

SEANCES DU MERCREDI 6 JANVIER 1993  
VERGADERINGEN VAN WOENSDAG 6 JANUARI 1993

ASSEMBLEE  
PLENAIRE VERGADERING

MATIN

SOMMAIRE:

CONGE:

Page 1125.

PROJET DE LOI (Discussion):

Projet de loi portant réforme de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

Discussion générale. — *Orateurs*: MM. Taminiaux, rapporteur, Anthuenis, D'hondt, De Roo, Dighneef, Mmes Maximus, Delcourt-Pêtre, p. 1125.

APRES-MIDI

SOMMAIRE:

CONGE:

Page 1141.

COMPOSITION DE COMMISSIONS (Modifications):

Page 1141.

Ann. parl. Sénat de Belgique - Session ordinaire 1992-1993  
Parlem. Hand. Belgische Senaat - Gewone zitting 1992-1993

OCHTEND

INHOUDSOPGAVE:

VERLOF:

Bladzijde 1125.

ONTWERP VAN WET (Beraadslaging):

Ontwerp van wet tot hervorming van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Algemene beraadslaging. — *Sprekers*: de heren Taminiaux, rapporteur, Anthuenis, D'hondt, De Roo, Dighneef, de dames Maximus, Delcourt-Pêtre, blz. 1125.

NAMIDDAG

INHOUDSOPGAVE:

VERLOF:

Bladzijde 1141.

SAMENSTELLING VAN COMMISSIES (Wijzigingen):

Bladzijde 1141.

10 feuilles/vellen

148

## PROJET DE LOI (Discussion):

Projet de loi portant réforme de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

Discussion générale (Reprise). — *Orateurs*: M. Houssa, Mme Nélis, MM. Ulburghs, Bosman, Mmes Van den Poel-Welkenhuysen, Maes, MM. Lenssens, Gevenois, Moens, Snappe, Mme Van Cleuvenbergen, MM. Dierickx, L. Martens, Hatry, M. Moureaux, ministre des Affaires sociales, M. De Roo, p. 1141.

Discussion et vote d'articles, p. 1165.

A l'article 11: *Orateurs*: M. D'hondt, Mme Nélis, M. Moureaux, ministre des Affaires sociales, p. 1168.

A l'article 12: *Oratrice*: Mme Nélis, p. 1170.

A l'article 20: *Orateurs*: Mme Maes, M. le Président, M. Moureaux, ministre des Affaires sociales, p. 1172.

A l'article 21: *Orateur*: M. D'hondt, p. 1173.

A l'article 79: *Orateur*: M. D'hondt, p. 1197.

A l'article 81: *Orateurs*: M. Moureaux, ministre des Affaires sociales, Mme Maes, M. Taminiaux, rapporteur, p. 1198.

## ORDRE DES TRAVAUX:

Page 1154.

## INTERPELLATION (Demande):

Page 1202.

M. Cuyvers au ministre de l'Emploi et du Travail sur « les mesures qui s'imposent en vue de permettre une action sévère contre le travail au noir dans le transport de marchandises par la route ».

## ONTWERP VAN WET (Beraadslaging):

Ontwerp van wet tot hervorming van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Algemene beraadslaging (Hervatting). — *Sprekers*: de heer Houssa, mevrouw Nélis, de heren Ulburghs, Bosman, de dames Van den Poel-Welkenhuysen, Maes, de heren Lenssens, Gevenois, Moens, Snappe, mevrouw Van Cleuvenbergen, de heren Dierickx, L. Martens, Hatry, de heer Moureaux, minister van Sociale Zaken, de heer De Roo, blz. 1141.

Beraadslaging en stemming over artikelen, blz. 1165.

Bij artikel 11: *Sprekers*: de heer D'hondt, mevrouw Nélis, de heer Moureaux, minister van Sociale Zaken, blz. 1168.

Bij artikel 12: *Spreekster*: mevrouw Nélis, blz. 1170.

Bij artikel 20: *Sprekers*: mevrouw Maes, de Voorzitter, de heer Moureaux, minister van Sociale Zaken, blz. 1172.

Bij artikel 21: *Spreker*: de heer D'hondt, blz. 1173.

Bij artikel 79: *Spreker*: de heer D'hondt, blz. 1197.

Bij artikel 81: *Sprekers*: de heer Moureaux, minister van Sociale Zaken, mevrouw Maes, de heer Taminiaux, rapporteur, blz. 1198.

## REGELING VAN DE WERKZAAMHEDEN:

Bladzijde 1154.

## INTERPELLATIE (Verzoek):

Bladzijde 1202.

De heer Cuyvers tot de minister van Tewerkstelling en Arbeid over « de noodzakelijke maatregelen om harder op te treden tegen zwartwerk bij het vrachtvervoer op de weg ».

N. 37

## SEANCE DU MATIN — OCHTENDVERGADERING

PRESIDENCE DE M. SWAELEN, PRESIDENT  
VOORZITTERSCHAP VAN DE HEER SWAELEN, VOORZITTER

Le procès-verbal de la dernière séance est déposé sur le bureau.  
De notulen van de jongste vergadering worden ter tafel gelegd.

La séance est ouverte à 10 h 5 m.  
De vergadering wordt geopend om 10 h 5 m.

### CONGE — VERLOF

M. Van Hooland, pour devoirs professionnels, demande d'excuser son absence à la réunion de ce jour.

Afwezig met bericht van verhindering: de heer Van Hooland, wegens ambtsplichten.

— Pris pour information.

Voor kennisgeving aangenomen.

### PROJET DE LOI PORTANT REFORME DE LA LOI DU 9 AOÛT 1963 INSTITUANT ET ORGANISANT UN RÉGIME D'ASSURANCE OBLIGATOIRE CONTRE LA MALADIE ET L'INVALIDITÉ

#### *Discussion générale*

### ONTWERP VAN WET TOT HERVORMING VAN DE WET VAN 9 AUGUSTUS 1963 TOT INSTELLING EN ORGANISATIE VAN EEN REGELING VOOR VERPLICHT ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

#### *Algemene beraadslaging*

M. le Président. — Nous abordons l'examen du projet de loi portant réforme de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

Wij vatten de bespreking aan van het ontwerp van wet tot hervorming van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

La discussion générale est ouverte.

De algemene beraadslaging is geopend.

La parole est au rapporteur.

M. Taminaux, rapporteur. — Monsieur le Président, en guise de préambule, je signalerai à l'assemblée que, contrairement à mon habitude, j'ai l'intention d'être long. En effet, j'estime que le travail que nous avons effectué en commission des Affaires sociales constitue en quelque sorte la restauration d'un pilier de notre démocratie. Il est donc important de faire part des réflexions, des remarques, des avis et des suggestions qui ont été formulés.

Je vais donc essayer de vous présenter les axes essentiels du projet, les discussions principales qu'il a soulevées en commission, ainsi que les modifications apportées au texte initial.

Comme le souligne fort bien l'exposé des motifs, il s'agit de réaliser une réforme structurelle de notre système d'assurance maladie-invalidité.

Dans un souci didactique, il me paraît utile à cet égard d'insister sur les origines du système en cause.

L'assurance maladie-invalidité obligatoire a été conclue à la suite d'un projet d'accord de solidarité nationale, élaboré pendant la seconde guerre mondiale par les interlocuteurs sociaux, et qui fut concrétisé par l'arrêté-loi du 28 décembre 1944. Le régime connu, déjà dès le début, des difficultés budgétaires. Et c'est la loi du 9 août 1963 — la loi Leburton — qui, finalement, créa les fondations solides de cette assurance.

Aujourd'hui, près de trente ans après, le Gouvernement a été obligé, à son tour, d'élaborer une réforme de cette loi, afin d'assurer la sauvegarde — pour aujourd'hui mais aussi pour demain — d'un système dont la faillite éventuelle aurait des conséquences particulièrement graves et fâcheuses envers les assurés sociaux.

Dans son exposé en commission, le ministre nous a rappelé que déjà en 1975, soit un peu plus de dix ans après la loi de 1963, un commissaire royal avait été désigné afin de proposer les mesures les plus appropriées en vue de réorganiser, dans le cadre d'une politique globale des soins de santé, le régime de l'assurance maladie et d'en assurer, à moindres frais, un rendement amélioré.

Les conclusions de ce commissaire royal, M. Petit, sont toujours d'actualité: premièrement, les intérêts en présence sont divergents et déterminés; deuxièmement, la maîtrise des dépenses est indispensable, mais les économies ne sont pas possibles sans s'attaquer aux structures; troisièmement, la société doit déterminer ce qu'elle consacre budgétairement pour les soins de santé chaque année; quatrièmement, il faut restructurer l'INAMI, certains groupes d'intérêt ne sont là que pour garantir leur part dans le budget, sans souci de gestion effective.

Ces considérations restent toujours valables aujourd'hui.

Dans le même esprit, rappelons l'accord de Gouvernement de mai 1988 qui prévoyait la réforme de la loi organique du 9 août 1963. Faut-il rappeler également « les tables rondes de la santé » organisées par le ministre Busquin en 1989 et qui ont débouché sur un rapport dont je rappelle brièvement certaines conclusions?

Premièrement, aménager la loi de 1963 en termes d'élaboration du budget, de maîtrise des dépenses, de responsabilité des diverses parties.

Deuxièmement, donner une plus grande responsabilisation à ceux qui financent le régime, à savoir l'Etat et les interlocuteurs sociaux.

Troisièmement, maîtriser les dépenses et, parallèlement, améliorer la qualité des soins par, notamment, la promotion de la médecine de première ligne, la limitation des prestations techniques, l'établissement du profil des prestataires.

Quatrièmement, établir les responsabilités sur la base d'éléments objectifs pour les mutualités, pour les prestataires et pour les patients.

Cinquièmement, maintenir le caractère national de la solidarité, ce qui doit aller de pair avec l'élimination de toute anomalie ou de toute dépense injustifiée.

Le projet élaboré par le ministre des Affaires sociales n'est donc pas improvisé. Il s'appuie sur des constats objectifs, des études sérieuses qui montrent qu'il faut s'attaquer courageusement aux structures pour éviter le naufrage d'un régime si indispensable à la vie des gens.

Il y a maintenant urgence, car les petites mesures budgétaires successives n'apportent pas de solution au problème fondamental, car, à la suite des augmentations de cotisations, les interlocuteurs sociaux estiment, à juste titre, qu'il n'est plus acceptable de payer sans maîtriser, car les organismes assureurs éprouvent des difficultés sur le terrain et enfin, car les prestataires réclament l'établissement d'une véritable politique de santé globale et volontariste.

La loi de 1963 reste un exemple, mais il faut la réformer afin de maintenir et renforcer le système de l'assurance maladie qui doit rester un instrument au service d'une politique efficace de santé.

L'urgence provient également de l'évolution préoccupante des dépenses en soins de santé qui rompt avec les capacités actuelles de l'économie à en assurer le financement. Le coût de l'hospitalisation, des médicaments, des soins, des examens, notamment pour les personnes âgées, ne cesse d'augmenter. Les soins de santé ont une croissance de dépenses de plus de 11 p.c. Un dépassement de dix milliards est prévu par rapport aux prévisions de 1992. L'assurance maladie représente un tiers des dépenses de la sécurité sociale et ne peut monopoliser ce qui doit être affecté aux autres secteurs, comme le chômage, les pensions, les indemnités, les allocations familiales, etc.

Cela étant dit, nous aborderons maintenant les principes qui sous-tendent la réforme: responsabiliser toutes les parties prenantes du système; redéfinir l'organigramme; maîtriser les dépenses; prendre les décisions au niveau le plus proche possible de la réalité quotidienne, le ministre n'intervenant qu'en dernier recours; renforcer les instruments de contrôle; découpler chronologiquement la définition des grandes enveloppes budgétaires de l'assurance maladie par rapport au conclave budgétaire; responsabiliser les médecins dans leur comportement prescripteur; organiser la responsabilité financière des organismes assureurs.

Venons-en aux structures. Il convient de noter préalablement que l'alimentation financière du régime n'est pas modifiée et s'appuie toujours sur une solidarité de type professionnel.

L'organigramme est composé de plusieurs organes dont un conseil général, un comité de l'assurance, une commission de contrôle budgétaire, un conseil scientifique, des commissions de conventions ou d'accords, des comités ou conseils techniques.

Le conseil général est composé majoritairement de représentants des pouvoirs publics et des interlocuteurs sociaux — cinq personnes représentent l'Etat, cinq les employeurs et cinq les travailleurs — soit quinze personnes, auxquelles s'ajoutent cinq représentants des mutuelles, soit vingt membres avec voix délibérative. Il comprend aussi cinq membres — finalement, ce sera huit — représentant, avec voix consultative, les prestataires, dont deux délégués des milieux hospitaliers.

Le conseil général devra déterminer les orientations de politique générale, proposer le budget global au ministre après avis du comité de l'assurance, veiller à l'équilibre financier de l'assurance

soins de santé sur la base des rapports trimestriels de la commission de contrôle budgétaire, établir le budget de l'assurance soins de santé et arrêter les comptes, se prononcer, après avis de la commission de contrôle budgétaire, sur la comptabilité budgétaire des conventions et accords soumis au comité de l'assurance; il devra enfin établir un rapport annuel circonstancié sur l'application uniforme de la législation dans l'ensemble du pays; ce rapport comprendra une évaluation d'éventuelles distorsions injustifiées et de propositions visant à les corriger.

Autre instance importante: le comité de l'assurance, qui remplacera l'actuel comité de gestion des soins de santé. Les organismes assureurs et les prestataires y seront présents paritairemment, avec voix délibérative. Ils seront majoritaires par rapport aux représentants des employeurs et des travailleurs, qui n'ont de toute façon que voix consultative.

Ce comité a des compétences d'avis, de proposition et d'arbitrage pour fixer les objectifs annuels partiels des commissions de conventions et d'accords, les transmettre avec proposition au conseil général, approuver les conventions et accords dans le cadre financier fixé par le conseil général, décider de la transmission au ministre des propositions de modification de la nomenclature, assurer le suivi de l'évolution des dépenses et éventuellement formuler des propositions correctrices, élaborer les règlements pour les conditions d'ouverture du droit aux prestations et éventuellement pour les conditions de remboursement des prestations de soins de santé.

En ce qui concerne la commission de contrôle budgétaire, les instruments de contrôle et les compétences seront renforcés. Un rapport trimestriel sera adressé au conseil général et au ministre des Affaires sociales. La commission examinera, en outre, les propositions de modification de la nomenclature, les propositions de conventions ou d'accords, et donnera son avis sur les mesures de corrections budgétaires.

Un conseil scientifique sera instauré afin d'examiner tout aspect scientifique relatif à l'assurance soins de santé. En outre, les comités techniques seront au service des commissions de conventions et d'accords dont le rôle sera d'ailleurs renforcé, afin d'intervenir dans l'élaboration du budget.

A remarquer que le chemin suivi pour l'élaboration du budget partira de la commission de conventions et d'accords qui, après avis du comité technique, présentera les besoins du secteur au comité de l'assurance.

Ce comité de l'assurance rassemblera les besoins de tous les secteurs en une proposition globale soumise au conseil général qui, après avis de la commission de contrôle budgétaire, peut proposer les budgets au ministre. En cas de non-approbation par le conseil général, le ministre propose au Conseil des ministres les montants budgétaires globaux et partiels.

Parmi les chapitres importants du projet, figure la responsabilité financière des médecins prescripteurs, qui doit notamment stimuler une prescription mesurée. Notons aussi la responsabilité financière des organismes assureurs prévue en 1963 et non appliquée pour diverses raisons, mais qui pourrait l'être, cette fois, par la création, par le Roi, d'une commission chargée de formuler, dans un délai maximum d'un an, à compter de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, des propositions visant à adopter ou à modifier les dispositions relatives à la répartition des ressources de l'assurance entre les organismes assureurs, et à la clôture des comptes. Dans les deux mois suivant ces propositions, le conseil général et le conseil de l'office de contrôle des mutualités remettront aussi leur avis.

Par arrêté délibéré en Conseil des ministres, le Roi peut, au plus tard le 31 décembre 1994, modifier les dispositions prévues, en tout ou en partie, si les organismes assureurs sont placés effectivement dans les conditions de faire face à leurs obligations légales, si les dispositions tiennent compte des différences de charges établies objectivement pour les organismes assureurs, si l'assurance obligatoire traite de la même manière les assurés sociaux, quel que soit l'organisme assureur où ils sont affiliés, et si les organismes assureurs disposent des instruments nécessaires pour contrôler et maîtriser les dépenses découlant de leurs missions légales.

Il est à remarquer que le principe d'une responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration est accepté dans la mesure où l'on permet de subordonner l'octroi de tout ou partie de l'adaptation annuelle des frais d'administration à la manière dont chacun exécute ses missions légales.

Le conseil de l'Office de contrôle des mutualités effectuera cette évaluation, en tenant compte de la qualité des données, de la rapidité de leur transmission à l'INAMI, de la manière dont les organismes assureurs accomplissent le contrôle administratif et médical, et des incitants à des formules de soins de santé moins onéreuses mais de qualité.

Notons, pour terminer, que d'autres réformes sont en chantier.

Premièrement, les mesures relatives à la maîtrise de l'offre de soins qui, en concertation avec les Communautés, doivent aboutir à une réduction du nombre de médecins, de kinésithérapeutes.

Deuxièmement, la détermination d'une assurance dépendance fondée sur le principe de la solidarité afin de couvrir les risques concernant les personnes âgées; une concertation sera entamée sur la problématique du vieillissement de la population et les commissions parlementaires seront associées aux discussions.

Troisièmement, la réforme de la loi sur les hôpitaux en matière de programmation, de statut du médecin hospitalier et de transparence des flux financiers.

Quatrièmement, l'établissement d'une concertation concernant les produits pharmaceutiques en vue d'une coordination optimale des divers services compétents.

Et le ministre Moureaux de clôturer son introduction en citant cette phrase de M. Petit, commissaire royal: «La société avait le choix entre une industrie de la maladie prospère et une politique de santé efficace. Le choix n'est pas difficile, mais sa réalisation l'est d'autant plus.»

La discussion générale a donné lieu à des échanges de vues particulièrement riches et révélateurs de la volonté de la plupart des commissaires d'apprécier sereinement le projet du ministre, avec la préoccupation constante de l'accès à des soins de qualité pour tous.

La plupart des membres apprécient la démarche du ministre bien qu'elle s'inscrive dans un contexte difficile et délicat.

Plusieurs commissaires estiment que le dépôt du projet offre l'occasion d'une réflexion en profondeur sur la politique de la santé qui est un vaste problème de société, d'éthique, de culture même, et qui ne concerne pas le seul ministre des Affaires sociales.

Les commissaires entendent préserver la valeur de notre sécurité sociale, la meilleure d'Europe et sans doute du monde. Trente ans après la loi de 1963, il leur semblait utile de faire le point sur l'accès aux soins de santé dans sa globalité.

Plusieurs membres souhaitent que l'on privilégie une autre manière d'élaborer une politique de santé qui commence par la prévention, l'éducation à la santé, la prise en cause de nouvelles dimensions des temps modernes comme le stress, le chômage, l'environnement. Il est question de rendre toute sa place à la médecine de première ligne, au généraliste. L'importance de l'anamnèse ne peut être négligée et évite le recours coûteux à certaines techniques.

Il faut donc valoriser l'acte intellectuel plutôt que l'acte technique, d'autant plus qu'il est affirmé que malgré les investissements onéreux dans la technologie médicale, le nombre de malades augmente toujours. La médecine de groupe peut aussi être efficace et bon marché.

La formation du médecin est jugée trop technique alors que 95 p.c. des maladies sont des maladies banales. Bien souvent, des remèdes naturels pourraient être prescrits. Pour certains — contredits par d'autres — le médecin recyclé prescrit plus que ses collègues. Pourtant, le recyclage est un devoir qui ne devrait pas, aux yeux d'aucuns, faire l'objet d'honoraires spéciaux.

On remarque aussi que les souhaits de la population ont fortement augmenté et ne correspondent plus nécessairement aux risques couverts par l'assurance maladie.

L'accent est mis également sur la parcellisation de la médecine qui néglige l'aspect global du malade. Il faut donc redéfinir une médecine globale en impliquant le patient.

Il faut aussi se poser la question de la place des soins de santé dans notre société. Reste-t-elle prioritaire parmi d'autres problèmes de société comme l'emploi, la sécurité, l'environnement? Quels sacrifices la collectivité peut-elle consentir pour une médecine de qualité?

Revenant à la prévention, à l'éducation, à la formation, plusieurs commissaires soulignent qu'il s'agit de compétences communautaires, ce que confirme le ministre, lequel ajoute que le projet s'adresse plus à l'aspect médicalisation qu'à l'aspect prévention.

Un membre se demande si certaines responsabilités ne devraient pas être restituées à l'échelon national, car les réformes institutionnelles peuvent, à son avis, être un frein en matière de politique de santé.

Le ministre se réjouit de constater que la plupart des intervenants entendent maintenir la solidarité entre les personnes, la solidarité de l'ensemble de la population à l'égard des plus faibles.

En ce qui concerne le large débat souhaité, il pense que si ce dernier est tout à fait légitime, il est néanmoins démesuré par rapport au projet qui n'a pas l'ambition de bouleverser le système actuel, mais plutôt de moderniser et d'améliorer le cadre dans lequel se passe l'organisation des soins de santé.

Les problèmes budgétaires ne manquent pas d'alerter les membres de la commission.

Un commissaire rappelle que les bases du financement datent du lendemain de la seconde guerre mondiale, et qu'il n'y a pas eu de modification depuis la loi de 1963.

Certains ont plaidé pour un réajustement des conditions afin d'obtenir des ressources suffisantes. D'autres estiment que l'on n'aurait pas tenu compte d'une éventuelle dépression économique grave et de ses conséquences pour les recettes.

Selon plusieurs commissaires, il faut freiner l'offre en prestataires de soins, car il y a saturation en cette matière. Chaque année, environ 1 500 médecins sont diplômés, doivent s'installer et se constituer une clientèle pour vivre. Le numerus clausus est nécessaire.

Signalons qu'au cours du premier semestre 1992, la croissance des dépenses médicales a été de 16 p.c.

Par ailleurs, le régime des indépendants paraît en faillite; aussi conviendrait-il de revoir, là aussi, le système de perception des cotisations.

Le ministre fait remarquer que si le financement fait partie des points de l'accord de Gouvernement, le présent projet n'aborde pas ce problème.

Un membre considère qu'il y a deux moyens d'associer le citoyen à une politique de santé: l'impôt, décidé par le Parlement, et les cotisations, gérées par les acteurs du système. Mais il faut ajouter la quote-part des malades pour les honoraires, les médicaments, les soins, ce qui amène un membre à mettre en cause la gratuité des soins des VIPO, la suppression de certains tickets modérateurs, la pléthore d'hôpitaux. Cette position est combattue par d'autres qui invitent au respect du plus faible et parlent de sous-consommation.

*M. Seeuws, vice-président, prend la présidence de l'assemblée*

Un commissaire souligne qu'il n'est pas anormal, lorsqu'on dispense des soins de qualité, que se posent des problèmes financiers, lesquels existent d'ailleurs depuis la mise en place du système. En 1981, le Gouvernement a comblé un déficit de 18 milliards. En 1992, il manquera vraisemblablement 10 milliards.

Selon un membre, un meilleur résultat serait obtenu par la formation adéquate des gestionnaires d'hôpitaux qui, par ailleurs, sont subventionnés grâce à la productivité des médecins et incitent donc à la consommation. Ces directeurs devraient être dégagés de ces contraintes.

Le ministre rappelle que les dépenses après conclave se montent à 367 milliards, soit 12 milliards de plus que les 355 prévus. Il attire l'attention sur le fait que 10 milliards sur 355, c'est inquiétant, mais non catastrophique: le système peut être sauvé en prenant les mesures adéquates.

Cependant, il faut savoir que la santé a un prix et que la société, compte tenu de différentes contraintes, doit fixer les moyens financiers qu'elle y consacre.

Le ministre insiste sur la prudence dont il faut faire preuve dans une réduction de la liste des prestations couvertes par l'assurance maladie et dans le recours au ticket modérateur. Il souligne l'existence du piège de la sous-consommation, qui empêche certaines personnes de se soigner, ce qui est une atteinte au droit à la santé.

La responsabilité financière des prestataires amène un membre à se demander si l'on pourra se référer, à l'avenir, aux travaux de la commission des profils. La surconsommation et l'augmentation du coût des techniques ont-elles amélioré la santé des personnes?

Un autre membre attire l'attention sur le fait qu'il faut être un héros ou un saint pour ne pas profiter d'un système trop permissif. Un membre s'interroge, quant à lui, sur le concept même de responsabilisation, qui doit signifier: être sanctionné en raison des actes que l'on pose.

En outre, y a-t-il intérêt divergent ou alliance tacite de ceux qui siègent au comité de gestion de l'INAMI? Et qui contrôle les prestataires, par exemple les kinésithérapeutes en maisons de repos?

Certaines mesures de la loi de 1963 n'ont pas été exécutées. Ainsi, on ne connaît pas le nombre de prestataires. Comment, dès lors, mener une politique financière? C'est la question que se pose un commissaire tout en précisant qu'il faut mettre de l'ordre dans la nomenclature et en s'interrogeant sur la façon de responsabiliser un hôpital public. Pour lui, en tout cas, il est dangereux de confier la politique médicale aux seuls médecins.

Un membre considère que l'on pourrait procéder à des contrôles d'opportunité sur les prescriptions et estime qu'il serait plus économique de conditionner les médicaments en quantités plus faibles.

Le ministre croit que les contrôles d'opportunité peuvent constituer une atteinte à la liberté thérapeutique. Quant au conditionnement des médicaments par quantités réduites, il peut amener une surmultiplication des prescriptions. Il faut donc également être prudent en ces matières.

Interrogé au sujet des résultats relatifs aux mesures déjà prises pour maîtriser certains secteurs comme la biologie clinique, le ministre estime que les résultats sont bons. Ainsi, la place de la biologie clinique dans les soins de santé est-elle passée de 11,7 p.c. en 1988 à 9 p.c. en 1992.

Il souligne cependant le fait qu'une opposition s'est manifestée durement du côté des acteurs concernés, qui ont notamment alerté la Cour d'arbitrage et le Conseil d'Etat. Il tient à faire remarquer que ces groupes ont les moyens de payer l'aide juridique nécessaire, ce qui n'est pas souvent le cas pour les consommateurs en soins de santé, lesquels ne peuvent prendre en charge le coût d'un recours pourtant prévu légalement. C'est un problème de démocratie — souligné à juste titre par le ministre — qui doit nous interpeller.

Abordant la question de la responsabilité financière des organismes assureurs, un membre se réjouit qu'une commission soit mise en place, laquelle remettra son avis pour fin 1993, mais il se demande si une vue définitive sera déjà possible à ce moment. Dans ce cas, il souhaiterait qu'une période transitoire soit instaurée afin de rectifier éventuellement le tir.

C'est un principe essentiel que d'affirmer le droit à un traitement égal des assurés sociaux, quelle que soit leur affiliation, et de garantir la solidarité entre les valides et les malades.

Un membre estime pourtant que l'interdiction de porter préjudice à quelqu'un sur la base de son affiliation à une mutuelle constitue une clause qui remet en cause toute possibilité de responsabilisation financière. Il propose même de supprimer cette clause, position qui n'est pas partagée par la majorité des commissaires. Il regrette cependant que la responsabilisation soit assimilée à une culpabilisation.

La loi Leburton avait prévu une réglementation qui n'a jamais été exécutée en l'absence de la détermination de paramètres corrects permettant une répartition objective des ressources entre les mutuelles. Mais que faut-il faire quand tout a été payé suivant les

règles et que l'on constate un déficit? N'y a-t-il pas aussi des contrôles d'une inégale sévérité? Comment sont contrôlées les mutuelles?

L'article 77 du projet propose d'instituer une commission qui, dans un an, doit formuler des propositions en cas de distorsion. Le Roi fixe ces propositions. Pour l'intervenant, le Roi agirait par une sorte de pouvoir spécial; il souhaite dès lors que cet arrêté soit confirmé par une loi votée au Parlement.

Par ailleurs, le rôle des mutuelles, à la fois défenseurs des consommateurs en soins de santé et gestionnaires d'établissements de soins et de pharmacies, ne manque pas d'interpeller plusieurs commissaires.

Certains estiment que ce double rôle est préjudiciable à des relations correctes entre les différents acteurs du système; d'autres souhaitent le respect du rôle historique de ces organismes en matière d'accès aux soins de santé et soulignent, par ailleurs, que des associations de médecins gèrent également des hôpitaux.

Il est rappelé à ce sujet que les mutuelles sont des organismes proches des gens, proches de la réalité du terrain.

Le ministre ne voudrait pas que le concept de responsabilité financière des organismes assureurs glisse vers une notion de culpabilisation. Il ne s'agit vraiment pas de cela. Demander que les organismes soient plus responsables encore, ce n'est pas du tout organiser leur procès. Le but fondamental de cette démarche est de les inciter à plus de rationalité, à plus de respect pour l'intérêt général. Responsabiliser tous les acteurs à tous les niveaux est une tâche immense. Le présent projet entend simplement effectuer quelques progrès en cette matière.

C'est vrai que les mutuelles sont à la fois pouvoirs organisateurs et défenseurs des intérêts de leurs assurés, de la population. Si ce double rôle est mis en cause, veut-on privatiser ou créer un organisme para-étatique? Ce sont sans doute les seules solutions. Mais est-ce bien réaliste?

Certains commissaires sont opposés à la formule d'un parastatal, tandis que d'autres la trouvent plus démocratique.

En ce qui concerne le contrôle des mutuelles, le ministre déclare qu'il est confié, par la loi du 6 août 1990, à l'Office de contrôle des mutuelles. A ce sujet, il rappelle la philosophie de son projet qui, en réalité, confie des responsabilités au conseil général et de manière majoritaire, à ceux qui n'ont pas d'intérêt direct dans le secteur concerné.

Venons-en maintenant au fameux problème des transferts financiers entre les Régions.

Pour un commissaire, le projet est une bonne approche en vue de la suppression des transferts d'une Communauté vers une autre.

Un autre commissaire considère pourtant qu'il n'est pas normal que le nombre d'invalides et de réformés soit plus important en Wallonie et il attire l'attention sur les différences de consommation en soins de santé entre la Wallonie et la Flandre.

Un membre pense qu'il faut d'abord bien analyser la notion de transfert. Il signale à ce sujet, que selon le professeur Deleeck, qui a d'ailleurs été un de nos collègues, les transferts font partie de l'essence même d'un système social. A son avis, il faut être prudent lorsqu'on en fait un objet de conflit. Il y a en Belgique des transferts de toutes sortes et dans les deux sens. Seul, l'abus est condamnable.

Un autre membre ajoute que les transferts ont toujours existé dans un système de sécurité sociale. Il est normal que le flux aille des régions prospères vers les régions pauvres, mais la transparence est nécessaire. Il peut d'ailleurs y avoir des transferts entre les provinces ou entre les mutuelles d'une même région.

Un transfert global de la Flandre et de Bruxelles vers la Wallonie existe car les revenus — donc les recettes — sont plus élevés en Flandre et à Bruxelles et les dépenses par habitant sont plus élevées en Wallonie.

Ce membre reconnaît cependant que les dépenses sont plus importantes en Flandre dans certains secteurs comme, par exemple, celui des maisons de repos et de soins et celui des soins à domicile, et qu'à Bruxelles, les prestations techniques sont très élevées de par la présence d'hôpitaux universitaires.

L'intervenant reconnaît que différentes mesures ont déjà été prises afin de réduire les distorsions existantes. De plus, au sud du pays, le ministre a déjà obtenu des résultats, notamment dans le secteur des maisons de repos.

En ce qui concerne la commission d'évaluation, elle devra disposer de données fiables et ventilées pour aboutir à des propositions de répartition équilibrée des ressources et à un comportement prescripteur plus correct. Mais les effets ne seront perceptibles qu'en 1994.

Un membre explique une des raisons de ces différences qui trouvent leur origine dans le passé industriel de la Wallonie et, plus particulièrement, dans des conditions de travail pénibles et nuisibles à la santé. Ce phénomène n'est toujours pas résorbé, et c'est ainsi que l'espérance de vie des Wallons est la plus basse des pays de la Communauté européenne.

Par ailleurs, la Wallonie a été dans le passé l'élément moteur, sur le plan économique et social, au profit de l'ensemble du pays, sans jamais mettre en cause l'une de ses régions. L'intervenant ne comprendrait pas qu'il en soit autrement aujourd'hui.

Le ministre exprime sa satisfaction sur le fait que presque tous les intervenants ont marqué leur attachement à une solidarité entre les personnes et ont mis en cause les usages impropres. Il souligne que l'élément qui permettra de contribuer à régler ce problème réside dans la mission attribuée au conseil général de créer un groupe de travail spécifique en matière d'application uniforme de la législation. Le conseil général pourra faire appel à des experts extérieurs afin de réaliser l'analyse la plus objective possible et de proposer les meilleures méthodes pour mettre fin aux abus constatés.

Le ministre insiste également sur sa volonté, dès que le projet aura une chance sérieuse d'être définitivement adopté par le Parlement, de prendre contact avec les organismes qui composent le conseil général, afin de réfléchir, dès ce moment, à la mise en place de la procédure concernée.

Au sujet des structures, de l'organigramme, plusieurs intervenants font remarquer que le système proposé reste encore lourd et complexe.

Concernant le conseil général, un commissaire se demande en quoi la responsabilité des médecins serait meilleure par leur participation avec voix délibérative à cette instance. Mais d'autres considèrent que le droit de vote les obligerait à prendre leurs responsabilités. Les médecins sont divisés à ce sujet, les généralistes étant plus enclins à réclamer un pouvoir délibératif. Un commissaire constate que ce phénomène n'est pas neuf, puisque les médecins avaient déjà refusé ce droit pour l'application de la loi de 1963. Cette situation est mise en parallèle avec le droit de vote accordé aux organismes assureurs, qui n'était pas prévu dans le projet initial élaboré par le ministre mais qui a été modifié à la suite de délibérations difficiles au sein du Gouvernement.

Plusieurs intervenants soulignent à nouveau le double rôle des mutuelles qui sont gestionnaires d'institutions de soins, de pharmacies, et pas seulement défenseurs de leurs assurés. Il conviendra de réfléchir à ce problème pour l'avenir.

Certains constatent que les petites mutuelles ne seront pas représentées et que les mutualités chrétiennes et socialistes auront tout à dire. D'autres commissaires insistent sur le fait qu'enfin ceux qui financent le système, les interlocuteurs sociaux et le Gouvernement, ont plus de possibilité d'influencer les décisions puisqu'ils sont majoritaires, ce qui est fondamental. Plusieurs formules sont avancées : fusion du conseil général et du comité de l'assurance, ajout d'un expert avec droit de vote aux employeurs et aux travailleurs. Ces propositions ne recueillent pas l'assentiment d'une majorité de commissaires.

En ce qui concerne le ministre, afin de rencontrer plus particulièrement la problématique de la représentation des prestataires, il accepterait d'augmenter celle-ci, avec voix consultative, et en permettant d'identifier le point de vue des médecins dans l'avis du comité de l'assurance. Un membre apprécie cette réaction ainsi que le fait que le conseil général devra rédiger un rapport annuel circonstancié sur l'application de la législation mais un autre souhaite qu'on y ajoute une mission d'évaluation sociale. Le ministre admet qu'une telle sollicitation soit émise mais également que la

structure reste lourde parce que le secteur est très complexe. De plus, il ne s'agissait pas de faire « table rase » mais de partir de ce qui fonctionne pour l'améliorer.

La composition du conseil général répond à une préoccupation fondamentale de donner la majorité à ceux qui payent. Ils seront 15 sur les 20 voix délibératives. L'équilibre dans la représentation des groupes concernés n'est pas simple, surtout pour les organismes assureurs. Si, comme le souhaitent certains, chaque organisme assureur doit être représenté, ceux qui ont le moins d'affiliés pourraient dicter leur loi aux autres. Si l'on ajoute à cela le vœu de ceux qui veulent que l'on tienne compte de l'importance des mutuelles, c'est un petit parlement qui serait constitué. Aussi, le ministre considère que le projet qu'il défend est sans doute la formule la moins mauvaise et la plus praticable. La fusion du conseil général et du comité de l'assurance détruirait la logique du système.

Toucher à l'équilibre général pour rencontrer une demande particulière provoquerait un appel d'autres secteurs. Il vaut donc mieux s'en tenir à ce qui est prévu, car la situation idéale n'existe pas. Le ministre rappelle que le principal syndicat médical ne souhaite pas être représenté avec droit de vote. Mais l'important pour lui est de placer tous les partenaires autour de la table.

Si l'établissement du budget sera un moment fondamental pour le conseil, celui-ci ne peut se contenter d'un travail de comptable. Il doit, en effet, ouvrir une grande discussion sur la politique de santé que l'on peut mener avec les moyens disponibles. Cette discussion sera un véritable pari dont l'issue dépendra de la qualité des personnes qui composent le conseil. Même avec voix consultative, ou peut peser sur les orientations à prendre.

Quelques commissaires estiment que le Parlement pourrait jouer un rôle plus important dans cette matière et constatent qu'il est très souvent fait appel au Roi, donc à l'Exécutif, pour prendre certaines orientations.

D'autres pensent qu'on pourrait à ce sujet créer un service public responsable de l'assurance-maladie, par exemple un parastatal avec gestion paritaire. Tout le monde ne partage pas ce point de vue, certains n'y voient pas de meilleure démocratie ni de système plus économique.

Le ministre rappelle que le rôle du Parlement n'est en rien modifié et que les parlementaires conservent leur droit d'initiative et de contrôle. Il considère d'ailleurs qu'il est raisonnable que le rapport budgétaire du conseil général soit transmis aux commissions parlementaires et annexé à la note de politique générale déposée à l'occasion de la discussion du budget.

Des questions sont posées au sujet de la commission de contrôle budgétaire. Un membre croit que les prestataires devraient avoir voix consultative et non pas délibérative car le contrôleur ne doit pas être le contrôlé. Un autre membre estime que cette commission doit avoir les moyens de son action, afin de suivre l'évolution, trimestre par trimestre, et que les mutuelles doivent être capables de fournir à temps les données adéquates. Pour le ministre, la commission de contrôle budgétaire est un élément important de la réforme. Sa mission, plus rigoureuse, plus sévère qu'aujourd'hui, lui confie un rôle assimilé à celui d'un inspecteur des Finances.

Le dernier volet de mon rapport oral consiste à vous rendre compte des modifications ou éclairages apportés au projet et dont l'essence se retrouve d'ailleurs dans les discussions que je vous ai relatées.

— La simplification des procédures de certification réclamées aux mutuelles.

— La fixation à huit membres au lieu de cinq des représentants des prestataires de soins, dont deux au moins pour les gestionnaires d'établissements de soins hospitaliers et deux au moins pour les médecins. Il est à noter que les représentants du Gouvernement doivent être indépendants des autres groupes et tenir compte de la politique du Gouvernement en place.

— Le conseil général aura connaissance du rapport annuel de l'Office de contrôle des mutualités et des Unions nationales.

— La préférence prévue pour désigner à la commission de contrôle budgétaire les représentants des employeurs, des travailleurs, des organismes assureurs et des prestataires membres du conseil général et du comité de l'assurance est supprimée, afin de renforcer le rôle de technicien de cette instance budgétaire.

— Le conseil scientifique devra tenir compte de la qualité des soins.

— Au comité de l'assurance, en cas de désaccord sur les décisions se rapportant aux honoraires médicaux, les représentants du corps médical peuvent solliciter une suspension des délibérations, durant une période de dix jours maximum, afin de leur permettre de communiquer la motivation de leur opposition.

— Le Fonds spécial de solidarité est institué officiellement au sein du service des soins de santé.

— Pour rappel, l'arrêté royal du 19 août 1992 a institué sept commissions de profil pour des prestations spécifiques.

— L'article permettant au Roi, sur proposition ou après avis du comité de l'assurance et par arrêté royal délibéré au Conseil des ministres, de modifier, adapter ou compléter la liste des prestations concernées par un remboursement est supprimé.

— Un débat lancé par un membre sur l'instauration d'une franchise montre que cette proposition n'est pas réaliste.

— La possibilité laissée au Roi, après avis du comité de l'assurance, de supprimer ou réduire l'intervention de l'assurance dans les coûts des prestations relatives à la pratique d'un sport organisé est retirée.

— Un article nouveau a été approuvé afin de préciser la procédure d'adhésion des dispensateurs de soins à des accords.

— Un autre article est créé pour allonger d'un mois à deux ans les délais dont disposent les assurés en cas de litige à la suite d'un problème de remboursement.

— Les amendes prévues pour les infractions commises par les prestataires et les organismes assureurs se situent dans une fourchette de mille à dix mille francs et non plus de cinq cents à cinq mille francs.

— Une carte d'assurance d'une durée supérieure à un an peut être délivrée aux conjoints des pensionnés.

— En cas d'action en récupération d'indus, l'INAMI ne peut s'immiscer dans une décision d'interjeter appel prise par un organisme assureur.

— L'inspection du service de contrôle administratif fait respecter la réglementation en vigueur pour les attestations de soins et les factures.

— A l'article 77, devenu article 81, j'invite nos collègues à lire, aux pages 120 à 123 du rapport, la déclaration du ministre faite au nom du Gouvernement et relative à la responsabilisation des partenaires et à l'adaptation de certaines dispositions. J'insiste pour que vous lisiez attentivement cette déclaration figurant au rapport.

Un amendement à l'article 77 a été approuvé. Il prévoit tout d'abord qu'un projet de loi confirmant les arrêtés en conclusion des travaux de la commission instaurée par le conseil général pour l'application uniforme de la législation sera déposé au Parlement. Il détermine ensuite qu'il faut tenir compte pleinement des différences de charges supportées par les organismes assureurs et il précise que les assurés sociaux ne peuvent être traités différemment, quant aux cotisations de sécurité sociale et aux prestations sociales, uniquement en raison de leur affiliation auprès d'un organisme assureur.

Voilà, monsieur le Président, monsieur le ministre, mes chers collègues, j'ai sans doute été très long, trop long et si vous l'estimez ainsi, je vous demanderai de bien vouloir m'en excuser.

J'ai estimé que mon devoir était d'essayer d'expliquer la portée et le contenu du projet à tous ceux et à toutes celles qui n'ont pas participé aux travaux de la commission. J'ai également voulu les plonger dans le généreux bouillonnement d'idées chaleureuses qui ont surgi durant les discussions. J'ai aussi voulu leur faire partager les réactions et le débat de très grande qualité suscités par la discussion de ce projet. J'ai eu à cœur de communiquer les modifications apportées grâce au travail et à la réflexion des commissaires, ce qui valorise le travail parlementaire. Peut-être ai-je réussi à montrer que s'il faut d'abord être généreux, il convient également de gérer immédiatement cette générosité de manière à en conserver les acquis.

J'allais oublier de vous dire que le projet amendé a été approuvé par treize voix contre une et deux abstentions.

Il me reste à remercier le secrétariat et le personnel de la commission pour leur aide appréciable et remarquable. J'associe aussi tous les membres de la commission qui ont affiné le rapport à la veille du réveillon du Nouvel An.

Je vous confierai également que ce rapport aura été, par son ampleur, par le caractère complexe et délicat de la matière traitée, par l'obligation de précision et de mesure qui en découle, l'un des plus difficiles que j'ai été amené à élaborer, mais aussi, à coup sûr, l'un des plus enrichissants. (*Applaudissements.*)

**De Voorzitter.** — Het woord is aan de heer Anthuenis.

**De heer Anthuenis.** — Mijnheer de Voorzitter, het ontwerp dat wij vandaag bespreken, draagt als titel: « Ontwerp van wet tot hervorming van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. » Het ontwerp heeft tot doel een structurele hervorming te realiseren, om de begrotingsmoeilijkheden van de sector te beperken. Inderdaad, de begrotingsmoeilijkheden van de laatste jaren zijn bijzonder groot geworden en groeien nog steeds. Voor 1992 zal het tekort 24,5 miljard bedragen. Voor 1993 wil de Regering het tekort beperken tot 7,1 miljard. Meer realistisch zijn volgens mij de berekeningen die het tekort op 20,1 of 31,1 miljard ramen.

Men kan zich afvragen of dit ontwerp een passend antwoord biedt op het gestelde probleem. Ik vrees van niet.

Welke zijn de hervormingen? De algemene raad wordt het algemeen beheerscomité, maar behoudt dezelfde bevoegdheden. Het beheer van de dienst voor geneeskundige verzorging zal worden waargenomen door de algemene raad die in de plaats komt van het beheerscomité. De vijf vertegenwoordigers van de Regering zullen mee moeten waken over het financieel evenwicht van de ziektekostenverzekering. Hoe de algemene raad zijn taak zal kunnen waarmaken en welke daartoe zijn middelen zijn, blijkt niet zo direct uit de opsomming van zijn bevoegdheden.

De commissie voor begrotingscontrole bestond al en blijft bestaan. Terwijl zij vroeger regelmatig verslag uitbracht aan de overeenkomsten- en akkoordencommissies over het beheer van de ziektekostenverzekering, over de ontvangsten en de uitgaven en over hun evolutie, zal zij dit nu elk kwartaal moeten doen. De verschillende wetenschappelijke raden worden samengesmolten tot één wetenschappelijke raad. De technische raden, die in het verleden onafhankelijke raden waren, worden nu werkgroepen van de overeenkomsten- en akkoordencommissies. Het college van geneesheren-directeuren blijft bestaan. Het bijzonder solidariteitsfonds blijft gehandhaafd, maar de toekenning van de tegemoetkomingen gebeurt nu door het college van geneesheren-directeuren, wat de vraag doet rijzen naar de zin van het verder bestaan van het fonds. Welke invloed deze maatregelen zullen hebben op de begrotingstoestand van de ziektekostenverzekering of hoe zij de tekorten in de toekomst zullen beperken, is niet erg duidelijk.

Nieuw is het verzekeringscomité, dat eerder verregaande bevoegdheden krijgt. Het is bevoegd voor het opstellen van halfjaarlijkse begrotingsdoelstellingen, het goedkeuren van de overeenkomsten gesloten door de overeenkomstencommissies, het voorstellen van correctiemaatregelen aan de overeenkomstencommissies, het sluiten van akkoorden met revalidatie- en herscholingsinstellingen. Het comité is samengesteld uit vertegenwoordigers van de ziekenfondsen, zorgverstrekkers, vertegenwoordigers van de werkgevers en werknemers. Welke garantie bestaat er echter dat dit comité zijn taak anders zal uitoefenen dan de andere organen tot nu toe hebben gedaan?

Positief is de procedure voor het opstellen van de begroting. De akkoorden- en overeenkomstencommissies stellen elk voor de eigen sector de middelen vast die zij menen nodig te hebben voor de financiering van de behoeften. Daartoe winnen zij het advies van de technische raden in en houden zij rekening met de kwartaalverslagen van de commissie voor begrotingscontrole. Het verzekeringscomité doet een globaal voorstel aan de raad en aan de commissie voor begrotingscontrole. Eventueel kan het de akkoorden- en overeenkomstencommissies vragen de behoeften te herzien. Voor 1 juli keurt de algemene raad de globale jaarlijkse

begrotingsdoelstelling goed. Keurt de algemene raad de begrotingsdoelstelling niet goed, dan bepaalt de Ministerraad, op voorstel van de minister, het bedrag van de jaarlijkse begrotingsdoelstelling. Op basis hiervan stelt het verzekeringscomité haar partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling vast.

Al deze hervormingen in verband met de raden, comités en commissies hebben vele collega's in de commissie doen vaststellen dat de structuren zoals zij door dit ontwerp worden voorgesteld zwaar uitvallen. De doorzichtigheid komt in gevaar. De stadia die moeten worden doorlopen, de ontelbare adviezen die moeten worden gevraagd en waarmee rekening moet worden gehouden doen vrezen dat de vooropgestelde data niet zullen of kunnen worden gerespecteerd. Het doel van dit ontwerp voor ogen houdend, vrees ik dat deze hervormingen een lege doos zullen blijken. Een aantal fundamentele keuzes, zonder welke geen fundamentele oplossing kan worden gevonden en waarop ik straks zal terugkomen, werden niet gemaakt.

Het ontwerp bevat enkele bepalingen over de responsabilisering van laboratoria en de zorgenverstrekkers. Aan de laboratoria kunnen bijkomende berekeningsmodaliteiten van trimestriële bedragen worden opgelegd. De zorgenverstrekkers kunnen sancties worden opgelegd in geval de normen voor klinische biologie en medische beeldvorming worden overschreden. Twee bedenkingen hierbij. Ten eerste, hoe lang zal het duren alvorens deze regels effectief zullen werken? Ik merk op dat de Koning de bevoegdheid krijgt al deze maatregelen uit te voeren. Ten tweede, wat de bevoegdheid van de Koning betreft om de sancties te bepalen die zullen worden opgelegd aan de artsen, volg ik volkomen de opmerking van de Raad van State. Deze zegt en ik citeer: « Zoals de bevoegdheidstoewijzing aan de Koning is geformuleerd, wordt de aangelegenheid, die een aangelegenheid van penaliserende in de ruime zin van het woord is, volledig aan de Koning overgelaten. » Even verder zegt hij en ik citeer opnieuw: « Een bevoegdheid van die omvang overstijgt de grenzen van een gewone opdrachtgever. »

Een ander probleem dat mijns inziens onvoldoende wordt aanpak, is het probleem van de onverklaarbare verschillen in de sociale-zekerheidsuitgaven tussen het noorden en het zuiden van dit land. Sinds de studie van Herman Deleeck over dit onderwerp klinkt de roep naar maatregelen om de ongerechtvaardigde verschillen weg te werken zeer luid. Het ontwerp van wet, dat pretendeert revolutionair te zijn, biedt als enige oplossing het opstellen van rapporten, het formuleren van voorstellen. Artikel 12, paragraaf 2, geeft de algemene raad de opdracht jaarlijks aan de Regering een omstandig rapport te zenden over de eenvormige toepassing van de wetgeving in het hele land. Dit rapport zou een evaluatie van de eventuele ongerechtvaardigde verschillen en voorstellen tot wegwerking ervan bevatten.

U kent allen het lot van de meeste rapporten. Ze komen terecht in de kasten waarin ook de rapporten van Andersen & Co en de rapporten van koninklijk commissaris Petit zijn verdwenen, ofschoon de minister in zijn uiteenzetting heeft beweerd dit laatste rapport herlezen te hebben. In het beste geval wordt zo'n rapport gelezen en daarna weggelegd, omdat de resultaten niet passen bij de wensen van de minister.

Ingevolge dit ontwerp moet de algemene raad voorstellen formuleren die de misbruiken moeten wegwerken. Er is echter nergens voorzien in een verplichting voor de Regering om die voorstellen ook effectief wetgevende kracht te verlenen. Het is dan ook niet ondenkbaar dat deze voorstellen niets anders zullen worden dan vrijblijvende adviezen. Er zal dus niets worden gedaan aan deze problematiek. Het zal mij ten zeerste interesseren wat in deze de houding van de Volksunie zal zijn, die haar stem voor de staats-hervorming schijnbaar afhankelijk heeft gemaakt van een oplossing voor dit probleem.

Mevrouw Maes. — Dat is juist!

Ann. parl. Sénat de Belgique - Session ordinaire 1992-1993  
Parlem. Hand. Belgische Senaat - Gewone zitting 1992-1993

De heer Anthuenis. — De financiële responsabilisering van de ziekenfondsen is een probleem dat sinds de Tweede Wereldoorlog, ondanks de vele pogingen die daartoe zijn ondernomen, nooit is opgelost. De standpunten van sommige partijen stonden steeds diametraal tegenover elkaar.

Artikel 81 geeft een commissie van experts de opdracht de criteria te bepalen volgens welke de verzekeringsinkomsten zullen worden verdeeld over de ziekenfondsen. Hierbij zou worden rekening gehouden met de risicograad van de patiënten, veeleer dan met het bedrag van hun sociale-zekerheidsbijdragen. Dit artikel bevat een clause van niet-discriminatie gebaseerd op objectieve criteria meer bepaald inzake leeftijd, gezondheidstoestand en sociaal-economische toestand van de verzekerden. Tot op dit punt kunnen wij de minister volgen. De solidariteit tussen gezonden en zieken, ouderen en jongeren, rijk en arm moet in elk geval worden gerespecteerd.

De clause dat verzekerden niet verschillend mogen worden behandeld enkel en alleen op grond van hun lidmaatschap van een verzekeringsinstelling, baart ons meer zorgen. Indien dit impliceert dat de verzekeringsinstelling die niet in staat is met haar inkomsten haar uitgaven te dekken, geen bijkomende bijdragen van haar leden mag vragen als ook de andere ziekenfondsen dit niet doen, dan wordt elke financiële verantwoordelijkheid op de helling gezet.

Tweede element dat ons niet erg bevalt is de « encommissionering » van het probleem. Het wegstoppen van bepaalde problemen in commissies leidt vaak tot de mislukking van een project. De geschiedenis is er om van te leren. Wel de « encommissionering » was ook de reden waarom de financiële verantwoordelijkheid, die werd ingesteld bij het regentbesluit van 13 januari 1949, dode letter bleef. De resultaten van de commissie waren zeer pover, waardoor het regentbesluit tot mislukking was gedoemd.

In de plaats van de ziekte- en invaliditeitsverzekering ten gronde te wijzigen ook ten voordele van onze nakomelingen, heeft de Regering zich beperkt tot een schoonheidsoperatie. Ik geef enkele punten ter overweging.

Mijnheer de minister, u hebt in uw inleidende uiteenzetting gezegd dat u het rapport van koninklijk commissaris Petit, opnieuw hebt gelezen en dat u tot de vaststelling bent gekomen dat zijn besluiten nog altijd actueel zijn. Wel ik ben het met u eens. Ik heb met grote droefheid vastgesteld dat de problemen van toen grosso modo vandaag nog steeds bestaan. De oplossingen die wij vandaag voorstellen kan u eveneens vinden in het rapport van de heer Petit. Bovendien wil ik de Senaat erop wijzen dat dit rapport dateert van 1974. Hoe kan het dan dat deze problemen nog zo actueel zijn?

Ik wil nu een aantal maatregelen overlopen die tot een oplossing kunnen bijdragen.

Ten eerste wil ik u onderhouden over de franchise. Toen in 1982 de PVV in haar congres over de sociale zekerheid de idee van de franchise introduceerde werd zij door iedereen in politiek België uitgescholden voor asociaal. Nochtans stonden wij toen niet alleen en staan wij nu zeker niet meer alleen.

Koninklijk commissaris Petit heeft in zijn verslag in 1974 volgende overweging gemaakt: « Misschien zal men in ons land, zo de financiële middelen voor de rechtstreekse financiering van de ziekteverzekering ontoereikend zijn, door de invoering van een vrijstelling het financieel evenwicht moeten herstellen. »

De heer Petit citeerde eveneens uit een CEPES-document, en ik wil u de inhoud ervan niet onthouden: « De franchise verleent een tamelijk bevredigende oplossing aan dit probleem. De verzekering zou slechts de medische uitgaven van een gezin dragen, vanaf het ogenblik waarop de kosten van deze uitgaven, voor een bepaalde periode, een bedrag overschrijden. Deze techniek biedt het bijkomend voordeel dat ze kan worden aangepast aan de verschillende familiale en financiële situaties — franchise die in functie van de samenstelling van het gezin en van het inkomen kan worden aangepast. De franchise biedt bijgevolg de mogelijkheid tot een meer evenwichtige verdeling van de lasten die door de

begunstigde worden gedragen. In het verleden werd deze techniek bestreden omwille van de moeilijkheden die men ondervond bij haar uitvoering. Een adequate uitrusting inzake ordinateurs zou binnen enkele jaren zeer veel gewicht aan dit argument kunnen ontnemen en dit temeer omdat statistische gegevens over de medische consumptie per begunstigde en per gezin noodzakelijk zijn voor een doeltreffend beheer van de verzekering en voor de realisatie van een waarachtig gezondheidsbeleid. »

Enkele weken geleden verklaarde de minister in de kamercommissie voor de Sociale Zaken te persoonlijk titel voorstander te zijn van een franchise in de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De Domino-groep in de socialistische partij aanvaardt voor de hoogste inkomens een franchise.

De gevoelens zijn dus duidelijk geëvolueerd. De idee van de franchise is niet langer taboe in kringen die deze tien jaar geleden nog asociaal noemden. Ik vind hiervan spijt genoeg niets terug in het ontwerp. Nochtans zou de franchise een ontmoedigend effect kunnen hebben wat de overconsumptie betreft, zowel voor de patiënt als voor de zorgverstrekkers.

Ten tweede wil ik iets zeggen over een andere maatregel waarin sommigen heil zien, met name de echelonnering in de ziekteverzekering. De huisarts moet opnieuw een centrale rol krijgen. Tot die conclusie kwam de koninklijke commissaris ook in 1974. De rol van de huisarts bestaat in het coördineren van onderzoeken, het begeleiden van de patiënt gedurende de hele duur van zijn ziekte. Velen menen dat de begeleiding door de huisarts kan worden bevorderd door verlaging van het terugbetalingstarief indien de patiënt zich rechtstreeks wendt tot de specialist, en dus voorbijgaat aan de huisarts.

Moet er ook niet worden nagedacht over de manier waarop de huisarts wordt vergoed? Nu is er een vergoeding per prestatie. Onderzoek heeft aangetoond dat het aantal verstrekkingen vermeerdert naargelang het aantal behandelde patiënten vermindert. De toepassing van het bestaande systeem is moeilijk te controleren. Moeten wij niet evolueren naar een vergoeding voor een medisch proces? Is dit door de minister in overweging genomen? Wat is daarover zijn standpunt?

Tenslotte wil ik de minister vragen wanneer dit ontwerp effectief zal werken. Dit ontwerp geeft enorme bevoegdheden aan de Koning en zonder koninklijke besluiten is het onwerkzaam. Ik neem aan dat wij op die besluiten nog wel enkele maanden zullen moeten wachten. Welke maatregelen zal de minister intussen nemen om te vermijden dat de tekorten uit de hand lopen?

Tot zo ver een aantal van de redenen waarom de VLD-fractie dit ontwerp van wet niet kan goedkeuren. (*Applaus.*)

**M. le Président.** — La parole est à M. D'hondt.

**M. D'hondt.** — Monsieur le Président, je voudrais tout d'abord féliciter M. Taminaux pour la qualité de son rapport, qui reflète bien l'importance des travaux réalisés.

Bien que plusieurs journées et de nombreuses heures aient été consacrées, par la commission des Affaires sociales du Sénat, à l'examen des quatre-vingt-sept articles de ce projet de loi, j'estime, avec certains de mes collègues, que les mesures proposées par le Gouvernement auraient dû être discutées dans un cadre plus global, avec un souci réel de rencontrer les difficultés, d'enrayer les mécanismes générateurs d'abus, d'assainir financièrement le secteur des soins de santé.

L'importance de la pratique de la solidarité entre les malades et les valides, le niveau élevé des crédits consacrés par l'Etat pour tenter désespérément d'équilibrer les budgets, auraient justifié un grand débat parlementaire comme ceux que nos Assemblées ont, jadis, consacré à des thèmes d'actualité tels que l'énergie, la défense de notre population et de notre territoire, etc.

Chacun convient que ce projet n'aura qu'une portée très limitée, qu'il ne portera d'évidence pas le fer où une intervention urgente s'impose, qu'il n'atteindra pas son objectif initial de « sauver l'équilibre financier de l'assurance pour assurer l'accès de la population à des soins de qualité en responsabilisant d'avantage les acteurs ».

Comment, tout d'abord, ne pas prendre en considération la part croissante de la médecine préventive et le rôle important qu'elle est appelée à jouer dans la maîtrise de maladies aussi ravageuses que les affections cardio-vasculaires ou les différentes formes de cancer? Investir plus dans la prévention comporte un double avantage: diminuer le nombre de malades et, en conséquence, réduire les coûts de médecine curative.

Je ne crois pas que le ministre a raison quand, s'enfermant strictement dans les compétences nationales qui lui ont été dévolues, il affirme que « les problèmes actuels se posent au niveau de la médicalisation plutôt qu'au niveau de la prévention ». Séparer l'éducation à la santé dans les écoles et groupes à risques de son contexte politique global de la gestion des soins de santé relève de l'utopie. Je sais que cette matière est, aujourd'hui, de compétence communautaire, mais ne peut-on envisager une coordination des actions telle celle qui se pratique entre le FOREM ou l'ORBEM — formation — et l'ONEM, responsable en matière de placement et d'emploi? Le lancement de l'année européenne des personnes âgées ne vient-il pas de réunir, sur l'écran de télévision, le ministre des Pensions Freddy Willockx et le ministre des Affaires sociales et de la Santé pour la Communauté française, Magda De Galan, en vue d'une sensibilisation de la population à leurs politiques respectives mais complémentaires?

Outre notre regret de ne pas pouvoir appréhender de manière globale tous les aspects de notre politique de la santé, nous n'avons pas le sentiment que le projet qui nous est soumis par le Gouvernement réalise cette réforme structurelle de notre système d'assurance maladie-invalidité, annoncée dans la première phrase de l'exposé des motifs.

Hormis l'unique rationalisation concrétisée par l'instauration d'un seul conseil scientifique, les nouvelles structures mises en place par le projet de loi ne garantissent ni la plus grande transparence ni la plus grande efficacité. Le ministre Moureaux paraît lui-même très perplexe quand il admet, à la page 44 du rapport, « que le système proposé par le projet de loi n'est pas simple et qu'en le réformant, il n'a pas pratiqué la politique de la table rase; qu'il a, par contre, essayé d'apporter les modifications qui lui paraissent nécessaires et rationnelles en restant dans des structures qui, à l'heure actuelle, fonctionnent... ».

Une évaluation aussi modeste de la part de l'auteur du projet ne peut que nous conforter dans l'idée qu'il s'agit d'une non-réforme permettant au ministre d'affirmer qu'il prend une initiative tout en laissant d'importants groupes de pression camper sur leurs positions, voire les renforcer!

Chacun reconnaît un rôle charnière au nouveau conseil général de l'assurance soins de santé. Il sera chargé, notamment, d'établir le budget et d'arrêter les comptes. Ce qui explique l'importance de sa composition, de la représentativité des délégations et du droit de vote qui leur est attribué.

Or, que constatons-nous?

Premièrement, les huit représentants des prestataires de soins ont voix consultative alors que les vingt représentants des quatre autres catégories de membres ont voix délibérative. Le ministre estime curieusement, je cite, que « les voix consultatives ne sont pas négligeables et, à l'exception du vote fondamental du budget, elles ont un poids quasi identique à celui des voix délibératives ». Je vous renvoie à la page 62 du rapport.

Deuxièmement, diverses catégories de dispensateurs de soins ne seront pas associées au processus décisionnel. Le ministre paraît bien sûr de lui quand il affirme: « Pour des groupes qui n'ont pas de tradition de gestion de ce genre, une voix consultative permet de peser sur les décisions et en même temps de ne pas déséquilibrer le système. » Est-il certain de ne pas favoriser l'arbitraire? La concertation a-t-elle été organisée avec les différents groupes?

Troisièmement, cinq membres représenteront les organismes assureurs. Notre amendement tendant à désigner un représentant par union nationale de mutualités reconnue ayant été rejeté par les membres de la majorité et aucune garantie n'ayant été donnée par le ministre, nous répétons nos craintes de voir les Unions chrétienne et socialiste — 73,5 p.c. — se partager l'ensemble des man-

faits au détriment des autres unions. L'attitude du ministre sera là aussi dictée par le compromis consenti entre les familles politiques de la majorité.

Un tel déséquilibre quantitatif et qualitatif dans les représentations compromet déjà l'objectivité des choix importants que devra assumer le futur Conseil général de l'assurance soins de santé. Ce constat est d'autant plus navrant que le ministre reconnaît que « la discussion sur la politique de la santé, au sein du conseil général, constitue un pari » et que « ce pari est en grande partie lié à la manière dont ce conseil sera composé ».

Alors que le conseil général est l'organe essentiel de décision, c'est paradoxalement au sein du comité de l'assurance que le ministre prétend, d'une part, vouloir renforcer le rôle des médecins et, d'autre part, assurer la présence de chaque organisme assureur. Il est vrai que, dans ce comité de l'assurance, les mutualités disposeront d'un minimum de quinze membres, soit de 50 p.c. des membres ayant voix délibérative. Par rapport à l'actuel comité de gestion, il s'agira d'une diminution de moitié du nombre de membres représentant les médecins, dentistes, pharmaciens, gestionnaires et auxiliaires paramédicaux.

Donc, là aussi, l'influence des mutualités chrétienne et socialiste sera renforcée. De toute évidence, c'est le fil rouge qui a guidé le ministre dans sa révision des structures: le souci de renforcer la politisation et la « mutualisation dirigée » du système a pris le pas sur celui d'assurer une plus grande rigueur et une plus grande efficacité.

Si le rôle et la responsabilité des mutualités se situent sous les feux de l'actualité depuis plusieurs années, il est notoire que la loi du 6 août 1990 n'a pas mis fin à toutes les déviances.

Répondant, le 13 octobre dernier, à plusieurs interpellateurs et notamment à Louis Michel en commission de la Chambre, vous estimiez, monsieur le ministre, « que la loi du 9 août 1963 est contradictoire au niveau de la responsabilité financière, que, d'une part, les mutualités ne peuvent pas refuser les assurés en fonction de leur état de santé (idée élémentaire de solidarité), mais que, d'autre part, les moyens ne sont que partiellement répartis en fonction des risques, de sorte que les mutualités doivent, soit choisir de sélectionner leurs membres sur base des risques de santé, soit refuser de prendre leur responsabilité financière ».

Vous concluez: « Nous sommes dans un secteur en péril, en grand danger... Une opération de type chirurgical s'impose: sans celle-ci, le secteur des soins de santé va à la catastrophe... Vous me reconnaissez peut-être une vertu ou une caractéristique, celle de ne pas accepter la politique du chien crevé qui coule à la vitesse de la rivière... Peut-être serai-je un jour censuré par cette assemblée parce que je suis trop bousculant par rapport aux idées reçues et aux groupes de pression... » Et d'annoncer — c'était le 13 octobre 1992 — « un projet de réforme profond de ce secteur, non pas dans le but de réformer pour réformer, mais dans l'espoir de le rendre viable et de le sauver à terme »!

Maintenant que nous avons examiné votre projet en commission, monsieur le ministre, vos propos d'octobre nous paraissent quelque peu matamoresques. Vous avez récidivé hier à la Chambre mais en quelque sorte, la montagne semble avoir accouché d'une souris.

Non seulement, vous ne nous apprenez rien de neuf sur l'apurement des déficits des comptes courants présentés par certains organismes assureurs, si ce n'est que des modalités spéciales pourront être déterminées pour la période 1993-1994, permettant une dérogation temporaire au régime existant. Rien n'empêchera désormais les mutualités de continuer à faire de la gestion hospitalière, du commerce de médicaments, de l'exploitation de laboratoires.

Quant à leurs frais d'administration, ils seront augmentés de 6,4 p.c. par rapport au montant de 1992. L'Office de contrôle interviendra en ce qui concerne l'octroi conditionnel de la partie variable mais, comme le remarque le Conseil d'Etat, « ni le projet ni l'exposé des motifs ne contiennent la moindre précision quant aux critères à prendre en compte pour cette évaluation », laquelle n'interviendra qu'en 1994.

Mais à ce moment, où en sera le déficit du secteur des soins de santé? Quelles performances de gestion individuelle seront réclamées des mutualités? Cette pratique n'engendrera-t-elle pas d'autres abus qui favoriseraient les deux grandes unions nationales?

**De heer De Roo.** — En het liberaal ziekenfonds?

**M. D'hondt.** — Nous incluons les mutualités libérales, monsieur De Roo. Nous parlons de réalités et je vous invite à en faire autant, en parlant clairement des choses, ce que vous avez d'ailleurs fait en commission où vous êtes parvenu à voter contre un article déposé par le Gouvernement — ce que je n'ai pas mentionné — et à demander une suspension de séance. C'est dire combien le CVP appuie ce projet! Votre groupe a d'ailleurs déposé des dizaines d'amendements, ce qui arrive très rarement, monsieur De Roo. Cela, je tiens à le dire également.

**De heer De Roo.** — We hebben goed werk geleverd in de commissie.

**M. D'hondt.** — Je conclurai en réaffirmant notre déception à l'égard de ce projet de loi très attendu mais qui pêche par sa mollesse, ses imprécisions, ses « oublis ».

La colère blanche gronde dans tout le pays, l'assurance maladie devient impayable, le corps médical devient pléthorique et son principal syndicat se refuse à participer aux décisions budgétaires. Le chahut est général, avec une intensité et une gravité jamais connues.

Le projet qui nous est présenté par le Gouvernement n'est pas la réforme énergique mais concertée qui mettrait rapidement un terme à toutes ces difficultés qui, inévitablement, porteront fondamentalement atteinte aux droits individuels des malades. (*Applaudissements.*)

**De Voorzitter.** — Het woord is aan de heer De Roo.

**De heer De Roo.** — Mijnheer de Voorzitter, mijn uiteenzetting namens de CVP-fractie zal in de loop van het debat worden aangevuld met bedenkingen van mijn collega's Lenssens, Van Cleuvenbergen en Luc Martens.

Iedereen weet dat het stelsel van de sociale zekerheid in België sterk onder druk staat. Ingrijpende veranderingen zijn meer en meer noodzakelijk. De keuze waarvoor men staat, is duidelijk: ofwel maatregelen nemen om de sociale zekerheid en vooral de ziekte- en invaliditeitsverzekering zoals we ze kennen, optimaal te behouden, ofwel het stelsel zien teloorgaan.

In dit verband is het interessant een vergelijking te maken van de toestand die geleid heeft tot de hervorming van de ziekteverzekering in 1963, de zogenoemde wet-Leburton, met de toestand vandaag. Er zijn inderdaad een aantal punten van overeenkomst. De wet-Leburton legde voor het eerst een stevige wettelijke grondslag voor het functioneren van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De ziekteverzekering had ook toen reeds te kampen met alsmaar groter wordende budgettaire tekorten als gevolg van de onvenredige stijging van haar uitgaven in verhouding tot de stijging van haar inkomsten. Het deficit was niet alleen te wijten aan misbruiken, maar had ook te maken met de stijgende medische consumptie.

De oplossing die men toen gekozen heeft en die men vandaag eveneens nastreeft om de financiële tekorten aan te pakken, was het aanbrengen van structurele wijzigingen in het RIZIV. Ook toen was de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen een centraal gegeven in het debat.

Het principe van de financiële autonomie en verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen werd gecombineerd met het principe van solidariteit in de vorm van staatssteun door de wet ingevoerd om het hoofd te bieden aan de financiële tekorten. Dertig jaar later is dit opnieuw een centraal discussiepunt.

Een ander opmerkelijk gegeven uit die tijd was het grote verschil in de financiële toestand van de verschillende verzekeringsinstellingen, de aanzienlijke verschillen in de gemiddelde

kosten per rechthebbende van het ene ziekenfonds tot het andere en tenslotte de regionale verschillen inzake gemiddelde kosten tussen de provincies. Toen werden de hoogste medische kosten genoteerd in de provincie Henegouwen, zoals dat ook vandaag nog steeds het geval is.

Na 30 jaar kan men dus nog dezelfde motivering doen gelden om een grondige financiële hervorming van het systeem van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering te bepleiten, alleen staat men nu voor nog grotere tekorten, nog grotere onevenwichten en dus een nog meer urgente noodzaak om iedereen eindelijk zijn verantwoordelijkheid te doen opnemen. Wet-Leburton... wet-Moureaux: de geschiedenis herhaalt zich.

Wij wensen de rapporteur, collega Willy Taminiaux, te danken voor zijn uitstekend verslag. Graag brengen wij ook hulde aan alle collega's die in de commissie voor de Sociale Zaken een bijdrage hebben geleverd. De bespreking verliep in een uitstekende sfeer. Het thema van de gezondheidszorg belandt elkeen aan en daarom kan dit een maatschappelijk debat ten gronde openen.

De CVP-fractie wil de sociale zekerheid niet afbouwen, maar is er intendeel voorstander van om tijdig passende en verantwoorde maatregelen te nemen om het voortbestaan ervan te kunnen waarborgen. De verplichte ziekteverzekering is het systeem dat de algemene toegang tot kwaliteitszorg het best waarborgt. Ze is gesteund op de basisbeginselen van solidariteit en verzekering.

Wij wensen het stelsel in stand te houden, omdat het een van de pijlers is waarop ons democratisch bestel berust. Daarom zijn wij bereid weloverwogen maatregelen te steunen en waar nodig bepaalde offers te vragen. Het kan echter geenszins de bedoeling zijn het gehele stelsel compleet af te bouwen en in die context te opteren voor een privatisering van de ziekteverzekering naar Amerikaans model zoals VLD-voorzitter Verhofstadt dit in feite wil. De verplichte ziekteverzekering blijft de beste sociale bescherming tegen de gevolgen van ziekte, ongeval en invaliditeit. Op geen enkel moment mag het inkomen van de patiënt bepalend zijn voor de kwaliteit van de verzorging die hij geniet.

De CVP-fractie is niet te vinden voor een ziekte- en invaliditeitsverzekering laet twee snelheden waardoor grote ongelijkheden zouden ontstaan inzake toegang tot de gezondheidszorg. Een groep van de bevolking zou dan noodgedwongen tevreden moeten zijn met een minimum aan bescherming, terwijl een andere groep, de meer begoeden, zich allerlei vormen van privé-verzekering zouden kunnen veroorloven bovenop de minimum-verzekering die gelijk is voor iedereen. In een dergelijk systeem is de basisgedachte van solidariteit ver te zoeken, terwijl deze juist aan de oorsprong lag van ons verplicht stelsel van gezondheidszorg.

Dit kunnen wij niet laten gebeuren. Wij moeten derhalve tijdig optreden om de hachelijke financiële positie van de ziekteverzekering te keren en om het hoofd te bieden aan de uitdagingen van de jaren negentig, meer in het bijzonder tengevolge van de toenemende behoefte aan chronische verzorging door de veroudering van de mensen.

Het grote doel van dit ontwerp tot hervorming van de wet op de ziekte- en invaliditeitsverzekering is dan ook het bereiken van een financieel evenwicht in deze sector. Dit kan slechts worden verwezenlijkt door het nemen van talloze maatregelen.

Deze zeer belangrijke sector is dringend aan een beredeneerde hervorming toe met het oog op een gezondmaking van haar financiële situatie. Noch in 1992, noch in 1993 wordt het zo nodige begrotingsevenwicht verzekerd. Op het ogenblik is de situatie zeer acuut. Er moet vlug een oplossing komen, anders wordt het onhoudbaar.

Er is een duidelijk begrotingsprobleem onder meer wegens een aantal niet-uitgevoerde maatregelen of door onvoldoende resultaten van genomen maatregelen. De begroting voor het jaar 1992 die door de Regering in april werd vastgesteld op 344 miljard, moest naar boven toe worden herzien tot 367 miljard, of een meeruitgave van circa 22 miljard. Wij baseren ons hier op de gegevens die de minister ons ter beschikking heeft gesteld in de commissie.

Ook voor 1993 wordt de aanvankelijk voorziene 368,7 miljard aangepast met ruim 13 miljard meeruitgaven tot 381,8 miljard. Deze 13 miljard meeruitgaven van het RIZIV samen met 6 miljard

meeruitgaven bij de RVA en 5 miljard minontvangsten bij de RSZ, leiden tot een verwacht deficit van 25 miljard in de sociale zekerheid.

Deze cijfers bewijzen overduidelijk dat de groeivoet van de RIZIV-uitgaven hoger ligt dan de groeivoet van het BNP, dit wordt veroorzaakt door de nieuwe medische technieken, de vergrijzing van de bevolking, een aantal culturele wijzigingen en de — noodzakelijke — herwaardering van het geldelijk statuut van het personeel uit de verzorgende sector.

Hiermede op een realistische en verantwoorde wijze rekening houden sluit bij duidelijke overschrijding van het budget een reageringsoptreden niet uit! Het toewijzen van grotere beheersverantwoordelijkheid aan de sociale partners, de ziekenfondsen en de zorgverstrekkers moet leiden tot responsabilisering, maar de overheid moet verantwoordelijk blijven voor het vastleggen van de basismatregelen en de omvang van de begrotingsmiddelen.

De CVP-fractie blijft voorstander van een constructieve dialoog tussen ziekenfondsen en geneesheren. Overeenkomsten tussen ziekenfondsen en zorgverstrekkers dragen bij tot een gezondheidszorg met behoorlijke kwaliteit en tariefzekerheid voor de patiënten. Degenen die het dialoogmodel afwijzen of verhinderen, dragen een grote verantwoordelijkheid.

Onze fractie blijft het systeem van overeenkomsten verkiezen boven de harde confrontatie tussen verzekerden, patiënten en korpsen van zorgverstrekkers. Evenmin verkiezen wij lineaire interventionistische maatregelen van overheidswege. Integendeel, wij pleiten voor een dialoogmodel aan de hand van overeenkomsten.

Vóór de wet van 1963, de wet-Leburton, bestond er geen organieke wettelijke regeling omtrent het sluiten van overeenkomsten, zodat aan de verzekerden niet de waarborg kon worden gegeven dat de basishonoraria en -prijzen ook werkelijk zouden worden nageleefd door de zorgverstrekkers.

Na het van kracht worden van de ZIV-wet konden praktisch zonder onderbreking — behalve voor de tandartsen tijdens de periode 1977-1983 — overeenkomsten worden gesloten in de diverse sectoren van de geneeskundige verzorging. De meeste zorgverstrekkers weten trouwens dat dit de beste waarborg blijft voor het behoud van de traditionele vrije geneeskunde, op basis van het principe van de vrije keuze van de zorgverstrekkers door de patiënt. Indien we in België thans een kwaliteitsvolle gezondheidszorg kunnen bieden, tegen een prijs die buurlanden ons benijden, is dat vooral omdat mensen met mekaar gepraat hebben en compromissen tot stand konden komen.

De rapporteur heeft terecht onderstreept dat alle betrokkenen op dit terrein, met name de overheid, de sociale partners, de zorgverstrekkers, de patiënten en de ziekenfondsen werkelijk financiële verantwoordelijkheid moeten dragen. Zorgverstrekkers, verzekerden en patiënten hebben nood aan een betrouwbare overheidspartner. Daarom moet ook de overheid echt financieel verantwoordelijk zijn. Hiervoor opteert de CVP al geruime tijd. In dit ontwerp wordt dit in elk geval vooropgesteld. Ook voor de ziekenfondsen is individuele financiële verantwoordelijkheid een dringende vereiste.

Hoewel reeds opgenomen in de wet van 9 augustus 1963, was dit tot op heden louter theorie gebleven, onder meer wegens de deficitaire financiële toestand van de ZIV, vooral sinds 1974. Voor de toekomst is het nieuwe artikel 81 van het ontwerp van grote betekenis, samen met de verklaring van minister Moureaux en de Regering. De lopende rekeningen van de ziekenfondsen bij het RIZIV zijn sinds 1974 niet meer aangezuiverd. Dit kan niet langer aanvaard worden. Daarom moet deze ingewikkelde problematiek eens en voor goed klaar en duidelijk geregeld worden. Wij blijven stellen dat een efficiënt bestuur van de ziekteverzekering slechts mogelijk is wanneer elke mutualiteit verantwoordelijkheid draagt voor het financiële evenwicht van haar rekeningen.

Wij zijn echter niet blind voor de realiteit en erkennen dat bepaalde voorafgaandelijke voorwaarden moeten vervuld zijn vooraleer te kunnen komen tot een echte financiële verantwoordelijkheid van elk ziekenfonds. Wij hopen en wensen dat het diepgaand voorbereidend onderzoek waarmee de Regering een bijzondere commissie gedurende maximum één jaar zal belasten

tot een ernstig debat en duidelijke resultaten zal leiden. Onze fractie rekent erop dat er oplossingen komen. Hiermee is een belangrijke principiële kwestie gesteld.

Er zal een billijke herverdeling van de inkomsten moeten tot stand komen waarbij niet de bijdragen van de leden de enige factor zijn waarop de verdeling van de RIZIV-gelden steunt. Er zal eveneens rekening moeten gehouden worden met de objectieve gegevens over het ledental, ouderdom, sociale situatie, aanwezigheid van risicogroepen, enzovoort.

Een welbegrepen wederzijdse solidariteit moet worden gehandhaafd: er mag geen discriminatie ontstaan op basis van het lidmaatschap bij een bepaalde verzekeringsinstelling, noch wat de bijdragen betreft, noch wat de prestaties betreft. Dit betekent het uitvoeren van een strenge medische controle door elk ziekenfonds. Dit maakt deel uit van hun normaal werk.

De problematiek van het afsluiten van de lopende rekeningen van het verleden van de ziekenfondsen moet klaar en duidelijk geregeld worden, niet alleen voor de toekomst maar ook voor het verleden. Door een loutere compensatie van de feitelijke uitgaven dreigt men anders te verzeilen in een totale onverantwoordelijkheid van het ziekenfonds.

Tenslotte moeten aan de ziekenfondsen de nodige instrumenten ter beschikking worden gesteld om hun uitgaven te kunnen controleren en te beheersen, wat nu nog niet ten volle het geval is.

Ook bij de patiënten moet een mentaliteits- en gedragswijziging worden gestimuleerd, in die zin dat de eerstelijnsgezondheidszorg en de waarde van een huisarts in ere hersteld moet worden. De echelonnering in de gezondheidszorg — van de heer Anthuenis heb ik vernomen dat ook de heer Petit deze idee reeds verdedigde — moet dus worden aangemoedigd.

De eerste stap van een patiënt moet er één zijn naar zijn huisarts. In tweede instantie, na verwijzing van de huisarts, kan een specialist worden geraadpleegd. Zo wordt een eerste selectie gedaan door de minder dure huisarts en komen alle ernstige gevallen wier behandeling de deskundigheid van een specialist vereist, bij de duurdere gespecialiseerde geneesheren terecht.

Om dergelijk systeem van echelonnering goed te laten functioneren moet de patiënt bij voorkeur bij een vaste huisarts ingeschreven zijn die alle medische gegevens coördineert in een centraal medisch dossier. Het stelsel van «preferentiële terugbetalingen» lijkt ons een goed idee. De patiënt zal dan meer betalen voor een consultatie van een specialist wanneer hij er op eigen initiatief naar toe stapt, zonder verwijzing van zijn huisarts.

Ook de geneesheren moeten hun verantwoordelijkheid opnemen. Wij moeten erkennen dat de meerderheid van de geneesheren in ons land op een bekommerde en bezorgde manier en met groot verantwoordelijkheidsbesef hun taak als zorgenverstrekkers op zich nemen. Zij zullen er zich dan ook niet tegen verzetten dat een verantwoordelijk en gematigd voorschrijfgedrag van de zorgenverstrekkers wordt aangemoedigd. Het onverantwoordelijk gedrag van een klein aantal «veelvoorschrijvers» heeft een negatieve weerslag op de gehele sector. Daarom moet overdreven voorschrijven onder controle worden gebracht door het operationeel maken van het systeem van medische profielen.

Een probleem dat hiermee verwant is en dat eveneens dringend behandeld moet worden, is dat van een beperking van het aanbod aan geneesheren.

De numerus clausus moet als principe bespreekbaar worden gemaakt. Het invoeren ervan lijkt mij zelfs al onafwendbaar. Over de modaliteiten ervan en de wijze waarop de numerus clausus zal moeten worden toegepast, moet dringend overleg worden gevoerd met de Gemeenschappen. Wij hopen dat de Regering daartoe de aanzet zal geven en dat de minister daartoe het initiatief neemt.

Nu we de achtergrond van dit ontwerp tot hervorming van de ziekte- en invaliditeitsverzekering hebben geschetst, kunnen we nader ingaan op de inhoud ervan en de inbreng van de CVP-fractie.

Naast enkele fundamentele opmerkingen werden vooral amendementen van technische aard aangebracht aan het ontwerp van de Regering. Zo hebben wij in de commissie lang gepraat over

de samenstelling van de algemene raad en meer bepaald over het al of niet verlenen van stemrecht aan de categorie van de zorgenverstrekkers. Vooral deze laatste kwestie vormde een knelpunt, maar met een amendement dat aan de zorgenverstrekkers acht zetels met raadgevende stem in de algemene raad toekent, is uiteindelijk de beste oplossing uit de bus gekomen. De zorgenverstrekkers hebben hier dan wel geen beslissende stem gekregen, maar zij zijn wel ruimer vertegenwoordigd in de algemene raad; zij kunnen wel mee onderhandelen en hun stem laten gelden in het verzekeringscomité.

Grote aandacht moet ook gaan naar de eenvormige toepassing van de wetgeving in heel het land. Ik wil hier niet herhalen wat daarover in de commissie reeds werd gezegd. Overigens zal collega Jan Lenssens op deze kwestie dieper ingaan.

Als besluit wil ik benadrukken dat al de voorgestelde wijzigingen samen kunnen leiden tot het herstel van de financiële situatie van de sector. Daarvoor zal er echter ook nog veel en hard moeten worden gewerkt aan de uitvoering van de maatregelen. Iedereen is het erover eens dat de sanering van de ziekteverzekering als onderdeel van de sanering van de sociale zekerheid in haar geheel, prioriteit moet krijgen.

Het mogelijke gevaar van financiële ontsporing van het RIZIV moet worden ingedijkt, maar het menselijke aspect mag niet over het hoofd worden gezien. Het bieden van een kwaliteitsgerichte zorgenverlening aan een betaalbare, maatschappelijk verantwoorde prijs en toegankelijk voor iedereen, is, in het licht van de financiële toestand een essentiële uitdaging.

De CVP-fractie is ervan overtuigd een belangrijke bijdrage te hebben geleverd tot de verbetering van het wetsontwerp en zal het dan ook met vertrouwen goedkeuren. Wij rekenen op de Regering om een meer effectieve budgetbeheersing tot stand te brengen, in het belang van de minst begoede medemens, zeker wanneer ze ziek of gehandicapt zijn. (Applaus.)

M. le Président. — La parole est à M. Dighneef.

M. Dighneef. — Monsieur le Président, je tiens à souligner combien le projet de réforme de la loi du 9 août 1963 de l'assurance maladie-invalidité obligatoire a mobilisé les sénateurs de la commission des Affaires sociales. Leur présence et leur participation active aux débats prouvent à suffisance qu'il s'agit d'un projet vital pour l'avenir de notre sécurité sociale en général et de l'assurance maladie-invalidité en particulier.

Votre réforme, monsieur le ministre, n'est sûrement pas le fait d'une volonté politique doctrinaire ou partisane, puisque tous les acteurs du secteur sont placés devant leurs responsabilités.

La réussite ou non de ce projet montrera si nous sommes capables de maintenir un caractère national de solidarité dans le cadre des soins de santé, en rappelant, s'il en est besoin, qu'il s'agit d'une solidarité entre individus et non d'une solidarité entre Régions. Tout à l'heure, je me permettrai de revenir quelques instants sur ce point extrêmement sensible entre le nord et le sud de notre pays.

Monsieur le ministre, dans la lutte que vous avez engagée pour mieux maîtriser les dépenses, il était indispensable de s'attaquer aux structures instaurées par la loi du 9 août 1963.

Il n'est nullement question «de jeter l'enfant avec l'eau du bain» car jusqu'il y a peu, cette loi a rempli son rôle et contribué à faire de la Belgique un pays cité en exemple au niveau de l'accessibilité aux soins, de la qualité des prestations et même du coût relativement modéré de l'assurance.

En examinant votre réforme, j'ai pensé à un ami commun, malheureusement aujourd'hui disparu, qui disait souvent «Qui paie, décide». Mais pour bien décider, encore faut-il que chacun des acteurs du système joue le jeu correctement en assumant ses responsabilités. Cependant, vous en conviendrez, monsieur le ministre, on ne peut être responsable que des choses sur lesquelles on exerce un contrôle réel.

Dans cet ordre d'idées, vous me permettrez d'insister sur le niveau de responsabilité des différents acteurs. De toute évidence, l'organe-clé de la nouvelle structure sera le conseil général, organe où l'on retrouve les payeurs: Gouvernement, employeurs, représentants des travailleurs.

Il sera fondamental que ce conseil général, et par corollaire le comité de l'assurance, soient en possession des matériaux indispensables pour décider de manière cohérente. Par conséquent, il est primordial de donner à la commission de contrôle budgétaire les moyens financiers et humains nécessaires à l'accomplissement des missions qui sont les siennes.

Un autre chapitre important de votre projet instaure une responsabilité financière des médecins prescripteurs. Nous pensons qu'il s'agit là de la pierre angulaire de notre système de soins de santé, basé essentiellement sur le paiement à l'acte.

Dans un tel système, le médecin est le véritable producteur de dépenses; nous ne remettons nullement en cause la liberté thérapeutique ni le paiement à l'acte, mais nous disons simplement qu'il entraîne la surconsommation, et ce plus particulièrement dans le domaine des nouvelles technologies médicales.

Dans ce secteur, l'élargissement du système des enveloppes budgétaires et l'extension du paiement au forfait de certaines prestations sont indispensables.

D'autres critères inhérents aux mentalités devront également être pris en compte, comme par exemple l'enseignement dispensé par les universités, qui est sans doute déterminant pour l'attitude adoptée par les médecins dans le domaine des prescriptions.

Autre exemple: la propension des généralistes wallons à se rendre au domicile du malade, alors que leurs collègues du nord reçoivent le plus souvent à leur cabinet médical.

En ce qui concerne la pléthore des médecins, il faut bien avouer que dans ce domaine, l'offre entraîne automatiquement une demande accrue de soins sans pour autant améliorer la santé de nos concitoyens. Comme le disait un de nos collègues en commission, la Belgique en est arrivée à une situation où « les patients sont nécessaires pour garder les médecins en bonne santé ».

En résumé, seule une conduite de prescription mesurée garantira la viabilité de notre assurance soins de santé.

Certes, nous nous réjouissons de l'évolution particulièrement significative des mentalités au travers du consensus réalisé récemment en commission médico-mutualiste en matière de biologie clinique. Mais nous continuons également de penser qu'il est indispensable que la commission des profils remplisse pleinement le rôle qui lui a été assigné.

J'en viens maintenant au problème difficile de la responsabilité financière des organismes assureurs. Je m'adresserai à la fois au ministre et à nos partenaires du CVP. Je tiens à répéter ici, en séance publique, ce que j'ai dit en commission.

Dans le sud du pays, les mentalités ont changé au niveau de tous les secteurs, y compris le secteur mutualiste. Nous serons à vos côtés, monsieur le ministre, pour lutter, non pas contre ce que l'on a appelé « les transferts non objectifs », mais contre les abus de tous ordres qui grèvent notre système de soins de santé.

Nous jouerons le jeu loyalement, de manière telle que la commission chargée de formuler des propositions sur la répartition des ressources de l'assurance entre les organismes assureurs se prononce sans subir de pression politique, ni de gauche ni de droite, ni du nord ni du sud.

Nous veillerons bien sûr, à ce que l'on n'impute pas aux mutualités des responsabilités dans des domaines où elles ne pourraient exercer un contrôle réel, d'où l'importance de mettre à leur disposition les instruments nécessaires au contrôle et à la maîtrise des dépenses.

C'est parce que ces conditions sont remplies dans le domaine des frais d'administration que les mutualités estiment logique d'assumer la responsabilité de leurs frais de gestion.

Toutefois, pour que les mutualités soient gérées comme de véritables entreprises, elles doivent connaître le canevas selon lequel leurs frais de gestion sont adaptés: indice des prix à la consommation, évolution des salaires dans des secteurs analogues, missions légales qui leur sont dévolues.

Si tel n'est pas le cas, il leur sera impossible de se conformer aux exigences budgétaires mises en place par l'Office de contrôle des mutualités issu de la loi du 6 août 1990.

Nous pensons, monsieur le ministre, que vous avez placé les garde-fous indispensables pour que les affiliés des différentes mutualités soient traités de manière égale. Cependant, en conclusion de mon intervention, vous me permettez à la fois de rêver et d'être très pragmatique.

Rêver, c'est imaginer que votre réforme va atteindre son but et aplanir tous nos différends.

Rêver, c'est la réalisation du vœu pieux du Gouvernement selon lequel tant le pluralisme institutionnel que la solidarité qui caractérisent la sécurité sociale en général et l'assurance maladie en particulier doivent être pleinement sauvegardés.

Etre pragmatique, c'est penser que cela ne peut réussir que si, d'une part, les partis politiques du nord du pays, en ce compris notre partenaire CVP, et, d'autre part, les éditorialistes flamands, n'ont plus d'état d'âme, qu'ils ne jouent plus avec la santé des gens en faisant de la politique politicienne.

Il faut oser dire que la couverture du ticket modérateur n'engendre pas la surconsommation mais permet aux plus démunis de se soigner correctement. Il faut oser dire qu'il est aberrant que les dentistes justifient l'application du tiers payant parce que des abus sont commis par certains de leurs confrères indélicats. Nous nous trouvons devant un accord médico-mutualiste qui fait payer les patients parce que certains dentistes trichent.

Il faut oser dire, comme l'a fait en commission un membre du CVP, que les mutualités socialistes, et par conséquent les Wallons, n'ont pas 50 milliards de dettes, mais qu'il s'agit uniquement de divers dérapages budgétaires. Il faut oser dire que ces déficits ne sont pas dus à des irrégularités. Tous ces deniers ont été payés aux hôpitaux, aux prestataires de soins et aux bénéficiaires suivant les règles légales.

Dois-je rappeler que M. Dehaene, dans l'établissement de son budget 1987, a enregistré un dérapage de 27 milliards environ? Il avait cependant établi son budget de bonne foi, en prenant une série de mesures, mais il s'est fait piéger par des multinationales gérant les laboratoires de biologie clinique, implantées en Wallonie et à Bruxelles.

De cette manière, les éditorialistes du nord du pays ne pourront plus prétendre que les travailleurs flamands paient, chaque année, une voiture aux travailleurs wallons. Cela permettra également aux malades wallons de ne plus affirmer qu'avec les médicaments qu'ils consomment, ils paient deux vélos aux travailleurs des multinationales pharmaceutiques implantées en Flandre.

Si nous voulons réussir, il conviendra de faire fi de tous ces tabous. Le groupe PS s'engage à faire le maximum pour que la réglementation soit appliquée de façon uniforme dans tout le pays et dans le respect des principes essentiels de la sécurité sociale. Il marque son accord pour que les déficits découlant effectivement d'une exécution inadéquate des contrôles prévus par la réglementation ou de fautes de gestion manifestes ne soient pas répercutés sur les autres mutualités.

Je tiens cependant à préciser à notre partenaire CVP que si, pour des raisons de basse politique, le projet échoue, nous leur renverrons « la patate chaude », nous demanderons la régionalisation de l'assurance maladie-invalidité et nous n'accepterons pas une régionalisation larvée qui maintiendrait des structures mutualistes nationales.

Il conviendra d'expliquer à M. Hallet que les mutualités chrétiennes wallonnes seront mises sur pied d'égalité avec les autres mutualités wallonnes, sans bénéficier de la solidarité de leur grande sœur du nord.

Grâce à votre projet, monsieur le ministre, vous avez bien balisé le terrain pour sauvegarder un des fleurons de notre sécurité sociale. Nous vous apportons notre soutien et, à l'intention de nos partenaires du CVP, j'ajoute que nous ferons tout ce qui est en notre pouvoir pour que le rêve devienne réalité. (Applaudissements.)

De Voorzitter. — Het woord is aan mevrouw Maximus.

Mevrouw Maximus. — Mijnheer de Voorzitter, het wettelijk initiatief dat vandaag wordt besproken heeft reeds een stuk geschiedenis achter de rug. Het had reeds fervente tegenstanders nog

vóór het feitelijk was neergeschreven. De ziekteverzekering is altijd een heet hangijzer geweest en naargelang de invalshoek van waaruit men ze bekijkt zullen de voorstellen van minister Moureaux te ver of niet ver genoeg gaan, zullen zij bepaalde actoren in het systeem bevoordelen of naar het achterplan verwijzen. Dergelijke kritieken zijn onvermijdelijk in een verzekeringssysteem waarbij de te verdedigen belangen niet altijd volledig met elkaar verzoenbaar zijn.

Of men het ontwerp van wet goed of slecht vindt, is afhankelijk van hetgeen men ervan verwacht. Zij die een fundamentele hervorming voorstaan, waarbij de verplichte verzekering wordt herleid tot een minimum dekking naar Amerikaans model, zullen minachtend neerzien op een voorstel dat de fundamentele van de wet-Leburton van 9 augustus 1963 overeind houdt. De voorstanders van de solidariteit tussen actieven en niet-actieven, tussen wie gezond is en wie de tegenslag heeft en beroep te moeten doen op een steeds duurder wordende geneeskunde, zullen daarentegen geneigd zijn het wetsontwerp een eerlijke kans te geven omdat het ons monument van solidariteit een steviger onderbouw geeft.

De SP behoort tot deze laatste groep en zij heeft hiervoor goede redenen. Dit betekent echter niet dat de SP dit wetsontwerp beschouwt als een eindpunt en dat zij meent dat hierdoor alle problemen van de baan zijn. Gisteren werden wij trouwens eens te meer geconfronteerd met het verschil tussen prognoses en realiteit.

De SP is er nochtans van overtuigd dat het sociale project, waarvan in 1963 de basis werd gelegd en dat ertoe strekte een kwaliteitsgeneeskunde te garanderen voor alle burgers op basis van een op solidariteit gestoeld systeem met ook een aandeel van de Staat, niets van zijn waarde heeft verloren.

In 1963 werd bewust gekozen voor een verzorgingsmodel waarin de artsen centraal staan. Zij kregen het recht vrij te bepalen welke diagnosemiddelen zij voor elk individueel geval zouden aanwenden en welke behandeling zij de meest opportune achtten voor de zieke. Zij kregen ook het voorschrijfsmonopolie voor de paramedische verstrekkingen en de geneesmiddelen. Aldus bepalen zij eigenlijk rechtstreeks alle uitgaven.

In dit verzorgingsmodel mag de kostprijs bovendien voor de patiënt geen belemmering vormen om toegang te krijgen tot om het even welke verstrekking. Er werd dus gekozen voor een geneeskunde met één snelheid, met tariefzekerheid voor de patiënt. Dit stelsel vormt een schril contrast met het systeem dat wordt toegepast in landen zoals de Verenigde Staten, waar gezondheid een voorrecht wordt voor de gegoede bevolgingsklasse.

Het recht op gezondheid en verzorging werd in 1963 in ons land bevestigd als een fundamenteel mensenrecht. Ondanks alle problemen waarmee wij vandaag worden geconfronteerd, mogen wij niet vergeten dat wij toen letterlijk een stuk beschaving hebben opgebouwd. Het is onze plicht ervoor te waken dat dit systeem voor de toekomst veilig wordt gesteld.

Dit is geen gemakkelijke opdracht wanneer de vrijheid van diagnose en therapie, waarop het systeem is gebaseerd, niet gepaard gaat met zin voor verantwoordelijkheid van degenen die volledig autonoom de uitgaven bepalen. Ook die verantwoordelijkheid was in de wet van 1963 ingebouwd, maar nog geen vier maanden na het in voege treden van de wet-Leburton — wij herinneren ons allemaal de bewuste artsenstaking — viel deze belangrijke pijler onder het gebouw weg. Sindsdien hebben wij in het belang van de zieken het stelsel draaiende gehouden en hebben de tekorten zich jammer genoeg systematisch opgestapeld.

Wij hebben geleend om deze tekorten te dekken en ook geleend om de leningen af te betalen. Er bestonden inderdaad weinig alternatieven die tegelijkertijd de kwaliteit van de verzorging, de vrijheid van therapie en het budgettaire evenwicht waarborgden. De talloze externe factoren die de kosten van de geneeskundige verzorging beïnvloeden, zijn nog nooit van die aard geweest dat zij de taak van de beheerders van het stelsel of van de politici vergemakkelijkten. Ook hier geldt de regel dat de beste stuurlui aan wal staan. Vandaag is het gemakkelijk te zeggen dat men de geplande reserves had moeten aanleggen, dat de verdeling van de inkomsten tussen de verzekeringsinstellingen onmiddellijk had moeten worden bijgesteld toen bleek dat er iets schortte. Destijds werd dit niet gezegd. De loketten van alle ziekenfondsen zijn

opengebleven, de ziekenhuizen en apothekers werden betaald en de uitkeringen aan invaliden werden prioritair gegarandeerd. Niemand heeft dit aangeklaagd tot dit van pas kwam en deze troefkaart handig in het spel kon worden gegooid. Deze toestand van rechtsonzekerheid kan hoe dan ook voor niemand blijven bestaan en wij kunnen ons er alleen maar over verheugen dat ter zake wetgevende initiatieven worden genomen.

Een van de krachtlijnen van onderhavig wetsontwerp bestaat erin de verantwoordelijkheid voor het beheer van het stelsel opnieuw te laten dragen door degenen die meespelen in deze sector van de maatschappelijke zekerheid. Dat deze formule voor de betrokkenen niet de gemakkelijkste is, spreekt vanzelf. Zij maakt het hen evenwel mogelijk de verdeling van de beschikbare middelen over de verschillende domeinen van de gezondheidszorg in gemeenschappelijk overleg en met kennis van zaken te organiseren. Dat was in 1963 overigens ook een van de essentiële bekommernissen van de wetgever. Wij blijven voorstander van dit overlegmodel dat zijn waarde reeds lang heeft bewezen. Wij kunnen evenwel niet voorbijgaan aan de vaststelling dat het nieuw uitgetekende systeem van getrapte verantwoordelijkheid log overkomt. Of het werkzaam zal zijn, hangt duidelijk af van de wil van alle betrokkenen om de machine vlot te laten draaien. Indien wij echter het systeem niet uitproberen, missen wij een unieke kans om deze tak van de sociale zekerheid te saneren.

Of het kaderwerk gesmeerd zal draaien en welke resultaten het zal geven hangt ook in belangrijke mate af van de representativiteit van de groepen die bij het beleid worden betrokken. Wie wordt aangewezen voor de verschillende raden en comités moet spreken namens zijn volmachtgevers en moet de vergaarde informatie en de genomen beslissingen ook naar zijn basis doorspelen. Dat is vandaag niet zo evident als het lijkt. Het volstaat te verwijzen naar de acties die een aantal groepen zorgverstrekkers in het recente verleden hebben gevoerd om vast te stellen welke enorme kloof er in sommige gevallen bestaat tussen degenen die over een nationale overeenkomst onderhandelen en deze zelfs tekenen en degenen die de overeenkomsten en akkoorden op het terrein moeten toepassen.

Het zal niet gemakkelijk zijn deze scheefgetrokken situaties te corrigeren en het zal in bepaalde gevallen veel, heel veel politieke moed vragen, ook van het Parlement, om gesprekspartners aan te wijzen die de waarborg kunnen bieden dat hun handtekening ook wordt « verzilverd ». Wanneer deze voorwaarde niet kan worden vervuld, wordt op het hele systeem een zware hypotheek gelegd en zullen de zieken ook in de toekomst de straat worden opgestuurd en worden misbruikt om corporatistische belangen van anderen te dienen.

Wij werden de jongste weken, naar ik aanneem, allemaal aangeschreven of benaderd door artsen die zich bereid verklaren om loyaal mee te werken aan de nieuwe regeling en dat doet deugd na de vele demagogische uitspraken vanwege een bepaald artsensyndikaat. Deze zorgverstrekkers moeten echter ook beseffen dat ze zich openlijk als geldige gesprekspartner moeten organiseren en aandienen. Het is te gemakkelijk de bal steeds in het kamp van de politici te leggen.

De SP is bereid samen te werken en stelt vertrouwen in elke zorgverstrekker die op een eerlijke wijze de belangen van de zieken centraal wil stellen, niet in een soort « witte-boorden-euthanasie », zoals dokter Beckers in zijn blad poneert, maar in kwaliteitsgeneeskunde. Een geneeskunde van hoge kwaliteit, waarin de therapeutische vrijheid strikt samengaat met beroeps-ethiek en die ermee rekening houdt dat elk liberaal systeem hoe dan ook beperkingen op financieel vlak inhoudt.

Deze zorgverstrekkers hebben het recht te eisen dat in de ziekte- en invaliditeitsverzekering instrumenten worden ingebouwd om te beletten dat de beschikbare financiële middelen worden misbruikt, met andere woorden, dat de controle-instrumenten door vroegere wettelijke initiatieven gecreëerd, zoals de profielencommissies, ook zouden werken. Ook wij zijn ter zake vragende partij. Het kan immers niet langer dat een beperkt aantal artsen het grootste stuk van de koek voor zichzelf reserveren. Het kan ook niet dat in volstrekt identieke situaties op de ene plaats, waar dat ook weze, meer wordt verbruikt dan op een andere plaats.

Wij hopen dat de syndicale artsenkamers, die zich erop beroemen in de commissie artsen-ziekenfondsen van april 1992 de in het ontwerp ingeschreven controlemaatregelen voor de veelvoorschrijvers zelf te hebben voorgesteld, even consequent zullen blijven als het erop aankomt deze artsen echt aan te pakken.

Er dreigt nog een ander gevaar. Bij diverse gelegenheden heb ik dokter Wijnen horen verklaren dat eerder de geneesheren moesten worden aangepakt die minder dan het gemiddelde presteren of voorschrijven, omdat zij geen goede geneeskunde zouden beoefenen.

Ik hoop dat ik te pessimistisch ben, maar ik vrees dat deze toezegging tot medewerking vanwege de syndicale artsenkamers de zoveelste strategische zet is die uiteindelijk tegen het beleid zal worden uitgespeeld. Om die reden ben ik de mening toegedaan dat wij als parlementsleden nauw zullen moeten toezien op de werking van onder meer de profielencommissies. Wij mogen niet dulden dat er maanden zullen verlopen vooraleer zal zijn beslist op grond van welke criteria de overproducenten zullen worden geselecteerd. Wij moeten er ook voor waken dat de echte grote voorschrijvers en verstrekkers niet op grond van hun uitzonderlijke bekwaamheid of om andere redenen buiten schot blijven. Bovendien moeten we erop toezien dat de controle niet uitmondt in een heksenjacht waarbij alleen maar voorbeelden worden gesteld om de goegemeente te sussen. Ter zake moeten wij daarenboven beducht zijn voor de onvermijdelijke discussies op het deontologisch vlak.

Het volstaat de herhaalde verklaringen in herinnering te brengen van de geneesheer-directeur van de dienst voor geneeskundige controle van het RIZIV, waar hij wijst op de frustrerende beperkingen waarmee zijn inspecteurs op het terrein hebben af te rekenen.

Een en ander zal vermoedelijk duidelijker worden na het bezoek aan het RIZIV dat de commissie voor de Sociale Aangelegenheden heeft gepland. Aan de administrateur-generaal en aan de betrokken diensten zullen toelichtingen worden gevraagd aangaande de actiemiddelen waarover dit organisme nu reeds beschikt om de uitgaven te controleren en eventuele misbruiken in te dijen en waar nodig te bestraffen. Wij zullen ook vragen welke resultaten worden geboekt, waar het systeem in gebreke blijft en waarom. In het licht daarvan zullen wij zo nodig ook ageren en onze verantwoordelijkheid opnemen.

Een tweede rode draad door de recente sociale programmwet en door dit ontwerp is de responsabilisering van de ziekenfondsen. Door het inbouwen van stimuli voor goed beheer en het snel doorspelen van correcte gegevens inzake medisch verbruik, zal het mogelijk worden sneller in te grijpen bij dreigende budgetoverschrijdingen.

De verzwarende van de administratieve geldboetes die kunnen worden opgelegd bij niet-naleving van de termijnen voor het opmaken van de documenten die het RIZIV nodig heeft om zijn opdrachten uit te voeren, is een parlementair initiatief. Het sluit aan bij een aantal positieve voorstellen van de commissarissen die overbodige administratieve verplichtingen afschaffen. Aan hen die voortdurend op een demagogische wijze, totaal onterecht en op grond van verkeerde informatie terugkomen op de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen, doe ik opmerken dat men moet weten wat men wil. Als wij meer, correcter en sneller informatie willen krijgen over de uitgaven, dan vereist zulks een administratieve organisatie die toelaat alle informatie aan de loketten in het computersysteem op te slaan en zoveel mogelijk controles bij de bron te organiseren. Dat kost geld.

Als, zoals sommigen vragen, de derdebetalersregeling voor alle ambulante zorgen wordt afgeschaft, betekent zulks dat honderdduizenden attesten die nu per magnetische informatiedrager worden verwerkt, in de toekomst aan de loketten individueel moeten worden terugbetaald en verwerkt. Men moet dus beseffen dat alle ogenschijnlijke besparingen niet altijd besparingen zijn.

Deze redenering geldt ook voor de bepaling die ertoe strekte de kinesitherapeutische verstrekkingen verleend naar aanleiding van sportongevallen, niet meer voor terugbetaling in aanmerking te nemen. De commissieleden hebben deze maatregel verworpen, net zoals bij de behandeling van de sociale programmwet waarin hij ook reeds voorkwam. Zij zijn het er unaniem over eens dat de

ziekteverzekering niet moet instaan voor de vergoedingen die door grote kapitaalachtige sportploegen worden betaald aan de kinesisten die de conditie van hun sportlui verzorgen. Ook verzekering voor risicosporten hoort niet thuis in het RIZIV, maar het beoefenen van recreatiesporten behoort tot de normale ongevalrisico's en kan trouwens een zeer heilzame invloed hebben op de gezondheid. De commissie heeft, terecht gemeend dat deze maatregel moet worden verfijnd om de juiste doelgroep te bereiken.

Het is dus verstandig in een zo complex domein als onze ziekteverzekering, dat raakt aan een fundamenteel recht op verzorging van elke burger, zowel slogantaal te vermijden als oplossingen die niet in al hun consequenties zijn getoetst. In die context moet ook de omzichtigheid worden geïnterpreteerd waarmee de commissie artikel 77 van het oorspronkelijk ontwerp, dat in de aanvaarde tekst artikel 81 is geworden, heeft behandeld.

Het is verheugend vast te stellen dat een eminent collega senator, die zich in het verleden nogal eens liet verleiden tot boude uitspraken over ongeoorloofde transfers van het ene landsdeel naar het andere, tot het besef is gekomen hoe gevaarlijk een dergelijke houding kan zijn ten aanzien van de tegenstanders van de solidariteit tussen de sterken en de zwakken. Zulke uitspraken worden dankbaar gebruikt door degenen die een stelsel voorstaan waarin iedereen voor zichzelf zorgt.

Men gooit de beschaving niet te grabbel, maar de wetgever heeft het recht te eisen dat de wet overal, in identieke omstandigheden, op een identieke manier wordt toegepast. Dat is ook het standpunt dat de SP steeds heeft verdedigd.

De aanvaarde tekst beantwoordt aan de dubbele bekommernis de solidariteit tussen de burgers inzake de ziekteverzekering te herbevestigen en het Parlement zijn volle verantwoordelijkheid te doen opnemen voor de vaststelling van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen zodra de daartoe opgelegde commissie haar werkzaamheden zal hebben beëindigd, ten laatste één jaar na de inwerkingtreding van de wet.

Wij zijn dus, zoals gezegd, niet aan het eindpunt gekomen. Het beheer van de ziekteverzekering blijft zorgen baren omdat het, meer nog dan dat van de werkloosheidsverzekering, afhankelijk is van voortdurend fluctuerende inkomsten, enerzijds, en van tal van externe factoren die het verbruik bepalen, anderzijds.

Wij kunnen ook niet voorbij gaan aan het met de dag dringender noodzakelijk worden van maatregelen tot beperking van het verzorgingsaanbod. Na Nederland komt er nu ook een signaal uit Frankrijk, waar een numerus clausus, via een toelatingsexamen, sinds 1981 de toegang tot het beroep van kinesitherapeut tot een vastgelegd aantal studenten beperkt. Ik las nog vorige week in een artikel in een Frans weekblad dat het evenwicht aldus tussen vraag en aanbod bereikt, in het gedrang wordt gebracht: « Avec la libre circulation dans la CEE des hommes et des compétences, cet équilibre pourrait bien être menacé. Plusieurs centaines de kinésithérapeutes belges ont déjà déposé un dossier pour ouvrir un cabinet en France. »

Het lijkt mij zinloos hier voor de zoveelste maal het debat te openen om uit te maken wie verantwoordelijk is voor de huidige situatie, omdat alle beslissingen altijd worden genomen in een context van tijd en omstandigheden.

Wij bedrijven op een meer positieve manier politiek wanneer wij vandaag, in het licht van de huidige elementen van het dossier, onze verantwoordelijkheden opnemen. De constante budgettaire problemen mogen niet beletten dat wij ook maatregelen nemen die slechts over enkele jaren effect hebben. Het ware dan ook nuttig van de minister te vernemen tot welke resultaten de gesprekken ter zake met de gemeenschapsministers hebben geleid.

In het kader van de verantwoordelijkheden van de toekomstige beheersorganen van het RIZIV lijkt het mij ook nuttig te wijzen op de noodzaak een coördinatie tot stand te brengen met de organisaties die buiten het RIZIV beslissingen nemen die een rechtstreekse invloed hebben op de uitgaven. Ik wil hier als voorbeeld even verwijzen naar een wijziging inzake het bevoegd paritair comité, waardoor de lonen in de orthopedische sector buiten medeweten van de onderhandelaars in de conventiecommissie van het RIZIV dermate zijn aangepast dat de overeengekomen tarieven nog onmogelijk kunnen blijven gehandhaafd. Van de

meenuitgaven die deze wijziging meebrengt voor de ziekteverzekering, kan alleen akte worden genomen. Dit is maar een voorbeeld tussen vele om te wijzen op de noodzaak van een gecoördineerd beleid. De beheerders van de ziekteverzekering zullen in de toekomst goed management moeten voeren om de enorme uitdagingen waarvoor zij staan het hoofd te bieden. Ik geloof echter dat het stelsel dat wij hebben opgebouwd, het waard is. Als SP zullen wij dit wetsontwerp dan ook goedkeuren. (*Applaus.*)

**M. le Président.** — La parole est à Mme Delcourt.

**Mme Delcourt-Pêtre.** — Monsieur le Président, je voudrais tout d'abord souligner combien la nouvelle parlementaire que je suis a apprécié le travail que nous avons pu réaliser en commission des Affaires sociales, lors de l'examen du projet de loi soumis aujourd'hui au Sénat.

Ce projet de loi propose une réforme des structures qui assurent la gestion de l'assurance maladie-invalidité dans le cadre de la sécurité sociale.

Cette réforme a été guidée par des préoccupations budgétaires. Les dépassements des coûts en soins de santé menacent non seulement l'équilibre, mais aussi la viabilité du système de l'assurance maladie.

Dans ses objectifs, la réforme proposée a donc une portée limitée. Toutefois, parce qu'elle se situe dans un secteur sensible de la sécurité sociale, celui qui a charge de faire face aux dépenses de santé de la population, il s'agit de considérer avec beaucoup d'attention les effets qu'elle peut produire sur les objectifs mêmes du système.

La maîtrise des dépenses en soins de santé est certainement à resituer dans le cadre d'un objectif plus vaste qui doit tenter de définir une politique de santé publique, qui tienne compte des évolutions démographiques et technologiques de la société, et qui recherche constamment à assurer dans ce contexte une meilleure prévention et une meilleure couverture des risques encourus par chacun des citoyens.

L'objectif final de la politique de santé doit consister à prendre en considération les multiples aspects que devraient recouvrir la prévention, l'accès aux soins, la relation malade-médecin, la politique hospitalière, la problématique des médicaments, la responsabilisation de tous les acteurs de la santé.

A cet égard, un débat plus fondamental a été souhaité par les membres de la commission des Affaires sociales en vue d'une réforme structurelle du système d'assurance maladie. Ce débat devra avoir lieu avec tous les partenaires concernés. Il faut souligner qu'une couverture plus fine des risques de santé, une meilleure surveillance médicale, un confort accru pour les personnes malades, les handicapés, les personnes âgées, de meilleures conditions de travail pour tous les prestataires de soins justifient la croissance des coûts en soins de santé.

Certains membres de la commission, et le ministre des Affaires sociales lui-même, ont souligné le fait que notre pays a développé un niveau élevé d'accessibilité aux soins et une qualité certaine des prestations de santé. Ces aspects essentiels de la politique de santé vont de pair avec une affectation plus importante des ressources.

Mais ils sont liés aussi au fondement même de l'assurance sociale, à son caractère individuel, dans la logique de la solidarité collective assurée par les partenaires sociaux, complétée par l'intervention de l'Etat. Une première question reste fondamentalement posée, celle d'une maîtrise des coûts en soins de santé, compatible avec une amélioration continue pour tous de notre système de santé publique. Une deuxième question découle de la première. Elle met la priorité sur la sauvegarde du système de l'assurance maladie-invalidité qui permet d'assurer cette politique de santé.

Comme le ministre l'a souligné en commission, notre système d'assurance n'est certes pas en faillite. Un dépassement budgétaire annuel récurrent de l'ordre de dix à quinze milliards nous oblige cependant à être vigilants sur le plan des dépenses.

Le projet de loi qui nous est soumis insiste plus particulièrement sur deux aspects : une meilleure maîtrise des coûts et une responsabilisation de tous les acteurs.

En ce qui concerne la maîtrise des coûts, la commission a longuement débattu de deux aspects : la question des différences observées au nord et au sud du pays en termes de recettes et de dépenses de soins de santé et celle du contrôle de l'offre de soins.

Plusieurs membres de la commission ont souligné la nécessité d'approcher, avec prudence et de façon non simplificatrice, la notion de transfert. En fait, la notion de transfert est fondamentalement liée à l'essence même du système, à la notion de solidarité entre des personnes. Elle repose sur l'assistance des actifs aux inactifs, des bien portants aux malades à travers la redistribution des revenus.

Le risque de la maladie, assuré collectivement, intègre la manière dont se répercutent, sur la santé de chaque individu, les conséquences du contexte socio-économique, des conditions de travail ou de chômage, des conditions de logement et de vie familiale.

Des différences, observables entre la Flandre et la Wallonie, entre certaines sous-régions de Flandre comme certaines sous-régions de Wallonie, sont liées à ces facteurs objectifs qui évoluent d'ailleurs historiquement et qui ne signifient nullement que les règles du jeu ne sont pas respectées. D'ailleurs, les différentes études qui se sont attachées à analyser les transferts entre la Flandre et la Wallonie doivent faire l'objet d'un regard critique quant aux pourcentages présentés. Ces études, qu'elles émanent du Dulbéa, de la KUL ou des mutualités chrétiennes, mettent en évidence le fait qu'une partie substantielle des différences de consommation médicale pourrait s'expliquer par des facteurs sociodémographiques. Certes, il y a des zones d'ombre mais elles doivent être relativisées. Selon les mutualités chrétiennes, ce qui pourrait être considéré comme transfert opéré par ces différences de consommation médicale entre Régions pourrait être évalué à 3,5 milliards pour le régime des salariés dont le budget annuel atteint près de 270 milliards.

En fait, seul le paragraphe 2 de l'article 12 du projet de loi évoque la manière dont, politiquement, le problème des transferts a été évoqué. Il prévoit l'établissement d'un rapport circonstancié sur l'application uniforme de la législation. Il devra être transmis au Gouvernement par le conseil général. Ce rapport devra comprendre « l'évaluation d'éventuelles distorsions injustifiées et de propositions visant à les corriger ».

Il faudrait éviter, lors de cette évaluation, la confusion entre le strict respect des règles du jeu et les différences observées dans l'application de ces règles qui sont liées aux conditions socio-économiques et culturelles dans lesquelles les assurés sociaux font face au risque de la maladie.

Du côté de l'offre de soins, une mesure vient s'ajouter dans l'actuel projet de loi à celles décidées antérieurement par les commissions de conventions en matière de remboursement des médicaments, de radiologie et de biologie clinique ambulatoire : il s'agit de l'institutionnalisation des commissions de profils qui seront chargées d'une évaluation individuelle des prestations sur base de critères statistiques.

On attend beaucoup de ces commissions de profils. Des études semblent indiquer que les phénomènes de surprescription sont localisés chez un très faible pourcentage de prestataires de soins.

Le PSC tient à souligner que le corps médical dans son ensemble exerce avec compétence la responsabilité de ses missions.

La responsabilisation des acteurs constitue le deuxième volet du projet de réforme. Elle a fait l'objet de débats et d'amendements adoptés par la commission des Affaires sociales au travail de laquelle mon groupe a contribué.

La responsabilisation des acteurs se lit en filigrane de la composition et de la répartition des voix délibératives au sein du Conseil général de l'assurance soins de santé, telle qu'elle est prévue par la modification de l'article 11 de la loi de 1963. La responsabilité du Gouvernement, des partenaires sociaux et des organismes assu-

reurs est clairement affirmée par ce partage égal de l'attribution des voix. Ainsi, non seulement ceux qui paient, mais aussi ceux qui gèrent, s'engagent à assumer la responsabilité de la gestion. Il est regrettable qu'un accord n'ait pu être obtenu sur une représentation avec voix délibérative des prestataires de soins. Ces derniers pourront être informés, prendre connaissance des différents points de vue des autres acteurs, en laissant la décision aux autres partenaires de l'assurance maladie.

Même s'il faut éviter un conseil général pléthorique, les autres représentants de prestations de soins que les médecins et les gestionnaires d'établissements hospitaliers devraient pouvoir être concernés par les décisions du conseil général. C'est ce qui a amené la commission à voter un amendement qui porte à huit le nombre des membres ayant voix consultative.

La responsabilisation des acteurs ne peut toutefois se limiter à une modification des structures de gestion. On mesure ici le caractère limité de la réforme.

La responsabilisation des acteurs fait appel à des notions éthiques et à une vision politique globale de la santé, qui implique l'éducation à la santé, le contrôle de l'utilisation de ressources distribuées par les organismes assureurs et des prescriptions des prestataires de soins, la mise en œuvre et l'évaluation des législations.

L'éducation à la santé n'était pas abordée du tout par le projet de loi — ce n'était pas son objet — mais elle a été évoquée, à certains moments, par des membres de la commission. Elle est à « resituer » dans le cadre de la politique de prévention et doit être assurée, dans le cadre des réformes institutionnelles, par les Régions et les Communautés, dans une perspective d'éducation permanente.

Toutefois, les organismes assureurs jouent, dans ce domaine, un rôle qui a été souligné par certains membres de la commission.

Les mutuelles ne peuvent être considérées comme de simples tiroirs-caisses chargés du remboursement des prestations de soins. Leur proximité de terrain avec les personnes en font des interlocuteurs privilégiés des problèmes de santé tels que les gens les vivent, mêlés à l'ensemble de leur histoire personnelle et sociale.

Cette fonction sociale doit pouvoir être reconnue et dynamisée en même temps que leur responsabilité d'organisme assureur.

La responsabilité des organismes assureurs a fait, elle aussi, l'objet de longues discussions en commission. L'article 77 du projet de loi prévoit qu'une commission d'enquête sera mise en place pour réunir les modalités de répartition des ressources entre organismes assureurs, en fonction de critères objectifs dont nous avons vu qu'ils déterminent l'état de santé et l'accès aux soins des assurés sociaux.

Si l'application de ces critères ne permet pas de justifier des déficits « qui découleraient d'une exécution inadéquate des contrôles prévus ou de fautes de gestion manifestes », l'institution concernée devra en assurer la responsabilité, mais les assurés ne pourront pas en subir les conséquences dans le cadre de l'assurance obligatoire et les déficits éventuels ne peuvent être répercutés sur les autres mutualités. Il faut souligner la déclaration que le ministre a faite, en commission, à ce propos au nom du Gouvernement.

La vigilance s'impose pour que les résultats du travail de la commission d'enquête débouchent enfin sur un réel contrôle de la responsabilité financière des mutuelles qui ne soit pas limité aux frais d'administration — ceux-ci ne représentent qu'un faible pourcentage des dépenses de l'assurance maladie — mais à l'ensemble de l'utilisation des ressources.

Depuis quelques années, les coûts des soins de santé à charge des citoyens ont insidieusement augmenté: supplément pour prothèses, médicaments non remboursés ou moins remboursés, participation personnelle plus élevée dans le coût de l'hospitalisation, etc.

Cette tendance risque, à terme, de réduire la couverture de notre régime d'assurance obligatoire et d'ouvrir la porte aux assurances privées qui entraîneront des inégalités d'accès plus grandes aux soins de santé pour l'ensemble des citoyens. L'effort consenti par les assurés sociaux en raison de l'augmentation de la cotisation en soins de santé — qui était déjà élevée — contribue certainement à rencontrer ce problème.

D'autres initiatives devront être prises qui valorisent la qualité des soins dans le cadre d'une politique de maîtrise des coûts.

J'ai épinglé deux de ces propositions. La première tend à valoriser la profession de médecin généraliste. Ce dernier peut jouer un rôle dans la responsabilisation des patients et expliciter davantage la maîtrise de la consommation des médicaments. Une deuxième proposition, liée au vieillissement de la population, concerne l'idée d'une assurance dépendance qui a été préconisée dans le projet de loi. Cette initiative répond à la préoccupation de garantir la qualité des soins et l'accompagnement indispensable aux personnes âgées nécessitant des soins importants.

Cette assurance dépendance devrait couvrir des frais non médicaux que les personnes âgées ne peuvent supporter. Elle devra tenir compte de l'organisation actuelle des soins aussi bien dans le cadre de l'hôpital et des maisons de repos et de soins qu'au domicile des personnes âgées, en tenant compte de l'importance de sauvegarder au maximum le maintien à domicile avec les exigences d'aide qui en découlent pour la vie journalière.

La gestion responsable de tous les acteurs paraît prioritaire pour sauvegarder le régime d'assurance obligatoire de l'assurance maladie.

L'actuel projet de loi prévoit des modifications structurelles en vue d'en assurer la viabilité. Encore faut-il que les décisions prises soient mises en œuvre dans les délais prévus et qu'elles soient évaluées. Il y va de la crédibilité de tous les acteurs concernés et de la fiabilité du système.

C'est dans cet esprit que mon parti apportera son soutien à l'actuel projet de réforme. (*Applaudissements.*)

**M. le Président.** — Nous poursuivrons cette discussion cet après-midi à 14 heures.

Wij zetten deze bespreking voort vanmiddag om 14 uur.

La séance est levée.

De vergadering is gesloten.

(*La séance est levée à 12 h 50 m.*)

(*De vergadering wordt gesloten om 12 h 50 m.*)