot effect sorteert). Voor die modernisering zijn structurele maatregelen nodig, die deels noodzakelijk worden gemaakt door de budgettaire ontsporingen die de jongste jaren in de sector zijn vastgesteld. Voor de CVP-fractie was het dus ten eerste aangewezen om, halfweg de zittingsperiode, een inventaris van de toestand te maken. Via een resolutie gericht aan alle federale ministers bevoegd voor het gezondheidsbeleid, aan de federale regering, aan alle actoren in de sector en aan de patiënten, wenste de fractie de diverse domeinen van de gezondheidssector waarin voormelde structurele maatregelen noodzakelijk zijn, alsook het soort maatregelen waarover het gaat, op te sommen.

Die structurele maatregelen, waarvan de invoering stapsgewijs kan verlopen, moeten zo mogelijk in overleg met de betrokken partijen worden genomen. Mocht dat overleg onmogelijk blijken, dan moet de regering haar verantwoordelijkheid opnemen. In dat verband moet worden opgemerkt dat de individuele behoeften weliswaar onbegrensd zijn, maar dat de therapeutische vrijheid en de keuzevrijheid van de patiënt niet onbegrensd zijn omdat ook solidariteit haar financiële grenzen heeft.

*
* *

Als mede-ondertekenaar van het voorstel van resolutie verklaart *de heer Jean-Jacques Viseur* dat hij de regeringsverklaring onderschrijft en met de door de kaderwetten van 26 juli 1996 aan de regering toegekende machtiging akkoord gaat. Halfweg de zittingsperiode is het evenwel absoluut noodzakelijk een evaluatie te maken van de maatregelen die door de regering goedgekeurd werden, of nog moeten worden goedgekeurd, in de drie volgende domeinen die aan de regeringsverklaring ten grondslag liggen :

- a. l'accèsion à l'union économique et monétaire (à l'occasion du contrôle budgétaire);
- b. l'emploi;
- c. la modernisation de la sécurité sociale (il convient que la plupart des mesures nécessaires à cet effet soient exécutées d'ici le 30 avril 1997, notamment dans la branche des soins de santé).

L'intervenant est d'autre part partisan du système actuel, basé sur la concertation et la responsabilisation des acteurs, la maîtrise de la croissance des dépenses, l'accessibilité des soins et la sécurité tarifaire. Il récuse le modèle de sélectivité accrue qui ôterait aux moins défavorisés la protection actuelle.

La présente résolution s'inscrit dans le cadre de la volonté de remplacement des mesures gouvernementales linéaires du 23 décembre 1996 par des mesures structurelles.

S'attachant ensuite aux lignes de force de la résolution, l'orateur plaide pour la prudence en matière d'échelonnement des soins, afin d'éviter toute croissance des dépenses.

Il prône également la mise en œuvre du nouveau concept hospitalier, couplée au développement d'un financement par pathologie (le financement exclusivement à l'acte générant une surconsommation).

L'orateur insiste en outre sur la nécessité de préserver l'accessibilité des soins pour toutes les catégories sociales. Il plaide d'autre part pour le rétablissement de la sécurité du patient en matière de tarifs; les mesures linéaires du 23 décembre 1996 ont en effet entraîné une certaine augmentation de ces tarifs, laquelle est supportée par le patient.

L'intervenant appelle également de ses vœux la mise en œuvre rapide de la deuxième phase de Pharmanet.

En conclusion, le membre souhaite que le gouvernement prenne d'ici mai 1997 des mesures structurelles qui puissent produire des effets à plus ou moins longue échéance.

*
* *

La ministre des Affaires sociales signale que le communiqué du gouvernement du 7 février 1997 faisait pour la première fois état de projections pour 1997, relatives à la situation financière du régime de l'assurance soins de santé. Ces projections ont été vérifiées sur la base des calculs du service des soins de santé et de la Commission de contrôle budgétaire de l'INAMI et ont été examinées en groupe de travail avec le Cabinet du Budget. Il est apparu que si l'on maintenait les mesures décidées en septembre 1996 et que l'on remplaçait les mesures linéaires du 23 décembre 1996 par des mesures structurelles à effet budgétaire équivalent, l'exercice se limiterait à un effort complémentaire de l'ordre de 3 milliards de francs.

- a. toetreding tot de economische en monetaire unie (naar aanleiding van de begrotingscontrole);
- b. de werkgelegenheid;
- c. de modernisering van de sociale zekerheid (de meeste van de daartoe noodzakelijke maatregelen moeten, met name wat de gezondheidssector betreft, uiterlijk op 30 april 1997 uitgevoerd zijn).

De spreker is anderzijds voorstander van de huidige regeling, gebaseerd op het overleg en op de responsabilisering van de actoren, op het in de hand houden van de uitgavenstijging, op de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg en op de tariefzekerheid. Hij verworpt het model van verhoogde selectiviteit, dat de minst gegoeden de huidige bescherming zou ontnemen.

Deze resolutie ligt in het verlengde van de wens om de lineaire regeringsmaatregelen van 23 december 1996 door structurele maatregelen te vervangen.

De spreker heeft het vervolgens over de krachtlijnen van de resolutie; hij pleit voor een voorzichtige echelonnering van de gezondheidszorg om iedere uitgavenstijging te voorkomen.

Hij stelt tevens voor het nieuwe ziekenhuisconcept in de praktijk te brengen, gekoppeld aan een financiering per pathologie (financiering per prestatie alleen leidt immers tot overconsumptie).

De spreker beklemtoont bovendien de noodzaak om de toegang tot de gezondheidszorg voor alle sociale categorieën te vrijwaren. Hij pleit anderzijds voor het herstel van de tariefzekerheid voor de patiënt; de lineaire maatregelen van 23 december 1996 hebben immers tot enige — door de patiënt gedragen — stijging van de tarieven geleid.

De spreker spreekt tevens de wens uit dat de tweede fase van Pharmanet snel in de praktijk wordt gebracht.

Tot besluit wenst het lid dat de regering vóór mei 1997 structurele maatregelen neemt die op lange of middellange termijn effect kunnen sorteren.

*
* *

De minister van Sociale Zaken wijst erop dat het regeringscommuniqué van 7 februari 1997 voor de eerste maal gewag maakte van de prognoses voor 1997 met betrekking tot de financiële toestand van het stelsel van de ziekteverzekering. Die prognoses werden nagetrokken op grond van de berekeningen van de dienst gezondheidszorg en van de Commissie voor begrotingscontrole van het RIZIV en werden samen met het kabinet van Begroting in een werkgroep bekeken. Daaruit bleek dat als men de maatregelen zou handhaven waartoe in september 1996 werd besloten, en men de lineaire maatregelen van 23 december 1996 door structurele maatregelen met een gelijkwaardige budgettaire weerslag zou vervangen, men zich tot een bijkomende inspanning van om en bij de 3 miljard frank zou kunnen beperken.

D'autre part, il convient de souligner que la modernisation de la sécurité sociale ne se limite pas à l'exécution des dispositions de la loi cadre du 26 juillet 1996 (portant modernisation de la sécurité sociale) ayant trait à l'assurance soins de santé. Elle tend à également à préciser et à stabiliser le financement de la sécurité sociale. Elle comprend en outre la responsabilisation des parastataux sociaux et la simplification des documents administratifs (par l'instauration d'une carte d'identité sociale et d'une déclaration préalable à l'embauche). Elle comprend par ailleurs l'élargissement de l'accessibilité des soins de santé au titre d'assurance (et non pas d'assistance) sociale.

La ministre s'attache ensuite aux mesures prises ou envisagées dans les différents domaines des soins de santé, à la lumière des négociations du 11 mars 1997 entre le gouvernement fédéral, les organisations médicales et les organismes assureurs. En ce qui concerne l'échelonnement, qui sera réglé dans un prochain accord médico-mutualiste, la ministre estime que celui-ci doit être stimulé de manière volontariste, éventuellement avec une différenciation d'honoraires mais non avec un passage préalable obligé par le médecin généraliste (un tel passage ne serait pas praticable, ni générateur d'économies, tout au moins dans un premier temps). Le dossier médical devra également être réglé. La forfaitarisation est en outre envisagée.

D'autre part, une rationalisation des prestations techniques effectuées dans le cadre de l'imagerie médicale doit être opérée. Par ailleurs, une assurance collective de responsabilité médicale est étudiée. Les organisations médicales ont, quant à elles, demandé de réexaminer l'article 140 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 ainsi que le statut du médecin hospitalier (par rapport au gestionnaire).

S'agissant de l'accréditation, une solution, éventuellement de nature législative, devra être trouvée afin de pouvoir la régler par un autre biais que celui des accords médico-mutualistes. Des pourparlers ont actuellement lieu entre organismes assureurs, universités et hôpitaux généraux pour élargir la forfaitarisation de certains services ou certains types de prestations (biologie clinique, imagerie médicale, pharmacie hospitalière).

Le protocole d'accord en matière de programmation hospitalière, longtemps négocié avec les Communautés, n'a pas pu être finalisé étant donné l'exigence de dernière minute posée par la Communauté flamande, et non acceptée par le gouvernement fédéral, tenant à l'avis conforme et à la proposition préalable (et non plus à la simple concertation) des Communautés. Le gouvernement fédéral a dès lors décidé

Anderzijds moet worden beklemtoond dat de modernisering van de sociale zekerheid niet beperkt blijft tot de uitvoering van de bepalingen van de kaderwet van 26 juli 1996 (tot modernisering van de sociale zekerheid) die betrekking hebben op de ziekteverzekering. Die modernisering is er ook op gericht de financiering van de sociale zekerheid concreet in te vullen en te stabiliseren. Ze omvat bovendien de responsabilisering van de sociale parastatale instellingen en de vereenvoudiging van de administratieve documenten (door de invoering van een sociale identiteitskaart en van een aan de indiensttreding voorafgaande verklaring). Ze houdt voorts de uitbreiding in van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg als een element van sociale verzekering (en niet van sociale bijstand).

De minister heeft het vervolgens over de maatregelen die in de diverse domeinen van de gezondheidszorg genomen zijn of op stapel staan in het licht van de onderhandelingen van 11 maart 1997 tussen de federale regering, de organisaties uit de medische sector en de verzekeringsinstellingen. Wat de echelonering betreft die in een volgende overeenkomst tussen artsen en ziekenfondsen zal worden geregeld, is de minister van mening dat die op vrijwillige basis moet worden gestimuleerd, eventueel met een modulering van de honoraria, maar niet met een voorafgaand verplicht bezoek aan de huisarts (een dergelijke verplicht bezoek aan de huisarts zou praktisch niet haalbaar zijn, en — ten minste in het begin — ook geen besparingen opleveren). Ook de kwestie van het medisch dossier moet worden geregeld. Bovendien moet een forfaitaire regeling worden overwogen.

Anderzijds moeten de technische prestaties die met behulp van medische beeldvorming worden uitgevoerd, worden gerationaliseerd. Voorts wordt bekeken hoe een collectieve verzekering voor medische aansprakelijkheid kan worden ingevoerd. De organisaties uit de medische sector hebben gevraagd om artikel 140 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, alsmede het statuut van de ziekenhuisarts (ten opzichte van de beheerder) opnieuw te bekijken.

In verband met de accreditering moet een — eventueel wettelijke — oplossing worden gevonden teneinde die aangelegenheid via een andere weg dan die van de overeenkomsten artsen-ziekenfondsen te regelen. Momenteel zijn er onderhandelingen tussen verzekeringsinstellingen, universiteiten en algemene ziekenhuizen aan de gang om de forfaitaire regeling van een aantal diensten of van sommige prestaties (klinische biologie, medische beeldvorming, ziekenhuisapotheken) uit te breiden.

Het protocolakkoord inzake ziekenhuisprogrammatie, waarover lang met de Gemeenschappen werd onderhandeld, kon niet worden afgerond aangezien de Vlaamse Gemeenschap op het laatste nippertje de eis — waar de federale regering niet mee kan instemmen — formuleerde dat het eensluidend advies van de Gemeenschappen zou worden gevraagd en dat de voorstellen vooraf aan de Gemeenschappen

de publier (avant le 1^{er} avril 1997), sous la forme de deux arrêtés royaux (modifiant l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant des normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter, et l'arrêté royal du 31 mai 1989 concernant les fusions d'hôpitaux), la dernière mouture du protocole, comportant toutes les améliorations et modifications proposées par les gouvernements de Communauté.

Le concept d'association d'hôpitaux est prêt : le Conseil national des établissements hospitaliers a remis ses conclusions en la matière; lesquelles sont examinées par le gouvernement.

Le Premier ministre et la ministre des Affaires sociales ont adressé au Conseil d'Etat une lettre lui rappelant les dossiers en souffrance depuis de nombreux mois : il en va ainsi des projets d'arrêtés royaux réglant les plates-forme de soins palliatifs (depuis un an) et le statut de l'hôpital de jour (depuis cinq mois).

La commission de planification-offre médicale, quant à elle, est opérationnelle pour les médecins, est étendue aux dentistes et sera le cas échéant étendue, après étude en la matière, aux kinésithérapeutes. En ce qui concerne les autres dispensateurs de soins, il est proposé d'évaluer, au sein du Conseil scientifique de l'INAMI, l'ensemble des problèmes (dont la disparité de l'offre) ayant notamment trait à la revalidation.

Le gouvernement examinera la possibilité de lever, dès le 1^{er} avril 1997, certaines mesures linéaires pour les secteurs respectant depuis deux ans leur enveloppe budgétaire (audiciens, infirmières à domicile, opticiens, dentistes, secteur de la revalidation).

La possibilité de lever d'autres mesures linéaires le 1^{er} juillet 1997 sera étudiée en fonction de l'effet budgétaire favorable des propositions émises par les secteurs considérés.

La problématique de la personne âgée, des maisons de repos et des forfaits y afférents sera à l'ordre du jour d'une prochaine conférence interministérielle.

En ce qui concerne les patients chroniques, il est indiqué de mettre en œuvre la deuxième phase de Pharmanet, afin que les organismes assureurs soient à même de déterminer la consommation individuelle de médicaments et donc d'enregistrer les tickets modérateurs y affectés dans le cadre des franchises sociale et fiscale.

zouden worden voorgelegd (en overleg met de Gemeenschappen dus niet zou volstaan). De federale regering besliste dan ook om vóór 1 april 1997 de laatste versie van het protocol, waarin alle door de Gemeenschapsregeringen voorgestelde verbeteringen en wijzigingen waren aangebracht in de vorm van twee koninklijke besluiten (tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan die moeten voldoen en tot wijziging van het koninklijk besluit van 31 mei 1989 betreffende de fusies van ziekenhuizen) in het Staatsblad bekend te maken.

Het concept van de samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen is klaar : de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft zijn conclusies ter zake overhandigd; ze worden door de regering bestudeerd.

De eerste minister en de minister van Sociale Zaken hebben een brief naar de Raad van State gezonden waarin opnieuw de aandacht wordt gevestigd op de dossiers die al sinds maanden aanslepen : dat geldt ook voor de ontwerpen van koninklijk besluit tot regeling van de platformen inzake palliatieve hulpverlening (die al een jaar aanslepen) en het statuut van de daghospitalisatie (dat reeds vijf maanden aansleept).

De commissie inzake de planning van het medisch aanbod is nu al werkzaam voor de artsen; ze wordt uitgebreid tot de tandartsen en zal desgevallend — na het nodige onderzoek ter zake — ook tot de kinesietherapeuten worden uitgebreid. Wat de medische hulpverleners betreft, wordt voorgesteld om, binnen de wetenschappelijke Raad van het RIZIV, alle problemen (waaronder de verscheidenheid van het aanbod) te evalueren die onder meer op revalidatie betrekking hebben.

De regering zal nagaan of het mogelijk is om vanaf 1 april 1997 een aantal lineaire maatregelen op te heffen voor sectoren die gedurende twee jaar hun budgettaire enveloppe niet hebben overschreden (audiciens, thuisverpleging, opticiens, tandartsen, sector van de revalidatie).

De mogelijkheid om op 1 juli 1997 andere lineaire maatregelen te schrappen, zal in het licht van de gunstige budgettaire weerslag van de door de betrokken sectoren geformuleerde voorstellen worden bekeken.

De problematiek van de bejaarden, van de rusthuizen en van de forfaitaire bedragen die ermee in verband staan, zal tijdens een volgende interministeriële conferentie op de agenda worden geplaatst.

Wat de chronische patiënten betreft, is het aangegeven de tweede fase van Pharmanet ingang te doen vinden om de verzekeringsinstellingen in staat te stellen het individuele geneesmiddelenverbruik, en dus de daaraan gekoppelde remgelden te registreren in het kader van de sociale en fiscale franchises.

S'agissant des élections médicales, la ministre confirme son engagement tendant à présenter à la commission le projet d'arrêté royal d'exécution de l'article 123 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales. Le principe du scrutin étant acquis, il n'est pas opportun de voter en juillet 1997 étant donné qu'il convient de laisser le temps aux médecins de procéder au déroulement concret de ces élections. Les services juridiques de l'INAMI ont souligné l'extrême complexité technique inhérente à l'organisation du scrutin (détermination de la représentativité des organisations, fixation de garanties contre les recours). Les procédures, phasées, s'inspireront de celles appliquées en matière d'élections sociales (de conseils d'entreprise).

En réponse à *MM. Lenssens et Wauters*, la ministre indique que le projet d'arrêté royal fixera la date de ces élections ainsi que celles des phases du scrutin.

*
* *

M. Valkeniers estime que comme la résolution à l'examen aborde la politique hospitalière (en ce compris les normes d'agrément), la présence du ministre fédéral de la Santé publique et des Pensions et éventuellement celle de ses homologues des Communautés aurai(en)t été indiquée(s).

L'orateur est en outre d'avis que la résolution aurait dû être intégrée dans l'actualisation du programme gouvernemental, dont le CVP est partisan.

Il tient ensuite à réagir aux allégations des membres du CVP.

Selon lui, la loi « Moureaux » du 15 février 1993 de réforme de l'assurance maladie n'a pas donné les résultats escomptés en matière de responsabilisation des acteurs de la santé. En outre, en dépit des promesses gouvernementales, les honoraires médicaux n'ont pas été augmentés alors que les accords sociaux sont pris en considération au titre de facteurs exogènes (non pris en compte dans le calcul de la norme de croissance maximale des dépenses en soins de santé de 1,5 %). Par ailleurs, le plan global pour l'emploi, la compétitivité et la sécurité sociale n'a été que partiellement exécuté.

L'intervenant se demande d'autre part comment on peut simultanément réclamer le maintien de la norme de croissance précitée de 1,5 % et constater l'impossibilité de respecter en 1997 l'objectif budgétaire global de 428,3 milliards de francs. On peut également se demander comment on pourrait encore réduire les dépenses, en pourcentage du PIB, affectées aux soins de santé lorsque on constate l'accrois-

Wat de medische verkiezingen betreft, bevestigt de minister haar verbintenis om de commissie het ontwerp van koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 123 van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen voor te leggen. Aangezien er een akkoord is over het principe dat er verkiezingen zullen worden gehouden, is het niet opportuun die in juli 1997 te organiseren : de artsen moeten immers de tijd krijgen om de praktische organisatie van die verkiezingen rond te krijgen. De juridische diensten van het RIZIV hebben de nadruk gelegd op het feit dat de organisatie van die verkiezingen technisch gezien uitermate ingewikkeld is (het bepalen van de representativiteit van de organisaties, vastleggen van waarborgen tegen beroepsprocedures). De procedures, die in fases verlopen, zullen een afspiegeling zijn van de procedures die bij sociale verkiezingen (van ondernemingsraden) worden toegepast.

Op vragen van *de heren Lenssens en Wauters*, antwoordt de minister dat het ontwerp van koninklijk besluit de datum van die verkiezingen, alsmede die van de verschillende fases ervan, zal vastleggen.

*
* *

De heer Valkeniers is van mening dat, aangezien de resolutie over het ziekenhuisbeleid (met inbegrip van de erkenningsnormen) handelt, de aanwezigheid van de federale minister van Volksgezondheid en van Pensioenen en eventueel die van zijn ambtgenoten van de Gemeenschappen een goede zaak zou zijn geweest.

De spreker is bovendien van mening dat de resolutie had moeten worden opgenomen in de actualisering van het regeerprogramma, waar de CVP achter staat.

De spreker wenst vervolgens te reageren op een aantal beweringen van de CVP-leden.

Volgens hem leverde de zogenaamde « wet-Moureaux » van 15 februari 1993 tot hervorming van de ziekteverzekering niet de verhoopte resultaten op inzake de responsabilisering van de actoren in de gezondheidssector. Bovendien werden de medische honoraria, in weerwil van de door de regering gedane beloftes, niet verhoogd, terwijl de sociale akkoorden worden beschouwd als exogene factoren (waarmee geen rekening wordt gehouden bij de berekening van de maximale 1,5 %-groeinorm van de uitgaven in de gezondheidssector). Voorts werd het algemeen plan voor de werkgelegenheid, het concurrentievermogen en de sociale zekerheid slechts gedeeltelijk uitgevoerd.

De spreker vraagt zich anderzijds af hoe men terzelfder tijd kan eisen dat de voormelde 1,5 %-groeinorm wordt gehandhaafd en vaststellen dat het in 1997 onmogelijk is de algemene begrotingsdoelstelling van 428,3 miljard frank te halen. Men kan zich ook afvragen hoe men de uitgaven in de gezondheidssector, uitgedrukt in percenten van het BBP, nog verder kan terugdringen wanneer men vaststelt dat

sement du vieillissement de la population ainsi que le nombre de nouveaux dispensateurs de soins agréés chaque année par l'INAMI.

L'orateur s'interroge en outre sur la non exécution par le groupe CVP des mesures structurelles en soins de santé, proposées par le Premier ministre dans son livre « *Sleutels voor Morgen* ».

Il reproche de plus à l'actuel Premier ministre, à l'époque (1982) ministre des Affaires sociales, de ne pas avoir appréhendé la problématique des transferts injustifiés entre le nord et le sud du pays, d'avoir contraint les universités à former, sur l'ensemble des diplômés en art de guérir, 40 % de spécialistes, d'avoir élaboré un nouveau modèle, conflictuel, de gestion hospitalière, d'avoir introduit et étendu, sans restriction aucune, le mécanisme du tiers-payant, de ne pas avoir réduit le nombre pléthorique de dispensateurs de soins et d'avoir supprimé l'exigence du certificat préalable du médecin généraliste en matière d'imagerie médicale pratiquée en milieu hospitalier.

L'intervenant constate par ailleurs que l'accroissement continu du nombre d'équipements et de prestations médicaux et para-médicaux admis au remboursement INAMI est dû à la pression des syndicats, lesquels ne se sont jamais interrogés sur la praticabilité financière à terme, pour le régime, de cet accroissement.

Il s'interroge d'autre part sur l'opinion réelle du CVP en matière de liberté d'établissement et d'agrément par l'INAMI des dispensateurs de soins nouvellement diplômés. Les syndicats et mutualités chrétiennes ont au demeurant contrecarré, en particulier en milieu hospitalier universitaire, la limitation — nécessaire pour préserver l'équilibre financier de l'assurance soins de santé — du nombre de dispensateurs de soins.

L'orateur déplore en outre la pléthore des nouveaux services hospitaliers agréés dans les hôpitaux publics ou les cliniques privées, respectivement sous l'influence des piliers idéologiques socialistes et sociaux-chrétiens.

Il constate par ailleurs que les hôpitaux sont toujours créanciers de 80 milliards de francs d'arriérés.

Enfin, ce qui concerne la programmation hospitalière (fermeture de lits) et de maisons de repos, l'intervenant relève que la Région flamande l'applique davantage que les Régions wallonne et bruxelloise.

La ministre tient à signaler que la Région wallonne a fourni un effort considérable et exemplaire en matière de fermeture de lits d'hôpitaux.

*
* *

de bevolking almaar meer vergrijst, en als men ziet hoeveel nieuwe medische hulpverleners elk jaar door het RIZIV worden erkend.

De spreker stelt zich bovendien vragen bij het feit dat de CVP-fractie de structurele maatregelen in de gezondheidssector, die door de eerste minister in zijn boek « *Sleutels voor morgen* » worden voorgesteld, niet heeft uitgevoerd.

Bovendien verwijt hij de huidige eerste minister, toen (in 1982) nog minister van Sociale Zaken, de problematiek van de ongerechtvaardigde transferten van het noorden naar het zuiden van het land, niet juist te hebben ingeschat, de universiteiten ertoe te hebben verplicht om 40 % van het totaal aantal gediplomeerden in de geneeskunde tot specialisten op te leiden, een nieuw (conflict)model inzake ziekenhuisbeheer te hebben uitgewerkt, de derdebetalersregeling zonder enige beperking te hebben ingevoerd en uitgebreid, geen rem te hebben gezet op de plethora van de medische hulpverleners en voor de huisarts het verplichte voorafgaande getuigschrift voor de toepassing van de medische beeldvorming in de ziekenhuizen te hebben afgeschaft.

De spreker stelt voorts vast dat de voortdurende toename van de door het RIZIV terugbetaalde medische hulpmiddelen en medische en paramedische prestaties te wijten is aan de pressie van de vakbonden die zich nooit hebben afgevraagd of, gelet op die toename, op lange termijn nog financieel leefbaar blijft.

Hij vraagt zich anderzijds af wat het echte standpunt van de CVP is met betrekking van de vrijheid van de vestiging en de vrijheid van erkenning door het RIZIV van pas gediplomeerde medische hulpverleners. Voorts hebben de christelijke vakbonden en ziekenfondsen — inzonderheid in het universitaire ziekenhuis — geageerd tegen de beperking van het aantal zorgverstrekkers (die nochtans noodzakelijk was om het financiële evenwicht in de gezondheidssector te behouden).

De spreker betreurt voorts de wildgroei aan nieuwe erkenningen van ziekenhuisdiensten in de openbare of privé-ziekenhuizen, die respectievelijk onder invloed van de socialistische en christendemocratische zuilen hebben plaatsgevonden.

Hij stelt voorts vast dat de ziekenhuizen nog steeds 80 miljard frank aan achterstallige bedragen verschuldigd zijn.

Ten slotte wijst de spreker erop dat het Vlaamse Gewest de programmatie in de ziekenhuissector (schrapping van bedden) beter toepast dan het Waals en het Brussels Gewest.

De minister wijst erop dat het Waals Gewest op het vlak van de vermindering van ziekenhuisbedden een aanzienlijke en exemplarische inspanning heeft geleverd.

*
* *

M. Bacquelaine s'étonne qu'après dix ans de présence au sein de la coalition gouvernementale actuelle, le CVP établisse, actuellement seulement et sous forme de lieux communs, une table des matières des sujets à aborder dans le cadre d'une réforme de la sécurité sociale dans sa branche des soins de santé. En outre, il est inacceptable sur les plans du principe et de l'efficacité que le rôle des mutualités soit passé sous silence alors qu'en leur double qualité de dispensateurs de soins et d'organismes assureurs, elles participent sensiblement à la surconsommation de soins et même incitent certains de leurs affiliés à recevoir des soins qui ne sont pas nécessaires.

L'orateur signale par ailleurs qu'on ne peut considérer une résolution comme celle à l'examen sans envisager l'évaluation de la pratique médicale par les pairs. Celle-ci est un des fondements de la bonne affectation des ressources dans le secteur des soins de santé. Elle nécessite la collaboration de tous les responsables et de tous les acteurs de la santé. Elle est nécessaire tant sur le plan de la politique du médicament que sur celui du diagnostic et de la programmation des équipements lourds.

La responsabilité médicale doit être envisagée dans cette perspective dans la mesure où la peur de certaines conséquences sur le plan juridique pèse sur la consommation d'actes techniques. Une dérive comme celle qui existe aux Etats-Unis en matière de responsabilité pénale risque de procurer, soit une surconsommation grave sur le plan collectif, soit une médecine à deux vitesses (dans la mesure où ceux qui auraient la possibilité de dépenser autant qu'ils le veulent en matière de soins de santé pourraient échapper à toute évaluation de la pratique médicale).

L'orateur annonce enfin le dépôt d'amendements.

*
* *

M. Vermassen regrette, sur le plan formel, la manière dont la résolution à l'examen a été conçue, laquelle n'a dès lors pas été cosignée par son groupe. Quant au fond néanmoins, il peut se rallier, moyennant amendements, au texte proposé.

L'orateur constate que la présente résolution a été élaborée suite aux mesures gouvernementales linéaires du 23 décembre 1996 tendant à faire respecter la norme légale de croissance réelle des dépenses en soins de santé de 1,5 %. Il se demande toutefois si ces mesures linéaires, pour autant par ailleurs qu'elles soient appliquées, seront à même d'éviter le dépassement de cette norme; le taux moyen de croissance des dépenses s'élève en effet, en l'absence de mesures structurelles en profondeur, à 5-6 % sur une base annuelle. D'autre part, le remplacement, d'ici le

De heer Bacquelaine verbaast er zich over dat de CVP, na tien jaar activiteit in deze regeringscoalitie, pas nu en met gemeenplaatsen een overzicht opstelt van de onderwerpen die aan bod moeten komen bij een hervorming van de sector gezondheidszorg van de sociale zekerheid. Voorts is het principieel en qua doeltreffendheid onaanvaardbaar dat voorbij wordt gegaan aan de rol van de ziekenfondsen, terwijl die in hun dubbele hoedanigheid van zorgverlener en verzekeringsinstelling de overconsumptie in de gezondheidszorg grotendeels mee in de hand werken en sommige van hun leden er zelfs toe aanzetten om zich onnodige zorgen te laten toedienen.

De spreker wijst er overigens op dat een resolutie zoals die welke thans besproken wordt, niet behandeld kan worden zonder een voorafgaande evaluatie van de medische praktijkvoering door gelijken (*peer review*), een van de grondslagen van een degelijke besteding van de financiële middelen in de sector gezondheidszorg. Zulks vereist samenwerking met al wie inzake gezondheidszorg het beleid uitstippelt en uitvoert; een dergelijke evaluatie is noodzakelijk, zowel inzake het geneesmiddelenbeleid, de diagnostiek als de programmatie van de zware medische apparatuur.

De medische aansprakelijkheid behoort tegen dat licht te worden gezien, aangezien de vrees voor bepaalde juridische gevolgen het « verbruik » van technische handelingen beïnvloedt. Ontsporingen inzake strafrechtelijke aansprakelijkheid, zoals die zich in de Verenigde Staten voordoen, dreigen aanleiding te geven tot hetzij ernstige collectieve overconsumptie, hetzij een geneeskunde met twee snelheden (aangezien zij die zich onbeperkte uitgaven voor gezondheidszorg kunnen veroorloven, aan iedere evaluatie van de medische praktijkvoering zouden ontsnappen).

Ter afronding kondigt de spreker aan dat hij amendementen zal indienen.

*
* *

De heer Vermassen maakt een formele kanttekening : hij betreurt de manier waarop de voorliggende resolutie tot stand kwam; die tekst kon dus niet door zijn fractie medeondertekend worden. Inhoudelijk kan hij de voorgestelde tekst evenwel onderschrijven, mits die geamendeerd wordt.

De spreker stelt vast dat deze resolutie het gevolg is van de lineaire regeringsmaatregelen van 23 december 1996, die ertoe strekken inzake gezondheidszorg de wettelijke reële groeinorm met 1,5 % niet te overschrijden. Hij vraagt zich evenwel af of die lineaire maatregelen, als die al uitvoering zullen krijgen, de overschrijding van die norm kunnen voorkomen; zonder ingrijpende structurele maatregelen bedraagt de gemiddelde uitgavengroei immers 5 à 6 % op jaarbasis. Voorts ligt het niet voor de hand dat de lineaire maatregelen, in overleg met de betrokke-

1^{er} avril 1997, des mesures linéaires par des mesures structurelles, concertée avec les acteurs, n'est pas évident.

Par ailleurs, on peut s'interroger sur la praticabilité des mesures structurelles et sur les intentions du gouvernement si l'effet de ces mesures en termes d'économies budgétaires est moindre que celui des mesures linéaires.

En outre, on peut craindre que d'ici l'instauration des mesures structurelles, les patients d'une part, les administrations locales d'autre part, soient financièrement de plus en plus mis à contribution, notamment dans les secteurs des hôpitaux et des maisons de repos (et de soins).

Ceci contraindrait quasiment les patients à s'assurer sur le plan privé, ce à quoi l'intervenant est formellement opposé, étant donné notamment les montants parfois considérables des primes exigées et donc le risque de privatisation larvée et de dualisation des soins de santé.

Pour des motifs analogues, l'orateur est également très réticent à l'égard d'initiatives en matière de *managed care* (accords entre certains organismes assureurs et institutions hospitalières visant à rembourser par le biais de l'assurance libre complémentaire certaines prestations techniques non remboursées par l'INAMI).

Le membre est par ailleurs favorable au système de l'échelonnement des soins (même par le biais d'une inscription obligatoire du patient auprès d'un médecin généraliste) étant donné qu'une meilleure organisation des soins freine le rythme de la croissance des dépenses.

L'intervenant prône en outre un renforcement des fusions et regroupements d'hôpitaux, un encouragement de la collaboration entre institutions hospitalières et la diminution de la concurrence entre celles-ci (notamment sur le plan des équipements lourds), laquelle génère en effet une explosion des dépenses.

D'autre part, il est hautement souhaitable que les patients chroniques bénéficient d'une meilleure couverture sociale.

En ce qui concerne la sécurité tarifaire du patient, l'orateur se réfère à sa proposition de loi (Doc. n° 977/1) prévoyant d'une part que les honoraires fixés par les accords médico-mutualistes sont obligatoires, que le médecin soit ou non conventionné, à l'égard de tous les patients hospitalisés séjournant en chambre commune et à deux lits et d'autre part, qu'il ne peut être porté en compte qu'un supplément limité aux patients qui ont choisi une chambre particulière.

S'agissant des médicaments, l'intervenant constate que de nombreuses mesures n'ont pas — ou très partiellement — été exécutées, ce qui nécessitait la prise d'autres mesures. Il estime qu'un certain nombre de mesures (par exemple en matière de médicaments génériques) ne peuvent atteindre un rende-

ment, tegen 1 april 1997 door structurele maatregelen zullen zijn vervangen.

Voorts rijzen ook vragen inzake de haalbaarheid van de structurele maatregelen en de bedoelingen van de regering mochten die maatregelen minder bezuinigingen genereren dan de lineaire maatregelen.

Bovendien is het niet denkbeeldig dat tegen het tijdstip waarop structurele maatregelen zouden worden ingesteld, de patiënten maar ook de plaatselijke besturen steeds meer zouden moeten betalen, met name in de ziekenhuis- en de rust- (en verzorgings)-sectoren.

Een en ander zou betekenen dat de patiënten zich haast verplicht zouden zien privéverzekeringen af te sluiten; de spreker is daar formeel tegen gekant, onder meer wegens de vaak hoge bedragen van de premies ter zake en het daaruit voortvloeiende risico op verkapte privatisering en dualisering van de gezondheidszorg.

Om soortgelijke redenen staat de spreker ook heel terughoudend ten aanzien van initiatieven inzake *managed care* (overeenkomsten tussen bepaalde verzekeringsinstellingen en ziekenhuizen, om sommige niet door het RIZIV terugbetaalde technische verrichtingen toch te doen terugbetalen via de vrije aanvullende verzekering).

De spreker is overigens voorstander van het systeem van de echelonnering van de gezondheidszorg (zelfs via een verplichte inschrijving van de patiënt bij een huisarts), aangezien een betere organisatie van de zorgverlening de uitgavengroei afremt.

De spreker pleit tevens voor meer samenvoegingen en hergroeperingen van ziekenhuizen, voor betere samenwerking tussen de ziekenhuisinstellingen en voor minder onderlinge concurrentie (met name op het gebied van de zware medische apparatuur) want die wedijver doet de uitgaven uit de hand lopen.

Voorts ware het zeker wenselijk dat de chronisch zieken een betere sociale bescherming genieten.

Met betrekking tot de tariefzekerheid van de patiënt verwijst de spreker naar zijn wetsvoorstel (Stuk n° 977/1), dat twee dingen in uitzicht stelt : enerzijds zouden de door de overeenkomsten artsen-ziekenfondsen vastgestelde honoraria (ongeacht of de artsen al dan niet een tariefovereenkomst hebben aangegaan) moeten gelden voor alle patiënten die bij een ziekenhuisopname opteren voor een gemeenschappelijke kamer of een tweepersoonskamer; anderzijds zou voor patiënten die voor een éénpersoonskamer hebben gekozen, maar een beperkt supplement mogen worden aangerekend.

Wat de geneesmiddelen betreft, stelt de spreker vast dat tal van maatregelen niet — of slechts gedeeltelijk — uitvoering hebben gekregen, zodat andere maatregelen nodig waren. Volgens hem sorteren een aantal maatregelen (bijvoorbeeld op gebied van generische geneesmiddelen) slechts optimaal ef-

ment maximal que si suffisamment d'informations sont fournies, de manière indépendante par l'autorité publique, aux médecins en ce qui concerne notamment leur comportement prescripteur.

Le membre est par ailleurs partisan d'une tenue aussi démocratique que possible des élections médicales.

Enfin, l'orateur souligne la nécessité d'exécuter les mesures tendant à limiter le nombre de dispensateurs de soins, tout en ayant à l'esprit que la responsabilité principale en la matière ressortit aux Communautés.

*
* *

M. Delizée signale de manière générale que le groupe PS n'a pas d'objection quant au contenu de la résolution à l'examen, qui rappelle au gouvernement ses principaux engagements en matière de réforme de l'assurance soins de santé.

En ce qui concerne l'échelonnement des soins et la tenue d'un dossier médical central, il conviendra d'attendre ce qui se dégagera du prochain accord médico-mutualiste. La réussite d'un tel système dépendra surtout de la manière dont les informations seront échangées aux différents échelons de la prise en charge.

En fait, l'échelonnement doit être replacé dans le contexte plus global de la réforme et la valorisation de la médecine de première ligne. Cette réforme doit permettre tant une réorganisation de l'offre de soins (dont l'échelonnement), un accès le plus large possible à la médecine générale (allocation adéquate des ressources de l'assurance) et la recherche constante de la qualité des soins.

Cette dernière exigence implique une formation approfondie et un recyclage régulier du corps médical. Par rapport à l'objectif de l'échelonnement, il s'impose donc d'accorder une attention particulière à l'évaluation médicale.

Etant donné que les orientations prises en matière de politique hospitalière tendent à rentabiliser l'hôpital afin de mieux couvrir les besoins de la population, les différentes formules de collaboration entre hôpitaux doivent être encouragées; que ce soit par répartition des tâches et une complémentarité en matière d'offre, par l'exploitation en commun d'un ou de plusieurs services ou même par la fusion d'hôpitaux. Il convient surtout de donner la priorité aux formules souples et flexibles de collaboration.

La politique hospitalière doit être abordée sous un angle plus large que celui du nouveau concept hospitalier et du financement par pathologie pour les honoraires et les médicaments. Il s'agit d'exécuter l'ensemble des mesures structurelles prévues par la note d'orientation approuvée par le gouvernement le

fect als de overheid de artsen voldoende onafhankelijke voorlichting verstrekt, met name wat hun voorschrijfgedrag betreft.

De spreker pleit er bovendien voor dat de medische verkiezingen zo democratisch mogelijk zouden verlopen.

Ten slotte wijst hij erop dat maatregelen moeten worden genomen ter beperking van het aantal zorgverleners; ter zake mag niet uit het oog worden verloren dat in de eerste plaats de gemeenschappen beleidsverantwoordelijkheid dragen.

*
* *

De heer Delizée merkt op dat de PS-fractie algemeen beschouwd geen bezwaar heeft tegen de inhoud van de voorliggende resolutie, die de regering herinnert aan haar belangrijkste verbintenissen inzake de hervorming van de gezondheidszorgverzekering.

Met betrekking tot de echelonnering van de gezondheidszorg en het bijhouden van een centraal medisch dossier moet worden afgewacht wat de komende overeenkomst artsen-ziekenfondsen zal opleveren. Het welslagen van een dergelijke regeling zal vooral afhangen van de manier waarop de diverse echelons in de gezondheidszorg informatie zullen doorspelen.

Die echelonnering moet in feite worden gezien in de meer algemene context van de hervorming en de herwaardering van de eerste-lijnsgeneeskunde. Die hervorming moet leiden tot de organisatie van het zorgaanbod (onder meer de echelonnering), de ruimst mogelijke toegankelijkheid van de algemene geneeskunde (adequate besteding van de financiële middelen van de verzekering) en ten slotte een permanent streven naar een betere kwaliteit van de gezondheidszorg.

Zulks impliceert een grondige opleiding en een regelmatige bijscholing van het medisch korps. Met betrekking tot de geplande echelonnering moet dus bijzondere aandacht worden besteed aan de medische evaluatie.

Aangezien de inzake ziekenhuisbeleid voorgenomen maatregelen ertoe strekken het ziekenhuis rendabel te maken, om beter in de behoeften van de bevolking te voorzien, dienen de diverse formules inzake samenwerking tussen de ziekenhuizen te worden aangemoedigd; zo zijn taakverdeling en complementariteit inzake het zorgaanbod mogelijk, of gemeenschappelijke exploitatie van een of meer diensten of zelfs ziekenhuisfusie. Ter zake moet vooral voorrang worden gegeven aan soepele en flexibele samenwerkingsformules.

Het ziekenhuisbeleid moet worden bekeken uit een ruimere invalshoek dan die van de nieuwe invulling van het begrip « ziekenhuis » en die van de financiering per pathologie van de honoraria en de geneesmiddelen. Het komt er hierbij op aan alle structurele maatregelen uit te voeren waarin de door

24 mars 1995 : nouveau concept hospitalier, financement adéquat de l'hôpital (par une plus grande prise en compte des pathologies, extension progressive des techniques de forfaitarisation des honoraires, etc.), fonctionnement de la structure de concertation, évaluation de la pratique médicale dans les différents services de l'hôpital, développement de l'hospitalisation de jour, réforme de la loi sur les hôpitaux, etc.

L'orateur souligne par ailleurs la nécessité d'être prudent dans l'utilisation de la technique du financement hospitalier par pathologie, dans la mesure où la réunion du prix de journée et des honoraires en un montant global pourrait inciter certains à décréter de manière arbitraire que la pathologie X vaut tel montant et la pathologie Y tel autre montant (or, les maladies ne frappent pas avec la même gravité tel ou tel patient). Un financement fondé exclusivement sur la pathologie n'est pas conciliable avec une sécurité sociale viable et risquerait d'instaurer une concurrence entre pathologies, les hôpitaux n'accueillant plus que les malades atteints d'affections « rentables ». En définitive, on aboutirait à l'inverse de l'effet recherché, soit à la détérioration de la qualité des soins.

En ce qui concerne l'hospitalisation de jour, le membre estime qu'elle peut se prêter à l'échelonnement. Il convient toutefois d'instaurer des incitants sérieux pour développer cette pratique (par exemple, une revalorisation des honoraires des médecins de première ligne qui assument la continuité des soins).

L'intervenant relève par ailleurs que le gouvernement a annoncé des mesures visant l'accessibilité généralisée des soins de santé. Celle-ci ne se limite toutefois pas à une extension de la solidarité par le biais de l'instauration d'un régime d'assurés préférentiels mais exige aussi un réaménagement des régimes résiduels de manière à assouplir et uniformiser les règles d'assurabilité dans un esprit d'assurance.

Abordant la question de la sécurité tarifaire du patient hospitalisé, l'orateur rappelle, compte tenu de la nécessité de replacer le patient et la prise en charge de la pathologie au centre du système des soins de santé, l'engagement gouvernemental tendant à consolider la protection juridique du patient hospitalisé. D'autre part, deux observations doivent être formulées en matière de suppléments d'honoraires pouvant être exigés du patient en cas de séjour respectivement en chambre à deux lits et en chambre particulière. Dans le premier cas, on peut s'interroger sur la justification de ce supplément au regard de la structure de plus en plus courante des chambres d'hôpitaux. Dans le deuxième cas, il est inacceptable qu'un médecin conventionné puisse exiger des suppléments (parfois exorbitants).

En ce qui concerne enfin l'offre médicale et paramédicale, l'intervenant signale que la surabondance

de la régence op 24 maart 1995 goedgekeurde oriëntatienota voorziet : nieuwe invulling van het begrip « ziekenhuis », adequate financiering van het ziekenhuis (meer rekening houden met de pathologieën, geleidelijke uitbreiding van de technieken inzake vaststelling van forfaitaire honoraria enz.), werking van de overlegstructuur, evaluatie van de medische praktijkvoering in de diverse ziekenhuisdiensten, meer daghospitalisatie, hervorming van de ziekenhuiswet enz.).

De spreker waarschuwt ten andere voor het hantieren van de techniek van de ziekenhuisfinanciering per pathologie aangezien het samenvoegen van de verpleegdagprijs en van de honoraria tot één bedrag sommigen er zou kunnen toe aanzetten om eigenmachtig te bepalen dat deze pathologie X frank kost en gene pathologie Y frank (ter zake mag niet over het hoofd worden gezien dat niet alle patiënten van een zelfde pathologie even ziek zijn). Een financiering die uitsluitend op de pathologie, staat haaks op een leefbare sociale zekerheid en kan leiden tot onderlinge concurrentie tussen pathologieën, waarbij de ziekenhuizen slechts die zieken opnemen die aan « rendabele » aandoeningen lijden. Per slot van rekening zou men het tegengesteld effect bereiken, met name een verslechtering van het zorgaanbod.

Wat de daghospitalisatie betreft, meent het lid dat die in aanmerking kan komen voor echelonnering. Daarbij moet evenwel worden gedacht aan de invoering van degelijke stimulansen om die formule tot ontwikkeling te brengen (bijvoorbeeld een herwaarder van de honoraria van de eerste-lijnsartsen die de continuïteit van de zorgverlening op zich nemen).

De spreker wijst er tevens op dat de regering maatregelen aangekondigd heeft inzake veralgemeende toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Die toegankelijkheid beperkt zich evenwel niet tot een uitbreiding van de solidariteit via de invoering van een regeling van preferentiële verzekerden maar zij vereist ook een bijstelling van de residuele regelingen om de inzake verzekeraarbaarheid gehanteerde regels te versoepelen en te uniformiseren; zo blijft het aspect « verzekering » overeind.

Voorts heeft de spreker het over de tariefzekerheid van de in het ziekenhuis opgenomen patiënt. De patiënt en de in kaart te brengen pathologie moeten opnieuw een centrale plaats krijgen in de gezondheidszorg; de door de regering aangevane verbintenis behoort de betrokkene een betere juridische bescherming te bieden. Tevens moeten twee kanttekeningen worden gemaakt inzake de supplementen die de patiënt bij opname in tweepersoons- of éénpersoonkamers kunnen worden aangerekend. Voor tweepersoonkamer kan men zich afvragen of dat supplement wel verantwoord is, gelet op de steeds meer voorkomende structuur van de ziekenhuiskamers. In het tweede geval is het onaanvaardbaar dat een arts die de overeenkomst ondertekend heeft, (soms buitensporige) supplementen kan eisen.

Wat ten slotte het medisch en paramedisch aanbod betreft, merkt de spreker op dat een overaanbod

de celle-ci comporte des risques pour la qualité des soins et qu'elle induit une demande artificielle et donc une augmentation irraisonnée des coûts.

Etant donné le partage des compétences entre les différents niveaux de pouvoir, et dans le respect de la chronologie du processus qui mène à la reconnaissance des médecins et des dentistes, la décision initiale en matière de maîtrise de l'offre médicale — ainsi que son exécution — revient aux Communautés. Le premier alinéa du point 7 n'a dès lors pas sa place (du moins pour le moment) dans une proposition de résolution adressée au gouvernement fédéral.

*
* *

M. Anthuenis estime pour le moins équivoque l'attitude du groupe CVP, qui au lieu de déposer une ou plusieurs propositions de loi ayant trait aux sept domaines visés par la proposition de résolution à l'examen, a déposé cette dernière.

D'une part, on peut se demander si les initiatives gouvernementales, rappelées par M. Lenssens (loi « Moureaux », plan global, récentes mesures gouvernementales de crise), sont aussi méritoires que cela.

Ainsi, la loi « Moureaux » n'est pas à même de réaliser les objectifs qui lui étaient impartis. En effet, l'annonce d'un déficit « subit » pour 1996 de l'assurance soins de santé, de l'ordre de 22 milliards, faisait immédiatement suite à des communiqués euphoriques répétés faisant état d'un boni du secteur. En outre, en sus des 19,3 milliards de francs d'économies décidées dans le même secteur dans le cadre du budget 1997, des économies tout aussi « subites » de 30 milliards de francs s'avéraient nécessaires.

De même, on peut se demander pourquoi la résolution ne fait pas état de la distinction, en matière de sécurité sociale (mentionnée pour la première fois dans le plan global), entre les risques liés spécifiquement au travail et ceux liés à des coûts généraux ni des conséquences de cette distinction sur le financement. En outre, de nombreuses mesures décidées dans le cadre du plan global n'ont pas été exécutées : encouragement de l'hospitalisation de jour, instauration d'honoraires de base pour les prestations techniques, suppression de lits d'hôpitaux surnuméraires. Il serait plus indiqué que le groupe CVP traduise ses objections à la non-exécution de ces mesures lors du vote du budget que par le biais de la présente résolution.

Quant à la norme de croissance réelle des dépenses en soins de santé de 1,5 %, également instituée par le plan global, son non-respect n'est pas sanctionné et elle est de plus vidée de sa substance par le recours, permis par l'arrêté royal du 10 décembre 1996 (pris sur la base de loi cadre du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et fortement critiqué par le Conseil d'Etat), aux facteurs dits

risico's inhoudt voor de kwaliteit van de gezondheidszorg; een en ander leidt tot een artificiële vraag en dus tot een onzinnige stijging van de kosten.

Gelet op de bevoegdheidsverdeling tussen de verschillende beleidsniveaus en met inachtneming van de chronologie van de erkenning van de artsen en tandartsen, berust de beslissing met betrekking tot de beheersing van het zorgaanbod — alsmede van de uitvoering ervan — in de eerste plaats bij de gemeenschappen. Punt 7, eerste lid, hoort dus (ten minste op dit ogenblik) niet thuis in een aan de federale regering gericht voorstel van resolutie.

*
* *

De heer Anthuenis vindt de houding van de CVP-fractie op zijn zachtst gezegd dubbelzinnig want in plaats van een of meer wetsvoorstellen in te dienen met betrekking tot de zeven aangelegenheden waarop in het voorliggende voorstel van resolutie gedoeld wordt, heeft zij deze resolutie ingediend.

Aan de ene kant rijst de vraag of de initiatieven van de regering waarover de heer Lenssens het heeft gehad (wet- « Moureaux », « globaal plan », recente crisismaatregelen van de regering) wel zo verdienstelijk zijn.

Zo kan de wet-« Moureaux » de doelstellingen niet waarmaken. De aankondiging dat de gezondheidszorgverzekering in 1996 een « onverwacht » tekort van circa 22 miljard vertoont volgde onmiddellijk op de herhaalde geestdriftige communiqués waarin gewag werd gemaakt van een boni in die sector. Naast de 19,3 miljard frank bezuinigingen waartoe in dezelfde sector in het raam van de begroting voor 1997 besloten werd, zijn even « onverwachte » besparingen met 30 miljard frank noodzakelijk gebleken.

Bovendien rijst de vraag waarom inzake sociale zekerheid in de resolutie geen onderscheid gemaakt wordt tussen de specifiek arbeidsgebonden risico's en die welke verband houden met de algemene kosten, er wordt evenmin met geen woord gerept over de financieringsgevolgen van dat onderscheid (waarvan voor het eerste sprake was in het globaal plan). Daarnaast kregen tal van in het raam van het globaal plan besliste maatregelen geen uitvoering : aanmoediging van de daghospitalisatie, invoering van basis-honoraria voor de technische prestaties, afschaffing van overtollige ziekenhuisbedden. Het ware beter mocht de CVP-fractie bij de stemming over de begroting verzet aantekenen tegen de niet-uitvoering van die maatregelen, dan dat zij dat via de voorliggende resolutie zou doen.

Wat de eveneens door het globaal plan ingevoerde reële groeivorm met 1,5 % van de uitgaven in de sector gezondheidszorg betreft, zij opgemerkt dat de niet-naleving van die norm niet bestraft wordt; voorts wordt die norm uitgehold door het feit dat het koninklijk besluit van 10 december 1996 (genomen op grond van de kaderwet van 26 juli 1996 houdende modernisering van de sociale zekerheid en hevig be-

exceptionnels et imprévisibles. Les patients en seront financièrement les dupes.

Les mesures gouvernementales de crise dans le secteur des soins de santé, quant à elles, ont un impact budgétaire estimé à 10 milliards de francs, montant qui s'ajoute aux 30 milliards de francs d'économies précitées. Ceci laisse toutefois subsister la question de savoir comment combler le déficit de 19,3 milliards de francs, constaté en septembre 1996.

D'autre part, comment peut-on prétendre dans la résolution que la quote-part du patient a atteint les limites du supportable dès lors que la majorité vient de confirmer en commission l'arrêté royal du 12 décembre 1996 (pris sur la base de la loi cadre du 26 juillet 1996 « UEM »), qui instaure une intervention personnelle forfaitaire de 500 francs, à charge du patient hospitalisé, dans le coût des prestations médicales techniques, que celles-ci aient ou non été effectuées ?

Pourquoi le groupe des auteurs de la résolution ne dépose-t-il pas une proposition de loi interdisant ou limitant les suppléments d'honoraires réclamés en chambre d'hôpital particulière ?

En outre, comment peut-on prétendre s'opposer à la privatisation des soins de santé dès lors que la mutualité chrétienne de Bruges a instauré une expérience de *managed care* ?

Par ailleurs, aucune réforme en profondeur de la sécurité sociale ne sera effectuée en dépit des promesses électorales du Premier ministre, traduites dans son livre « *Sleutels voor Morgen* ».

De plus, les transferts Nord-Sud en matière de soins de santé subsistent, comme en témoigne une étude récente des mutualités indépendantes en matière de réanimation néo-natale.

Les auteurs de la résolution plaident également pour une limitation de la liberté d'établissement des dispensateurs de soins. Or la Belgique, gouvernée notamment par le parti des signataires de cette résolution et qui dispose d'une loi d'établissement des pharmaciens, compte 5 263 officines pharmaceutiques et 300 pharmacies d'hôpitaux, alors que les pays-Bas comptent 1 300 pharmacies.

Les auteurs de la résolution prônent aussi la limitation du nombre de médecins et de titulaires de professions paramédicales. Or, le CVP s'est opposé dans un communiqué de presse au contingentement des médecins, pourtant décrété par la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales; en outre, le « *Vlaams Secretariaat voor Katholiek Onderwijs* » propose de différer l'examen d'entrée des étudiants en médecine.

S'agissant des élections médicales, l'orateur se demande pourquoi le CVP ne sollicite pas l'examen

kritiseerd door de Raad van State) de mogelijkheid biedt zich te beroepen op zogenaamde uitzonderlijke en onvoorspelbare factoren. De patiënten zullen daar financieel voor moeten opdraaien.

De door de regering in de sector gezondheidszorg genomen crisismaatregelen hebben een begrotings-effect gehad dat op 10 miljard frank geraamd wordt; dat bedrag komt boven de voormelde 30 miljard frank besparingen. Ter zake is echter nog geen antwoord gegeven op de vraag hoe het in september 1996 vastgestelde tekort van 19,3 miljard zal worden aangezuiverd.

Hoe durft men overigens in de resolutie stellen dat ten gevolge van de saneringsmaatregelen voor de patiënt de grens van het persoonlijk aandeel bereikt is, terwijl de meerderheid zopas in de commissie het (op grond van de EMU-kaderwet van 26 juli 1996 genomen) koninklijk besluit van 12 december 1996 bekrachtigd heeft? Krachtens dat besluit moet de in het ziekenhuis opgenomen patiënt voortaan zelf een forfait van 500 frank betalen voor technische medische prestaties, ongeacht of die al dan niet werden uitgevoerd.

Waarom dient de fractie van de indieners van de resolutie geen wetsvoorstel in om het eisen van honorariumsupplementen voor het verblijf in eenpersoonskamers te verbieden of te beperken ?

Hoe kan men bovendien beweren gekant te zijn tegen de privatisering van de gezondheidszorg, gelet op het feit dat in Brugge het christelijk ziekenfonds een proefproject inzake *managed care* heeft ingesteld ?

Overigens zal de sociale zekerheid niet ingrijpend hervormd worden, in weerwil van de verkiezingsbeloften die de premier in zijn boek « *Sleutels voor Morgen* » heeft gedaan.

Daarenboven is er op het gebied van de gezondheidszorg nog altijd niets veranderd aan de geldstromen van het noorden naar het zuiden, zoals blijkt uit een recente studie van de onafhankelijke ziekenfondsen met betrekking tot de neonatale reanimatie.

De indieners van de resolutie pleiten ook voor een beperking van de vrijheid van vestiging van de zorgverstrekkers. Welnu, in België waar onder meer de partij van de ondertekenaars van deze resolutie aan het bewind is en waar een vestigingswet voor apothekers van kracht is, telt men desalniettemin 5 263 privé-apotheken en 300 ziekenhuisapotheken, tegen slechts 1 300 apotheken in Nederland.

De indieners van de resolutie bepleiten ook een beperking van het aantal artsen en paramedici. In een perscommuniqué heeft de CVP zich niettemin gekant tegen de contingentering van het aantal artsen, hoewel zulks wordt opgelegd bij de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen; bovendien stelt het « *Vlaams Secretariaat voor Katholiek Onderwijs* » voor dat de invoering van het toegangsexamen voor studenten in geneeskunde zou worden uitgesteld.

In verband met de medische verkiezingen vraagt de spreker zich af waarom de CVP niet de dringende

urgent de la proposition de loi n° 201/1 (de MM. Vandeurzen et Brouns) modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Quant à l'accessibilité des soins de santé, l'orateur signale qu'en vertu de l'article 60 de la loi du 8 juillet 1976 organique des CPAS, les bénéficiaires d'une aide matérielle du CPAS sont affiliés, si nécessaire, à une mutualité ou à la CAAMI.

L'intervenant conclut en soulignant le caractère équivoque de la présente résolution parlementaire, qui aurait mieux sa place au niveau du gouvernement. Le groupe des signataires de celle-ci a contribué pendant cinquante ans à la mauvaise gestion ou à la non-gestion de la sécurité sociale.

*
* *

Mme Van de Castele indique d'une part qu'on ne peut envisager la résolution à l'examen sans poser sereinement la question de l'instauration, dans le cadre d'une défédéralisation de la politique de santé, d'ensemble de compétences plus cohérents et d'un système de sécurité sociale à deux piliers et elle annonce d'autre part le dépôt d'un amendement en ce sens.

Elle se demande par ailleurs pourquoi le groupe CVP a déposé une proposition de résolution et non une ou plusieurs propositions de loi en matière de soins de santé. En raison des pouvoirs spéciaux accordés au gouvernement, celui-ci et sa majorité parlementaire sont co-responsables de la politique menée jusqu'à présent en soins de santé; or, à la quasi-échec de ces pouvoirs spéciaux, on doit bien constater qu'on ne peut plus espérer beaucoup du gouvernement fédéral en matière de mesures structurelles sur le plan des soins de santé.

Ces mesures structurelles s'avèrent néanmoins nécessaires pour garantir à la population des soins de qualité, accessibles et payables.

L'intervenante s'étonne de ce que la résolution parte du constat d'une grande incertitude qui règne actuellement en ce qui concerne l'évolution des dépenses en soins de santé. Gouverner, c'est prévoir et le gouvernement devrait connaître et évaluer les besoins en matière de soins, de dispensateurs de soins et d'institutions avant d'établir sa politique de santé et non l'inverse.

L'oratrice souhaite dès lors obtenir de la ministre des précisions sur l'évolution réelle des dépenses en soins de santé en 1997.

Par ailleurs, il convient de s'enquérir des facteurs qui ont le plus contribué à la croissance des dépenses

behandlung vraagt van wetsvoorstel n° 201/1 (van de heren Vandeurzen en Brouns) tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

Inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg merkt de spreker op dat krachtens artikel 60 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de OCMW's, die instellingen de personen aan wie hulp wordt geboden in voorkomend geval lid maakt van een ziekenfonds of de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

Tot besluit van zijn betoog wijst de spreker op de dubbelzinnigheid van de voorliggende parlementaire resolutie, die in de regering thuishoort. De fractie waartoe de ondertekenaars van de resolutie behoren, heeft vijftig jaar lang meegewerkt aan het slechte beheer of aan het niet-beheer van de sociale zekerheid.

*
* *

Mevrouw Van de Castele wijst erop dat de voorliggende resolutie niet los kan worden gezien van het vraagstuk van de invoering, in het raam van een defederalisering van het gezondheidsbeleid, van meer coherente bevoegdheidspakketten en van een sociale-zekerheidsregeling met twee pijlers; zij kondigt voorts aan dat zij een amendement in die zin zal indienen.

Zij vraagt zich ten andere af waarom de CVP-fractie een voorstel van resolutie heeft ingediend, en niet een of meer wetsvoorstellen in verband met gezondheidszorg. Omwille van de aan de regering toegekende bijzondere machten, zijn de regering en haar parlementaire meerderheid samen verantwoordelijk voor het tot dusver gevoerde gezondheidszorgbeleid; nu die bijzondere machten omzeggens verstreken zijn, valt echter vast te stellen dat vanwege de federale regering niet veel meer structurele maatregelen inzake gezondheidszorg te verwachten vallen.

Die structurele maatregelen blijken niettemin noodzakelijk om een voor de bevolking kwalitatief hoogstaand, toegankelijk en betaalbaar zorgaanbod te garanderen.

Het verwondert de spreekster dat de resolutie uitgaat van de vaststelling « dat er momenteel een grote onzekerheid heerst over de evolutie van de uitgaven in de sector gezondheidszorg ». Regeren is voorzien en de regering zou kennis moeten hebben van de behoeften inzake de zorgverlening, de zorgverleners en de instellingen alvorens haar gezondheidsbeleid uit te stippelen, niet omgekeerd.

De spreekster vraagt de minister derhalve meer uitleg over de reële ontwikkeling in 1997 van de uitgaven in de sector gezondheidszorg.

Overigens zou moeten worden nagegaan welke factoren het meest hebben bijgedragen tot de toena-

en soins de santé, ce qui s'est trop peu fait jusqu'à présent.

L'intervenante récuse l'approche purement budgétaire inhérente au respect du plan de convergence européen; il faut certes maîtriser la croissance des dépenses mais la norme de 1,5 % s'avère intenable à terme.

Elle souscrit toutefois au constat selon lequel le système actuel de paiement à la prestation favorise la croissance de la consommation médicale; il est dès lors souhaitable de réfléchir à l'instauration d'un système mixte d'honoraires (à l'acte et forfaitaire) en dissociant davantage les actes intellectuels des prestations techniques, y compris pour les pharmaciens.

L'intervenante approuve également le constat selon lequel les tickets modérateurs ont atteint la limite du supportable.

Elle demande par ailleurs que les hauts responsables de l'INAMI fournissent, comme demandé lors des auditions en commission les 4 et 5 février 1997, leurs propositions de modification structurelle du régime de l'assurance soins de santé.

Il est d'autre part pour le moins équivoque, dans le chef des auteurs de la résolution, d'inviter le gouvernement à prendre des mesures structurelles après concertation avec les différents acteurs de la santé, dès lors que lesdits auteurs se sont eux-mêmes mis hors-jeu suite à l'octroi de pouvoirs spéciaux au gouvernement.

En ce qui concerne l'échelonnement des soins de santé, il est apparu, à l'occasion des auditions des responsables des organisations représentatives des médecins lors du débat en commission afférent aux projets de loi-cadre, que les positions des différents syndicats médicaux sont très différentes en la matière, rendant impossible tout progrès dans la discussion. L'intervenante est personnellement favorable, non à l'inscription obligatoire du patient auprès d'un médecin généraliste, mais à l'encouragement de l'échelonnement par l'introduction d'un système de remboursement différencié (tickets modérateurs plus élevés en cas de consultation directe de certains spécialistes); elle annonce le dépôt d'un amendement en ce sens.

S'agissant de la politique hospitalière, l'intervenante déplore la concurrence entre hôpitaux, qui favorise l'explosion des dépenses. La collaboration entre ceux-ci n'est certes pas favorisée par la piliariation de la société belge. Quant à l'hospitalisation de jour, qui doit effectivement être encouragée, elle ne peut se substituer aux soins ambulatoires lorsque seuls-ci s'avèrent seuls nécessaires. A propos du financement hospitalier, l'oratrice souhaite disposer de l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers en la matière et elle craint l'instauration de nouveaux forfaits « historiques » (et des abus confortés par ceux-ci) par le biais du système d'enveloppes.

me van die uitgaven, want dat is tot dusver veel te weinig gebeurd.

De spreekster is gekant tegen de louter budgettaire benadering die eigen is aan de naleving van het Europees Convergenceplan; men moet weliswaar de uitgavengroei beheersen, maar de 1,5 %-norm blijkt op termijn onhoudbaar.

De spreekster is het evenwel eens met de vaststelling dat het huidige systeem van betaling per prestatie de toename van het medisch verbruik in de hand werkt; het valt derhalve te overwegen om werk te maken van een gemengd systeem van honoraria (per prestatie en forfaitair), waarbij de intellectuele handelingen meer worden losgekoppeld van de technische, ook voor de apothekers.

De spreekster is het er ook mee eens dat de bedragen van het remgeld de grenzen van het aanvaardbare hebben bereikt.

Daarnaast wenst zij dat de topverantwoordelijken van het RIZIV hun voorstellen om het stelsel van de gezondheidszorgverzekering structureel bij te stellen, zouden voorleggen, zoals dat op 4 en 5 februari 1997 gevraagd werd tijdens de hoorzittingen in de commissie.

Overigens is het op zijn zachtst gezegd een dubbelzinnig initiatief van de indieners van de resolutie dat zij de regering verzoeken om na overleg met de diverse actoren in de sector gezondheidszorg structurele maatregelen te nemen, nu zij ingevolge de toekenning van bijzondere machten aan de regering zichzelf hebben buitenspel gezet.

Inzake de echelonnering van de gezondheidszorg is tijdens de bespreking in commissie van de ontwerpen van kaderwet, met name bij de hoorzittingen met de leiding van de representatieve artsenorganisaties, gebleken dat de standpunten van de diverse artsenbonden ter zake zover uiteenliggen dat de besprekingen niet kunnen opschieten. In plaats van de verplichte inschrijving van de patiënt bij een huisarts, is de spreekster veeleer voorstander van om de echelonnering te stimuleren door de invoering van een gedifferentieerd terugbetalingssysteem (hoger remgeld in geval van rechtstreekse raadpleging van bepaalde specialisten); zij is voornemens een amendement in die zin in te dienen.

Inzake het ziekenhuisbeleid betreurt zij de concurrentie tussen de ziekenhuizen, hetgeen de uitgavengroei in de hand werkt. Het bestaan van de zuilen in de Belgische samenleving is alleszins niet bevorderlijk voor de onderlinge samenwerking. De daghospitalisatie moet inderdaad worden aangemoedigd, maar zulks mag niet in de plaats treden van de ambulante zorgen, wanneer alleen die noodzakelijk blijken. In verband met de financiering van de ziekenhuizen zou de spreekster graag kennis nemen van het advies van de « Nationale raad van de ziekenhuisvoorzieningen »; zij vreest de invoering, via het enveloppesysteem, van nieuwe « historische » forfaits (en van de daaruit voortvloeiende misbruiken).

En ce qui concerne l'accessibilité des soins de santé, l'intervenante souhaite disposer de précisions chiffrées scientifiques quant aux catégories sociales bénéficiant d'un accès simplifié. Le risque est grand que les titulaires de revenus moyens soient les plus grandes victimes des mesures d'économie décidées dans le secteur.

L'oratrice plaide par ailleurs pour une plus grande sécurité tarifaire du patient, en ce compris par rapport aux décisions de l'autorité; il n'est pas souhaitable que celle-ci change perpétuellement son fusil d'épaule en matière de tarification des visites et consultations médicales, et des médicaments (y compris les préparations magistrales).

En ce qui concerne Pharmanet, l'intervenante ne croit pas que la mise en œuvre de la deuxième phase de ce réseau soit nécessaire pour la prise en compte éventuelle des médicaments dans le calcul de la franchise; une attestation du pharmacien mentionnant les tickets modérateurs payés par le patient peut suffire en la matière.

La première phase permet en effet de contrôler et de freiner le comportement prescripteur.

L'intervenante estime qu'il n'est pas opportun que les mutualités puissent, par le biais de données individuelles par patient, contrôler quels patients coûtent ou non trop à l'assurance.

Par ailleurs, il convient de compléter la résolution à l'examen par des amendements interdisant d'une part la création de chaînes d'officines et d'autre part les systèmes de ristournes sur la délivrance des médicaments dans les officines pharmaceutiques.

Dans le premier cas (et l'amendement s'inscrit à cet égard dans le droit fil de la proposition de loi de *Mme Pieters* et *M. Willems* relative au droit de propriété et d'exploitation des officines pharmaceutiques, Doc n° 366/1-95/96), on part du constat que les officines qui font partie d'une chaîne servent en général des intérêts commerciaux, ce qui entraîne une augmentation des dépenses dans le secteur de l'assurance-maladie. Or, les pharmaciens doivent également contribuer à promouvoir l'usage rationnel du médicament. Il convient dès lors de lutter contre ces pratiques commerciales contraires à la déontologie qui obligent les pharmaciens à maximaliser leur chiffre d'affaires.

Dans le deuxième cas, on part du constat que le système des ristournes génère une concurrence déloyale et qu'il serait plus indiqué d'affecter ces moyens au budget de l'INAMI.

Mme D'Hondt indique qu'outre le problème des chaînes d'officine, il faut relever celui des dessous de table souvent importants qui doivent être payés par de jeunes pharmaciens diplômés souhaitant acquérir une pharmacie et ce, en plus du prix de reprise déterminé conformément à la loi.

Inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg zou de spreekster graag beschikken over wetenschappelijk gefundeerd cijfermateriaal over de maatschappelijke categorieën die recht hebben op een vereenvoudigde toegang. Het is zeker niet denkbeeldig dat de gemiddelde inkomensgroepen de grootste slachtoffers zullen zijn van de bezuinigingsmaatregelen waartoe in die sector beslist wordt.

De spreekster pleit overigens voor een grotere tariefzekerheid voor de patiënt en dat die zekerheid ook zou gelden voor de beslissingen van de overheid; het is niet wenselijk dat de overheid het voortdurend over een andere boeg gooit inzake tarifiering van de artsenbezoeken, de medische raadplegingen en de geneesmiddelen (met inbegrip van de magistrale bereidingen).

Wat Pharmanet betreft, gelooft het lid niet dat de tenuitvoerlegging van de tweede fase van dat net noodzakelijk is om bij de berekening van de vrijstelling eventueel ook de geneesmiddelen in kaart te brengen; een bewijs van de apotheker, met vermelding van het door de patiënt betaalde remgeld, kan ter zake volstaan.

De eerste fase laat immers toe het voorschrijfgedrag te controleren en af te remmen.

Spreekster acht het niet opportuun dat ziekenfondsen via individuele gegevens per patiënt kunnen nagaan welke patiënten al of niet te duur zijn voor de verzekering.

Overigens zou de voorliggende resolutie moeten worden aangevuld met amendementen die een verbod instellen op enerzijds de oprichting van « apotheekketens » en anderzijds het hanteren van kortingen op het verstrekken van geneesmiddelen door de apotheken.

In het eerste geval (en het amendement ligt wat dat betreft in de lijn van het wetsvoorstel van *mevrouw Pieters* en *de heer Willems* betreffende het eigendoms- en exploitatierecht van apotheken, Stuk n° 366/1-95/96) wordt uitgegaan van de vaststelling dat de apotheken die deel uitmaken van een keten doorgaans commerciële belangen dienen, wat een stijging van de uitgaven in de sector ziekteverzekering teweegbrengt. Welnu, ook de apothekers moeten het rationeel gebruik van de geneesmiddelen helpen bevorderen. Bijgevolg moet men de strijd aanbinden tegen die handelspraktijken die in strijd zijn met de beroepsethiek en die de apothekers verplichten een zo groot mogelijke omzet te halen.

In het tweede geval wordt uitgegaan van de vaststelling dat het systeem van de kortingen oneerlijke concurrentie veroorzaakt en dat deze middelen beter zouden ten goede komen aan de begroting van het RIZIV.

Mevrouw D'Hondt wijst er op dat naast het vraagstuk van de apotheekketens moet worden gewezen op de vaak aanzienlijke « zwarte » opleg die net afgestudeerde apothekers moeten betalen bovenop de wettelijk vastgestelde overnameprijs wanneer zij een apotheek wensen over te nemen.

Le président précise que le groupe VLD est opposé à la loi du 17 décembre 1973 réglementant l'implantation des officines pharmaceutiques pour le motif que l'accès à la profession est, dans les faits, souvent réservé à une classe privilégiée.

En ce qui concerne les élections médicales, *Mme Van de Casteele* rappelle qu'un mécontentement règne depuis longtemps chez les médecins généralistes, en particulier néerlandophones, du fait de la surreprésentation des délégués d'une organisation médicale déterminée au sein des organes de l'INAMI. Elle réitère une fois encore son souci d'avoir un scrutin rapide et aussi démocratique que possible, en ce sens notamment que les généralistes et spécialistes doivent pouvoir se présenter comme candidats sur des listes distinctes, sans être contraints de payer un droit d'inscription élevé.

Enfin, l'intervenante demande que la résolution soit davantage qu'une déclaration d'intention et qu'elle soit rapidement concrétisée.

*
* *

M. Wauters indique que toute personne sensée peut assurément souscrire à l'énoncé des sept points de la résolution à l'examen. La question qui se pose toutefois est de savoir quel contenu précis il convient de donner à ces points en question et quels instruments doivent être choisis à cet effet (projet(s) ou proposition(s) de loi; arrêtés royaux ordinaires ou de pouvoirs spéciaux).

L'orateur suggère à cet égard de suivre la voie parlementaire normale en auditionnant en cours d'examen les corps intermédiaires de la société.

D'autre part, on peut s'interroger sur les raisons pour lesquelles le groupe CVP n'a pas pris et/ou exécuté, dès 1993, avec les autres groupes de la majorité, les mesures structurelles en soins de santé qu'il appelle de ses vœux dans la présente résolution.

L'intervenant annonce en outre le dépôt d'un amendement tendant à compléter la résolution par une disposition qui vise à exécuter l'accord social conclu le 4 juillet 1991 dans le secteur hospitalier.

En ce qui concerne la norme de croissance maximale réelle des dépenses en soins de santé de 1,5 % (envisagée par les auteurs de la résolution dans le cadre du plan de convergence européen), les précisions chiffrées de l'INAMI démontrent qu'elle n'a jamais été respectée et le recours aux facteurs exogènes la prive de sa substance. Ceci n'empêche pas de devoir maîtriser des mécanismes générateurs de dépenses exponentielles en soins de santé, comme le système de paiement à la prestation. L'instauration d'un système mixte d'honoraires (forfaitaire et à l'acte), proposée par les auteurs de la résolution, n'est pas une idée neuve et on peut se demander pourquoi elle n'a pas été concrétisée. D'autre part, des moyens

De voorzitter merkt op dat de VLD-fractie gekant is tegen de wet van 17 december 1973 tot regeling van de vestiging van de apotheken omdat in de feiten toegang tot dat beroep vaak voorbehouden is aan een bevoorrechte klasse.

Wat de medische verkiezingen betreft, herinnert *mevrouw Van de Casteele* eraan dat vooral bij de Nederlandstalige huisartsen sinds lang ontevredenheid heerst over het feit dat de afgevaardigden van een bepaalde artsenorganisatie oververtegenwoordigd zijn in de organen van het RIZIV. Zij wenst andermaal dat onverwijld en zo democratisch mogelijk verkiezingen zouden worden gehouden, in die zin dat de huisartsen en specialisten zich kandidaat moeten kunnen stellen op afzonderlijke lijsten, zonder dat zij gedwongen worden een hoog inschrijvingsrecht te betalen.

Ten slotte vraagt de sprekerster dat de resolutie meer zou zijn dan een intentieverklaring en dat zij spoedig concrete uitvoering zou krijgen.

*
* *

De heer Wauters wijst erop dat ieder zinnig persoon de zeven punten van de voorliggende resolutie kan onderschrijven. Het is echter de vraag welke precieze inhoud aan die punten moet worden gegeven en welke instrumenten daarvoor nodig zijn (wetsontwerp(en) of -voorstel(len); gewone koninklijke besluiten of bijzondere machten).

De spreker stelt voor dat ter zake de normale parlementaire weg zou worden gevolgd, waarbij tijdens de besprekingen hoorzittingen met het maatschappelijk middenveld zouden plaatsvinden.

Voorts rijst de vraag waarom de CVP-fractie met de andere meerderheidsfracties niet reeds in 1993 structurele maatregelen met betrekking tot de gezondheidszorg, zoals zij die in de voorliggende resolutie wenst.

De spreker is voornemens een amendement in te dienen dat ertoe strekt de resolutie aan te vullen met een bepaling die tot doel heeft uitvoering te geven aan de op 4 juli 1991 in de ziekenhuissector afgesloten sociale overeenkomst.

In verband met de maximale reële groeinorm met 1,5 % van de uitgaven in de sector gezondheidszorg (zoals die door de indieners van de resolutie in het raam van het Europees convergentieplan overwogen wordt), tonen de cijfergegevens van het RIZIV aan dat die norm nooit nageleefd werd en dat die door het hanteren van exogene factoren uitgehouden wordt. Een en ander belet niet dat paal en perk moet worden gesteld aan mechanismen die een exponentiële stijging van de uitgaven in de sector gezondheidszorg veroorzaken, bijvoorbeeld inzake betalingen per prestatie. De door de indieners van de resolutie voorgestelde invoering van een gemengd systeem van honoraria (forfaitair en per prestatie) is geen nieuw

devront être dégagés pour faire face au vieillissement de la population.

L'intervenant estime par ailleurs que la quote-part personnelle du patient a dépassé les limites du supportable (et donc plus qu'atteint ces limites comme le relèvent les auteurs de la résolution); il constate à nouveau, à son grand désappointement, qu'il n'est que trop aisé pour le gouvernement de faire payer le prix des mesures linéaires prises par lui par le patient : ainsi, par arrêtés de pouvoirs spéciaux, les tickets modérateurs afférents aux prestations de radiologie ont été augmentés, un ticket modérateur a été instauré en matière d'imagerie médicale et une intervention personnelle forfaitaire dans le coût des prestations médicales techniques (que celles-ci aient ou non été effectuées) en milieu hospitalier a été imposée.

En conclusion, l'orateur s'interroge sur les raisons réelles qui ont poussé le CVP à déposer la présente résolution et signale qu'il n'apportera pas son concours à des jeux purement politiques.

*
* *

Le président estime que la résolution à l'examen, qui ne signifie pas grand chose, témoigne de l'attitude pour le moins équivoque du groupe CVP, qui n'a en fait aucune confiance envers la ministre des Affaires sociales. Il est par exemple peu crédible d'affirmer que les tickets modérateurs ont atteint la limite du supportable dès lors que le *Moniteur belge* du 19 mars 1997 publie deux arrêtés royaux qui, en cas d'hospitalisation, respectivement, majorent l'intervention personnelle du bénéficiaire de 1 100 francs le premier jour et réduisent le remboursement INAMI de 450 francs par jour (en ce compris pour les patients dont l'hospitalisation dans un établissement psychiatrique se prolonge au-delà de cinq ans).

En outre, la présente résolution est incomplète puisqu'elle n'évoque pas le rôle des mutualités ni le problème de la formation de chaînes d'établissements hospitaliers.

L'orateur est d'avis que le texte proposé conforte les monopoles de fait existants et il signale qu'il s'abstiendra par conséquent lors du vote.

*
* *

Répliques

M. Lenssens indique que notre système performant de soins de santé, dont le coût est raisonnable sur le plan macro-économique (8,2 % du PIB), existe grâce aux socialistes et sociaux chrétiens.

idée; de vraag rijst waarom zulks geen uitvoering heeft gekregen. Voorts zullen middelen moeten worden vrijgemaakt om het hoofd te bieden aan de vergrijzing van de bevolking.

De spreker meent overigens dat het persoonlijk aandeel van de patiënt de grenzen van het aanvaardbare overschreden heeft (en dus niet alleen bereikt heeft zoals door de indieners van de resolutie gesteld wordt); tot zijn grote teleurstelling stelt hij andermaal vast dat het voor de regering maar al te gemakkelijk is om de patiënt financieel te laten opdraaien voor de door haar genomen lineaire maatregelen : zo werden via bijzondere-machtenbesluiten de remgelden voor radiologie verhoogd, werd inzake medische beeldvorming remgeld ingevoerd en moet voortaan persoonlijk forfaitair worden bijgedragen in de kosten van de technische medische prestaties in de ziekenhuizen (ongeacht of die al dan niet uitgevoerd werden).

Tot besluit heeft het lid vragen bij de echte redenen die de CVP ertoe hebben gebracht deze resolutie in te dienen. Hij deelt mee dat hij niet zal meedoen aan louter politieke spelletjes.

*
* *

Volgens *de voorzitter* geeft de voorliggende, weinig verstrekkende resolutie blijk van de op zijn zachtst gezegd dubbelzinnige houding van de CVP-fractie, die de minister van Sociale Zaken in feite niet het minste vertrouwen schenkt. Zo is de stelling als zouden de remgelden de grens van het aanvaardbare bereikt hebben, weinig geloofwaardig als gelet op het feit dat in het *Belgisch Staatsblad* van 19 maart 1997 twee koninklijke besluiten bekendgemaakt worden die, in geval van ziekenhuisopname, de persoonlijke bijdrage van de gerechtigde de eerste dag met 1 100 frank verhogen en de terugbetaling door het RIZIV met 450 frank verlagen (dit geldt ook voor de patiënten wier opname in een psychiatrische instelling meer dan vijf jaar duurt).

Daarenboven is de voorliggende resolutie onvolledig want er wordt met geen woord gerept over de rol van de ziekenfondsen en evenmin van het knelpunt van de totstandkoming van ziekenhuisketens.

De spreker is van mening dat de voorgestelde tekst de bestaande feitelijke monopolies versterkt. Hij zal zich bijgevolg bij de stemming onthouden.

*
* *

Replieken

De heer Lenssens merkt op dat ons zeer goed presterend gezondheidszorgsysteem, waarvan de kosten op macro-economisch vlak (8,2 % van BBP) zeer redelijk zijn, te danken is aan de socialisten en de christendemocraten.

D'autre part, certains facteurs comme l'évolution des technologies médicales, l'offre excédentaire de soins, l'évolution démographique rendent actuellement nécessaire la modification structurelle de mécanismes, de manière à assurer à l'avenir la maîtrise de la croissance des dépenses en soins de santé et à améliorer — et si possible à généraliser — l'accessibilité de soins de santé de qualité.

Quelle est l'alternative à cette modification structurelle ? La première branche de cette alternative, prônée par les libéraux, revient en fait à instaurer une assurance obligatoire soins de santé pour les « grands » risques et à privatiser la majeure partie des « petits » risques. La deuxième branche de cette alternative équivaut à une forte augmentation des tickets modérateurs. L'orateur affirme que la majorité récuse les deux branches de cette alternative.

Il rappelle pour le surplus qu'il prône un modèle de concertation, nécessaire pour la responsabilisation de tous les — très nombreux et diversifiés — acteurs, étant entendu que la primauté doit pouvoir, en définitive, revenir à l'autorité politique.

L'orateur signale d'autre part que le groupe CVP a déposé les propositions de loi suivantes, afférentes aux domaines énumérés par la présente résolution :

— (de M. Lenssens) modifiant la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux handicapés, en ce qui concerne le régime de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (Doc. n° 40/1);

— (de MM. Vandeurzen et Brouns) modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (Doc. n° 201/1);

— (de M. Vandeurzen) instituant l'association d'hôpitaux (Doc. n° 741/1);

— (de M. Brouns) insérant un article 36bis dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994 précitée (Doc. n° 931/1);

— (de MM. Lenssens et Jean-Jacques Viseur) modifiant, en ce qui concerne les suppléments d'honoraires, la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 et la loi coordonnée de 1994 précitée (Doc. n° 982/1).

La technique de la résolution a été retenue car il est important que le Parlement, y compris dans sa composante majoritaire, puisse adresser un signal constructif au gouvernement. Le texte proposé invite dès lors le gouvernement à prendre, dans les sept domaines qui y sont énumérés et après concertation avec les acteurs, des mesures structurelles en profondeur qui soient davantage que de simples corrections budgétaires.

En ce qui concerne les négociations en cours entre dispensateurs de soins, hôpitaux, organismes assureurs et gouvernement fédéral, l'orateur estime qu'il appartient à l'autorité politique de déterminer si la portée des propositions des acteurs du secteur des

Anderzijds vereisen bepaalde factoren, zoals de ontwikkeling van de medische technologieën, het overaanbod in de sector gezondheidszorg en de demografische ontwikkeling, thans een structurele wijziging van de mechanismen, om in de toekomst de groei van de uitgaven in de gezondheidszorg te kunnen beheersen en de toegang tot een kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg te verbeteren en zo mogelijk te veralgemenen.

Wat is het alternatief voor die structurele wijziging ? De door de liberalen aangeprezen eerste tak van dat alternatief betekent in feite de invoering van een verplichte gezondheidszorgverzekering voor de « grote » risico's en de privatisering van de meeste « kleine » risico's. De tweede tak van dat alternatief staat gelijk met een forse verhoging van de remgelden. De spreker bevestigt dat de meerderheid beide takken van dat alternatief verwerpt.

Daarnaast herinnert hij eraan dat hij voorstander is van een overlegmodel dat noodzakelijk is om alle (zeer talrijke en uiteenlopende) actoren ter zake te responsabiliseren, met dien verstande dat de politieke overheid per slot van rekening het laatste woord moet hebben.

De spreker merkt voorts op dat de CVP-fractie de volgende wetsvoorstellen heeft ingediend in verband met de in de resolutie opgesomde aangelegenheden :

— wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten op het stuk van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (Stuk n° 40/1) (van de heer Lenssens);

— wetsvoorstel tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (Stuk n° 201/1) (van de heren Vandeurzen en Brouns);

— wetsvoorstel tot instelling van ziekenhuisassociaties (Stuk n° 741/1) (van de heer Vandeurzen);

— wetsvoorstel tot invoeging van een artikel 36bis in de voormelde gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (Stuk n° 931/1) (van de heer Brouns);

— wetsvoorstel tot wijziging, wat de honorariumsupplementen betreft, van de wet op de ziekenhuizen gecoördineerd op 7 augustus 1987 en van de voormelde gecoördineerde wet van 1994 (Stuk n° 982/1) (van de heren Lenssens en Jean-Jacques Viseur).

Men heeft de voorkeur gegeven aan de techniek van de resolutie omdat het belangrijk is dat het parlement, ook de meerderheid, de regering een constructief signaal zou kunnen geven. De voorgestelde tekst verzoekt de regering derhalve om voor de erin vermelde zeven aspecten en na overleg met de actoren, ingrijpende structurele maatregelen te nemen, die meer zijn dan loutere budgettaire bijstellingen.

Met betrekking tot de lopende onderhandelingen tussen de zorgverstrekkers, de ziekenhuizen, de verzekeringsinstellingen en de federale regering, meent de spreker dat het de politieke overheid toekomt om na te gaan of de draagwijdte van de voorstellen van

soins de santé est suffisamment étendue au regard des objectifs du gouvernement (maîtrise de la croissance des dépenses et viabilité financière du régime). Il se demande à cet égard si les positions des ministres fédéraux des Affaires sociales et de la Santé publique sont concordantes quant au fond.

L'intervenant se demande par ailleurs quant les mesures gouvernementales linéaires du 23 décembre 1996 seront levées à l'égard des dentistes et des dispensateurs de soins à domicile (ceux-ci ont en effet respecté leur enveloppe budgétaire ces trois dernières années). Qu'en est-il des autres secteurs ? Il faut toutefois se rendre compte notamment du fait que la diminution des honoraires médicaux peut inciter certains dispensateurs de soins à multiplier leurs prestations.

En ce qui concerne le financement hospitalier, l'orateur estime qu'un système de financement forfaitaire, partiel ou total, ne peut pas seulement être envisagé pour les hôpitaux universitaires.

En outre, ce système doit être, dans un premier temps tout au moins, optionnel afin d'être praticable à terme. Il convient en toute hypothèse de maintenir un système partiel d'honoraires à l'acte, en raison de l'enregistrement de l'activité hospitalière et en tant qu'instrument d'évaluation (qui devra être constante) du financement par pathologie.

S'agissant des élections médicales, il convient d'être ouvert au renouvellement de la représentation des médecins au sein de l'INAMI, en fonction essentiellement de la composante des généralistes.

En ce qui concerne enfin l'absence de mention des organismes assureurs dans le texte proposé, elle est due d'une part au fait qu'une réforme structurelle a déjà été menée à leur niveau par le biais de leur responsabilisation financière (instaurée par la loi « Moureaux » et actuellement régie par les articles 196 et suivants de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 précitée) et d'autre part au fait que les mutualités doivent pouvoir continuer à jouer leur rôle en toute indépendance, en tant que gestionnaires de l'assurance obligatoire soins de santé et de l'assurance libre complémentaire ainsi qu'en tant qu'associations défendant les « consommateurs » de soins de santé.

de acteurs van de sector gezondheidszorg groot genoeg is om de doelstellingen van de regering te kunnen halen (beheersing van de uitgavengroei en financiële leefbaarheid van het stelsel). In dat verband vraagt hij zich af of de federale ministers van Sociale Zaken en van Volksgezondheid het ten gronde met elkaar eens zijn.

Overigens vraagt hij zich af wanneer de lineaire maatregelen van de regering van 23 december 1996 opgeheven zullen worden voor de tandartsen en de thuiszorgverleners. De betrokkenen zijn de afgelopen drie jaar immers binnen de grenzen van hun budgettaire enveloppe gebleven. Hoe staat het met de andere sectoren ? Er mag niet uit het oog worden verloren dat de vermindering van de geneeskundige honoraria sommige zorgverstrekkers er wel eens zou kunnen toe aanzetten om meer prestaties uit te voeren.

Inzake de financiering van de ziekenhuizen meent het lid dat een systeem van gehele of gedeeltelijke forfaitaire financiering niet alleen voor de academische ziekenhuizen mag worden overwogen.

Bovendien moet dat systeem, althans in een eerste fase optioneel zijn om op termijn haalbaar te zijn. Het behoud van een gedeeltelijk systeem van per prestatie berekende honoraria's is hoe dan ook aan te bevelen wegens de registratie van de ziekenhuisactiviteit en als instrument voor de evaluatie (die permanent zal moeten zijn) van de financiering per pathologie.

Wat de medische verkiezingen betreft, dient men oog te hebben voor de hernieuwing van de vertegenwoordiging van de artsen in het RIZIV, waarbij vooral rekening moet worden gehouden met de huisartsen.

Ten slotte wordt in de voorgestelde tekst geen melding gemaakt van de verzekeringsinstellingen; ter zake zij opgemerkt dat zulks enerzijds het gevolg is van het feit dat voor die instellingen reeds een structurele hervorming heeft plaatsgevonden, met name via financiële responsabilisering (door de wet « Moureaux » en thans door de artikelen 196 en volgende van de voormelde gecoördineerde wet van 14 juli 1994) en anderzijds van het feit dat de ziekenfondsen in volle onafhankelijkheid hun rol moeten blijven vervullen, als beheerders van de verplichte gezondheidszorgverzekering en van de aanvullende vrije verzekering, alsmede als verenigingen die de belangen van de « consumenten » van de gezondheidszorg behartigen.

III. — DISCUSSION DES AMENDEMENTS ET VOTES

Pour des raisons d'ordre légistique, la commission décide d'examiner et de voter séparément sur les considérants et chacun des points du dispositif de la proposition de résolution à l'examen.

1. Considérants

Le sous-amendement n° 23 (Doc. n° 947/3) de *M. Vermassen et consorts* (afférent à l'amendement n° 1) vise, *in fine* du point 1) de l'amendement n° 1, à supprimer les mots « *afin de freiner la croissance considérable des dépenses de soins de santé* ».

L'auteur indique que la maîtrise de la croissance considérable des dépenses dans le secteur des soins de santé de l'assurance maladie figure déjà dans le considérant qui concerne la priorité à accorder au respect de la norme de croissance fixée à 1,5 %.

L'amendement n° 1 (Doc. n° 947/2) de *M. Vermassen et consorts* vise, d'une part, entre les alinéas 11 et 12, à insérer l'alinéa suivant : « *constatant que diverses mesures ont été prises fin 1996 afin de freiner la croissance considérable des dépenses de soins de santé* » et d'autre part, à l'alinéa 12, à remplacer les mots « *Invite le gouvernement* » par les mots « *Invite néanmoins le gouvernement* ».

M. Bacquelaine s'interroge sur la crédibilité du deuxième volet de cet amendement.

L'amendement n° 16 (Doc. n° 947/2) de *Mme Van de Castele* est composé de deux volets. Le premier volet vise à compléter les considérants par ce qui : « *Considérant que la situation actuelle est généralement perçue comme étant problématique, en particulier par les acteurs de terrain.*

Que la séparation entre les soins curatifs (fédéral) et préventifs (communautés), notamment, génère des incohérences dans la politique de santé. Que cette séparation n'a en outre pas été opérée de manière logique.

Considérant que les communautés n'ont pas suffisamment la possibilité d'influencer cette politique en fonction de leurs préférences et de leurs besoins.

Considérant que l'organisation de soins de santé se qualifie à un coût justifié suppose la définition d'ensembles de compétences homogènes et la mise en œuvre d'une politique plus cohérente. ».

Le deuxième volet de l'amendement tend à insérer l'alinéa suivant entre les alinéas 11 et 12 : « *Demande au gouvernement de prendre les mesures nécessaires en vue de créer, dans le cadre d'une défédéralisation de la politique de santé, des ensembles de compétences plus cohérents et d'instaurer, à cette fin, un système à deux piliers dans la sécurité sociale, système établissant une distinction entre les régimes assurant un revenu de remplacement et les régimes à finalité compensatoire. ».*

III. — BESPREKING VAN DE AMENDEMENTEN EN STEMMINGEN

Om wetgevingstechnische redenen beslist de commissie de consideransen en elk van de punten van het bepalend gedeelte van het besproken voorstel van resolutie afzonderlijk te bespreken en in stemming te brengen.

1. Consideransen

Subamendement n° 23 (Stuk n° 947/3) van *de heer Vermassen c.s.* (betreffende amendement n° 1) strekt ertoe *in fine* in punt 1) van amendement n° 1 de woorden « *teneinde de expansieve groei in de uitgaven voor de gezondheidszorg af te remmen* » weg te laten.

De indiener stipt aan dat de verwijzing naar de beheersing van de expansieve uitgavengroei in de ziekteverzekering wordt overgenomen in de consideransen met betrekking tot de prioritaire naleving van de groeinorm van 1,5 %.

Amendement n° 1 (Stuk n° 947/2) van *de heer Vermassen c.s.* beoogt, enerzijds, tussen het elfde en het twaalfde lid, het volgende lid in te voegen : « *Vaststellend dat er eind 1996 diverse maatregelen zijn genomen teneinde de expansieve groei in de uitgaven van de gezondheidszorg af te remmen* » en, anderzijds, in het twaalfde lid, de woorden « *Verzoekt de regering* » te vervangen door de woorden « *Verzoekt niettemin de regering* ».

De heer Bacquelaine heeft vragen bij de geloofwaardigheid van het tweede onderdeel van dat amendement.

Amendement n° 16 (Stuk n° 947/2) van *mevrouw Van de Castele* is tweeledig. Het eerste gedeelte strekt ertoe de consideransen aan te vullen met wat volgt : « *Overwegende dat de huidige situatie over het algemeen als problematisch wordt ervaren, in het bijzonder door de veldwerkers.*

Meer in het bijzonder leidt de scheiding tussen de curatieve zorg (federaal) en de preventieve zorg (gemeenschappen) tot incoherenties in het gezondheidsbeleid. Bovendien is deze scheiding niet consequent doorgevoerd.

Overwegende dat de gemeenschappen onvoldoende eigen accenten kunnen leggen inspelend op de eigen voorkeuren en behoeften.

Overwegende dat de kwaliteitsvolle gezondheidszorg tegen een verantwoorde kost meer coherente bevoegdheidspakketten en een meer samenhangend beleid veronderstelt. ».

Het tweede gedeelte van het amendement wil tussen het elfde en het twaalfde lid, het volgende lid invoegen : « *Verzoekt de Regering de noodzakelijke stappen te zetten om via defederalisering van het gezondheidsbeleid meer coherente bevoegdheidspakketten te realiseren en met het oog daarop een tweepijlersysteem in te voeren in de sociale zekerheid waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen inkomensvervangende regelingen en kostencompenserende regelingen. ».*

Mme Van de Castele indique que pour des raisons de cohérence dans la politique de santé, une défédéralisation de celle-ci s'impose et que ceci entraîne la nécessité d'instaurer un système à deux piliers dans la sécurité sociale.

M. Bacquelaine affirme son opposition à la défédéralisation de la sécurité sociale, en ce compris le secteur des soins de santé, étant attaché à la solidarité entre les personnes qui composent les différentes Régions et Communautés de l'Etat belge. La distinction entre médecines curative et préventive est certes artificielle mais il conviendrait dans ce cas, sur le plan des compétences, de regrouper au niveau de l'Etat fédéral l'ensemble des aspects de la médecine. L'orateur annonce le dépôt d'un amendement en ce sens (cf. *infra* dispositif n° 9 (*nouveau*) du texte proposé).

*
* *

Le sous-amendement n° 23 de M. Vermassen et consorts est adopté par 9 voix et 3 abstentions.

L'amendement n° 1 de M. Vermassen et consorts est adopté par 9 voix et 2 abstentions.

Le premier volet de l'amendement n° 16 de Mme Van de Castele est rejeté par 9 voix contre une et une abstention. Le deuxième volet de cet amendement et l'ensemble du texte de l'amendement sont ensuite rejetés par le même vote.

2. Point 1 du dispositif

Les amendements n° 2 (Doc. n° 947/2) et 24 (Doc. n° 947/3) de M. Vermassen et consorts sont retirés.

L'amendement n° 27 (Doc. n° 947/3) de M. Vermassen et consorts vise à remplacer les mots « *tant à l'égard des médecins qu'à l'égard des hôpitaux* » par les mots « *notamment par l'instauration du dossier médical global* ».

M. Bacquelaine s'interroge sur la portée qu'entend donner la majorité au concept « dossier médical global ».

L'amendement n° 13 (Doc. n° 947/2) de M. Bacquelaine vise à compléter le texte proposé par les mots « *sans porter atteinte à la liberté de choix des patients* ».

L'auteur indique qu'en matière d'échelonnement, les mesures incitatives visant à favoriser le recours à la médecine de première ligne doivent prévaloir sur les règles coercitives. Le patient doit pouvoir, en toute hypothèse, consulter le médecin de son choix. En réponse à M. Wauters, il précise par ailleurs qu'il

Mevrouw Van de Castele stipt aan dat terwille de coherentie in het gezondheidsbeleid, een defederalisering zich opdringt en dat dit de noodzaak meebrengt een tweepijlersysteem in de sociale zekerheid in te voeren.

De heer Bacquelaine verklaart gekant te zijn tegen de defederalisering van de sociale zekerheid, met inbegrip van de sector van de gezondheidszorg. Hij is immers gehecht aan de solidariteit tussen de personen die samen de verschillende gewesten en gemeenschappen van de Belgische Staat vormen. Het onderscheid tussen curatieve en preventieve geneeskunde is inderdaad kunstmatig, maar het zou, op het vlak van de bevoegdheden, ter zake nuttig zijn het geheel van de aspecten van de geneeskunde op het niveau van de federale Staat samen te brengen. De spreker kondigt aan dat hij een amendement ter zake zal indienen (cf. *infra* de bespreking van het bepalend gedeelte n° 9 (*nieuw*) van de voorgestelde tekst).

*
* *

Subamendement n° 23 van de heer Vermassen c.s. wordt aangenomen met 9 stemmen en 3 onthoudingen.

Amendement n° 1 van de heer Vermassen c.s. wordt aangenomen met 9 stemmen en 2 onthoudingen.

Het eerste gedeelte van amendement n° 16 van mevrouw Van de Castele wordt verworpen met 9 tegen 1 stem en 1 onthouding. Het tweede gedeelte van dat amendement alsmede de gehele tekst van het amendement worden vervolgens verworpen met dezelfde stemming.

2. Punt 1 van het bepalend gedeelte

Amendement n° 2 (Stuk n° 947/2) en amendement n° 24 (Stuk n° 947/3) van de heer Vermassen c.s. worden ingetrokken.

Amendement n° 27 (Stuk n° 947/3) van de heer Vermassen c.s. strekt ertoe de woorden « *zowel ten aanzien van artsen als ten aanzien van de ziekenhuizen* » te vervangen door de woorden « *onder meer via de invoering van het globaal medisch dossier* ».

De heer Bacquelaine heeft vragen bij de invulling die de meerderheid aan het begrip « globaal medisch dossier » wil geven.

Amendement n° 13 (Stuk n° 947/2) van de heer Bacquelaine strekt ertoe de voorgestelde tekst aan te vullen met de woorden : « *, mits geen afbreuk wordt gedaan aan de vrije keuze van de patiënten* ».

De indiener geeft aan dat inzake echelonnering van de gezondheidszorg de maatregelen om de patiënten te overhalen een beroep te doen op de eerstelijns geneeskunde de overhand moeten hebben op dwingende voorschriften ter zake. De patiënt moet in alle omstandigheden een beroep kunnen doen op de

est opposé à l'inscription obligatoire du patient auprès d'un médecin généraliste.

M. Lenssens se déclare également opposé à l'inscription obligatoire précitée. Il demande toutefois le rejet de l'amendement au motif que la formulation de celui-ci peut prêter à de nombreuses interprétations.

L'amendement n° 19 (Doc. n° 947/2) de *M. Bacquelaine* vise à compléter le texte proposé par un deuxième tiret, libellé comme suit : « — la revalorisation de l'acte intellectuel et l'instauration du ticket modérateur obligatoire pour les actes techniques réalisés en médecine ambulatoire, sauf pour les patients bénéficiant de la franchise sociale; ».

L'amendement n° 21 (Doc. n° 947/2) de *Mme Van de Castele* vise à compléter le texte proposé par ce qui suit : « l'échelonnement doit être encouragé par l'introduction d'un système de remboursement différencié ».

L'auteur indique que si l'objectif est réellement de procéder à une répartition des tâches entre les différentes catégories de dispensateurs de soins, il convient, sans entraver la liberté de choix du patient, de prévoir un ticket modérateur plus élevé en cas de consultation directe de certains spécialistes.

M. Lenssens indique qu'il est préférable de laisser au gouvernement le soin de déterminer, en concertation avec les acteurs, ce qui est praticable au sein du secteur.

Mme Van de Castele affirme qu'il est souhaitable d'énoncer dans le texte proposé le principe du remboursement INAMI différencié, sous peine de ne pas pouvoir progresser dans le dossier, compte tenu des résistances de certains dispensateurs de soins (principalement spécialistes) en la matière.

*
* *

L'amendement n° 27 de *M. Vermassen* est con-sortis est adopté par 9 voix et 3 abstentions.

L'amendement n° 13 de *M. Bacquelaine* est rejeté par 10 voix contre une et une abstention.

L'amendement n° 19 de *M. Bacquelaine* est rejeté par 8 voix contre une.

L'amendement n° 21 de *Mme Van de Castele* est rejeté par 8 voix contre une.

Le point 1 du dispositif du texte proposé, ainsi amendé, est adopté par 8 voix et une abstention.

3. Point 2 du dispositif

L'amendement n° 5 (Doc. n° 947/2) de *M. Delizée* vise à remplacer le texte en regard du premier tiret par ce qui suit : « — l'exécution des mesures prévues

door hem gekozen arts. In antwoord hierop preciseert de heer Wauters dat hij bovendien gekant is tegen de verplichte inschrijving van de patiënt bij een huisarts.

De heer Lenssens verklaart eveneens gekant te zijn tegen de voornoemde verplichte inschrijving. Hij vraagt evenwel het amendement te verwerpen omdat de formulering ervan tot talrijke interpretaties kan leiden.

Amendement n° 19 (Stuk n° 947/2) van *de heer Bacquelaine* strekt ertoe de voorgestelde tekst aan te vullen met een tweede gedachtenstreepje, luidend als volgt : « — de opwaardering van de intellectuele daad en de instelling van de verplichte remgelden voor technische verstrekkingen bij de ambulante geneeskunde, met uitzondering voor de patiënten die de sociale franchise genieten; ».

Amendement n° 21 (Stuk n° 947/2) van *mevrouw Van de Castele* strekt ertoe de voorgestelde tekst aan te vullen met wat volgt : « om de echelonnering te stimuleren dient een gedifferentieerde terugbetaling ingevoerd ».

De indiener stipt aan dat indien het werkelijk de bedoeling is een taakverdeling tussen de verschillende zorgverstrekkers in te voeren, het aangewezen is, zonder afbreuk te doen aan de keuzevrijheid van de patiënt, te voorzien in een hoger remgeld wanneer rechtstreeks een beroep wordt gedaan op bepaalde specialisten.

De heer Lenssens stipt aan dat het verkieslijk is het aan de regering over te laten om, in overleg met de actoren, te bepalen wat in de sector realiseerbaar is.

Mevrouw Van de Castele bevestigt dat het wenselijk is in de voorgestelde tekst melding te maken van het principe van de gedifferentieerde RIZIV-terugbetaling, met het risico geen vorderingen te maken in het dossier vanwege het verzet ter zake van bepaalde zorgverleners (hoofdzakelijk specialisten).

*
* *

Amendement n° 27 van *de heer Vermassen c.s.* wordt aangenomen met 9 stemmen en 3 onthoudingen.

Amendement n° 13 van *de heer Bacquelaine* wordt verworpen met 10 tegen 1 stem en 1 onthouding.

Amendement n° 19 van *de heer Bacquelaine* wordt verworpen met 8 tegen 1 stem.

Amendement n° 21 van *mevrouw Van de Castele* wordt verworpen met 8 tegen 1 stem.

Punt 1 van het aldus geamendeerde bepalend gedeelte van de voorgestelde tekst wordt aangenomen met 8 stemmen en 1 onthouding.

3. Punt 2 van het bepalend gedeelte

Amendement n° 5 (Stuk n° 947/2) van *de heer Delizée c.s.* strekt ertoe de tekst naast het eerste gedachtenstreepje te vervangen als volgt : « — de uitvoe-

dans la note d'orientation relative à la politique hospitalière du 24 mars 1995, confirmée par l'accord de Gouvernement, en tenant compte de l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers sur le nouveau concept hospitalier ».

L'auteur indique qu'outre la mise en œuvre du nouveau concept hospitalier, il convient également d'inviter le Gouvernement à concrétiser l'ensemble des mesures structurelles prévues dans la note de politique hospitalière dont, entre autres, l'instauration d'un financement par pathologie pour les honoraires et les médicaments.

Mme Van de Castele souhaite disposer de l'avis précité du Conseil national des établissements hospitaliers.

L'amendement n° 8 (Doc. n° 947/2) de M. Bacquelaine tend à compléter le cinquième tiret par ce qui suit : « Cette programmation doit tenir compte de critères de réalité d'utilisation et s'inspirer de stratégies diagnostiques établies dans le cadre de l'évaluation des pratiques médicales au sein des GLEMS; ».

*
* *

L'amendement n° 8 de M. Bacquelaine est rejeté par 8 voix contre une.

L'amendement n° 5 de M. Delizée et consorts est adopté par 8 voix contre une.

Le point 2 du dispositif du texte proposé, ainsi amendé, est adopté par 8 voix et une abstention.

4. Point 3 du dispositif

L'amendement n° 3 (Doc. n° 947/2) de M. Vermassen et consorts vise à remplacer les deux tirets par ce qui suit : « — se félicite de la décision prise par le gouvernement en vue d'assurer une meilleure accessibilité des soins de santé, en particulier aux bénéficiaires du minimum de moyens d'existence et aux handicapés, mais estime néanmoins que l'accessibilité du système des soins de santé doit être garantie à tout moment à toutes les catégories sociales. ».

L'amendement n° 17 (Doc. n° 947/2) de M. Bacquelaine vise à compléter le premier tiret par les mots suivants : « et notamment la pratique du tiers payant en médecine générale pour les patients démunis bénéficiant de la franchise sociale; ».

*
* *

L'amendement n° 17 de M. Bacquelaine est rejeté par 8 voix et une abstention.

ring van de maatregelen vervat in de oriëntatienota betreffende het ziekenhuisbeleid van 24 maart 1995, bevestigd bij het regeerakkoord, rekening houdend met het advies van de Nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen over het nieuwe ziekenhuisconcept ».

De indiener stipt aan dat de regering niet alleen moet worden verzocht het nieuwe ziekenhuisconcept te realiseren, maar ook concreet uitvoering te geven aan alle structurele maatregelen die vervat zijn in de nota betreffende het ziekenhuisbeleid waaronder, met name, de invoering van een pathologiefinanciering voor honoraria en geneesmiddelen.

Mevrouw Van de Castele wenst over het voornoemde advies van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen te beschikken.

Amendement n° 8 (Stuk n° 947/2) van de heer Bacquelaine strekt ertoe de tekst na het tweede gedachtenstreepje aan te vullen met wat volgt : « Bij die programmering moet rekening worden gehouden met realistische aanwendingscriteria en behoort men zich te laten leiden door diagnose-strategieën die werden vastgesteld in het raam van de door de LOK's verrichte evaluaties van het voorschrijfgedrag van de artsen; ».

*
* *

Amendement n° 8 van de heer Bacquelaine wordt verworpen met 8 tegen 1 stem.

Amendement n° 5 van de heer Delizée wordt aangenomen met 8 tegen 1 stem.

Punt 2 van het aldus geamendeerde bepalend gedeelte van de voorgestelde tekst wordt aangenomen met 8 stemmen en 1 onthouding.

4. Punt 3 van het bepalend gedeelte

Amendement n° 3 (Stuk n° 947/2) van de heer Vermassen c.s. strekt ertoe de twee gedachtenstreepjes te vervangen door wat volgt : « — verheugt zich over de genomen regeringsbeslissing inzake de verbeterde toegankelijkheid voor met name de bestaansminimumtrekkers en de gehandicapten, niettemin moet de toegankelijkheid tot het stelsel van de gezondheidszorg voor alle bevolkingsgroepen ten allen tijde gegarandeerd worden. ».

Amendement n° 17 (Stuk n° 947/2) van de heer Bacquelaine strekt ertoe het eerste gedachtenstreepje aan te vullen met de volgende woorden : « en in het bijzonder het stelsel van de derde betaler in de algemene geneeskunde voor behoeftige patiënten die de sociale franchise genieten; ».

*
* *

Amendement n° 17 van de heer Bacquelaine wordt verworpen met 8 stemmen 1 onthouding.

L'amendement n° 3 de M. Vermassen et consorts est adopté par 8 voix contre une.

Le point 3 du dispositif du texte proposé, ainsi amendé, est adopté par 8 voix et une abstention.

5. Point 4 du dispositif

L'amendement n° 12 (Doc. n° 947/2) de M. Bacquelaine vise à remplacer le tiret par ce qui suit :

« — la sécurité du patient hospitalisé en matière de tarifs, notamment par la limitation des suppléments d'honoraires exigés en cas d'hospitalisation en chambre commune, et par une information préalable claire et précise sur les suppléments d'honoraires éventuels en cas d'hospitalisation en chambre particulière, à deux lits ou commune. ».

*
* *

L'amendement n° 12 de M. Bacquelaine est rejeté par 8 voix et une abstention.

Le point 4 du dispositif du texte proposé est adopté par 8 voix et une abstention.

6. Point 5 du dispositif

L'amendement n° 4 (Doc. n° 947/2) de M. Vermassen et consorts est retiré.

L'amendement n° 28 (Doc. n° 947/3) de M. Delizée vise à compléter le premier tiret par ce qui suit : « et ce, afin de pouvoir lutter contre les excès en matière de prescription ».

L'amendement n° 9 (Doc. n° 947/2) de M. Bacquelaine vise à supprimer le texte en regard du second tiret.

Mme Van de Castele est favorable à une information objective et indépendante en ce qui concerne les médicaments mais elle s'interroge sur les intentions du gouvernement à cet égard. Prévoir un corps de fonctionnaires est, compte tenu du nombre de médecins, impraticable en la matière.

Il serait plus indiqué que les firmes pharmaceutiques procèdent à un auto-contrôle.

L'amendement n° 10 (Doc. n° 947/2) de M. Bacquelaine vise, in fine du troisième tiret, à supprimer le mot « innovateurs ».

L'amendement n° 11 (Doc. n° 947/2) du même auteur vise à compléter le texte proposé par un tiret, libellé comme suit : « l'évaluation des pratiques en matière de prescription de médicaments au sein des groupes locaux d'évaluation de la pratique médicale ».

L'amendement n° 15 (Doc. n° 947/2) du même auteur tend à compléter le texte proposé par un tiret, libellé comme suit : « — la promotion des préparations magistrales ».

Amendement n° 3 van de heer Vermassen c.s. wordt aangenomen met 8 tegen 1 stem.

Punt 3 van het aldus geamendeerde bepalend gedeelte van de voorgestelde tekst wordt aangenomen met 8 stemmen en 1 onthouding.

5. Punt 4 van het bepalend gedeelte

Amendement n° 12 (Stuk n° 947/2) van de heer Bacquelaine strekt ertoe het gedachtenstreepje te vervangen door wat volgt :

« — de tariefzekerheid voor de opgenomen patiënt, onder meer door de beperking van de honoraria-supplementen in gemeenschappelijke kamers, alsmede door voorafgaande en duidelijke voorlichting over eventuele honoraria-supplementen bij opname in een éénpersoonkamer, een tweepersoonkamer of een gemeenschappelijke kamer. ».

*
* *

Amendement n° 12 van de heer Bacquelaine wordt verworpen met 8 stemmen en 1 onthouding.

Punt 4 van het aldus geamendeerde bepalend gedeelte van de voorgestelde tekst wordt aangenomen met 8 stemmen en 1 onthouding.

6. Punt 5 van het bepalend gedeelte

Amendement n° 4 (Stuk n° 947/2) van de heer Vermassen c.s. wordt ingetrokken.

Amendement n° 28 (Stuk n° 947/3) van de heer Delizée strekt ertoe het eerste gedachtenstreepje aan te vullen met wat volgt : « teneinde overdreven voorschrijfgedrag te kunnen bestrijden ».

Amendement n° 9 (Stuk n° 947/2) van de heer Bacquelaine strekt ertoe de tekst na het tweede gedachtenstreepje weg te laten.

Mevrouw Van de Castele is voorstander van een objectieve en onafhankelijke voorlichting inzake geneesmiddelen, maar ze heeft vragen bij de bedoelingen van de regering in dat verband. In een ambtenarenkorps voorzien is, gelet op het aantal artsen, ter zake niet realiseerbaar.

Het zou nuttiger zijn dat de farmaceutische ondernemingen aan zelfevaluatie doen.

Amendement n° 10 (Stuk n° 947/2) van de heer Bacquelaine strekt ertoe na het derde gedachtenstreepje het woord « innoverende » weg te laten.

Amendement n° 11 (Stuk n° 947/2) van dezelfde indiener strekt ertoe de voorgestelde tekst aan te vullen met een gedachtenstreepje, luidend als volgt : « — de evaluatie van het voorschrijfgedrag bij de lokale groeperingen voor medische evaluatie ».

Amendement n° 15 (Stuk n° 947/2) van dezelfde indiener strekt ertoe de voorgestelde tekst aan te vullen met een gedachtenstreepje, luidend als volgt : « — het bevorderen van magistrale bereidingen. ».

L'amendement n° 20 (Doc. n° 947/2) de *Mme Van de Castele* vise, au premier tiret, à supprimer les mots : « *de la deuxième phase* ».

L'auteur signale que la première phase du projet Pharmanet permet déjà d'évaluer à suffisance le comportement des médecins prescripteurs.

Elle craint en outre que les auteurs de la résolution souhaitent cautionner une utilisation de la deuxième phase de ce réseau à des fins autres que l'évaluation du comportement précité. Pour des raisons de respect de la vie privée, il n'appartient pas aux mutualités de connaître le nombre de médicaments consommés par tel patient déterminé.

M. Lenssens signale que les données fournies par les mutualités à Pharmanet sont dépersonnalisées et il demande le rejet de l'amendement.

L'amendement n° 25 (Doc. n° 947/3) de *Mme Van de Castele* vise à compléter le texte proposé par un tiret, libellé comme suit : « — *lutter contre les pratiques commerciales contraires à la déontologie qui obligent les pharmaciens à maximaliser leur chiffres d'affaires, en interdisant la création de chaînes d'officines* ».

L'auteur indique que le pharmacien doit, notamment par souci de maîtrise des dépenses en soins de santé, contribuer à promouvoir l'usage rationnel du médicament. Elle renvoie pour le surplus à son intervention lors de la discussion générale.

L'amendement n° 26 (Doc. n° 947/3) du même auteur tend à compléter le texte proposé par un tiret, libellé comme suit : « — *l'interdiction des systèmes de ristournes sur la délivrance de médicaments dans les officines pharmaceutiques* ».

L'auteur fait valoir que le système des ristournes génère une concurrence déloyale entre pharmaciens, constitue un préjudice pour le budget de l'INAMI et bénéficie essentiellement aux patients consommant des médicaments qui s'avèrent être les moins nécessaires.

*
* *

L'amendement n° 9 de *M. Bacquelaine* est rejeté par 8 voix et une abstention.

L'amendement n° 10 du même auteur est adopté à l'unanimité.

Les amendements n°s 11 et 15 de *M. Bacquelaine* sont successivement rejetés par 8 voix contre une.

Les amendements n°s 20, 25 et 26 de *Mme Van de Castele* sont successivement rejetés par 8 voix contre une.

L'amendement n° 28 de *M. Delizée* est adopté par 8 voix et une abstention.

Amendement n° 20 (Stuk n° 947/2) van *mevrouw Van de Castele* strekt ertoe in het eerste gedachtenstreepje de woorden « *van de tweede fase* » weg te laten.

De indiener stipt aan dat de eerste fase van het Pharmanet-project de evaluatie van het voorschrijfgedrag van de artsen reeds voldoende mogelijk maakt.

Ze vreest bovendien dat de indieners van de resolutie een gebruik van de tweede fase van dat net willen waarborgen met andere bedoelingen dan die van de evaluatie van het voornoemde gedrag. Uit respect voor het privé-leven, komt het de ziekenfondsen niet toe op de hoogte te zijn van het aantal geneesmiddelen dat deze of gene patiënt inneemt.

De heer Lenssens stipt aan dat de door de ziekenfondsen aan Pharmanet geleverde gegevens gedepersonaliseerd zijn en hij vraagt het amendement te verwerpen.

Amendement n° 25 (Stuk n° 947/3) van *mevrouw Van de Castele* strekt ertoe de voorgestelde tekst aan te vullen met een gedachtenstreepje, luidend als volgt : « *het tegengaan van ondeontologische commerciële praktijken die apotheken verplichten hun omzet te maximaliseren door de ketenvorming te verbieden* ».

De indiener stipt aan dat de apotheker, met name om de uitgaven in de gezondheidszorg in de hand te houden, een rol moet spelen om het rationele gebruik van geneesmiddelen te stimuleren. Ze verwijst bovendien naar haar uiteenzetting tijdens de algemene bespreking.

Amendement n° 26 (Stuk n° 947/3) van dezelfde indiener strekt ertoe de voorgestelde tekst aan te vullen met een gedachtenstreepje, luidend als volgt : « — *een verbod op ristornosystemen voor de aflevering van geneesmiddelen in officine apotheken* ».

De indiener merkt op dat ristorno's oneerlijke commerciële concurrentiepraktijken tussen de apothekers in de hand werken, niet ten goede komen aan de RIZIV-begroting en hoofdzakelijk patiënten die de minst noodzakelijke geneesmiddelen consumeren, bevoordelen.

*
* *

Amendement n° 9 van de heer *Bacquelaine* wordt verworpen met 8 stemmen en 1 onthouding.

Amendement n° 10 van dezelfde indiener wordt eenparig aangenomen.

Amendement n° 11 en amendement n° 15 van de heer *Bacquelaine* worden achtereenvolgens verworpen met 8 tegen 1 stem.

Amendement n° 20, amendement n° 25 en amendement n° 26 van *mevrouw Van de Castele* worden achtereenvolgens verworpen met 8 tegen 1 stem.

Amendement n° 28 van de heer *Delizée* wordt aangenomen met 8 stemmen en 1 onthouding.

Le point 5 du dispositif du texte proposé, ainsi amendé, est adopté par 8 voix et une abstention.

7. Point 6 du dispositif

Ce point du dispositif du texte proposé, relatif aux élections médicales, est adopté sans discussion par 8 voix et une abstention.

8. Point 7 du dispositif

L'amendement n° 6 (Doc. n° 947/2) de M. Delizée et consorts vise à supprimer le texte en regard du premier tiret.

L'auteur indique que les choix opérés en matière de limitation du nombre de dispensateurs de soins ainsi que l'exécution de ces choix relèvent des Communautés.

M. Lenssens préfère maintenir le texte proposé en y ajoutant une restriction relative à la compétence de l'autorité fédérale; ainsi, les garanties afférentes à la maîtrise, par l'autorité fédérale, de l'offre médicale, prévues par les articles 169 à 172 de la loi du 29 avril 1996 sont-elles confirmées.

Après discussion, *M. Delizée* retire l'amendement n° 6 et dépose l'amendement n° 29 (Doc. n° 947/3) tendant à remplacer le premier tiret par ce qui suit : « — l'exécution des choix décidés en matière de limitation du nombre de médecins et de dentistes s'il apparaît que les mesures prises par les Communautés n'ont pas donné les résultats escomptés à la date prévue par le Gouvernement; ».

*
* *

L'amendement n° 29 de M. Delizée est adopté par 8 voix et une abstention.

Le point 7 du dispositif proposé, ainsi amendé, est adopté par le même vote.

9. Point 8 (nouveau) du dispositif

L'amendement n° 18 (Doc. n° 947/2) de M. Van den Eynde vise à compléter la résolution à l'examen par ce qui suit : « La Chambre insiste en outre auprès du gouvernement pour qu'il s'attelle à la scission de la sécurité sociale et qu'il procède immédiatement au transfert des secteurs des allocations familiales et des soins de santé aux Communautés. ».

L'amendement n° 7 (Doc. n° 947/2) de MM. Wauters et Detienne vise à compléter la résolution par ce qui suit : « 8° l'exécution des conventions conclues, le 4 juillet 1991 entre le gouvernement, les organisations représentatives des employeurs et les organisations représentatives des travailleurs :

Punt 5 van het aldus geamendeerde bepalend gedeelte van de voorgestelde tekst wordt aangenomen met 8 stemmen en 1 onthouding.

7. Punt 6 van het bepalend gedeelte

Dat punt van het bepalend gedeelte van de voorgestelde tekst, inzake de artsenverkiezingen, wordt zonder bespreking aangenomen met 8 stemmen en 1 onthouding.

8. Punt 7 van het bepalend gedeelte

Amendement n° 6 (Stuk n° 947/2) van de heer Delizée c.s. strekt ertoe de tekst naast het eerste gedachtenstreepje weg te laten.

De indiener stipt aan dat de keuzes die inzake de beperking van het aantal zorgverleners zijn gemaakt alsook de uitvoering van die keuzes, een bevoegdheid zijn van de gemeenschappen.

De heer Lenssens verkiest de voorgestelde tekst te behouden en er een beperking inzake de bevoegdheid van de federale overheid aan toe te voegen; op die manier worden de waarborgen bevestigd betreffende de beheersing, door de federale overheid, van het medisch aanbod waarin door de artikelen 169 tot 172 van de wet van 29 april 1996 is voorzien.

Na bespreking trekt *de heer Delizée* amendement n° 6 in en dient amendement n° 29 in (Stuk n° 947/3) dat ertoe strekt het eerste gedachtenstreepje te vervangen door wat volgt : « — de uitvoering van de inzake de beperking van het aantal artsen en tandartsen genomen beslissingen, indien blijkt dat de door de gemeenschappen genomen maatregelen niet de verwachte resultaten hebben opgeleverd op de door de regering bepaalde datum; ».

*
* *

Amendement n° 29 van de heer Delizée wordt aangenomen met 8 stemmen en 1 onthouding.

Punt 7 van het aldus geamendeerde bepalend gedeelte wordt aangenomen met dezelfde stemming.

9. Punt 8 (nieuw) van het bepalend gedeelte

Amendement n° 18 (Stuk n° 947/2) van de heer Van den Eynde strekt ertoe de voorliggende resolutie aan te vullen met wat volgt : « Bovendien dringt de Kamer er bij de Regering op aan dat er werk zou gemaakt worden van de splitsing van de sociale zekerheid en dat er meteen zou overgegaan worden tot de overheveling naar de gemeenschappen van de sectoren gezinsbijslagen en gezondheidszorgen. ».

Amendement n° 7 (Stuk n° 947/2) van de heren Wauters en Detienne strekt ertoe de resolutie aan te vullen met wat volgt : « 8° de uitvoering van de akkoorden tussen regering, werkgeversorganisaties en werknemersorganisaties gesloten op 4 juli 1991 :

— *remplacement immédiat du personnel en cas d'absence;*

— *conversion du statut du personnel émergeant au fonds budgétaire interdépartemental en un statut à part entière;*

— *reconnaissance des maladies professionnelles (notamment des maux de dos);*

— *relèvement des normes en matière de personnel. ».*

M. Lenssens indique que cet ajout au texte proposé est superflu étant donné que l'accord social du 4 juillet 1991 est, intégralement, en cours d'exécution.

L'amendement n° 14 (Doc. n° 947/2) de M. Bacquelaine vise à compléter le texte proposé par ce qui suit : « 8° Les organismes assureurs

— *l'extension de la responsabilité financière des organismes assureurs en fonction, non plus seulement de l'objectif budgétaire global, mais aussi des objectifs budgétaires partiels et du type de prestation;*

— *l'extension de la mission de contrôle de l'office de contrôle des mutualités en matière de frais d'administration des mutualités et concernant les asbl « immobilières et patrimoniales » qui en dépendent plus ou moins directement;*

— *l'interdiction de l'activité des mutuelles dans la dispensation des soins. ».*

M. Lenssens signale que le premier volet de l'amendement n° 14 est incomplet si l'on n'octroie pas simultanément aux organismes assureurs les instruments permettant d'améliorer leurs contrôles médicaux et administratifs. S'agissant du deuxième volet, il convient de souligner que le contrôle effectué par l'Office de contrôle des mutualités (OCM) est très rigoureux quant au respect de la loi du 6 août 1990 (relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités) et de ses arrêtés d'exécution. En ce qui concerne le troisième volet de l'amendement, on relèvera que la loi précitée du 6 août 1990 interdit déjà l'activité des mutualités dans la dispensation des soins.

L'orateur se déclare toutefois ouvert à un débat, à l'avenir, concernant la problématique de l'implication indirecte, générée suite à des circonstances historiques déterminées, de certains organismes assureurs (via des organisations apparentées) dans la gestion de certains établissements de soins. Ceci est toutefois étranger à l'esprit de la présente résolution.

M. Goutry se rallie à la dernière observation de M. Lenssens. Le fait que certains institutions de soins soient parfois apparentées à certains organismes assureurs n'est pas la cause des dépassements budgétaires des dépenses de l'assurance soins de santé.

Le président fait observer que le groupe VLD prône très clairement une scission entre l'organisation et l'assurance des soins de santé, ce à quoi les affiliés de certains organismes assureurs, notamment, souscrivent pleinement. D'autre part, il s'avère que le con-

— *onmiddellijke vervanging van personeel bij afwezigheid;*

— *omzetting van het IBF-personeel in een volwaardig personeelsstatuut;*

— *erkenning van beroepsziekten (onder meer rugklachten);*

— *verhoging van de personeelsnorm. ».*

De heer Lenssens stipt aan dat die aanvulling overbodig is daar het sociaal akkoord van 4 juli 1991 integraal wordt uitgevoerd.

Amendement n° 14 (Stuk n° 947/2) van de heer Bacquelaine strekt ertoe de voorgestelde tekst aan te vullen met wat volgt : « 8° De verzekeringsinstellingen

— *uitbreiding van de verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen, niet alleen meer op grond van de algemene budgettaire doelstellingen, maar ook van de gedeeltelijke budgettaire doelstellingen en van het type van verstrekking;*

— *uitbreiding van het toezicht door de Controledienst voor de ziekenfondsen op de administratiekosten van de ziekenfondsen en op die van de vzw's « vastgoed en vermogens » die er min of meer rechtstreeks van afhangen;*

— *verbod op zorgverstrekking door de ziekenfondsen. ».*

De heer Lenssens stipt aan dat het eerste gedeelte van amendement n° 14 onvolledig is als aan de verzekeringsinstellingen niet tegelijkertijd de instrumenten voor een betere medische en administratieve controle worden toegewezen. Wat het tweede gedeelte betreft, is het aangewezen te onderstrepen dat de door de Controledienst voor de ziekenfondsen uitgevoerde controle zeer streng is inzake de inachtneming van de wet van 6 augustus 1990 (betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden der ziekenfondsen) en haar uitvoeringsbesluiten. Wat het derde gedeelte van het amendement betreft, moet worden opgemerkt dat de voornoemde wet van 6 augustus 1990 reeds zorgverstrekking door de ziekenfondsen verbiedt.

De spreker verklaart evenwel open te staan voor een toekomstig debat over het vraagstuk van de indirecte betrokkenheid, als gevolg van een aantal historische omstandigheden, van bepaalde verzekeringsinstellingen (via verwante organisaties) bij het beheer van bepaalde verzorgingsinstellingen. Dat valt evenwel buiten het bestek van deze resolutie.

De heer Goutry valt die laatste opmerking van de heer Lenssens bij. Het feit dat bepaalde verzorgingsinstellingen verwant zijn met bepaalde verzekeringsinstellingen ligt niet aan de grondslag van de budgettaire meeruitgaven in de verzekering voor geneeskundige verzorging.

De voorzitter merkt op dat de VLD-fractie duidelijk voorstander is van een splitsing tussen de organisatie en de verzekering voor geneeskundige verzorging, iets waarmee de leden van bepaalde verzekeringsinstellingen volledig mee akkoord gaan.

trôle de l'OCM sur les asbl immobilières et patrimoniales dépendant de certains organismes assureurs n'est pas toujours effectif dans la mesure où certaines unions nationales de mutualités ont purement et simplement refusé de répondre à des circulaires à cet égard, émanant de l'OCM.

*
* *

L'amendement n° 18 de M. Van den Eynde est rejeté par 8 voix et une abstention.

L'amendement n° 7 de MM. Wauters et Detienne est rejeté par 8 voix et une abstention.

Le premier volet de l'amendement n° 14 de M. Bacquelaine est rejeté par 8 voix contre une.

Les deuxième et troisième volets ainsi que l'ensemble du texte de l'amendement sont ensuite successivement rejetés par le même vote.

10. Point 9 (nouveau) du dispositif

L'amendement n° 22 (Doc. n° 947/2) de M. Bacquelaine vise à compléter la résolution à l'examen par ce qui suit : « 9° La répartition des compétences entre les différents niveaux de pouvoir

— le regroupement de tous les aspects de la médecine préventive au niveau fédéral. ».

Cet amendement est rejeté par 8 voix et une abstention.

L'ensemble du texte de la proposition de résolution, ainsi amendé et tel qu'il figure au Doc. n° 947/5, est adopté par 8 voix et une abstention.

Le rapporteur,

L. GOUTRY

Le président,

P. CHEVALIER

Het blijkt anderzijds dat de controle van de Controledienst voor de ziekenfondsen op de vzw's « vastgoed en vermogens » die van bepaalde verzekeringsinstellingen afhangen niet altijd even doeltreffend is in de mate dat een aantal landsbonden van ziekenfondsen gewoonweg geweigerd hebben te reageren op de circulaires ter zake van de Controledienst voor de ziekenfondsen.

*
* *

Amendement n° 18 van de heer Van den Eynde wordt verworpen met 8 stemmen en 1 onthouding.

Amendement n° 7 van de heren Wauters en Detienne wordt verworpen met 8 stemmen en 1 onthouding.

Het eerste gedeelte van amendement n° 14 van de heer Bacquelaine wordt verworpen met 8 tegen 1 stem.

Het tweede en het derde gedeelte alsmede het gehele amendement worden vervolgens achtereenvolgens verworpen met dezelfde stemming.

10. Punt 9 (nieuw) van het bepalend gedeelte

Amendement n° 22 (Stuk n° 947/2) van de heer Bacquelaine strekt ertoe de ter bespreking voorliggende resolutie aan te vullen met wat volgt : « 9° De bevoegdheidsverdeling tussen de verschillende beleidsniveaus

— de centralisering van alle facetten van de preventieve geneeskunde op federaal niveau. ».

Dat amendement wordt verworpen met 8 stemmen en 1 onthouding.

De gehele, aldus geamendeerde tekst van het voorstel van resolutie zoals hij in Stuk n° 947/5 is opgenomen, wordt aangenomen met 8 stemmen en 1 onthouding.

De rapporteur,

L. GOUTRY

De voorzitter,

P. CHEVALIER