

## Chambre des Représentants de Belgique

SESSION ORDINAIRE 1996-1997 (\*)

18 JUILLET 1997

### PROJET DE LOI visant la réorganisation des soins de santé (articles 1<sup>er</sup> à 8)

#### RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION DE  
LA SANTE PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT  
ET DU RENOUVEAU DE LA SOCIETE (1)

PAR  
MME Gisèle GARDEYN-DEBEVER

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a examiné ce projet de loi les 2, 8  
et 9 juillet 1997.

(1) Composition de la commission :

Présidente : Mme Vanlerberghe.

**A. — Titulaires :**

C.V.P. M. Brouns, Mme Gardeyn-  
Debever, M. Van Erps, Mme  
van Kessel.  
P.S. MM. Biefnot, Dallons, Min-  
ne.  
V.L.D. MM. Anthuenis, Valke-  
niers, Van Aperen.  
S.P. Mmes Dejonghe, Vanler-  
berghe.  
P.R.L.- MM. Denis, Seghin.  
F.D.F.  
P.S.C. M. Lespagnard.  
Vl. M. Van den Eynde.  
Blok  
Agalev/M. Detienne.  
Ecolo

**B. — Suppléants :**

Mme Creyf, M. Goutry, Mme Her-  
mans, MM. Vandeurzen, Ver-  
meulen.  
MM. Delizée, Larcier, Moock,  
Moriau.  
MM. Chevalier, Daems, Taelman,  
van den Abeelen.  
MM. Bonte, Cuyt, Janssens (R.).  
MM. Bacquelaïne, D'hondt (D.),  
Vandenhaute.  
M. Beaufays, Mme Cahay-André.  
M. Buisseret, Mme Colen.  
MM. Deleuze, Lozie.

**C. — Membre sans voix délibérative :**

V.U. Mme Van de Castelee.

*Voir :*

**- 1100 - 96 / 97 :**

- N° 1 : Projet de loi.
- N° 2 et 3 : Amendements.

*Voir aussi :*

- N° 5 : Rapport (art. 9 à 12).
- N° 6 : Texte adopté par la commission.

(\*) Troisième session de la 49<sup>e</sup> législature.

## Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers

GEWONE ZITTING 1996-1997 (\*)

18 JULI 1997

### WETSONTWERP tot reorganisatie van de gezondheidszorgen (artikelen 1 tot 8)

#### VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU EN  
DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWEING (1)

UITGEBRACHT DOOR  
MEVR. Gisèle GARDEYN-DEBEVER

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft dit wetsontwerp besproken op  
2, 8 en 9 juli 1997.

(1) Samenstelling van de commissie :

Voorzitter : Mevr. Vanlerberghe.

**A. — Vaste leden :**

C.V.P. H. Brouns, Mevr. Gardeyn-  
Debever, H. Van Erps,  
Mevr. van Kessel.  
P.S. HH. Biefnot, Dallons, Min-  
ne.  
V.L.D. HH. Anthuenis, Valkeniers,  
Van Aperen.  
S.P. Mevr. Dejonghe, Vanler-  
berghe.  
P.R.L.- HH. Denis, Seghin.  
F.D.F.  
P.S.C. H. Lespagnard.  
Vl. H. Van den Eynde.  
Blok  
Agalev/H. Detienne.  
Ecolo

**B. — Plaatsvervangers :**

Mevr. Creyf, H. Goutry, Mevr. Her-  
mans, HH. Vandeurzen, Ver-  
meulen.  
HH. Delizée, Larcier, Moock,  
Moriau.  
HH. Chevalier, Daems, Taelman,  
van den Abeelen.  
HH. Bonte, Cuyt, Janssens (R.).  
HH. Bacquelaïne, D'hondt (D.),  
Vandenhaute.  
H. Beaufays, Mevr. Cahay-André.  
H. Buisseret, Mevr. Colen.  
HH. Deleuze, Lozie.

**C. — Niet-stemgerechtigd lid :**

V.U. Mevr. Van de Castelee.

*Zie :*

**- 1100 - 96 / 97 :**

- N° 1 : Wetsontwerp.
- N° 2 en 3 : Amendementen.

*Zie ook :*

- N° 5 : Verslag (art. 9 tot 12).
- N° 6 : Tekst aangenomen door de commissie.

(\*) Derde zitting van de 49<sup>e</sup> zittingsperiode.

## I. — EXPOSE INTRODUCTIF DU MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES PENSIONS

*Le ministre* souligne que le projet de loi à l'examen apporte des modifications aux articles 171, 172 et 173, mais aussi à l'article 179 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales. Les articles 169 et 170 de cette loi-programme, qui portaient respectivement sur la limitation de l'offre médicale et sur l'information objective en matière de médicaments, restent inchangés.

Le projet de loi à l'examen instaure également un comité scientifique de médecins — le Conseil supérieur des professions de la santé — et accorde un statut légal au comité de concertation qui était fondé jusqu'à présent sur une base *ad hoc*. Au sein de ce comité, les représentants des départements de la Santé publique et des Affaires sociales, des chambres médicales et des mutualités, se penchent en permanence sur les problèmes du secteur.

Le projet ainsi que les arrêtés d'exécution, qui sont déjà prêts mais n'ont pas encore pu être soumis au Conseil d'Etat, sont le résultat d'une concertation opiniâtre avec le secteur.

Il est important de garder à l'esprit les objectifs de la réorganisation des soins de santé.

En premier lieu, il n'est nullement question de réorganiser la pratique médicale — dans le sens de l'ensemble des actes que les médecins peuvent accomplir. Après concertation, il est établi que seule l'organisation de la pratique médicale peut être modifiée. La langue néerlandaise distingue « *medisch handelen* » (actes médicaux) — domaine qui n'est nullement visé en l'occurrence — et « *medische praktijk* » : la pratique médicale telle qu'elle est actuellement organisée. Cette distinction n'existant pas en français, une certaine confusion n'est pas exclue.

Pour que les choses soient claires, il convient de souligner une nouvelle fois que le projet à l'examen ne porte nullement atteinte à la liberté thérapeutique.

En second lieu, le projet vise également, compte tenu des progrès réalisés au niveau de la technologie médicale, à conférer un statut légal à d'autres thérapies.

Enfin, l'évaluation de la pratique médicale ne sera pas effectuée au sommet, par les pouvoirs publics, mais entre pairs, selon la méthode que les Anglais appellent « *peer review* ».

Le projet de loi à l'examen permet une telle évaluation, dont les modalités pratiques seront réglées par des arrêtés d'exécution.

*Le ministre* ne cache pas qu'il n'est pas toujours possible de dégager un consensus en matière de santé publique. Les pouvoirs publics doivent parfois prendre, dans l'intérêt général, des mesures que tous les acteurs du secteur ne voient pas d'un bon œil.

## I. — INLEIDENDE UITEENZETTING DOOR DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID EN PENSIOENEN

*De minister* wijst erop dat het ter bespreking voorliggende wetsontwerp wijzigingen aanbrengt in de artikelen 171, 172 en 173, maar ook 179, van de wet houdende sociale bepalingen van 29 april 1996. Artikelen 169 en 170 van deze programmawet, die respectievelijk sloegen op de beperking van het medisch aanbod en de objectieve informatie inzake geneesmiddelen, blijven ongewijzigd.

Het voorliggend wetsontwerp roept eveneens een wetenschappelijk comité van de artsen in het leven — Hoge Raad voor de gezondheidsberoepen genaamd — en verleent een wettelijk statuut aan het overlegcomité dat tot dusver op *ad hoc*-basis bestond. Hierin bespreken vertegenwoordigers van de departementen Volksgezondheid en Sociale Zaken, de artsenkamers en de ziekenfondsen, op permanente basis de problemen in de sector.

Samen met de uitvoeringsbesluiten, die reeds klaar zijn maar nog niet aan de Raad van State konden worden voorgelegd, is het ontwerp zelf het resultaat van hardnekkig overleg met de sector zelf.

Het is belangrijk voor ogen te houden wat met de reorganisatie van de gezondheidszorg wordt nagestreefd.

Ten eerste is het allerm minst de bedoeling de medische praktijk — in de zin van het geheel van handelingen die medici kunnen stellen — zelf te reorganiseren. Na overleg kan alleen de organisatie van de medische praktijk zelf worden gewijzigd. In het Nederlands bestaat het onderscheid tussen medisch handelen — waar in geen geval wordt in ingegrepen — en de medische praktijk, zoals die thans georganiseerd is. In het Frans kent men dit onderscheid niet, zodat wel eens verwarring kan ontstaan.

Voor alle duidelijkheid weze herhaald dat aan de therapeutische vrijheid in geen geval wordt getornd.

Ten tweede is het, in het licht van de vooruitgang van de medische technologie, ook de bedoeling andere geneeswijzen een wettelijk statuut te verlenen.

Ten slotte zal de evaluatie van de medische praktijk niet van bovenaf, door de overheid, gebeuren, maar onder gelijken, wat in het Engels wordt aangeduid met de term « *peer-review* ».

Het ter bespreking voorliggend wetsontwerp schept hier de mogelijkheid toe. Hoe dit concreet in zijn werk zal gaan, wordt door de uitvoeringsbesluiten geregeld.

*De minister* verhuult niet dat terzake van de volksgezondheid een consensus niet steeds mogelijk is. De overheid moet soms, in naam van het algemeen belang, maatregelen nemen die niet door iedereen in de sector in dank worden aanvaard.

## II. — DISCUSSION GENERALE

*Mme van Kessel* déclare souscrire l'objectif du projet, qui est de régler l'accréditation, la problématique de la fin de carrière, l'échelonnement, le système du « *peer review* » et la structure de concertation. Tous ces concepts visent en effet à susciter une réforme approfondie. Tout le monde y trouvera son compte, étant donné qu'en définitive, il convient non seulement de mettre en balance les intérêts des patients, des médecins, des mutualités et des finances publiques, mais également de permettre une amélioration qualitative des soins de santé. Le parlement doit dès lors consacrer toute l'attention et le temps nécessaires à cette question, afin que l'on puisse disposer d'une législation de haute qualité.

*Mme Van de Castele* déplore que le parlement soit ravalé au rang de notaire d'un accord négocié entre gouvernement et interlocuteurs.

En réaction à l'observation selon laquelle l'accréditation — prévue aux articles 9 à 12 du projet de loi, qui ont été transmis à la commission des Affaires sociales — forme un tout avec les dispositions transmises à la commission de la Santé publique, *le ministre* précise qu'il partage ce point de vue, mais que la question de l'accréditation a essentiellement été soulevée par les mutualités, qui entendaient lui conférer un fondement légal.

*Le ministre* insiste une nouvelle fois pour que le parlement examine le projet dans les meilleurs délais, étant donné que le secteur attend cette réorganisation (qui a fait l'objet de longues discussions) et ne comprendrait pas qu'après le vote du projet de loi soumis pour avis au Conseil d'Etat, les arrêtés d'exécution se fassent longuement attendre. Le dossier médical général sera par exemple introduit dès le 1<sup>er</sup> janvier 1998.

## III. — DISCUSSION DES ARTICLES ET VOTES

### Article 1<sup>er</sup>

Cet article est adopté à l'unanimité sans autre discussion.

### Art. 2

*Le ministre* indique que, conformément à l'avis du Conseil d'Etat, cet article vise à modifier l'intitulé du chapitre IIbis de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales. Ce chapitre règle non seulement l'agrégation, mais aussi d'autres matières connexes.

## II. — ALGEMENE BESPREKING

*Mevrouw van Kessel* verklaart zich akkoord met de doelstellingen van het wetsontwerp, met name de accreditering, de einde-loopbaanproblematiek, de echelonnering, de « *peer-review* » en de overlegstructuur wettelijk te regelen. Al deze begrippen beogen inderdaad een grondige hervorming te weeg te brengen. Iedereen vaart hier wel bij, want uiteindelijk moeten de belangen van de patiënten, de artsen, de ziekenfondsen en de overheidsfinanciën niet alleen tegenover mekaar moeten worden afgewogen, maar ook een kwalitatieve verbetering van de gezondheidszorg mogelijk maken. In het belang van een kwalitatief hoogstaande wetgeving, moet het parlement aan dit onderwerp dan ook des te meer aandacht en tijd kunnen besteden.

*Mevrouw Van de Castele* betreurt dat het parlement tot notaris van een tussen regering en partners onderhandeld akkoord wordt gedegradeerd.

Op de opmerking dat de accreditering — vervat in artikelen 9 tot en met 12 van het wetsontwerp, overgezonden aan de commissie voor de Sociale Zaken — één geheel vormt met de aan de commissie voor de Volksgezondheid overgezonden bepalingen antwoordt *de minister* dat hij het met die zienswijze weliswaar eens is, maar dat dit onderwerp toch voornamelijk ter sprake werd gebracht door de mutualiteiten, die wilden dat er een wettelijke basis werd aan gegeven.

*De minister* dringt nogmaals aan op een spoedbehandeling door het parlement omdat de sector op deze langdurig besproken reorganisatie wacht en niet zal begrijpen dat de uitvoeringsbesluiten, na de stemming van het wetsontwerp voor advies voorgelegd aan de Raad van State, zo lang op zich laten wachten. Met het centraal medisch dossier bijvoorbeeld wordt vanaf 1 januari 1998 reeds van start gegaan.

## III. — ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING EN STEMMINGEN

### Artikel 1

Dit artikel wordt zonder verdere bespreking eenparig aangenomen.

### Art. 2

*De minister* wijst erop dat dit artikel, ingevolge het advies van de Raad van State, de wijziging van de titel van hoofdstuk IIbis van het koninklijk besluit n° 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, behelst. Dit hoofdstuk regelt immers niet alleen de erkenning, maar ook andere materies die ermee verband houden.

Cet article est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

### Art. 3

*Le ministre* souligne que cet article forme un tout avec l'article suivant. Les deux articles visent à régler la problématique de la fin de carrière. Ils remplacent l'article 171 de la loi-programme précitée. Les articles 169 et 170 — qui ne sont pas modifiés — prévoyaient la possibilité d'un contingentement à partir de 2004. Ce régime — qui offre le double avantage d'améliorer la qualité et de permettre des économies — doit être repris par les Communautés. Ceci implique un sacrifice à charge des générations à venir, puisque les jeunes gens suffisamment doués pour entreprendre des études de médecine ne pourront plus tous devenir médecin. A titre de compensation, la génération actuelle de médecins devra consentir un effort pour que l'offre ne soit plus excédentaire dans le secteur, et ce, tant dans l'intérêt de la qualité des soins que pour la viabilité du système.

Cet article offre spécifiquement la possibilité d'améliorer le statut social des médecins sur le plan de leur pension au moyen des fonds de l'INAMI. Le ministre ajoute qu'il faudrait, à son estime, prévoir des dispositions à l'égard des médecins conventionnés. Le statut d'indépendant du médecin est maintenu, mais l'Inami accorde une intervention complémentaire d'environ 64 000 francs par an pour compenser l'éventuelle perte de pension. Le ministre déplore que les médecins paraissent souvent ne pas être informés des formules avantageuses d'assurance-pension complémentaire qui existent pour les indépendants en général.

*Mme van Kessel* se demande combien de médecins pourraient finalement être convaincus d'abandonner leur pratique. Si le nombre de médecins qui cessent leurs activités n'est que symbolique, la profession aura gagné une réglementation avantageuse sans que l'objectif poursuivi, à savoir une diminution significative du nombre de médecins, ne soit atteint. Il faudra donc prévoir les garanties nécessaires pour que le système soit efficace.

Qu'en est-il des médecins travaillant en milieu interne ? La limite d'âge leur est-elle également applicable ? L'intervenante demande enfin au ministre quelles seront les répercussions de la limitation du remboursement pour le patient — en cas de dépassement de l'activité autorisée —, le patient ne pouvant en effet savoir si son médecin dépasse l'activité autorisée. L'INAMI garantit-il le remboursement au patient ?

*Le ministre* répond que les ministres de la Santé publique et des Affaires sociales présenteront une proposition dans le cadre de l'INAMI afin que la limitation du remboursement ne lèse pas le patient. Quant aux médecins travaillant en milieu interne, le ministre renvoie aux régimes qui diffèrent selon qu'il

Dit artikel wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

### Art. 3

*De minister* wijst erop dat dit artikel, samen met het volgende, één geheel vormt. Beide artikelen beogen de einde-loopbaanproblematiek te regelen. Ze vervangen artikel 171 van voornoemde programmatwet. De artikelen 169 en 170 — die niet worden gewijzigd — voorzagen in de mogelijkheid van contingentering vanaf 2004. Deze regeling — die zowel kwaliteitsverbeterend als kostenbesparend is — moet door de Gemeenschappen worden overgenomen. Dit houdt een offer in ten laste van de aankomende generaties : immers zal niet iedereen die daartoe bekwaam is nog geneeskunde kunnen studeren. Ter compensatie moet de huidige generatie artsen eveneens een inspanning doen om het overaanbod in deze sector — in het belang zowel van de kwaliteit van de gezondheidszorg als van de betaalbaarheid ervan — te doen verdwijnen.

Dit artikel geeft specifiek de mogelijkheid het sociaal statuut van de geneesheren op het vlak van hun pensioen te verbeteren met het geld van het RIZIV. De minister voegt eraan toe dat, naar zijn persoonlijke mening, er een binding met de geconventioneerde artsen moet zijn. Het zelfstandig statuut van de arts blijft bestaan. Alleen verleent het Riziv een bijkomende dekking — om het eventueel pensioenverlies te compenseren — van om en bij 64 000 frank per jaar. De minister betreurt dat de artsen vaak niet op de hoogte blijken te zijn van de voordelige aanvullende pensioensverzekeringen voor de zelfstandigen in het algemeen.

*Mevrouw van Kessel* vraagt zich af hoeveel artsen uiteindelijk gestimuleerd zullen worden om hun praktijk op te geven. Indien de uitstroom immers niet meer dan symbolisch is, halen de artsen wel de voordelen van de regeling binnen, maar zonder dat het totale aantal artsen dat ermee stopt maatschappelijk significant is. De nodige garanties moeten in het systeem worden ingebouwd.

Wat gebeurt trouwens met de artsen in intramuraal verband ? Geldt ook voor hen de leeftijdsgrens ? Tenslotte vernam spreekster graag van de minister hoe die beperking op de terugbetaling — wanneer men de toegelaten arbeid overschrijdt — op de patiënt effect zal hebben, daar deze laatste immers niet kan weten wanneer zijn arts de toegelaten arbeid overschrijdt. Garandeert het RIZIV de terugbetaling naar de patiënt toe ?

*De minister* antwoordt op deze laatste vraag dat de ministers van Volksgezondheid en Sociale Zaken een praktisch voorstel zullen doen in het kader van het RIZIV opdat de patiënt terzake niet het slachtoffer zou worden van de beperking van de terugbetaling. Voor de artsen in intramuraal verband, verwijst de

s'agit d'un hôpital public ou privé, les deux régimes fixant cependant la limite d'âge à 65 ans.

*M. Van Erps* émet des réserves au sujet des articles 3 et 4. Il estime que les choses sont présentées de manière erronée : le ministre a laissé entendre que la pension des médecins cessant de travailler serait complétée par l'argent de tous, alors que la l'assurance-maladie règle uniquement la solidarité entre patients par le biais du remboursement des honoraires réclamés par les médecins. Ce régime n'est donc pas financé par tous. Ce seront, au contraire, uniquement les patients fortunés qui continueront à consulter leur médecin, avec qui ils entretiennent une relation de confiance. Or les médecins âgés ont un jugement plus serein, en raison de leur plus longue expérience. Ils ne prescriront pas non plus d'analyses inutiles, contribuant ainsi aux économies. Le transfert des connaissances ne peut enfin être présenté comme la panacée. Le transfert de connaissances entre un médecin âgé et un jeune médecin ne se passe en effet pas souvent sans heurts.

*M. Valkeniers* se demande pour quelle raison on vise précisément les médecins qui coûtent le moins à la société. Eu égard à la modeste pension qu'ils perçoivent (8 000 francs de moins que le minimum de moyens d'existence pour un couple), il est souvent indispensable pour ces médecins de poursuivre leurs activités. Qui plus est, la relation avec le patient est tellement forte que l'on dit qu'un médecin vieillit avec ses patients. Pour quelle raison sont-ils la seule catégorie parmi les indépendants à être sacrifiés au diktat d'une certaine organisation syndicale ?

Le ministre surestime en outre la viabilité pratique des associations. Une personne âgée aujourd'hui de 59 ans, qui a toujours travaillé seule, sera-t-elle subitement encline à fonder une association ? La simple collaboration ne garantit pas une meilleure médecine. Enfin, la cotisation pour la pension complémentaire — plutôt que pour l'assurance spéciale prévoyant une indemnité journalière en cas de maladie — pourrait constituer un moyen de pression afin d'inciter les médecins à se conventionner.

En ce qui concerne le problème de l'association, *le ministre* fait observer qu'aux yeux de la loi, l'accord de coopération entre un médecin âgé et un jeune médecin est déjà une association.

Enfin, les médecins exerçant dans les hôpitaux publics devront également prendre leur pension à l'âge de 65 ans. Dans les hôpitaux privés, le système sera quelque peu différent mais le principe est fondamentalement le même : après 65 ans, les médecins seront soumis à un autre régime.

*M. Dallons* fait observer que des limites et notamment des limites d'âge, sont également fixées pour d'autres catégories professionnelles. Il n'appartient pas au législateur de protéger les médecins âgés,

minister naar regelingen die verschillen naargelang men met een openbaar of een particulier ziekenhuis te maken heeft, maar die toch beide gemeen hebben dat de leeftijdsgrens op 65 jaar wordt gesteld.

*De heer Van Erps* maakt voorbehoud bij de artikelen 3 en 4. De zaken worden volgens spreker verkeerd voorgesteld : de minister heeft gesuggereerd dat het pensioen van de uitstappende arts met het geld van iedereen zou worden aangevuld, terwijl de ziekteverzekering louter de solidariteit tussen patiënten regelt via de terugbetaling van de door de artsen gevorderde honoraria. De regeling wordt dus niet door iedereen gefinancierd. Integendeel zullen het slechts de kapitaalkrachtige patiënten zijn die hun arts, waarmee ze een vertrouwensrelatie hebben, verder zullen raadplegen. Nochtans zijn het precies de oudere artsen die serener oordelen omdat ze meer ervaring hebben. Ze zullen ook geen onnodige analyses voorschrijven, en hebben aldus een kostenbesparend effect. Tenslotte moet men de overdracht van knowhow niet voorstellen als alles zaligmakend. De overdracht van kennis tussen een oudere en jongere arts verloopt immers vaak niet zonder horten en stoten.

*De heer Valkeniers* vraagt zich af waarom men precies die artsen viseert die de gemeenschap nochtans het minst kosten. Voor die artsen zelf, gezien het geringe pensioen dat zij ontvangen (8 000 frank minder dan het bestaansminimum voor een echtpaar), is de voortzetting van hun activiteit vaak levensnoodzakelijk. Bovendien is de binding met de patiënt zo sterk dat er een spreekwoord is dat zegt : « Een arts wordt oud met zijn patiënten ». Waarom worden zij als enige categorie binnen de zelfstandigen opgeofferd aan het dictaat van een bepaald syndicaat ?

Bovendien overschat de minister de praktische leefbaarheid van associaties. Zal iemand die vandaag 59 jaar is en die steeds alleen heeft gewerkt plots ertoe aangezet worden een associatie te stichten ? De loutere samenwerking is geen waarborg voor een betere geneeskunde. Ten slotte zou de bijdrage voor aanvullende pensioenvorming — in plaats van voor de speciale verzekering die bij ziekte een dagvergoeding uitkeert — een drukkingsmiddel kunnen uitmaken opdat artsen zich zouden « conventionner ».

*De minister* merkt alleen, met betrekking tot het probleem van de associatie op, dat de wet reeds als associatie het samenwerkingsverband van een oudere met een jongere arts definieert.

Ten slotte moeten ook artsen in openbare ziekenhuizen na hun 65 jaar met pensioen. In privé-ziekenhuizen is de regeling ietwat verschillend, maar het principe is fundamenteel hetzelfde : na 65 jaar komt men in een ander regime terecht.

*De heer Dallons* merkt op dat ook aan andere categorieën van beroepen grenzen, en met name leeftijdsgrenzen, worden gesteld. Het is niet aan de wetgever om de oudere artsen een hand boven het hoofd

contre l'intérêt de la société. Enfin, les médecins âgés sont souvent dépassés, en raison de la rapidité de l'évolution de l'appareillage médical.

*M. Van Erps* rétorque que les généralistes travaillent de manière indépendante et non à la chaîne. Tout un chacun peut transmettre son savoir-faire s'il le souhaite. Il faut exclure toute contrainte sociale en la matière. La médecine n'a connu que deux révolutions importantes au cours des dernières décennies : les vaccins et les antibiotiques. Il ne faut pas surestimer l'imagerie médicale, aussi utile qu'elle puisse être.

*Mme Cahay-André* ne nie pas que l'on puisse avoir une relation de confiance durable avec un médecin qui a un certain âge. Elle se rappelle encore du temps où l'on pouvait toujours faire appel au même médecin, même pendant les vacances. Mais la société évolue et il arrive à la plupart des patients, de nos jours, de devoir consulter un autre médecin, ne fût-ce que pendant les vacances, sans que cela ne pose de véritables problèmes de confiance.

*Mme Van de Castele* estime que les syndicats des médecins sont également responsables des problèmes budgétaires actuels. Sans nier l'importance de la concertation avec les représentants des médecins, elle estime que cette concertation se déroule dans un cadre trop fermé qui exclut le parlement. Les grandes lignes de la politique de santé doivent être définies au parlement et les points de vue des acteurs de terrain doivent en l'occurrence être connus. L'intervenante souhaiterait par ailleurs disposer des chiffres de la Commission de planification, afin, ainsi que *Mme van Kessel* l'a déclaré précédemment, de pouvoir déterminer combien de médecins sont effectivement concernés. Les médecins acceptent-ils que leur pension soit complétée à l'aide de fonds prélevés sur l'enveloppe des honoraires ? Les médecins conventionnés devraient être automatiquement informés de leurs droits sociaux. On constate en effet que de nombreux médecins ne bénéficient pas du statut social, ce qui représente une économie considérable pour l'INAMI. Combien de médecins auront plus de 67 ans en 2004 ? Quel est le revenu moyen d'un médecin ? Le groupe de l'intervenante est non seulement favorable au régime de fin de carrière, mais également à l'harmonisation des pensions des salariés et des indépendants.

*M. Wauters* estime que les soins de santé ne constituent pas la préoccupation première des médecins. Ce sont trop souvent les médecins qui décident de l'objet des négociations menées dans ce secteur. En prestant en moyenne 57 heures par semaine, les médecins ne montrent pas non plus le bon exemple en ce qui concerne la redistribution du travail.

*Le ministre* reconnaît que certains syndicats souhaitaient que le régime de fin de carrière entre immédiatement en vigueur. Il convient cependant de maintenir le parallélisme avec 2004. Il est vrai que la consommation des médecins âgés de plus de 67 ans s'amenuise et qu'il y aura en définitive tellement de

te houden tegen het maatschappelijk belang in. Tenslotte zijn de oudere artsen, ingevolge de snelle technologische evolutie van de medische apparatuur, ook vaak voorbijgestreefd.

*De heer Van Erps* repliceert hierop dat huisartsen zelfstandig werken, en niet als bandwerkers door het leven gaan. Iedereen kan zijn knowhow overdragen indien hij dat wenst. Maatschappelijke dwang in deze moet worden uitgesloten. Wat de evolutie op geneeskundig vlak betreft, hebben zich de afgelopen decennia slechts twee grote revoluties voorgedaan : de vaccins en de antibiotica. De medische beeldapparatuur, hoe nuttig ook, mag niet worden overschat.

*Mevrouw Cahay-André* ontkent niet dat men een hechte vertrouwensband kan hebben met een al wat oudere arts. Zij herinnert zich nog de tijd dat, zelfs tijdens vakanties, steeds beroep kon worden gedaan op dezelfde arts. De maatschappelijke evolutie is echter van die aard dat de meeste patiënten, al was het maar tijdens de vakantie, worden behandeld door een andere arts, zonder dat dit noemenswaardige vertrouwensproblemen stelt.

*Mevrouw Van de Castele* stelt dat de artsensyndicaten zelf medeverantwoordelijk zijn voor de huidige budgettaire problemen. Zij stelt dat overleg met artsenvertegenwoordigers belangrijk is, maar dit gebeurt al te veel in beslotenheid waarbij het parlement buitenspel wordt gezet. De grote lijnen van het gezondheidsbeleid moeten in het parlement worden vastgelegd. De standpunten van de verschillende actoren op het terrein moeten daarbij gekend zijn. Voorts had spreekster graag over cijfers beschikt van de Planningscommissie teneinde, zoals mevrouw van Kessel eerder heeft gesteld, te kunnen nagaan over hoeveel artsen het effectief gaat. Zijn de artsen het erover eens dat hun pensioen wordt aangevuld met gelden die ten laste komen van de enveloppe van de honoraria ? De geconventioneerde artsen zouden automatisch geïnformeerd moeten worden over hun sociale rechten. We stellen immers vast dat heel wat artsen niet van het sociaal statuut genieten — wat voor het RIZIV een serieuze besparing meebrengt. Hoeveel artsen zullen in 2004 ouder zijn dan 67 jaar ? Wat is het gemiddelde inkomen van een arts ? De fractie van spreekster is niet alleen voorstander van de einde-loopbaanregeling, maar ook van de gelijkschakeling van de pensioenen voor loontrekkenden en zelfstandigen.

*De heer Wauters* stelt dat de gezondheidszorg niet de eerste zorg van de artsen is. Al te vaak bepalen de artsen waarover in deze sector onderhandeld zal worden. Ook op het vlak van de arbeidsherverdeling — met gemiddeld prestaties van 57 uur per week — tonen de artsen het goede voorbeeld niet.

*De minister* geeft toe dat sommige bonden wensten dat de einde-loopbaanregeling onmiddellijk zou ingaan. Het parallelisme met 2004 moet evenwel worden gehandhaafd. Weliswaar daalt het verbruik van artsen ouder dan 67 jaar, en ook zullen er uiteindelijk zoveel mogelijkheden zijn opdat de leeftijdsgrens

possibilités de dérogation en ce qui concerne la limite d'âge, que le nombre de médecins qui cesseront effectivement de travailler ne sera pas très élevé.

Le projet vise toutefois également à encourager la pratique de groupe, l'association et la maîtrise de stage de manière à stimuler plutôt qu'à freiner le transfert de connaissances et la redistribution du temps de travail dans ce secteur. Sur les 38 000 médecins inscrits à l'INAMI, il y en a environ 4 500 qui ont plus de 65 ans (ces chiffres, qui datent du 31 décembre 1995 et qui sont ventilés par tranche de 5 ans au-delà de 65 ans, ne donnent donc pas une idée exacte du nombre de médecins âgés de plus de 67 ans et ne tiennent pas non plus compte des médecins qui ne sont pas inscrits à l'INAMI). On prévoit une explosion du nombre de médecins de plus de 67 ans en 2004. La situation des médecins n'est pas tout à fait comparable à celle des autres catégories d'indépendants, étant donné que la loi ne règle le remboursement des honoraires qu'en ce qui concerne les médecins.

*M. Bacquelaine*, coauteur de l'amendement n° 1, souhaiterait que le retrait d'agrément en guise de sanction soit interdit par la loi. L'engagement du ministre lui paraît insuffisant. Le ministre qui lui succédera pourrait en effet ne pas s'estimer lié par cet engagement.

*Le ministre* précise que le Conseil d'Etat a clairement souligné à cet égard que, si le retrait d'agrément n'est pas prévu par la loi, cette sanction ne peut être appliquée ni instaurée par arrêté royal. Il remet en outre les arrêtés d'exécution des articles 3 et 4 afin de convaincre les membres que le gouvernement ne demande pas un chèque en blanc.

*L'amendement n° 1 de MM. Seghin et Bacquelaine* est ensuite retiré.

*M. Wauters* constate que l'article 9 — qui est examiné par la commission des Affaires sociales — utilise la formule « Le Roi détermine » alors que les articles 3 à 8 utilisent l'expression « Le Roi peut ». Afin de supprimer cette incohérence et d'être certain que le gouvernement prendra effectivement les arrêtés d'exécution, il serait préférable d'utiliser partout l'indicatif.

*Le ministre* fait observer que cette modification rendra la disposition plus impérative mais n'y voit sinon aucune objection.

*L'amendement n° 7 de MM. Detienne et Wauters* est adopté par 10 voix et 3 abstentions. Dans l'ensemble du texte, la formulation « Le Roi peut » sera transformée en mode indicatif.

L'article 3, ainsi modifié, est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

niet van toepassing zou zijn dat het aantal artsen dat effectief stopt niet heel hoog zal zijn.

Maar het is ook de bedoeling de groepspraktijk, de associatie en het stagemeesterschap dusdanig te promoten dat de kennisoverdracht en de arbeidsherverdeling in deze sector worden gestimuleerd in plaats van afgeremd. Op 38 000 artsen die ingeschreven zijn bij het RIZIV zijn er zowat 4 500 ouder dan 65 jaar (deze cijfers dateren van 31 december 1995 en zijn opgesplitst per categorie van 5 jaar boven de 65 jaar, ze geven dus geen exact beeld van hoeveel artsen precies boven de 67 zijn, en ook houden zij geen rekening met artsen die niet bij het RIZIV zijn ingeschreven). In 2004 verwacht men een « boom » van artsen ouder dan 67 jaar. De situatie van de artsen is niet helemaal te vergelijken met die van andere categorieën van zelfstandigen, vermits de terugbetaling van honoraria slechts voor de geneesheren wettelijk is geregeld.

*De heer Bacquelaine*, mede-indiener van amendement n° 1, wil bereiken dat de intrekking van de erkenning als sanctie wettelijk onmogelijk wordt gemaakt. De ministeriële verbintenis lijkt hem onvoldoende. Een volgend minister zou zich hier immers niet gebonden door voelen.

*De minister* preciseert dat de Raad van State in dit opzicht duidelijk heeft gesteld dat, wanneer de intrekking van de erkenning niet door de wet als sanctie wordt weerhouden, ze niet kan worden toegepast noch bij koninklijk besluit kan worden ingevoerd. Tevens legt hij de uitvoeringsbesluiten op de artikelen 3 en 4 over om de leden van de commissie ervan te overtuigen dat de overheid geen blanco-cheque vraagt.

*Amendement n° 1 van de heren Seghin en Bacquelaine* wordt hierop ingetrokken.

*De heer Wauters* constateert dat in artikel 9 — dat in de commissie voor de Sociale Zaken wordt besproken — de gebruikte formule « De Koning bepaalt ... » is, terwijl in de eerste acht artikelen telkens de bewoording « De Koning kan ... » wordt gebruikt. Om deze inconsistentie weg te werken, en ook om zekerheid te verkrijgen over het effectief uitvaardigen van de uitvoeringsbesluiten, zou beter overal de indicatieve wijs worden gebruikt.

*De minister* merkt op dat de bepaling daardoor dwingender wordt, maar heeft er verder geen bezwaar tegen.

*Amendement n° 7 van de heren Detienne en Wauters* wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen. In heel de tekst zullen de desbetreffende bewoordingen — « De Koning kan ... » in indicatieve zin worden aangepast.

Het artikel, aldus gewijzigd, wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

Art. 4

*Le ministre* souligne que les médecins sont hostiles à toute forme de limite d'âge. Cet article vise à limiter le remboursement par l'INAMI en ce qui concerne les médecins de plus de 67 ans et à étendre les compétences de la Commission de planification.

L'arrêté d'exécution portant sur cet article tend à concrétiser le transfert de connaissances et la redistribution du travail dans ce secteur, en permettant aux médecins âgés de plus de 67 ans d'échapper à la règle du non-remboursement pour autant qu'ils répondent aux conditions en matière de pratique de groupe, de fonction de maître de stage ou d'accord de coopération avec un jeune médecin.

*M. Bacquelaine* propose d'exclure légalement le retrait de l'agrément en tant que sanction.

*Le ministre* répète que le Conseil d'Etat considère que si aucune loi ne permet le retrait de l'agrément à titre de sanction, il est interdit d'introduire une telle sanction, fût-ce par arrêté royal.

*M. Wauters* propose de ne pas attendre jusqu'en 2004 pour introduire le régime de fin de carrière, mais de l'instaurer dès maintenant.

*Le ministre* tient à conserver le parallélisme entre la limitation des entrées dans l'enseignement par les communautés et l'organisation des départs à la retraite par le pouvoir fédéral.

Si *Mme van Kessel* comprend que les mesures ne pouvaient produire leurs effets avant 2004, elle s'opposerait cependant à ce que leur entrée en vigueur soit reportée au-delà de 2004, ce que le texte n'exclut pas de façon absolue.

*L'amendement n° 2 de MM. Seghin et Bacquelaine*, tendant à modifier l'alinéa 2 ainsi qu'il a été exposé ci-dessus, est ensuite retiré.

*L'amendement n° 8 de MM. Detienne et Wauters* a exactement la même portée que l'amendement n° 7 des mêmes auteurs. Il est adopté par 10 voix et 3 abstentions.

*L'amendement n° 9 de MM. Detienne et Wauters*, qui tend à avancer l'entrée en vigueur des dispositions, est rejeté par 9 voix contre une et 3 abstentions.

L'article est adopté sans modification (abstraction faite de la formule « Le Roi peut ... » ainsi qu'il a été exposé lors de la discussion de l'article 3) par 9 voix et 4 abstentions.

Art. 5

*Le ministre* fait observer que cet article concerne l'évaluation de la pratique médicale et introduit le système de *peer-review*. Les modalités en ont déjà été déterminées dans un arrêté d'exécution. Les structures organiques en seront les mêmes que celles prévues pour l'accréditation au sein de l'INAMI.

Art. 4

*De minister* merkt op dat de artsen wars zijn van welke leeftijdsgrens dan ook. In dit artikel wordt de terugbetaling door het RIZIV beperkt voor artsen die ouder zijn dan 67 jaar. De bevoegdheden van de Planningscommissie worden uitgebreid.

Het uitvoeringsbesluit dat op dit artikel betrekking heeft poogt de overdracht van de knowhow en de herverdeling van de arbeid in deze sector te concretiseren, door de artsen ouder dan 67 jaar aan de niet-terugbetalingsregel te laten ontsnappen voor zover ze voldoen aan de voorwaarden gesteld aan een groepspraktijk, aan een stagemeesterschap of aan een samenwerkingsverband met een jongere arts.

*De heer Bacquelaine* stelt voor de intrekking van de erkenning als sanctie wettelijk uit te sluiten.

*De minister* herhaalt dat de Raad van State ervan uitgaat dat, indien geen wet toelaat dat de intrekking van de erkenning als sanctie fungeert, het verboden is, zelfs bij koninklijk besluit, een dergelijke sanctie in te voeren.

*De heer Wauters* stelt voor met de einde-loopbaanregeling niet tot 2004 te wachten, maar ze nu reeds te laten ingaan.

*De minister* houdt vast aan het parallelisme van een beperking van de instroom op onderwijsvlak door de Gemeenschappen en van de uitstroom op beroepsvlak door de federale overheid.

*Mevrouw van Kessel* begrijpt dat de maatregelen niet voor 2004 konden ingaan, maar zou er bezwaar tegen hebben indien ze later dan 2004 van kracht werden, wat de tekst niet helemaal uitsluit.

*Amendement n° 2 van de heren Seghin en Bacquelaine* tot wijziging van het tweede lid in de zin zoals hierboven uiteengezet, wordt hierop ingetrokken.

*Amendement n° 8 van de heren Detienne en Wauters* heeft exact dezelfde strekking als amendement n° 7 van dezelfde auteurs. Het wordt aangenomen met 10 stemmen en 3 onthoudingen.

*Amendement n° 9 van de heren Detienne en Wauters*, dat er stringentere datum dan 2004 wil invoeren, wordt verworpen met 9 tegen 1 stem en 3 onthoudingen.

Het artikel wordt ongewijzigd (op de bewoording « De Koning kan ... » na, zoals uiteengezet in de bespreking van artikel 3) aangenomen met 9 stemmen en 4 onthoudingen.

Art. 5

*De minister* merkt op dat dit artikel de evaluatie van de medische praktijk behelst. De « *peer-review* » wordt hierbij ingevoerd. De modaliteiten ervan werden reeds gedefinieerd in een uitvoeringsbesluit. De structuren die ervoor verantwoordelijk zullen zijn, zijn dezelfde als voor de accreditering binnen het RIZIV.

Le ministre souligne que l'auto-évaluation est une pratique qui se développe dans les milieux médicaux. Il répète une fois encore clairement que les directives prises en la matière n'auront jamais directement trait à la liberté thérapeutique proprement dite.

Le ministre rappelle également que la loi-programme précitée prévoyait de sanctionner le non-respect des conditions par le retrait de l'agrément.

Enfin, tant le département de la Santé publique que celui des Affaires sociales seront associés à la mise en œuvre des mesures visant à améliorer la qualité.

*Mme van Kessel* estime que l'évaluation doit être liée explicitement à l'accréditation.

*M. Bacquelaine* veut empêcher les pouvoirs publics d'imposer des méthodes d'évaluation autres que le système du « *peer review* ». Il présente à cet effet, conjointement avec *M. Seghin*, un amendement (n° 3).

*Le ministre* réplique qu'au sein de l'INAMI, l'évaluation est par exemple effectuée au moyen du profil en matière de prescription. Il existe certainement d'autres méthodes d'évaluation. Il ne serait guère sensé de se focaliser sur une seule méthode. Aussi a-t-on utilisé les termes « entre autres ».

L'amendement n° 3 de *MM. Seghin et Bacquelaine*, qui vise à exclure d'autres méthodes d'évaluation de la pratique médicale en supprimant les mots « entre autres », est rejeté par 9 voix et une abstention.

L'article 5 est adopté sans modification (à l'exception des termes « Le Roi peut ... », ainsi qu'il a été précisé dans la discussion de l'article 3) par 10 voix contre 4.

#### Art. 6

*Le ministre* précise que cette disposition vise à remplacer l'article 173 de la loi-programme précitée. Elle concerne l'organisation de la pratique médicale et ne porte donc pas sur la thérapie et le diagnostic. Cet article permet de moderniser cette organisation par arrêté royal. Les arrêtés y afférents qui sont déjà prêts précisent comment le dossier médical général doit être tenu chez le généraliste (c'est là le premier des trois volets de l'échelonnement) et comment la pratique de groupe et l'association de médecins et de spécialistes doivent être organisées.

*Mme van Kessel* estime qu'il faut faire prendre conscience au patient de l'importance d'un dossier médical général sans pour autant l'obliger à ne consulter qu'un seul médecin.

*Le ministre* répète que le dossier médical général vise à permettre au médecin de reconstituer le passé médical d'un patient donné et ce, dans son propre intérêt.

De minister onderstreept dat de zelfevaluatie binnen artsenkringen groeit. Hij stelt nogmaals duidelijk dat de richtlijnen terzake nooit rechtstreeks op de therapeutische vrijheid zelf betrekking zullen hebben.

De minister herinnert er ook aan dat de sanctie bij niet-naleving van de voorwaarden in de voornoemde programmawet de intrekking van de erkenning was.

Tenslotte worden zowel het departement Volksgezondheid als het departement Sociale Zaken bij de kwaliteitsverbeterende maatregelen betrokken.

*Mevrouw van Kessel* is van oordeel dat het luik van de evaluatie ondubbelzinnig gekoppeld moet worden aan dat van de accreditering.

*De heer Bacquelaine* wil uitsluiten dat andere evaluatiemethodes dan de « *peer-review* » door de overheid zouden kunnen worden opgelegd. Hij dient hier toe, samen met *de heer Seghin*, amendement n° 3, in.

*De minister* antwoordt dat binnen het RIZIV bijvoorbeeld de evaluatie door middel van het profiel van voorschrijfgedrag bestaat. Er bestaan allicht nog andere evaluatiemethodes. Het zou getuigen van weinig gezond verstand om zich wettelijk op één methode vast te pinnen. Vandaar het gebruik van de term « onder andere ».

*Amendement n° 3 van de heren Seghin en Bacquelaine*, dat ertoe strekt geen andere evaluatiemethodes van de medische praktijk toe te laten door het woordje « onder andere » te schrappen, wordt verworpen met 9 tegen 3 stemmen en 1 onthouding.

Het artikel wordt ongewijzigd (op de bewoording « De Koning kan ... » na, zoals uiteengezet in de bespreking van artikel 3) aangenomen met 10 tegen 4 stemmen.

#### Art. 6

*De minister* preciseert dat deze bepaling artikel 173 van de voornoemde programmawet vangt. Het handelt over de organisatie van de medische praktijk, dus niet over de diagnose en therapie van de artsen zelf. Dit artikel maakt het mogelijk deze organisatie te moderniseren bij koninklijk besluit. De besluiten die terzake reeds klaar zijn hebben betrekking op hoe het algemeen medisch dossier bij de huisarts moet worden bijgehouden (dit is het eerste van de drie luiken van de echelonnering) en hoe de groepspaktijk en de associatie van huisartsen met specialisten moeten worden georganiseerd.

*Mevrouw van Kessel* stelt dat de patiënt bewust moet worden gemaakt van het belang van een algemeen medisch dossier, zonder dat het de verplichting impliceert om aan één enkele arts gebonden te zijn.

*De minister* herhaalt dat het algemeen medisch dossier beoogt de ziektegeschiedenis van een bepaalde patiënt te kunnen samenstellen in het belang van de patiënt zelf.

*M. Bacquelaine* estime que la liberté de choix du patient doit être garantie par la loi.

*Le ministre* souligne qu'il n'est pas porté atteinte à la liberté de choix du patient. La gestion du dossier médical général d'un patient par un seul généraliste constitue le premier volet de l'échelonnement, les accords de répartition des tâches entre les généralistes et les spécialistes, le deuxième et la possibilité de différencier les taux de remboursement, le troisième. Si les deux premiers volets relèvent de la compétence du département de la Santé publique, le dernier relève quant à lui de celle du département des Affaires sociales.

C'est la raison pour laquelle il n'est pas utile de faire état d'un remboursement différencié en matière de ticket modérateur — ainsi que le proposent *MM. Detienne et Wauters dans leur amendement n° 10*. Un arrêté royal du 30 avril 1997 règle du reste déjà la liaison d'une tarification différenciée à la tenue d'un dossier médical général.

*L'amendement n° 5 de MM. Seghin et Bacquelaine*, tendant à insérer à l'alinéa 2 les mots « le choix » entre le mot « ni » et les mots « la mise en route » afin de garantir explicitement la liberté thérapeutique, est adopté à l'unanimité.

*Les amendements n° 4 et 6 de MM. Seghin et Bacquelaine*, tendant à supprimer le mot « notamment » à l'alinéa 3 et à insérer, au même alinéa, les mots « dans le respect de la liberté de choix du médecin par le patient » après les mots « du dossier médical général », sont tous deux rejetés par 9 voix contre 3.

*L'amendement n° 10 de MM. Detienne et Wauters*, qui tend à insérer les mots « l'échelonnement avec différenciation en matière de ticket modérateur » afin de lier légalement cette notion à l'existence d'un dossier médical général, est rejeté par 8 voix contre 4 et une abstention.

L'article 6, ainsi modifié, est adopté par 9 voix et 4 abstentions.

#### Art. 7

*Le ministre* annonce la création d'un Conseil supérieur des professions de la santé. Le premier arrêté d'exécution concernera uniquement les médecins. Ce Conseil supérieur sera composé de représentants des médecins, des mutualités, des universités, des associations scientifiques et des départements de la Santé publique et des Affaires sociales. Le Conseil supérieur devra émettre un avis sur la qualité et l'organisation de la répartition des tâches entre les médecins généralistes et les spécialistes (appelée le deuxième volet de l'échelonnement).

*Mme van Kessel* estime qu'il est indispensable de demander au Conseil supérieur d'émettre un avis sur la mise en pratique de la formation continue dans le

*De heer Bacquelaine* is van oordeel dat de keuzevrijheid van de patiënt door de wet gegarandeerd moet worden.

*De minister* onderstreept dat aan de keuzevrijheid van de patiënt niet wordt getornd. Het beheer van het algemeen medisch dossier van een patiënt door één enkele huisarts maakt het eerste luik van de echelonnering uit. De taakafspraken tussen huisartsen en specialisten het tweede. En de mogelijkheid van gedifferentieerde tarifiering van terugbetaling het derde. Toch behoren de eerste twee luiken tot de bevoegdheid van het departement Volksgezondheid, terwijl het laatste luik tot dat van het departement Sociale Zaken behoort.

Om die reden is het niet nuttig de gedifferentieerde remgeldterugbetaling — zoals door *de heren Detienne en Wauters* voorgesteld in *amendement n° 10* — hier te vermelden. Een koninklijk besluit van 30 april 1997 regelt de koppeling trouwens al tussen de gedifferentieerde tarifiering en het bijhouden van een algemeen medisch dossier.

*Amendement n° 5 van de heren Seghin en Bacquelaine* om in het tweede lid na de woorden « het stellen van de diagnose » de woorden « de keuze en » in te voegen om aldus ondubbelzinnig de therapeutische vrijheid te waarborgen, wordt eenparig aangenomen.

*Amendementen n° 4 en 6 van de heren Seghin en Bacquelaine*, die ertoe strekken om in het derde lid het woordje « inzonderheid » te schrappen en na de woorden « het algemeen medisch dossier » te preciseren « met inachtneming van de vrije keuze van de arts door de patiënt », worden beide verworpen met 9 tegen 3 stemmen.

*Amendement n° 10 van de heren Detienne en Wauters* dat tot doel heeft de woorden « de echelonnering met gedifferentieerde remgeldterugbetaling » in te voegen om dit begrip wettelijk aan het bestaan van een algemeen medisch dossier te koppelen, wordt verworpen met 8 tegen 4 stemmen en 1 onthouding.

Het artikel, aldus gewijzigd, wordt aangenomen met 9 stemmen en 4 onthoudingen.

#### Art. 7

*De minister* kondigt de oprichting van een Hoge Raad voor gezondheidsberoepen aan. Het eerste uitvoeringsbesluit zal louter betrekking hebben op de geneesheren. Deze Hoge Raad zal worden samengesteld uit vertegenwoordigers van de artsen, de ziekenfondsen, de universiteiten, de wetenschappelijke verenigingen en de departementen Volksgezondheid en Sociale Zaken. De Hoge Raad zal een advies moeten uitbrengen over de kwaliteit en de organisatie van de taakafspraken tussen huisartsen en specialisten, wat het tweede luik van de echelonnering wordt genoemd.

*Mevrouw van Kessel* vindt het noodzakelijk dat de Hoge Raad ook zou worden ingeschakeld om een advies te verstrekken over de concrete invulling van

cadre de l'accréditation. Elle fait observer qu'alors qu'un conseil scientifique relevant de l'INAMI vient d'être installé, on crée dès à présent un conseil similaire qui fonctionnera, quant à lui, plutôt dans le cadre de la Santé publique.

*M. Wauters* demande si les accoucheuses, par exemple, seront également représentées au sein de ce Conseil supérieur.

*Le ministre* répond que le Conseil supérieur s'occupera spécifiquement de la pratique médicale, mais non du financement ou de l'évaluation de la technologie médicale, qui doivent être vus sous un angle totalement différent.

Le premier arrêté royal créera une section médecins au sein du Conseil supérieur.

Des sections spécifiques pourront cependant également être créées par arrêté royal pour les autres professions de la santé.

L'article 7 est adopté sans modification par 10 voix contre 2 et une abstention.

*L'amendement n° 12 de MM. Detienne et Wauters*, tendant à supprimer cet article parce qu'il y existe déjà un conseil scientifique composé des mêmes membres au sein de l'INAMI, est donc rejeté par un vote identique.

#### Art. 8

*Le ministre* souligne une fois encore que le comité de concertation, auquel la loi en projet confère une base légale, existe déjà et forme une passerelle entre les départements de la Santé publique et des Affaires sociales, d'une part, et les chambres de médecins et les mutualités, d'autre part.

*M. Wauters*, coauteur de l'amendement n° 11, propose de supprimer cet article. Une structure de concertation existe en effet déjà et elle doit être la même pour le département des Affaires sociales et celui de la Santé publique. On aurait bien davantage besoin d'un organe scientifique coordonnateur unique.

*Le ministre* réplique qu'au sein de l'INAMI, le comité scientifique s'occupe uniquement de la politique en matière d'hôpitaux. Il se demande si les Verts souhaitent que les priorités en matière de santé publique soient fixées au département des Affaires sociales.

L'article 8 est adopté sans modification (abstraction faite de la formule « Le Roi peut ... » ainsi qu'il a été exposé lors de la discussion de l'article 3) par 8 voix contre une et 4 abstentions.

*L'amendement n° 11 de MM. Detienne et Wauters* est dès lors rejeté par un vote identique.

\*  
\* \*

de bijscholing in het kader van de accreditering. Zij merkt verder op dat nog maar pas een Wetenschappelijke Raad ressorterend onder het RIZIV is geïnstalleerd, en dat nu reeds een andere, soortgelijke raad wordt opgericht die eerder binnen het kader van de Volksgezondheid zal functioneren.

*De heer Wauters* vraagt of de vroedvrouwen bijvoorbeeld ook in deze Hoge Raad vertegenwoordigd zullen zijn.

*De minister* antwoordt dat de Hoge Raad zich specifiek met het medisch handelen en niet met de financiering of de evaluatie van medische technologie zal inlaten, wat toch een totaal verschillende invalshoek is.

Het eerste koninklijk besluit zal een afdeling geneesheren binnen de Hoge Raad creëren.

Maar ook voor de andere gezondheidsberoepen kunnen bij koninklijk besluit aparte afdelingen worden opgericht.

Het artikel wordt ongewijzigd aangenomen met 10 tegen 2 stemmen en 1 onthouding.

*Amendement n° 12 van de heren Detienne en Wauters* tot schrapping van dit artikel wegens overlapping met een reeds binnen het RIZIV bestaand wetenschappelijk comité dat op exact dezelfde wijze is samengesteld, wordt derhalve verworpen met eenzelfde stemmenaantal.

#### Art. 8

*De minister* drukt er nogmaals op dat het thans wettelijk in het leven geroepen Overlegcomité reeds bestaat en een brug vormt tussen de departementen Volksgezondheid en Sociale Zaken enerzijds, en de artsenkamers en de ziekenfondsen anderzijds.

*De heer Wauters*, mede-indiener van amendement n° 11, stelt voor dit artikel te schrappen. Een overlegstructuur bestaat immers reeds. Deze moet dezelfde zijn voor de departementen Sociale Zaken en Volksgezondheid. Er is veeleer nood aan één enkel wetenschappelijk onderbouwd, overkoepelend orgaan.

*De minister* repliceert dat het wetenschappelijk comité binnen het RIZIV zich enkel en alleen bezighoudt met het ziekenhuisbeleid. Hij vraagt zich af of de Groenen wensen dat de prioriteiten inzake Volksgezondheid dan binnen het departement Sociale Zaken worden vastgelegd.

Het artikel wordt ongewijzigd (op de bewoording « De Koning kan ... » na, zoals uiteengezet in de bespreking van artikel 3) aangenomen met 8 tegen 1 stem en 4 onthoudingen.

*Amendement n° 11 van de heren Detienne en Wauters* wordt derhalve verworpen met eenzelfde stemmenaantal.

\*  
\* \*

L'ensemble des articles soumis à la commission est adopté par 9 voix et 4 abstentions.

Het geheel van de aan de commissie overgezonden artikelen wordt aangenomen met 9 stemmen en 4 onthoudingen.

*La rapporteuse,*

*La présidente,*

*De rapporteur,*

*De voorzitter,*

G. GARDEYN-DEBEVER

M. VANLERBERGHE

G. GARDEYN-DEBEVER

M. VANLERBERGHE