

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2012-2013

20 DÉCEMBRE 2012

Projet de loi portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé

Procédure d'évocation

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DES AFFAIRES SOCIALES
PAR
MMES LIJNEN ET MORREALE

I. INTRODUCTION

Le projet de loi qui fait l'objet du présent rapport relève de la procédure bicamérale facultative et a été

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2012-2013

20 DECEMBER 2012

Wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg

Evocatieprocedure

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE VOOR
DE SOCIALE AANGELEGENHEDEN
UITGEBRACHT DOOR
DE DAMES LIJNEN EN MORREALE

I. INLEIDING

Dit optioneel bicameraal wetsontwerp werd in de Kamer van volksvertegenwoordigers oorspronkelijk

Composition de la commission : Samenstelling van de commissie :

Présidente / Voorzitster : Elke Sleurs.

Membres / Leden :

N-VA	Piet De Bruyn, Patrick De Groote, Louis Ide, Elke Sleurs.
PS	Christie Morreale, Fatiha Saïdi, Fabienne Winckel.
MR	Jacques Brotschi, Dominique Tilmans.
CD&V	Cindy Franssen, Rik Torfs.
sp.a	Leona Detiège, Dalila Douifi.
Open Vld	Nele Lijnen.
Vlaams Belang	Yves Buysse.
Écolo	Cécile Thibaut.
cdH	André du Bus de Warnaffe.

Suppléants / Plaatsvervangers :

Frank Boogaerts, Inge Faes, Danny Pieters, Helga Stevens, Karl Vanlouwe.
Hassan Boussetta, Philippe Mahoux, Muriel Targnion, Olga Zrihen.
François Bellot, Christine Defraigne, Gérard Deprez.
Dirk Claes, Sabine de Bethune, Peter Van Rompuy.
Bert Anciaux, Fatma Pehlivan, Fauzaya Talhaoui.
Rik Daems, Guido De Padt.
Bart Laeremans, Anke Van dermeersch.
Marcel Cheron, Zakia Khattabi.
Francis Delpérée, Dimitri Fourny.

Voir :

Documents du Sénat :

5-1895 - 2012/2013 :

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

N° 2 : Amendements.

Zie :

Stukken van de Senaat :

5-1895 - 2012/2013 :

Nr. 1 : Ontwerp overgezonden door de Kamer van volksvertegenwoordigers.

Nr. 2 : Amendementen.

déposé initialement à la Chambre des représentants par le gouvernement (doc. Chambre, n° 53-2524/1).

Il a été adopté par la Chambre des représentants le 20 décembre 2012, par 102 voix et 33 abstentions.

Il a été transmis au Sénat le 20 décembre 2012 et évoqué le même jour.

La commission l'a examiné au cours de ses réunions des 18 et 20 décembre 2012.

Conformément à l'article 27.1, alinéa 2, du règlement du Sénat, la commission des Affaires sociales a entamé l'examen de ce projet de loi avant le vote final à la Chambre des représentants.

II. EXPOSÉS INTRODUCTIFS

A. Exposé introductif de la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales

Mme Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, déclare que l'important projet de loi à l'examen a beaucoup fait parler de lui ces derniers temps, notamment en ce qui concerne la problématique de la suppression des suppléments d'honoraires ainsi qu'une certaine généralisation du régime du tiers payant. La ministre rappelle que le Sénat a longtemps travaillé sur le dossier du tiers payant. Les mesures proposées ici trouvent en grande partie leur origine dans les débats qui se sont tenus au Sénat.

Les dispositions à l'examen sont entièrement centrées sur l'accessibilité des soins de santé qui est une des préoccupations majeures de la ministre. Un système de sécurité sociale doit tenir compte de trois grandes préoccupations : les soins de santé doivent être accessibles, de qualité et financièrement abordables.

L'article relatif aux mineurs étrangers non accompagnés vise à habiliter le Roi à déterminer des périodes qui sont assimilées à des périodes de fréquentation de l'enseignement du niveau fondamental ou secondaire pour les cas particuliers de certains jeunes présumés victimes de la traite des êtres humains qui doivent rester cachés et ne peuvent être inscrits directement dans un établissement scolaire.

ingediend als een wetsontwerp van de regering (stuk Kamer, nr. 53-2524/1).

Het werd op 20 december 2012 aangenomen door de Kamer van volksvertegenwoordigers, met 102 stemmen bij 33 onthoudingen.

Het wetsontwerp werd op 20 december 2012 overgezonden aan de Senaat en op diezelfde dag geëvoceerd.

De commissie heeft dit wetsontwerp besproken tijdens haar vergaderingen van 18 en 20 december 2012.

Met toepassing van artikel 27.1, tweede lid, van het Reglement van de Senaat, heeft de commissie voor de Sociale Aangelegenheden de bespreking van dit wetsontwerp aangevat vóór de eindstemming in de Kamer van volksvertegenwoordigers.

II. INLEIDENDE UITEENZETTINGEN

A. Inleidende uiteenzetting van de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, stelt dat over het voorliggende belangrijke wetsontwerp de laatste tijd veel gepraat werd, door meer bepaald de problematiek van de afschaffing van de honorariumsupplementen evenals een zekere veralgemening van de derdebetalersregeling. De minister herinnert eraan dat de Senaat lang gewerkt heeft aan dossiers over derdebetalersregeling. De maatregelen die zij nu voorstelt vinden grotendeels hun oorsprong in de debatten die in de Senaat gevoerd zijn.

De voorliggende bepalingen zijn volledig gericht op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, één van de belangrijkste bekommernissen van de minister. Een systeem van sociale zekerheid moet rekening houden met drie grote bekommernissen : de toegankelijkheid van de zorg, de kwaliteit van de zorg en de betaalbaarheid van de zorg.

Het artikel betreffende de niet-begeleide minderjarige vreemdelingen strekt ertoe voor de bijzondere gevallen van sommige jongeren die vermoedelijk het slachtoffer van mensensmokkel waren en die moeten ondergedoken blijven en niet rechtstreeks in een school kunnen worden ingeschreven, de Koning het recht te verlenen om de tijdvakken te bepalen die gelijkgesteld worden aan tijdvakken waarin onderwijs van het basisonderwijs of van het tweede niveau werd gevolgd.

L'article relatif au sevrage tabagique vise à donner à l'aide médicamenteuse au sevrage tabagique un caractère désormais optionnel pour le Roi. Caractère optionnel car l'intervention éventuelle pour l'aide médicamenteuse fait encore débat et parce que, lors de l'examen de ce qui allait devenir l'arrêté royal du 31 août 2009 relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités pour l'assistance au sevrage tabagique, le Conseil d'État a relevé que la version actuelle de la loi prévoyait formellement une intervention pour l'aide médicamenteuse, point que n'exécutait pas le projet d'arrêté royal.

Le Conseil d'État a aussi fait remarquer que les prothèses capillaires ne peuvent pas être considérées comme des dispositifs médicaux. Il est donc proposé d'inscrire formellement les prothèses capillaires dans la liste des prestations de santé, de permettre aux médecins-conseils d'accorder une autorisation éventuelle et de donner compétence au Roi pour fixer l'intervention de l'assurance pour les prothèses capillaires ainsi que les conditions de cette intervention.

La section suivante a pour objectif la mise en place de la nouvelle procédure de remboursement des radio-isotopes. L'objectif est de mettre au point un système comparable à celui en vigueur pour les spécialités pharmaceutiques.

Les dispositions relatives au maximum à facturer (MàF) ont pour but de tenir compte de la création des catégories de remboursement Fa et Fb pour les médicaments afin de les inclure dans le MàF.

Une seconde modification permet de prendre également en compte dans le MàF l'intervention personnelle pour les médicaments qui sont délivrés à des bénéficiaires séjournant dans des maisons de repos et de soins et des centres de soins de jour, des maisons de repos pour personnes âgées ou des centres de court séjour ou d'autres institutions qui constituent le domicile ou la résidence commune des personnes âgées.

Les articles 16 et 17 introduisent dans la loi AMI un statut « affection chronique ». Ce statut permettra de cibler une catégorie de bénéficiaires à laquelle certains droits seront accordés automatiquement (comme le tiers payant).

Ce statut devrait être octroyé selon trois critères :

— un montant minimum de dépenses (INAMI + personnelles) de santé sur une certaine durée, pour démontrer la chronicité de la maladie;

Het artikel betreffende de tabaksontwenning laat de Koning toe om aan de hulp met geneesmiddelen bij tabaksontwenning voortaan een facultatief karakter te geven. Facultatief, omdat er over de eventuele tegemoetkoming voor hulp met geneesmiddelen nog discussie bestaat, en omdat, bij het onderzoek van wat het koninklijk besluit van 31 augustus 2009 inzake de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor de hulp bij tabaksontwenning zou worden, de Raad van State erop heeft gewezen dat die tegemoetkoming voor de hulp met geneesmiddelen formeel in de huidige versie van de wet was opgenomen; dit punt werd echter niet uitgevoerd in het ontwerpbesluit.

De Raad van State heeft ook opgemerkt dat de haarprothesen niet als medische hulpmiddelen kunnen worden beschouwd. Er wordt bijgevolg voorgesteld om de haarprothesen uitdrukkelijk in de lijst van de geneeskundige verstrekkingen op te nemen, de adviserend geneesheren toe te staan om een eventuele machtiging te verlenen, en de Koning de bevoegdheid te verlenen om de verzekeringstegemoetkoming voor de haarprothesen alsook de voorwaarden van die tegemoetkoming vast te stellen.

De volgende afdeling strekt ertoe de nieuwe terugbetalingsprocedure voor radio-isotopen in te stellen. Het is de bedoeling om een systeem op punt te stellen dat vergelijkbaar is met dat van de farmaceutische specialiteiten.

De bepalingen betreffende de maximumfactuur hebben de bedoeling rekening te houden met de invoering van de vergoedingscategorieën Fa en Fb voor de geneesmiddelen en ze in de maximumfactuur op te nemen.

Een tweede wijziging laat toe om ook het persoonlijk aandeel voor geneesmiddelen die aan rechthebbenden worden verstrekt die in rust- en verzorgingshuizen en centra voor dagverzorging, rustoorden voor bejaarden of centra voor kortverblijf verblijven of in andere instellingen die de gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van de bejaarden uitmaken in aanmerking te nemen voor de maximumfactuur.

De artikelen 16 en 17 voeren in de GVVU-wet een statuut « chronische aandoening » in. Door dat statuut zal men een categorie rechthebbenden kunnen afbakenen aan wie automatisch bepaalde rechten zullen worden toegekend (zoals de derdebetalersregeling).

Dat statuut zou volgens drie criteria moeten worden toegekend :

— een minimumbedrag aan gezondheidszorguitgaven (RIZIV + persoonlijk) over een bepaalde periode, om het chronisch karakter van de ziekte aan te tonen;

— être bénéficiaire de l'actuel forfait malade chronique;

— ou être bénéficiaire de l'assurance soins de santé souffrant d'une maladie rare ou orpheline.

L'accord de gouvernement prévoit d'étendre l'application du régime du tiers payant aux groupes de patients les plus vulnérables.

Il est donc proposé de rendre l'application du régime du tiers payant obligatoire pour deux groupes parmi les plus vulnérables en termes d'accessibilité aux soins de santé, à savoir les bénéficiaires de l'intervention majorée et les bénéficiaires du statut « affection chronique » (qui trouve sa base légale à l'article 17), et ce pour toutes les prestations de santé qui leur sont dispensées.

Dans le projet de loi initial, l'entrée en vigueur était fixée au 1^{er} janvier 2014 au plus tard, mais un amendement a été déposé à la Chambre, à la suite d'une concertation entre la ministre et la Commission nationale médico-mutualiste. Tous les partenaires, y compris les mutualités, admettent l'existence de certains problèmes soulevés par les médecins.

Les médecins disent qu'il doit être possible d'exclure certaines prestations de l'application du régime du tiers payant et citent, à l'appui, l'exemple des visites à domicile. L'objectif est effectivement de réduire le nombre de visites à domicile au strict nécessaire. L'instauration d'une obligation d'application du régime du tiers payant poserait un problème; les médecins préfèrent que pour les visites à domicile, cette application demeure possible et ne devienne pas obligatoire.

Un autre problème est la nécessité de veiller, avant l'entrée en vigueur de l'obligation, à ce que les médecins puissent avoir accès à « *My CareNet* ». À l'heure actuelle, un grand nombre de médecins n'ont pas la possibilité d'examiner la situation de leurs patients en termes d'assurabilité. Ce sera possible avec *MyCareNet*, qui devrait être disponible à la mi-2014.

Enfin, en vue d'améliorer le dialogue entre les partenaires, il est prévu que toutes les prestations susceptibles d'être exclues de l'application du régime du tiers payant devront, préalablement à toute décision, faire l'objet d'une concertation au sein de la Commission nationale médico-mutualiste.

L'amendement déposé à la Chambre vise donc à faire en sorte :

— que l'obligation n'entre en vigueur qu'à partir du 1^{er} janvier 2015;

— qu'elle puisse être instaurée à des moments différents suivant les prestataires de soins concernés

— recht hebben op het huidige forfait chronisch ziekte;

— rechthebbende van de verzekering voor geneeskundige verzorging zijn en aan een zeldzame ziekte of een weesziekte lijden.

Het regeerakkoord voorziet om de derdebetalersregeling naar de meest kwetsbare patiëntengroepen uit te breiden.

Er wordt dus voorgesteld om de toepassing van de derdebetalersregeling verplicht te maken voor twee groepen die op het vlak van de zorgtoegankelijkheid tot de meest kwetsbare behoren: de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming en de rechthebbenden op het statuut chronische aandoening (voor wie artikel 17 de wettelijke grondslag creëert), en dit voor alle geneeskundige verstrekkingen die hen worden toegediend.

Het aanvankelijke wetsontwerp wilde een inwerkingtreding op uiterlijk 1 januari 2014, maar er werd in de Kamer een amendement ingediend ten gevolge van overleg tussen de minister en de partners van de Medicomut. Alle partners, met inbegrip van de mutualiteiten, erkennen bepaalde problemen die door de geneesheren werden opgeworpen.

De geneesheren stellen dat het mogelijk moet zijn om bepaalde prestaties uit te sluiten van de derdebetalersregeling, met als voorbeeld de huisbezoeken. Het beleid tracht inderdaad het aantal huisbezoeken terug te dringen tot enkel de noodzakelijke bezoeken. Een derdebetalersregeling verplichten zou een probleem stellen en de artsen geven er de voorkeur aan dat de derdebetalersregeling wel mogelijk blijft, maar niet verplicht wordt voor huisbezoeken.

Een tweede probleem is de noodzaak om over de *MyCareNet* apparatuur te beschikken vooraleer de verplichting ingaat. Op het huidige moment hebben veel artsen niet de mogelijkheid om de verzekeraarheid van patiënten na te gaan. Dit wordt wel mogelijk met *MyCareNet*, dat medio 2014 beschikbaar zou zijn.

Ten slotte wordt in het kader van een beter overleg voorzien dat voor alle prestaties die eventueel zouden uitgesloten worden van de derdebetalersregeling, een voorafgaand overleg in de Medicomut moet plaatsvinden alvorens positie in te nemen.

Het amendement in de Kamer heeft dus als doel :

— de verplichting maar vanaf 1 januari 2015 in te voeren;

— een verschillende invoering tussen de zorgverleners in te voeren om rekening te houden met de

afin de tenir compte de la disponibilité du système *MyCareNet* sur le terrain;

— que les principes de la concertation au sein des commissions de conventions ou d'accords soient respectés.

Au rang des mesures les plus importantes prévues par ce projet de loi, il y a l'interdiction des suppléments d'honoraires dans les chambres communes et les chambres à deux lits.

Seul un petit nombre d'hôpitaux, vingt sur près de deux cents (hôpitaux psychiatriques compris), continuent à facturer pareils suppléments alors même que les chambres à deux lits sont devenues la norme. Les maxima facturés sont quelquefois ahurissants; les suppléments peuvent aller jusqu'à 400 % du tarif INAMI, soit cinq fois le montant de base.

La ministre renvoie au rapport de la Chambre, où elle cite les chiffres d'une étude réalisée par les mutualités. En ce qui concerne les accouchements, par exemple, la moyenne nationale est de 388 euros dans une chambre à deux lits, mais, avec les suppléments d'honoraires facturés, le montant peut aller jusqu'à 1 368 euros.

On part du principe que les suppléments d'honoraires dans les hôpitaux classiques et les hôpitaux de jour pour les chambres communes et les chambres à deux lits représentent un montant d'environ 50 millions d'euros, réparti de manière plus ou moins égale entre les deux types d'hôpitaux. Les suppléments d'honoraires pour les chambres particulières s'élèvent à quelque 300 millions d'euros.

Si on ne touche pas aux suppléments pour les chambres particulières, c'est en raison du fait que le choix de ce type de chambre est fait par le patient lui-même. En revanche, les suppléments pour les chambres communes et les chambres à deux lits sont interdits.

En ce qui concerne les hôpitaux de jour, il a été convenu avec les partenaires de la Commission nationale médico-mutualiste que la définition de la notion d'hospitalisation de jour sera fixée à la suite de discussions au sein de celle-ci.

La ministre ne va pas jusqu'à prétendre que le projet à l'examen fait l'unanimité, mais elle indique qu'il bénéficie quand même d'un large soutien. En outre, un supplément n'est pas l'autre. Certains suppléments sont raisonnables et un hôpital pourrait être amené, de par leur suppression, à devoir licencier du personnel. Mais si un supplément représentant 400 % du tarif INAMI pour une chambre à deux lits ne peut plus être facturé, alors la situation pourrait devenir problématique. D'un autre côté, il faut continuer à garantir l'accessibilité des soins.

realiteit op het terrein van de invoering van het *MyCareNetsysteem*;

— de beginselen van het overleg in de conventi-onerings- of akkoordcommissies te waarborgen.

Het verbod op ereloontoeslagen in gemeenschappelijke en tweepersoonskamers vormt een van de belangrijkste maatregelen van dit wetsontwerp.

Amper een klein aantal ziekenhuizen, twintig op ongeveer tweehonderd (psychiatrische ziekenhuizen inbegrepen), rekenen dergelijke toeslagen nog aan, terwijl tweepersoonskamers de norm zijn geworden. De maxima die kunnen worden gehanteerd zijn duizelingwekkend — men stelt toeslagen vast die tot 400 % of vijf keer het tarief oplopen.

De minister verwijst naar het verslag van de Kamer, waar zij cijfers vernoemt uit een studie van de ziekenfondsen. Zij geven als voorbeeld bedragen rond bevallingen, waar het nationale gemiddelde 388 euro bedraagt in een tweepersoonskamer. Met de ereloon-toeslagen kan dit echter stijgen tot 1 368 euro.

Er wordt van uit gegaan dat de ereloontoeslagen van klassieke ziekenhuizen en dagziekenhuizen voor gemeenschappelijke en tweepersoonskamers, neerkomen op een bedrag van ongeveer 50 miljoen euro, ongeveer gelijk verdeeld tussen beide soorten ziekenhuizen. De ereloonstoeslagen voor éénpersoonskamers komen neer op ongeveer 300 miljoen euro.

Er wordt niet geraakt aan de toeslagen voor éénpersoonskamers, omdat de patiënt voor dergelijke kamer kiest. Daarentegen worden toeslagen voor gemeenschappelijke en tweepersoonskamers verboden.

Inzake de daghospitalen werd met de partners van de Medicomut overeengekomen dat de definitie van «dagopname» zal vastgelegd worden na bespreking in de Medicomut.

De minister beweert niet dat het voorliggende ontwerp op unanieme goedkeuring kan rekenen. Het geniet echter wel brede ondersteuning. Bovendien is het ene supplement het andere niet. Sommige supplementen zijn redelijk en door ze af te schaffen zal een ziekenhuis bijvoorbeeld geen personeel moeten ontslaan. Maar indien een supplement van 400 % voor een tweepersoonskamer niet meer kan gevraagd worden, dan zal dat misschien wel voor enkele problemen zorgen. Anderzijds moet de toegankelijkheid van de zorg gewaarborgd blijven.

Enfin, la ministre indique qu'un amendement a été déposé en commission de la Chambre afin de permettre au médecin ou au dentiste de conserver le statut conventionnel qui était le sien avant l'expiration de l'accord médico-mutualiste ou de l'accord dento-mutualiste jusqu'au jour où il signifie son refus d'adhérer au nouvel accord ou jusqu'au jour où il est présumé avoir adhéré au nouvel accord.

B. Exposé introductif de la secrétaire d'État à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté

Mme Maggie De Block, secrétaire d'État à l'Asile et à la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté, adjointe à la ministre de la Justice, fait observer que le chapitre 4 du projet de loi à l'examen concerne le remboursement des frais médicaux par les CPAS. Ces dispositions trouvent leur origine dans l'accord de gouvernement, plus précisément dans le passage qui prévoit la réforme du remboursement de l'aide médicale par le biais des CPAS et son remplacement par un système simplifié de remboursement par le biais de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) et, par la suite, par le biais des mutualités.

Une des priorités de la politique de la secrétaire d'État est de renforcer la présence CPAS. Pour cela, les CPAS et les travailleurs sociaux doivent pouvoir mieux se consacrer à leurs missions fondamentales, à savoir l'enquête sociale et l'aide aux personnes vivant dans la pauvreté. Pour y parvenir, il faut une simplification administrative.

Une des procédures qui sera simplifiée est la procédure de remboursement des frais médicaux par les CPAS. Les factures de frais d'aide médicale urgente ne seront plus remboursées par les CPAS, mais par le biais de la CAAMI.

Les fondements du projet sont les suivants : l'enquête sociale sera garantie, les engagements de prise en charge des frais médicaux seront informatisés et le contrôle et les paiements seront effectués par des spécialistes.

La gestion sera améliorée grâce à un système informatique centralisé auquel tous les acteurs auront accès, c'est-à-dire les prestataires de soins, les CPAS et la CAAMI. Tous disposeront donc des mêmes informations. L'information devra être rapidement disponible et la CAAMI devra automatiser et améliorer les contrôles.

Dans le cadre de la simplification administrative, les CPAS auront moins de factures médicales à traiter. Ils

Ten slotte wijst de minister erop dat er in de Kamercommissie een amendement werd ingediend dat ertoe strekt de arts of tandarts hetzelfde overeenkomstenstatuut te laten houden dat hij vóór het verstrijken van het geneesheren-ziekenfondsenakkoord of het tandartsen-ziekenfondsenakkoord had tot op de dag waarop hij zijn weigering om tot het nieuwe akkoord toe te treden kenbaar maakt of tot op de dag waarop hij geacht wordt tot het nieuwe akkoord te zijn toegetreten

B. Inleidende uiteenzetting van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding

Mevrouw Maggie De Block, staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding, licht toe dat het hoofdstuk 4 van het voorliggende wetsontwerp de terugbetaling van medische kosten door de OCMW's betreft. Deze bepalingen vinden hun oorsprong in het regeerakkoord, namelijk de passage dat de terugbetaling van de geneeskundige hulp via de OCMW's wordt hervormd en vervangen door een vereenvoudigd systeem via de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. In een latere fase zal dit gebeuren door de ziekenfondsen.

Eén van de prioriteiten van het beleid van mevrouw De Block is het zorgen voor meer OCMW op straat. Daarmee tracht ze te bekomen dat maatschappelijke werkers zich meer kunnen toeleggen op wat de kerntaken van het OCMW zijn, namelijk sociaal onderzoek en mensen in armoede of in problemen helpen. Daarvoor is een administratieve vereenvoudiging nodig.

Een van deze operaties is de terugbetalingsprocedure van de medische kosten door de OCMW's. Hierbij zullen de facturen van dringende medische kosten niet meer door de OCMW's terugbetaald worden, maar wel via de Hulpkas.

De uitgangspunten van het project zijn het garanderen van het sociaal onderzoek, het informatiseren van verbintenissen tot ten laste neming en de controle en betaling door specialisten laten gebeuren.

Het beheer zal verbeterd worden door een eenvormig gecentraliseerd informaticasysteem waar alle actoren toegang toe hebben, namelijk de zorgverstrekkers, OCMW's en de Hulpkas. Allen zullen dus over dezelfde informatie beschikken. Er zal een snelle beschikbaarheid van informatie nodig zijn en geautomatiseerde en verbeterde controles door de Hulpkas.

In het kader van de administratieve vereenvoudiging zullen de OCMW's minder medische facturen

ne devront payer que leur intervention et les mutations seront traitées automatiquement. Pour le prestataire de soins, il n'y a qu'un seul et unique point de contact pour les factures à charge de l'État et il y a des procédures harmonisées. Cela se fera par la création d'une banque de données centralisée, par les échanges de données avec cette banque de données, ainsi que par le contrôle et les paiements assurés par la CAAMI et par les flux financiers entre la CAAMI et le SPP Intégration sociale.

L'introduction de ces mesures se fera en trois phases. Des projets pilotes seront lancés à l'AZ Groeninghe à Courtrai, à l'Hôpital Saint-Pierre à Bruxelles, au CHU à Charleroi et à l'AZ Jan Portaels à Zaventem. Une fois que ces projets pilotes auront fait leurs maladies d'enfance, la phase de déploiement pourra commencer. Le système sera testé entre novembre 2012 et janvier 2013; il sera procédé ensuite à une évaluation, après quoi le système sera déployé dans tout le pays dans le courant de l'année 2013.

Les articles à l'examen constituent la base légale instaurant ce projet. Il conviendra à cet effet d'adapter la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale. Les articles 9bis et 10, § 2, imposent la réalisation d'une enquête sociale pour les frais à charge de l'État et prévoient une sanction en cas de non-respect de cette obligation. L'article 9ter ancre la procédure pour la phase 1, c'est-à-dire pour les frais médicaux exposés au sein d'un établissement de soins et facturés par celui-ci aux personnes indigentes qui ne bénéficient pas d'une assurance maladie couvrant les risques en Belgique et qui ne peuvent s'affilier à une mutualité.

Les délais fixés pour l'application de la procédure sont de quarante-cinq jours entre le début de l'aide et la décision du CPAS et de huit jours entre l'introduction de la décision dans la base de données centrale et la période entre la décision et sa notification.

III. DISCUSSION GÉNÉRALE

A. Questions à Mme Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales

Mme Detiège se réjouit de l'interdiction des suppléments d'honoraires dans les chambres communes et les chambres à deux lits. Elle espère que tous les hôpitaux tombent sous le champ d'application de la réglementation en question et que l'application du régime du tiers payant sera étendue à un moment donné, si pas tout de suite, en tout cas le plus

behandelen. Ze moeten enkel hun eigen tussenkomst betalen en er is een automatische behandeling van de mutaties. Voor de zorgverstrekker is er één contactpunt van facturen ten laste van de staat en zijn er geharmoniseerde procedures. Dit zal gebeuren door het creëren van één centrale databank, door de gegevensstromen van en naar deze databank, en door controle en betaling door de Hulpkas en financiële stromen tussen de Hulpkas en de POD Maatschappelijk Integratie.

Er zal natuurlijk een gefaseerde invoering zijn, meer bepaald in drie fasen. Er wordt gestart met proefprojecten met het AZ Groeninge in Kortrijk, Sint-Pieter in Brussel, de CHU in Charleroi en Jan Portaels in Zaventem. Eens deze proefprojecten van hun kinderziekten genezen zijn, kan de uitrolfase van start gaan. De testen vinden plaats tussen november 2012 en eind januari 2013. Daarna volgt een evaluatie en de uitrol in de loop van 2013.

Voorliggende artikelen vormen de wettelijke basis om dit project in te voeren. Hiertoe moet de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, aangepast worden. Artikel 9bis en artikel 10, § 2, verplichten het sociaal onderzoek voor kosten ten laste van de staat en voeren een sanctie in bij niet naleving. Artikel 9ter verankert de procedure voor fase 1, dit wil zeggen voor medische kosten gemaakt in en gefactureerd door een verpleeginstelling voor behoeftige personen die niet over ziektekostenverzekering beschikken die de risico's in België dekt en die ook niet kunnen aangesloten worden bij een mutualiteit.

De termijnen zijn bepaald als volgt: vijftenzestig dagen tussen het begin van steun en OCMW beslissing en acht dagen voor het inbrengen van de beslissing in de centrale databank en de periode tussen de beslissing en de kennisgeving hiervan.

III. ALGEMENE BESPREKING

A. Vragen aan mevrouw Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele instellingen

Mevrouw Detiège is verheugd over het verbod op ereloonsupplement in gemeenschappelijke en tweepersoonskamers. Zij hoopt dat alle ziekenhuizen onder die regeling vallen en dat op een bepaald ogenblik de uitbreiding naar derdebetalersregeling veralgemeend zal worden. Indien dat nu niet kan dan zo snel mogelijk. Het debat over de onderfinanciering van de

rapidement possible. Il faudra également s'atteler au débat sur le sous-financement des hôpitaux, car il s'agit d'une conséquence indirecte des mesures proposées.

Mme Vogels estime que c'est une bonne chose qu'une avancée soit enfin réalisée en ce qui concerne le régime du tiers payant. L'on peut seulement regretter que le nouveau report de cette réglementation survienne précisément au moment où la pauvreté progresse énormément dans notre pays, et donc que l'accessibilité des soins de santé est de plus en plus mise sous pression. L'intervenante dit comprendre que le système *MyCareNet* doive être opérationnel, mais, en définitive, des personnes confrontées à des difficultés financières sont une fois de plus tributaires de la rapidité et de la bonne volonté des partenaires médico-mutualistes. La ministre a-t-elle l'impression que tout est mis en œuvre pour que le système *MyCareNet* puisse être introduit au plus vite partout ou bien a-t-elle plutôt l'impression que les mutualités ou médecins y mettent un frein ? Dans ce dernier cas, les pouvoirs publics devraient, selon l'intervenante, prendre des mesures.

En ce qui concerne les suppléments d'honoraires, Mme Vogels espère que la commission médico-mutualiste parviendra le plus rapidement possible à un accord sur la définition de la notion d'hospitalisation de jour. Dans ce dossier, la ministre observe-t-elle aussi des manœuvres dilatoires ou plutôt des signes de bonne volonté ? La ministre dispose-t-elle d'un moyen de pression, étant donné qu'aucune date n'a été fixée ?

M. Brotchi souhaite réitérer quelques mises en garde relatives au tiers payant. La généralisation du tiers payant inquiète les médecins. Certes, il faut l'offrir aux patients défavorisés, aux patient OMNIO, aux malades chroniques. Mais il faut faire en sorte que cela ne génère pas une lourde charge administrative supplémentaire pour les médecins qui auront à accomplir toutes les démarches auprès des mutuelles pour récupérer leur dû. Cela nécessite une simplification drastique du système. On peut certes espérer que l'introduction du système « *MyCareNet* » au 1^{er} janvier 2015 aidera les médecins à récupérer leur dû.

Par ailleurs, le risque de surconsommation des soins de santé est réel quand un patient n'a plus rien à payer. Il conviendra donc de bien analyser les conséquences de ce choix et éventuellement le repenser en fonction des résultats.

Généraliser le tiers payant, c'est aussi déresponsabiliser le patient. Celui-ci risque de perdre de vue qu'une démarche de type médical a un coût collectif.

ziekenhuizen zal ook aangepakt moeten worden omdat dit onrechtstreeks het gevolg is.

Mevrouw Vogels vindt het goed dat er eindelijk een doorbraak is van de derdebetalersregeling. Het is enkel jammer dat net op het ogenblik dat de armoede in ons land enorm toeneemt, en dus de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg steeds meer onder druk staat, er opnieuw een uitstel van deze regeling komt. Ze begrijpt dat *MyCareNet* operationeel moet zijn, maar het komt er wel op neer dat mensen in financiële problemen weer afhankelijk zijn van de snelheid en de goodwill van de Medicomut-partners. Heeft de minister de indruk dat alles op alles wordt gezet om *MyCareNet* zo snel mogelijk overal te introduceren, of gaan mutualiteiten of geneesheren op de rem staan ? Als dit laatste het geval is, dan moet de overheid daar volgens spreekster maatregelen rond nemen.

Wat betreft de ereloonsupplementen hoopt mevrouw Vogels dat de Medicomut zo snel mogelijk een akkoord bereikt over de definitie van daghospitalisatie. Ziet de minister ook hier mechanismen aan het werk om dit uit te stellen of is er *goodwill* ? Heeft de minister een stok achter de deur, gelet op het feit dat geen datum werd vastgelegd ?

De heer Brotchi wenst enkele waarschuwingen in verband met de derdebetaler te herhalen. De veralgemening van de derdebetalersregeling verontrust de artsen. Zij moet weliswaar aangeboden worden aan arme patiënten, aan OMNIO-patiënten, aan chronisch zieken. Maar dit mag geen zware bijkomende administratieve last voor artsen veroorzaken, die allerlei stappen zullen moeten ondernemen bij de mutualiteiten om hun geld terug te krijgen. Daarvoor is een drastische vereenvoudiging van het stelsel vereist. Men mag weliswaar hopen dat de invoering van het « *MyCareNet* »-systeem op 1 januari 2015 de artsen daarbij zal helpen.

Bovendien bestaat er een reëel risico op overconsumptie van gezondheidszorg wanneer een patiënt niets meer moet betalen. Men zal goed moeten nagaan welke de gevolgen van deze optie zijn, en in voorkomend geval, naar gelang van de resultaten, zal het stelsel moeten worden herzien.

Het veralgemenen van de derdebetaler betekent ook dat men de patiënt zijn verantwoordelijkheid ontnemt. Hij dreigt niet meer te beseffen dat een medische handeling collectieve kosten met zich meebrengt.

Au sujet des suppléments d'honoraires, le groupe MR est déjà longuement intervenu dans les débats à la Chambre des représentants. Le financement des hôpitaux varie selon les catégories d'établissements. Dans les hôpitaux qui ne demandent pas de supplément pour les chambres à deux lits, tels que l'hôpital Erasme par exemple, les médecins ne paient évidemment pas les infirmières, les secrétaires, l'appareillage... Dans la vingtaine d'hôpitaux évoqués par la ministre, les médecins doivent la plupart du temps payer leur secrétaire, leur infirmière instrumentiste, intervenir pour pouvoir disposer de matériel performant afin d'offrir à la population les meilleurs soins possibles. Si la ministre persiste dans sa décision de supprimer les suppléments pour les chambres à deux lits, il conviendrait peut-être de repenser le mode de financement des hôpitaux. Cette remarque vise seulement à garantir aux malades qui fréquentent ces hôpitaux la même qualité de soins qu'ailleurs. Le patient a la chance en Belgique d'avoir le libre choix du médecin, de l'hôpital et du type de chambre.

Si certains hôpitaux pratiquent des suppléments, peut-être la solution consiste-t-elle à informer le patient, à lui soumettre un devis, de sorte qu'il puisse choisir en connaissance de cause.

M. Brotchi est d'avis que de nombreux points devraient être discutés au sein de la médico-mut, et même qu'ils auraient dû être abordés un peu plus tôt.

Le sénateur insiste encore, au nom de son groupe politique, sur l'importance du maintien de la distinction entre médecins conventionnés et non conventionnés. Il faut une marge de liberté dans la négociation.

M. du Bus de Warnaffe déclare, au nom du cdH, soutenir l'ensemble des dispositions à l'examen dans le cadre du renforcement de l'accessibilité aux soins de santé. À propos du tiers payant, le membre se réjouit de l'amendement visant à exclure les consultations à domicile du caractère obligatoire de ce tiers payant. Il est aussi favorable au principe d'interdiction des suppléments d'honoraires dans les chambres à deux lits, même si la question du financement des hôpitaux doit être posée, non seulement au niveau fédéral mais aussi au niveau communautaire et régional. Cela appelle une concertation avec les entités fédérées.

Enfin, le sénateur aimerait savoir quelle est l'étendue de l'utilisation des radio-isotopes en médecine à l'heure actuelle et si les recommandations du Centre d'expertise fédéral dans un rapport rédigé fin 2008 ont été prises en considération dans l'élaboration de la nouvelle disposition.

M. Ide constate que le projet s'attaque à deux dossiers de poids, à savoir le régime du tiers payant et les suppléments d'honoraires. En fait, le régime du tiers payant existe déjà et est appliqué. L'intervenant espère que le médecin est attentif aux difficultés des

Wat de honorariasupplementen betreft, is de MR reeds uitgebreid aan het woord geweest tijdens de besprekingen in de Kamer van volksvertegenwoordigers. De financiering van ziekenhuizen varieert naar gelang van de ziekenhuiscategorie. In ziekenhuizen die geen supplement vragen voor tweepersoonskamers, zoals bijvoorbeeld het Erasmusziekenhuis, betalen de artsen natuurlijk niet voor de verpleegsters, de secretaresses, de apparatuur ... In het twintigtal ziekenhuizen dat de minister heeft aangehaald, moeten artsen meestal hun secretaresse en instrumenterende verpleegkundige betalen, en moeten zij tussenkomen om over performante apparatuur te kunnen beschikken zodat zij de best mogelijke zorg kunnen verstrekken. Indien de minister volhardt in haar beslissing om de supplementen voor tweepersoonskamers af te schaffen, zal men misschien de financieringswijze van de ziekenhuizen moeten herbekijken. Zieken in deze ziekenhuizen moeten immers over dezelfde zorgkwaliteit kunnen beschikken als elders. In België heeft een patiënt het geluk vrij de arts, het ziekenhuis en het soort kamer te kunnen kiezen.

Als sommige ziekenhuizen supplementen vragen, is het misschien een oplossing om de patiënt in te lichten, hem een bestek voor te leggen, zodat hij met kennis van zaken een beslissing kan nemen.

De heer Brotchi meent dat vele punten moeten worden besproken binnen de medicomut, en dat dat trouwens wat vroeger had mogen gebeuren.

In naam van zijn fractie dringt de senator nogmaals aan op het belang van het behoud van het onderscheid tussen geconventioneerde en niet-geconventioneerde artsen. Er moet een onderhandelingsmarge bestaan.

In naam van het cdH steunt de heer du Bus de Warnaffe de voorliggende bepalingen in het kader van de verbetering van de toegang tot gezondheidszorg. Wat de derdebetaler betreft, verheugt hij zich over het amendement dat huisbezoeken uitsluit van de verplichte derdebetalersregeling. Hij is ook voorstander van het verbod op honorariasupplementen in tweepersoonskamers, al moet de kwestie van de financiering van de ziekenhuizen besproken worden, niet alleen op federaal, maar ook op gewestelijk en gemeenschapsniveau. Er is dus overleg nodig met de deelgebieden.

Ten slotte wil de senator weten hoever men momenteel staat met het gebruik van radio-isotopen en of er bij het opstellen van de nieuwe bepaling rekening werd gehouden met de aanbevelingen van het Federaal Kenniscentrum.

De heer Ide stelt vast dat het ontwerp twee zware dossiers behandelt: de regeling derdebetaler en de ereloonsupplementen. De regeling derdebetaler bestaat eigenlijk al en wordt toegepast. Spreker hoopt dat in tijden van armoede de arts aandacht heeft voor mensen

personnes précarisées durant les périodes où la pauvreté s'accroît. Le médecin généraliste est particulièrement bien placé pour connaître la situation de ses patients et peut appliquer un régime de tiers payant. M. Ide considère que c'est aussi une réalité dont il faut tenir compte.

Le projet propose un système structurel dont l'entrée en vigueur est reportée à 2015. Un peu de prudence ne fait pas de tort : mieux vaut avoir à terme un système qui fonctionne correctement et qui soit alors pleinement opérationnel. À l'heure actuelle, un médecin généraliste consacre 12,5 heures par semaine à l'accomplissement de formalités administratives. Ce n'est pas une bonne évolution.

Le Sénat a déjà planché longuement sur l'élaboration d'un régime de tiers payant, sur la base d'une proposition de loi de Mme Temmerman (voir doc. Sénat n° 5-203/1). Le groupe de M. Ide a également pris part aux travaux, même s'il a une vision différente du système. M. Ide annonce qu'il déposera des amendements au projet de la ministre en vue de généraliser le régime du tiers payant pour les médecins généralistes.

Il n'est pas d'accord avec certains groupes de médecins qui prétendent qu'il est impossible d'appliquer le régime du tiers payant aux visites à domicile. Selon lui, c'est tout à fait faisable. Un grand nombre de médecins généralistes travaillent déjà avec des DMI (dossiers médicaux informatisés) et les emportent avec eux lors de leurs tournées. Il est parfaitement possible pour le médecin de sauvegarder électroniquement une attestation et de la transmettre ensuite depuis son domicile. Un autre avantage est que le médecin généraliste ne doit pas avoir d'argent sur lui, ce qui est bénéfique pour sa sécurité.

Un autre avantage encore est évidemment l'accessibilité du médecin généraliste pour le patient. L'idée est la suivante : avec la généralisation du régime du tiers payant pour les médecins généralistes, il sera nettement plus intéressant pour les patients de consulter le médecin généraliste plutôt que de s'adresser directement à un spécialiste. L'objectif est d'encourager le patient autant que possible à consulter le médecin généraliste.

Il y a évidemment plusieurs conditions préalables à réunir. Le paiement doit être effectué dans les 5 jours ouvrables, ce qui est parfaitement faisable sous forme électronique. Il faut un engagement de la part des mutualités. Les médecins qui continuent à travailler sur support papier doivent avoir la possibilité de transmettre leurs attestations, même un an plus tard. À l'heure actuelle, le délai est deux mois; c'est beaucoup trop court. Il est clair qu'en pleine épidémie de grippe par exemple, un médecin généraliste n'a pas le temps d'accomplir ses tâches administratives.

in moeilijke situaties. Zeker een huisarts kent de situatie van zijn patiënten en kan een derdebetalers-regeling toepassen. De heer Ide gaat ervan uit dat dat ook gebeurt.

Het ontwerp stelt een structurele aanpak voor, die wordt uitgesteld tot 2015. Enige behoedzaamheid is toch wel aangewezen: het is beter een systeem te hebben dat goed werkt en dan volledig operationeel is. Nu al spendeert een huisarts 12,5 uur per week aan administratie. Dit is geen goede evolutie.

In de Senaat werd al hard gewerkt aan een regeling derdebetaler, op basis van een wetsvoorstel van senator Temmerman (zie stuk Senaat nr. 5-203/1). Ook de fractie van de heer Ide werkte daaraan mee, alhoewel ze een andere visie heeft op het systeem. Hij zal ook op het ontwerp van de minister amendementen neerleggen om de regeling derdebetaler open te trekken naar een echte algemene derdebetalersregeling voor huisartsen.

De heer Ide is het niet eens met bepaalde artsen-groepen die zeggen dat derdebetaler niet mogelijk is op huisbezoeken. Dat lukt wel. Veel huisartsen werken al met een EMD (elektronisch medisch dossier) en gaan daarmee op huisbezoek. Het is perfect mogelijk een getuigschrift elektronisch op te slaan en in tweede instantie van thuis uit op te sturen. Het zou ook een voordeel zijn als de huisarts zonder geld op de baan is, wat zijn veiligheid ten goede komt.

Een ander voordeel is natuurlijk de toegankelijkheid van de huisarts voor de patiënt. Daar zit ook een filosofie achter: door de realisatie van de algemene derdebetalersregeling voor de huisarts, maak je de stap naar de huisarts veel aantrekkelijker dan de rechtstreekse stap naar de specialist. Het is de bedoeling de patiënt zoveel mogelijk aan te sporen naar de huisarts te gaan.

Vanzelfsprekend moeten enkele randvoorwaarden vervuld zijn. De betaling moet geschieden binnen 5 werkdagen, wat elektronisch perfect mogelijk is. Dit moet een engagement zijn van de ziekenfondsen. Iemand die nog op papier werkt moet de mogelijkheid hebben om zijn getuigschrift ook een jaar later binnen te brengen. Nu is dat twee maanden, wat veel te kort is. Een huisarts in volle griep epidemie bijvoorbeeld heeft geen tijd om zijn administratie bij te houden.

Une autre condition élémentaire est le contrôle des abus éventuels. Il ne faut pas se leurrer : si on généralise le régime du tiers payant, il risque d'y avoir des abus. On estime que le chiffre d'affaires moyen d'un dentiste est de 80 000 euros. Un montant de 800 000 euros doit logiquement nous mettre la puce à l'oreille.

L'accès aux soins, ainsi garanti par la généralisation du régime du tiers payant pour les médecins généralistes, ouvre de nouvelles perspectives. Rien n'empêche en effet de porter le ticket modérateur de 1 à 2 euros pour les prestations de jour, à 5 euros pour les prestations du soir et à 10 euros pour les prestations de nuit. On peut aussi instaurer un ticket modérateur pour les urgences. Cela renforcera encore le sens des responsabilités des patients de manière qu'ils ne fassent pas venir le médecin généraliste ou ne se rendent aux urgences en pleine nuit au moindre petit problème. Cela représenterait une économie de 70 millions d'euros sur une base annuelle, sans compter celle qui résulterait de la limitation du nombre d'examens surnuméraires effectués aux urgences. Ces avantages méritent assurément qu'on s'y attarde.

M. Ide concède que le projet de la ministre constitue déjà une avancée, mais il préférerait que l'on appréhende le système de manière globale et argumentée, ce qui n'est pas le cas dans les textes à l'examen.

Un deuxième point concerne les suppléments, qui sont supprimés pour les chambres à deux lits. Ils s'élèvent au total à 48 millions d'euros, ce qui est un montant relativement faible. Les suppléments pour les chambres particulières s'élèvent au total à 75 millions d'euros et les suppléments d'honoraires à 275 millions d'euros. Toutefois, le montant de 48 millions d'euros est à charge d'une poignée d'hôpitaux et représentera un lourd handicap pour un hôpital bien déterminé d'une commune francophone de Bruxelles. M. Ide déplore qu'aucune concertation n'ait eu lieu à ce sujet. Il concède toutefois que la suppression des suppléments d'honoraires pour les chambres à deux lits clarifiera la situation pour le patient. Si celui-ci opte pour une chambre commune, il n'aura aucun supplément à payer, ni pour la chambre, ni pour les honoraires. En revanche, s'il opte pour une chambre particulière, il pourrait se voir facturer des suppléments. Cette clarification est une avancée.

Mais M. Ide comprend également les syndicats. Cette discussion n'est pas uniquement idéologique, elle est aussi devenue un symbole. Certains partis politiques ont jeté de l'huile sur le feu en remettant également en cause les suppléments pour les chambres particulières, ce qui a fortement détérioré la concertation entre les médecins, les politiques et les mutuelles. Il s'agit d'un montant de 350 millions d'euros. À la lumière des économies à réaliser actuellement, les médecins doivent une fois de plus économiser 100 millions d'euros. Selon le site web de *Zorgnet*

Een andere elementaire voorwaarde is de controle op eventueel misbruik. We mogen niet blind zijn : als je een algemene derdebetalersregeling doorvoert dan kunnen er misbruiken ontstaan. De gemiddelde omzet op een tandartsstoel bijvoorbeeld is 80 000 euro. Als je merkt dat iemand een omzet van 800 000 euro heeft, dan mag er een belletje gaan rinkelen.

Het vrijwaren van de toegankelijkheid door de invoering van een algemene derdebetalersregeling huisartsen opent nieuwe opportuniteiten. Niets belet dan om het remgeld op te trekken van 1 euro naar 2 euro, 's avonds naar 5 euro en 's nachts naar 10 euro. Je kan ook een remgeld vragen op Spoed. Dit stimuleert nogmaals de verantwoordelijkheidszin van de patiënten zodat zij niet voor het minste 's nachts een huisarts laten komen of naar de spoed gaan. Dit zou een jaarlijkse besparing van 70 miljoen betekenen, zonder de overvloedige onderzoeken op spoed mee te tellen. Deze mogelijkheden zijn een overweging meer dan waard.

De heer Ide begrijpt dat het ontwerp van de minister al een stap voorwaarts is, maar hij geeft de voorkeur aan een onderbouwd totaalpakket, wat hij mist in de voorliggende teksten.

Een tweede punt betreft de supplementen, die afgeschaft worden op tweepersoonskamers. Het gaat inderdaad om een bedrag van 48 miljoen euro. Dit is een relatief klein bedrag. De kamersupplementen van eenpersoonskamers vertegenwoordigen 75 miljoen euro. De ereloonsupplementen 275 miljoen euro. Het bedrag van 48 miljoen euro valt echter ten laste van een klein aantal ziekenhuizen en zal vooral een zware dobber zijn voor één bepaald ziekenhuis in Franstalig Brussel. De heer Ide betreurt dat hierover geen overleg werd gepleegd. Hij geeft echter toe dat het afschaffen van de ereloonsupplementen op tweepersoonskamers, duidelijkheid zal creëren voor de patiënt. Als hij kiest voor een meerpersoonskamer heeft hij geen supplement, noch een kamersupplement, noch een ereloon-supplement. Kiest hij voor een eenpersoonskamer, dan zijn er wel supplementen mogelijk. Deze duidelijkheid is een stap voorwaarts.

Senator Ide heeft evenwel ook begrip voor de syndicaten. Deze discussie is niet enkel ideologisch maar is ook een symbool geworden. Bepaalde politieke partijen gooiden olie op het vuur door ook de supplementen in eenpersoonskamers in vraag te stellen. Dit leidt ertoe dat het overleg artsen-beleids- ziekenfondsen zeer moeilijk ligt. Het gaat over een bedrag van 350 miljoen euro. Als je kijkt naar de huidige te realiseren besparingen dan moeten de artsen opnieuw 100 miljoen euro besparen. De website van *Zorgnet Vlaanderen* stelt dat van deze 100 miljoen

Vlaanderen, sur ces 100 millions d'euros, 75 millions sont économisés à charge des hôpitaux, au travers des contributions.

Il en va de même pour les suppléments. Les suppléments de chambre vont directement à l'hôpital, les suppléments d'honoraires vont aux médecins, mais ces derniers sont en partie reversés aux hôpitaux par le biais des contributions. Cela est dû au sous-financement des hôpitaux et il faut en être conscient. Des hôpitaux envoient actuellement des courriers à des médecins généralistes leur annonçant qu'ils augmenteront les suppléments d'honoraires sur les chambres particulières, pour les porter de 100 % à 120 %. Cet argent n'est toutefois pas versé aux médecins mais est destiné au fonctionnement des hôpitaux, ce qui indique à quel point le débat est nuancé, bien qu'il soit difficile d'expliquer au public pourquoi les suppléments sont nécessaires. Il incombe cependant à tout politique de fournir une explication nuancée. Il est trop réducteur de dire qu'il faut simplement supprimer tous les suppléments, parce que cela reviendrait à miner le système dans le contexte actuel.

M. Ide admet qu'il reste abasourdi face aux suppléments qui s'élèvent, en Flandre, à quelque 100 %, et à 167 % en Wallonie et à 286 % à Bruxelles. Il ne peut expliquer ces différences.

M. Ide déplore que les esprits se soient échauffés en raison de certaines déclarations. Il estime que les différents acteurs, tant les médecins, les mutuelles que la ministre doivent descendre de leur piédestal. Il importe que tout le monde soit présent autour de la table. Plusieurs concertations importantes sont encore programmées. L'intervenant est convaincu qu'une concertation est dans l'intérêt du patient, des médecins et des politiques. Cela demandera toutefois un effort. Le modèle de concertation existe depuis quarante-huit ans. Si l'on veut fêter son jubilé, tout le monde devra mettre un peu d'eau dans son vin.

Mme Lijnen peut se rallier à la remarque de M. Brotchi concernant le régime du tiers payant. En soi, il est bon de réfléchir à son élargissement aux groupes cibles qui en ont besoin. Il est vrai que le système présente encore de nombreuses lacunes aujourd'hui et qu'il constitue un fardeau administratif pour les médecins. Elle considère qu'il importe de procéder dans les plus brefs délais à l'affinage du processus en 2013 de sorte que les médecins ne soient plus submergés par les tâches administratives et qu'ils sachent aussi clairement ce à quoi ils peuvent prétendre ou non financièrement, ce qui n'est manifestement pas le cas à présent dans la pratique.

Par ailleurs, la différence entre médecins conventionnés et médecins non conventionnés est en partie vidée de son sens. Actuellement, un patient a le choix entre les deux types de médecins et peut payer chez un médecin conventionné conformément au ticket modé-

euro eigenlijk 75 miljoen euro bespaard wordt ten laste van de ziekenhuizen. Dit is dan via de afdrachten.

Bij supplementen doet zich hetzelfde voor. Kamer-supplementen gaan rechtstreeks naar het ziekenhuis, ereloon-supplementen gaan naar de artsen, maar via de afdrachten vloeit een deel daarvan terug naar de ziekenhuizen. Dit heeft te maken met de onderfinanciering van de ziekenhuizen en daar moet men zich van bewust zijn. Er circuleren nu brieven van ziekenhuizen aan huisartsen om te zeggen dat zij de ereloon-supplementen op eenpersoonkamers zullen verhogen van 100 % naar 120 %. Dit geld gaat echter niet naar de artsen maar naar de ziekenhuizen voor de werking van het ziekenhuis. Dit geeft aan hoe genuanceerd het debat is, alhoewel het aan het publiek moeilijk uit te leggen valt waarom supplementen nodig zijn. Het is echter de plicht van elke politicus om dit genuanceerd uit te leggen. Het is te kort door de bocht om te zeggen dat alle supplementen gewoon moeten afgeschaft worden, want dan ondergraaf je het systeem in zijn huidige context.

De heer Ide geeft toe dat hij verbaasd blijft over het feit dat de supplementen in Vlaanderen rond de 100 % liggen, in Wallonië 167 % bedragen en in Brussel 286 %. Hij heeft hier geen verklaring voor.

Senator Ide betreurt de verhitte van de gemoe-deren door bepaalde uitspraken. Hij meent dat de diverse spelers van hun voetstuk moeten komen, zowel de artsen, de ziekenfondsen als de minister. Het is belangrijk dat iedereen samen aan tafel zit. Er staan nog enkele belangrijke overlegmomenten op de agenda. Spreker is er van overtuigd dat een overeenkomst in het belang is van de patiënt, van de artsen en van de politiek. Dit zal echter een inspanning vragen. Het overlegmodel bestaat achtenveertig jaar. Wil men het 50-jarige jubileum vieren, dan zal iedereen wat water in de wijn moeten doen.

Mevrouw Lijnen wil zich aansluiten bij de opmerking van de heer Brotchi betreffende de derdebetalersregeling. Op zich is het goed dat er nagedacht wordt over de uitbreiding naar de doelgroepen die het nodig hebben. Het is wel zo dat het systeem vandaag nog heel wat mankementen kent en administratief een enorme overlast is voor de artsen. Zij meent dat het belangrijk is om in 2013 zo snel mogelijk over te gaan tot verfijning van het proces zodat de artsen niet meer administratief belast worden en het voor hen ook financieel duidelijk is wat zij kunnen terugvragen en wat niet. Dit blijkt immers in de praktijk vandaag niet zo te zijn.

Anderzijds wordt het verschil tussen geconventioneerde en niet-geconventioneerde artsen hier deels uitgehouden. Vandaag heeft een patiënt de keuze tussen beide artsen en kan bij een geconventioneerde arts op basis van het remgeld betalen. Door dat ook te

rateur. En imposant la même obligation aux médecins non conventionnés, la différence entre les deux types de médecin s'obscurcit, ce qui ne va pas dans le bon sens.

La modification des suppléments d'honoraires a le soutien de Mme Lijnen. Il est crucial pour le patient de bien communiquer. Il arrive souvent que des patients constatent aujourd'hui avec étonnement qu'ils doivent payer un supplément après avoir séjourné dans une chambre de deux personnes. Grâce au régime proposé, la situation est claire. Un supplément pour une chambre particulière est éventuellement remboursé par l'assurance, mais plus aucun supplément ne peut être facturé pour les chambres communes et les chambres de deux personnes.

B. Réponses de la ministre Onkelinx

Mme Onkelinx, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, déclare que l'allègement de la charge administrative qui pèse sur les médecins constitue une de ses préoccupations constantes et qu'en outre, pour les aider à prendre en compte la charge qui restera malgré tout, un effort important a été réalisé avec Impulseo : le fonds prévoit 6 000 euros de participation à la charge administrative d'un secrétariat ou 3 000 euros en cas d'« *outsourcing* ».

MyCareNet va apporter de grandes facilités pour les patients, pour les médecins, pour les mutualités. Il entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2014 pour la vérification d'assurabilité; le 1^{er} juillet 2014 pour la facturation chez les médecins généralistes; le 1^{er} janvier 2016 au plus tard pour ce qui concerne les spécialistes.

La ministre attire l'attention sur le fait que le tiers payant n'est pas exclu des prestations à domicile. Ces prestations pourraient faire partie des exceptions à la généralisation du tiers payant pour les catégories de personnes évoquées. C'est uniquement en concertation avec la médico-mut qu'on pourrait exclure des prestations du dispositif général.

Des dispositifs sont pris pour répondre à la trop grande irradiation de notre population. L'impact de la campagne menée pour réduire les prestations d'imagerie médicale a été évalué à 20 millions d'euros dans le budget des soins de santé. Les radio-isotopes posent un autre problème, à savoir celui de l'approvisionnement.

Ce projet de loi ne règle pas tout. Le dossier de l'échelonnement nécessiterait une vaste concertation. Les trajets de soins constituent déjà une avancée dans le cadre d'une bonne collaboration entre le médecin généraliste et les spécialistes. La ministre est tout à fait disposée à avancer encore sur le dossier mais celui-ci

verplichten bij de niet-geconventioneerde artsen verhoogt de lijn tussen beiden. Dit is een stap in de verkeerde richting.

De wijziging in de ereloonsupplementen wordt ondersteund door mevrouw Lijnen. Het is heel belangrijk voor de patiënt om goed te communiceren. Patiënten stellen vandaag vaak verbaasd vast dat ze een supplement moeten betalen wanneer op een tweepersoonskamer gelegen hebben. Met deze regeling wordt de toestand duidelijk. Een eenpersoonskamer supplement wordt eventueel terugbetaald door de verzekering, maar er mogen geen supplementen meer genomen worden op gemeenschappelijke en tweepersoonskamers.

B. Antwoorden van minister Onkelinx

Mevrouw Onkelinx, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, zegt dat zij voortdurend bezig is met de verlichting van de administratieve last voor de artsen. Om hen te helpen met het administratieve werk dat desondanks overblijft, werd bovendien een aanzienlijke inspanning geleverd met Impulseo : het fonds voorziet in 6 000 euro ondersteuning voor het opzetten van een secretariaat of 3 000 euro in geval van « *outsourcing* ».

MyCareNet zal heel wat mogelijkheden te bieden hebben voor patiënten, artsen en ziekenfondsen. Het treedt in werking op 1 januari 2014 om de verzekeraarbaarheid te verifiëren; op 1 juli 2014 voor de facturatie bij de huisartsen; uiterlijk op 1^{er} januari 2016 voor de specialisten.

De minister vestigt de aandacht op het feit dat de derdebetalersregeling niet uitgesloten is voor huisbezoeken. Deze verstrekkingen zouden kunnen vallen onder de uitzonderingen op de veralgemening van de derdebetalersregeling voor de categorieën van aangehaalde personen. Enkel in overleg met de commissie artsen-ziekenfondsen zou men verstrekkingen kunnen uitsluiten uit de algemene regeling.

Er zijn maatregelen genomen om iets te doen aan de te grote straling waaraan onze bevolking wordt blootgesteld. De impact van de campagne om medische beeldvorming te beperken, werd geraamd op 20 miljoen euro in de begroting van de gezondheidszorg. De radio-isotopen vormen een ander probleem, namelijk wat de bevoorrading betreft.

Dit wetsontwerp regelt niet alles. Het echeloneringsdossier zou uitgebreid overleg vergen. De zorgtrajecten vormen reeds een stap vooruit in het kader van een goede samenwerking tussen de huisarts en de specialisten. De minister is zeker bereid om nog meer vooruitgang te boeken in dit dossier, maar het gaat hier

est très difficile, il faut composer avec des sensibilités différentes. Il n'est donc pas question de le mettre sur la table du gouvernement sans accord préalable avec les médecins concernés.

Le financement des hôpitaux pose plusieurs problèmes. Le BMF est le même pour tout le monde. Les suppléments ne sont retransférés à l'hôpital en fonction des spécialités qu'à concurrence de 6 jusqu'à 13 %.

On peut travailler dans un hôpital qui ne pratique pas de suppléments et être un professionnel de grande qualité. Les suppléments ne sont pas la garantie d'une politique de soins de qualité.

Pour les suppléments d'honoraires, la ministre n'a pas visé les chambres à un lit. D'ailleurs, suite à la concertation, il a été dit clairement qu'il n'y aurait pas de modification à cette loi-ci sans une négociation avec la médico-mut. Il faudra une large concertation s'il y a un jour une volonté d'aller plus loin.

La suppression des suppléments pour les chambres à deux lits était connue : elle était déjà sur la table lors de l'ancien accord médico-mut, mais il avait été demandé à la ministre de postposer la mesure. Maintenant, la ministre estime avoir le devoir d'avancer dans l'exécution de l'accord de gouvernement et dans la protection des patients contre ces suppléments.

Il n'est pas vrai que les assurances vont en profiter. Dans la plupart des assurances, il y a des franchises, des plafonds. Les patients vont y gagner. Mais il est évident que si un risque couvert par les assurances n'existe plus, on doit en voir les conséquences sur les primes à payer par le patient.

Dans une concertation, chacun doit y mettre du sien. C'est pourquoi la ministre a rencontré chacun des acteurs de la médico-mut, auxquels elle a soumis des propositions de compromis. Certaines se sont transformées en amendements qui ont été adoptés par la Chambre.

La prochaine rencontre avec la médico-mut aura lieu le 10 janvier prochain. La ministre espère qu'entre-temps le dialogue avec la base permettra que la médico-mut puisse retravailler et aboutir à un accord. Dans cet accord, il y a des avantages pour tous : sécurité tarifaire pour les patients, garde pour les médecins généralistes, prime de soutien aux médecins spécialistes pour la pratique hospitalière, statut social pour les conventionnés ...

L'accord est important à la fois pour les patients et pour les médecins, tant généralistes que spécialistes, et

om een zeer moeilijk dossier waarbij men een vergelijk moet zien te vinden met verschillende gevoeligheden. Er is bijgevolg geen sprake van om dit dossier op de tafel van de regering te gooien zonder voorafgaand akkoord met de betrokken artsen.

Wat de ziekenhuisfinanciering betreft, zijn er verschillende problemen. De FMB is dezelfde voor iedereen. De supplementen worden slechts ten belope van 6 tot 13 % overgedragen aan het ziekenhuis op grond van de specialismen.

Men kan in een ziekenhuis werken dat geen supplementen hanteert en toch een heel degelijke beroepsbeoefenaar zijn. Supplementen zijn geen garantie voor een kwalitatief hoogstaand verzorgingsbeleid.

Wat de ereloonsupplementen betreft, heeft de minister de eenpersoonskamers niet geïnviseerd. Naar aanleiding van het overleg is duidelijk gezegd dat deze wet niet zou worden gewijzigd zonder overleg met Medicomut. Er zal uitgebreid overleg nodig zijn indien er ooit een wil is om verder te gaan.

De afschaffing van de supplementen voor de tweepersoonskamers was bekend : dit lag al op tafel bij het vroegere akkoord tussen artsen en ziekenfondsen, maar men had de minister gevraagd de maatregel uit te stellen. Nu meent de minister dat het haar plicht is om op te schieten met de uitvoering van het regeerakkoord en met de bescherming van de patiënten tegen deze supplementen.

Het klopt niet dat de verzekeringen hiervan zullen profiteren. Bij de meeste verzekeringen gelden er vrijstellingen, plafonds. De patiënten zullen er baat bij hebben. Het spreekt echter voor zich dat indien een risico dat door de verzekeringen wordt gedekt niet langer bestaat, men hiervan de gevolgen moet zien op de premies die de patiënt moet betalen.

Bij overleg moet iedereen zijn goede wil tonen. Om die reden heeft de minister elk van de actoren van de commissie artsen-ziekenfondsen ontmoet en heeft ze hun voorstellen voor een compromis voorgelegd. Sommige van die voorstellen zijn amendementen geworden die door de Kamer zijn aangenomen.

De volgende ontmoeting met artsen en ziekenfondsen vindt plaats op 10 januari e.k.. De minister hoopt dat de dialoog met de basis het intussen mogelijk zal maken dat de artsen en ziekenfondsen het werk kunnen hervatten en tot een akkoord kunnen komen. In dat akkoord zitten voordelen voor iedereen : tariefzekerheid voor de patiënten, wachtdienst voor de huisartsen, ondersteuningspremies voor de specialisten voor de ziekenhuispraktijk, sociaal statuut voor de geconventioneerde artsen, ...

Het akkoord is belangrijk voor de patiënten, voor de artsen, zowel huisartsen als specialisten en de minister

la ministre espère que la concertation aboutira en janvier 2013.

C. Répliques

M. Ide tient encore à ajouter qu'en cas d'instauration d'un régime général de tiers payant par voie électronique, les attestations de soins disparaîtront. Des économies pourront donc encore être réalisées sur les coûts administratifs des mutuelles. Il espère que cela sera pris en compte.

Il est exact qu'il y a beaucoup trop de prestations d'imagerie médicale en Belgique. Les actions de sensibilisation menées à ce sujet par l'INAMI ne sont certainement pas une mauvaise chose. L'intervenant est toutefois curieux de voir si la ministre accordera aux ostéopathes l'autorisation de prescrire de la radiologie. Ce serait pour le moins contradictoire de déconseiller aux médecins d'en prescrire et d'autoriser les ostéopathes à le faire.

M. Ide constate que les suppléments en chambres particulières, nécessaires au financement des hôpitaux, constituent un équilibre précaire. La ministre sera certainement d'accord avec lui. M. Ide déposera un amendement visant à faire en sorte qu'un avis de la commission médico-mutualiste sur les suppléments doive obligatoirement être voté à la double majorité. Ce sera une manière de s'assurer que la ministre ne compte pas toucher aux suppléments pour les chambres particulières. La ministre est-elle prête à l'accepter?

La ministre répond qu'avec une telle proposition, une seule partie assise à la table des négociations pourrait tout bloquer. Cela n'est pas tenable. Mais la ministre veut bien s'engager. Elle comprend la préoccupation, qui est également liée au financement des hôpitaux et à une certaine liberté des médecins. Mais le patient doit avoir le choix et aujourd'hui, il ne l'avait généralement pas dans le cas des chambres à deux lits. Par contre, ce choix est encore possible pour les chambres individuelles.

Pour M. Ide, cette clarification est positive. De même, il est bon qu'un patient en chambre à deux lits sache qu'aucun supplément ne pourra lui être réclamé s'il doit être transféré en chambre particulière pour raisons médicales.

M. Ide se dit choqué par les abus. Il est favorable au maintien des suppléments pour les chambres individuelles, car dans le cas contraire, le système ne serait pas tenable. Par ailleurs, des abus sont constatés en matière de suppléments. Il arrive que des patients en chambre à deux lits soient transférés aux soins intensifs. Il s'agit de chambres particulières et l'hôpital comptabilise alors des suppléments. Cela n'est bien sûr pas permis puisque le transfert est effectué pour

hoopt dat het overleg zal leiden tot een akkoord in januari 2013.

C. Replieken

De heer Ide wil hier graag nog aan toevoegen dat bij een invoering van een gedigitaliseerde algemene derdebetalersregeling, de getuigschriften vervallen. Er kan dus nog een besparing gerealiseerd worden op de administratiekosten van de ziekenfondsen. Hij hoopt dat dit in aanmerking zal worden genomen.

Het is inderdaad zo dat in België veel te veel medische beeldvorming wordt toegepast. De sensibiliseringsacties van het RIZIV hierover zijn zeker niet slecht. Spreker is wel benieuwd of de minister osteopaten de toelating zal geven radiologie voor te schrijven. Het zou behoorlijk contradictorisch zijn indien ze enerzijds artsen zou afraden dit te doen en anderzijds osteopaten wel de mogelijkheid zou geven.

De heer Ide stelt vast dat de supplementen in de eenpersoonskamer, nodig voor de financiering van de ziekenhuizen, een wankel evenwicht is. Daar zal de minister het ongetwijfeld mee eens zijn. De heer Ide zal een amendement indienen dat vraagt dat een advies van de Medicomut over supplementen met dubbele meerderheid moet worden gestemd. Dit zal een zekere garantie geven dat het de minister menens is niet te raken aan de supplementen voor eenpersoonskamers. Is de minister bereid dit te aanvaarden?

De minister antwoordt dat met dergelijk voorstel één enkele partij rond de tafel alles zou kunnen blokkeren. Dit is niet haalbaar. De minister engageert zich echter. Zij begrijpt de bezorgdheid, die ook te maken heeft met de financiering van de ziekenhuizen en een zekere vrijheid van de artsen. De patiënt moet echter de keuze hebben, en voor tweepersoonskamers had hij vandaag de dag die keuze meestal niet meer. Die keuze is er nog wel voor eenpersoonskamers.

De heer Ide vindt het goed dat er duidelijkheid is. Het is ook goed dat een patiënt in een tweepersoonskamer weet dat er geen supplementen mogen gevraagd worden als hij wegens medische redenen naar een eenpersoonskamer moet.

Misbruiken stuiten de heer Ide echter tegen de borst. Hij is voor het behoud van supplementen bij eenpersoonskamers, want anders is het systeem onhaalbaar. Aan de andere kant worden er misbruiken gemaakt van de supplementen. Dit gebeurt door een patiënt van een tweepersoonskamer te transfereren naar intensieve zorgen. Dit zijn eenpersoonskamers en dus rekent het ziekenhuis supplementen aan. Dit mag natuurlijk niet, want het gaat om een medische reden.

raisons médicales. Le problème vient d'une imprécision dans la loi, qu'il faudrait corriger. M. Ide attend toujours qu'une solution soit trouvée.

Mme Onkelinx fait savoir que l'administration y travaille.

M. Brotchi regrette qu'on ne puisse plus demander de supplément dans les chambres à deux lits mais il a bien entendu les arguments de la ministre. Il répète que, dans ces hôpitaux qui appliquent des suppléments, les médecins sont obligés d'assurer une certaine forme de financement pour une partie de leur personnel. Par contre, le membre se réjouit du maintien de la liberté pour les chambres à un lit. Et en cas d'isolement nécessaire, il est clair que la chambre n'est plus considérée dans ce cas comme une chambre particulière.

Nous avons la chance de bénéficier en Belgique d'un système qui fonctionne très bien, avec des hôpitaux qui pratiquent de façon différente, mais où les patients sont soignés rapidement. Dans des pays où l'on ne peut plus demander de supplément d'honoraire, y compris dans des chambres privées, les délais d'attente vont de six mois à un an pour être opéré d'une simple hernie discale lombaire.

Mme Morreale se félicite de l'avancée que représente pour les patients la suppression des suppléments pour les chambres à deux lits. Néanmoins, ne risque-t-on pas de voir des médecins insister pour que le patient se fasse hospitaliser en chambre particulière? Si oui, comment lutter contre ces pratiques?

Mme Onkelinx, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, rappelle qu'en vertu de la loi sur les droits du patient, celui-ci a le droit d'être éclairé sur les conditions de l'hospitalisation, sur son coût, il a le droit à une médiation, etc. Mais il est évident que dans un système de liberté thérapeutique, on n'est jamais à l'abri de toute contrainte.

De toute façon, cela peut déjà exister à l'heure actuelle. Ce n'est pas un effet pervers du présent projet.

M. du Bus de Warnaffe revient à l'une unité hospitalière évoquée par la ministre, au sein de laquelle les chambres particulières seraient nettement majoritaires. La mesure adoptée aura-t-elle une incidence sur la proportion de chambres à un lit par rapport au nombre de chambres à deux lits? Une réflexion est-elle menée à ce niveau? C'est une question importante en termes d'offre d'hospitalisation.

Mme Onkelinx, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, confirme l'existence d'une obligation légale qui impose, pour les hôpitaux qui veulent demander des suppléments pour chambres à un lit, de

Het gaat over een onduidelijkheid in de wet die moet aangepakt worden. De heer Ide wacht nog op de uitwerking ervan.

Mevrouw Onkelinx deelt mee dat de administratie werkt aan dit probleem.

De heer Brotchi betreurt dat er geen supplementen meer mogen worden aangerekend in tweepatiëntenkamers, maar hij heeft de argumenten van de minister goed begrepen. Hij herhaalt dat in de ziekenhuizen waar supplementen worden aangerekend, artsen moeten zorgen voor een zekere vorm van financiering voor een deel van hun personeel. Spreker is daarentegen tevreden dat die vrijheid van toepassing blijft voor kamers met één bed. Het is duidelijk dat een noodzakelijke isoleerkamer niet meer beschouwd wordt als een individuele kamer.

Wij hebben geluk dat we in België een goed werkend systeem hebben waarbij ziekenhuizen op een verschillende manier praktiseren, maar waarbij patiënten snel verzorgd worden. In landen waar geen loonsupplementen meer mogen worden aangerekend, ook niet voor individuele kamers, bedragen de wachttijden voor een operatie van een eenvoudige lumbale hernia zes maanden tot één jaar.

Mevrouw Morreale is verheugd over de vooruitgang die geboekt is voor de patiënten met de afschaffing van de supplementen voor tweepatiëntenkamers. Loopt men echter niet het risico dat artsen zullen aandringen op een opname in een individuele kamer? Zo ja, hoe kan men hiertegen optreden?

Mevrouw Onkelinx, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, herinnert eraan dat overeenkomstig de wet betreffende de rechten van de patiënt, de patiënt recht op uitleg heeft over de omstandigheden van ziekenhuisopname, de kostprijs ervan, het recht op bemiddeling enz. Maar het spreekt voor zich dat men in een systeem met therapeutische vrijheid nooit helemaal beschut is tegen dwang.

In ieder geval, dat kan momenteel al het geval zijn. Het is geen pervers gevolg van dit ontwerp.

De heer du Bus de Warnaffe komt terug op het door de minister vermelde ziekenhuis waar individuele kamers duidelijk in de meerderheid zijn. Zal de aangenomen maatregel invloed hebben op het aantal kamers met één bed ten opzichte van het aantal tweepatiëntenkamers? Heeft men hierover nagedacht? Dit is een belangrijk probleem inzake ziekenhuisopname.

Mevrouw Onkelinx, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid bevestigt dat er voor ziekenhuizen die supplementen willen vragen voor individuele kamers, een wettelijke verplichting bestaat om over

disposer d'un nombre minimum de chambres à deux lits.

D. Questions à Mme De Block, secrétaire d'État à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté.

Mme Douifi trouve qu'il s'agit d'une excellente initiative. Une simplification administrative est certainement nécessaire et utile pour permettre aux CPAS de se concentrer davantage sur leurs missions essentielles, telles que la lutte contre la pauvreté. Il est prévu d'évaluer le projet en 2013. Cela veut-il dire que l'on pourrait procéder dès 2014 à sa mise en œuvre généralisée ?

Mme De Block répond que c'est déjà prévu en 2013.

IV. DISCUSSION DES ARTICLES

Article 18

Amendement n° 1

M. Ide et Mme Sleurs déposent l'amendement n° 1 (doc. Sénat, n° 5-1895/2) qui vise à modifier l'article 53, § 1^{er}, en vue de rendre le régime du tiers payant obligatoire pour les prestations visées à l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et effectuées par un médecin généraliste conventionné.

L'amendement vise également à imposer aux organismes assureurs l'obligation de payer les dispensateurs de soins concernés dans les cinq jours ouvrables.

Enfin, les organismes assureurs doivent prévoir la possibilité de transmettre de manière automatisée, via *MyCarenet*, les attestations de soins donnés.

L'amendement n° 1 est rejeté par 8 voix contre 2.

Article 31

Amendement n° 2

M. Ide et Mme Sleurs déposent l'amendement n° 2 (doc. Sénat, n° 5-1895/2) qui vise à instaurer l'obligation de veiller à ce que chaque avis de la Commission nationale médico-mutualiste bénéficie du soutien de la

un minimum aantal tweepatiëntenkamers te beschikken.

D. Vragen aan mevrouw De Block, staatssecretaris voor Asiel, Migratie, Maatschappelijk Integratie en Armoedebestrijding.

Mevrouw Douifi vindt dit een zeer goed initiatief. Administratieve vereenvoudiging is zeker nodig en nuttig om het de OCMW's mogelijk te maken zich meer toe te spitsen op hun kerntaken, bijvoorbeeld het bestrijden van kansarmoede. De evaluatie van het project is voorzien in 2013. Betekent dit dat er al in 2014 zou kunnen overgegaan worden tot de veralgemeende implementatie ?

Mevrouw De Block antwoordt dat dit al voorzien is in 2013.

IV. ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING

Artikel 18

Amendement nr. 1

De heer Ide en mevrouw Sleurs dienen amendement nr. 1 in (stuk Senaat, nr. 5-1895/2) dat ertoe strekt in artikel 53, § 1, een wijziging in te voeren teneinde voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 2 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige vetstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en uitgevoerd door een geconventioneerde huisarts, de derbetalersregeling te verplichten.

Het amendement strekt er eveneens toe de verzekeringsinstellingen er toe te houden de betrokken zorgverstrekkers uit te betalen binnen de vijf werkdagen.

Ten slotte worden de verzekeringsinstellingen ertoe gehouden een geautomatiseerde overdracht van gegevens van verstrekte hulp via *MyCareNet* mogelijk te maken.

Amendement nr. 1 wordt verworpen met 8 tegen 2 stemmen.

Artikel 31

Amendement nr. 2

De heer Ide en mevrouw Sleurs dienen amendement nr. 2 in (stuk Senaat, nr. 5-1895/2) dat ertoe strekt een verplichting in te roepen dat elk advies van de Medicomut moet gesteund worden door minstens de

moitié au moins des membres de chacun des groupes représentés au sein de celle-ci.

L'amendement n° 2 est rejeté par 8 voix contre 2.

V. VOTES

L'ensemble du projet de loi a été adopté par 8 voix et 2 abstentions.

Confiance a été faite aux rapporteuses pour la rédaction du présent rapport.

Les rapporteuses,

Nele LIJNEN.
Christie MORREALE.

La présidente,

Elke SLEURS.

*
* *

**Le texte adopté par la commission
est identique au texte du projet
transmis par la Chambre
des représentants
(voir le doc. Chambre,
n° 53-2524/008 — 2012/2013.)**

helft van de leden van elk van de groepen vertegenwoordigd in de Medicomut.

Amendement nr. 2 wordt verworpen met 8 tegen 2 stemmen.

V. STEMMINGEN

Het wetsontwerp in zijn geheel is aangenomen met 8 stemmen bij 2 onthoudingen.

Vertrouwen werd geschonken aan de rapporteurs voor het opstellen van dit verslag.

De rapporteurs,

Nele LIJNEN.
Christie MORREALE.

De voorzitter,

Elke SLEURS.

*
* *

**De door de commissie aangenomen tekst
is dezelfde als de tekst van het door
de Kamer van volksvertegenwoordigers
overgezonden ontwerp
(zie stuk Kamer,
nr. 53-2524/008 — 2012/2013.)**