1 - 1414/1

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 1998-1999

28 AVRIL 1999

L'accessibilité des soins de santé pour les patients atteints de pathologies graves et de maladies chroniques

RAPPORT

SUR LES AUDITIONS
FAIT AU NOM
DE LA COMMISSION
DES AFFAIRES SOCIALES
PAR M. **D'HOOGHE**

Ont participé aux travaux de la commission :

1. Membres effectifs : Mme Van der Wildt, présidente; M. Buelens, Mme Cantillon, MM. G. Charlier, Coene, Mme Delcourt-Pêtre, MM. Destexhe, Hazette, Mmes Maximus, Merchiers, Nelis-Van Liedekerke, MM. Olivier, Poty, Santkin et D'Hooghe, rapporteur.

2. Membres suppléants : M. Ph. Charlier, Mme Cornet d'Elzius, MM. Devolder, Happart, Mme Leduc et M. Moens.

3. Autre sénatrice : Mme Dardenne.

BELGISCHE SENAAT

ZITTING 1998-1999

28 APRIL 1999

De toegang tot de gezondheidszorg voor patiënten met zware pathologische verschijnselen en chronische aandoeningen

VERSLAG

OVER DE HOORZITTINGEN
NAMENS DE COMMISSIE VOOR
DE SOCIALE AANGELEGENHEDEN
UITGEBRACHT
DOOR DE HEER **D'HOOGHE**

Aan de werkzaamheden van de Commissie hebben deelgenomen :

1. Vaste leden : mevrouw Van der Wildt, voorzitster; de heer Buelens, mevrouw Cantillon, de heren G. Charlier, Coene, mevrouw Delcourt-Pêtre, de heren Destexhe, Hazette, de dames Maximus, Merchiers, Nelis-Van Liedekerke, de heren Olivier, Poty, Santkin en D'Hooghe, rapporteur.

2. Plaatsvervangers : de heer Ph. Charlier, mevrouw Cornet d'Elzius, de heren Devolder, Happart, mevrouw Leduc en de heer Moens.

3. Andere senator : mevrouw Dardenne.

SOMMAIRE

	Pages
Introduction	3
Partie I. Situation générale de la problématique	5
I. Audition avec un représentant de la Fondation Roi Baudouin	5
II. Audition de l'Institut scientifique de santé publique Louis Pasteur	16
III. Audition de représentants des CPAS	27
IV. Audition de représentants de l'Union des villes et communes belges	42
V. Audition de représentants du Conseil supérieur national des handicapés	54
Partie II. Les organismes assureurs	70
I. Audition de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes	70
II. Audition de l'Union nationale des mutualités socialistes	100
III. Audition de l'Union nationale des mutualités libérales	117
IV. Audition de la Fédération nationale des mutualités neutres	123
V. Audition de la Fédération des mutualités indépendantes	125
Partie III. Les médicaments	142
I. Audition des représentants du ministère des Affaires économiques sur le prix des médicaments	142
II. Audition des représentants de l'industrie du médicament	149
Partie IV. Les prestataires de soins	173
I. Audition de représentants de l'Association pharmaceutique belge	173
II. Audition des représentants de l'Association professionnelle des bandagistes et orthopédistes de Belgique	192
III. Audition des représentants des organisations de médecins ABSYM et « Le Cartel »	209
Partie V. L'INAMI et les pouvoirs publics	222
I. Audition des représentants de l'INAMI	222
II. Échanges de vues avec la ministre des Affaires sociales	250
Partie VI. Recommandations de la commission	262

INHOUD

	Blz.
Inleiding	3
Deel I. Algemene situering van de problematiek	5
I. Hoorzitting met een vertegenwoordiger van de Koning Boudewijnstichting	5
II. Hoorzitting met het Wetenschappelijk instituut volksgezondheid-Louis Pasteur	16
III. Hoorzitting met vertegenwoordigers van OCMW's	27
IV. Hoorzitting met vertegenwoordigers van de Vereniging van Belgische steden en gemeenten	42
V. Hoorzitting met vertegenwoordigers van de Nationale Hoge Raad voor gehandicapten	54
Deel II. De verzekeringsinstellingen	70
I. Hoorzitting met de Landsbond der christelijke mutualiteiten	70
II. Hoorzitting met het Nationaal verbond van socialistische mutualiteiten	100
III. Hoorzitting met de Landsbond van liberale mutualiteiten	117
IV. Hoorzitting met de Landsbond van neutrale ziekenfondsen	123
V. Hoorzitting met de Landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen	125
Deel III. De geneesmiddelen	142
I. Hoorzitting met vertegenwoordigers van het ministerie van Economische Zaken over de prijs van geneesmiddelen	142
II. Hoorzitting met vertegenwoordigers van de geneesmiddelenindustrie	149
Deel IV. De zorgverstrekkers	173
I. Hoorzitting met vertegenwoordigers van de Algemene Pharmaceutische Bond	173
II. Hoorzitting met vertegenwoordigers van de Beroepsvereniging der bandagisten en orthopedisten van België	192
III. Hoorzitting met vertegenwoordigers van de artsenorganisaties BVAS en « Het Kartel »	209
Deel V. Het RIZIV en de overheid	222
I. Hoorzitting met vertegenwoordigers van het RIZIV	222
II. Gedachtewisseling met de minister van Sociale Zaken	250
Deel VI. Aanbevelingen van de commissie	262

INTRODUCTION

Dans un passé récent, la commission des Affaires sociales a été confrontée à plusieurs reprises à des problèmes touchant à l'accès aux soins de santé, qui frappent en particulier les groupes sociaux les plus faibles ainsi que les malades chroniques et les patients souffrant d'une pathologie grave.

Afin de mieux mesurer l'étendue de ces problèmes, la commission a organisé, au cours de l'année écoulée, des auditions de représentants de plusieurs institutions et associations qui ont une responsabilité dans ce secteur.

La première partie de ce rapport rassemble les auditions dont le but était de donner une vue d'ensemble de la question. Comme l'accès aux soins de santé constituait une partie importante du Rapport général sur la pauvreté, de la Fondation Roi Baudouin, on a demandé à cette organisation de situer la problématique dans le cadre plus général de la lutte contre la pauvreté.

Pour avoir une idée de la situation sur le terrain, la commission a aussi procédé à l'audition des CPAS de deux grandes villes (Bruxelles et Anvers) et d'une commune de taille moyenne (Roulers). Par ailleurs, un échange de vues a aussi eu lieu avec les sections d'aide sociale — Flandre, Bruxelles et Wallonie — de l'Association des villes et communes belges.

Enfin, un échange de vues a eu lieu, dans ce cadre, avec le Conseil national supérieur des handicapés, qui représente un groupe de patients qui nécessitent des soins entraînant des dépenses élevées.

La partie II rassemble les discussions qui ont eu lieu avec les organismes assureurs représentés au sein du collège intermutualiste de l'INAMI, qui ont chacun donné leur vision du problème.

La partie III contient les auditions relatives aux médicaments qui représentent, certainement pour les malades chroniques, une part considérable des dépenses. La commission a eu, à cet égard, un échange de vues avec des représentants du département des Affaires économiques, lequel est responsable du contrôle des prix des médicaments, ainsi que de l'Association générale de l'industrie pharmaceutique.

La partie IV rassemble les auditions de plusieurs représentants des dispensateurs de soins, à savoir l'Association pharmaceutique belge, l'Union professionnelle des bandagistes et orthopédistes de Belgique et, enfin, les organisations de médecins ABSYM et Le Cartel.

Dans la partie V enfin, l'INAMI et la ministre des Affaires sociales donnent leur vision de la question.

INLEIDING

In het recente verleden werd de commissie voor de Sociale Aangelegenheden bij herhaling geconfronteerd met problemen inzake de toegankelijkheid van de medische hulpverlening, in het bijzonder bij de sociaal zwakkere groepen en bij de chronisch zieken en de patiënten met een zware pathologie.

Teneinde een beter inzicht te krijgen in deze problematiek heeft de commissie het voorbije jaar hoorzittingen georganiseerd met een aantal instanties en groeperingen die in de sector een verantwoordelijkheid dragen.

In deel I van dit verslag worden de hoorzittingen samengebracht die tot doel hadden een algemeen beeld te krijgen van het probleem. Aangezien de toegang tot de gezondheidszorg een belangrijk onderdeel vormde van het Algemeen Verslag over de Armoede van de Koning Boudewijnstichting, werd op deze organisatie een beroep gedaan om de problematiek te situeren in een meer algemeen kader van armoedebestrijding.

Om een inzicht te krijgen in de toestand in het veld werden tevens hoorzittingen georganiseerd met de OCMW's van twee grote steden (Brussel en Antwerpen) en één middelgrote stad (Roeselare). Daarnaast heeft ook een gedachtewisseling plaatsgevonden met de afdelingen maatschappelijk welzijn — Vlaanderen, Brussel en Wallonië — van de Vereniging van Belgische steden en gemeenten.

Ten slotte had in dit kader een gedachtewisseling plaats met de Hoge Raad voor gehandicapten, die een groep patiënten met hoge kosten vertegenwoordigt.

In deel II worden de gesprekken samengebracht met de verzekeringsinstellingen, vertegenwoordigd in het Intermutualistisch College van het RIZIV, die elk hun visie op de problematiek hebben gegeven.

Deel III omvat de hoorzittingen met betrekking tot de geneesmiddelen die, zeker voor de chronische patiënten, een zeer groot aandeel van de uitgaven voor hun rekening nemen. De commissie had in dit verband een gedachtewisseling met vertegenwoordigers van het departement Economische Zaken, dat verantwoordelijk is wat de prijscontrole van de geneesmiddelen en met de Algemene Vereniging van de geneesmiddelenindustrie.

In deel IV worden de hoorzittingen samengebracht met een aantal vertegenwoordigers van zorgverstrekkers, namelijk de Algemene Farmaceutische Bond, de Beroepsvereniging der bandagisten en orthopedisten en tenslotte de artsenorganisaties BVAS en Het Kartel.

In deel V tenslotte geven de administratie van het RIZIV en de minister van Sociale Zaken hun visie op de problematiek.

La commission est consciente que ses travaux ne mettent pas un point final au débat sur l'accessibilité des soins de santé. Elle espère cependant avoir rassemblé un certain nombre de données et d'opinions qui peuvent s'avérer utiles en vue de la poursuite du dialogue sur cette question.

De commissie is er zich van bewust dat hiermee het debat rond de toegankelijkheid van de gezondheidszorg helemaal niet is afgerond. Zij hoopt evenwel een aantal gegevens en opinies te hebben samengebracht die nuttig kunnen zijn met het oog op het voortzetten van de dialoog over deze materie.

PARTIE I

Situation générale de la problématique

I. AUDITION AVEC UN REPRÉSENTANT DE LA FONDATION ROI BAUDOUIN (1)

Depuis la publication du Rapport général sur la pauvreté, la Fondation Roi Baudouin n'a réalisé aucune étude sur le thème de l'accès aux soins de santé. Voilà pourquoi, dans son exposé, le représentant de la Fondation se basera sur le rapport annuel consacré à la situation en matière de pauvreté et d'exclusion dans la Région bruxelloise (1995), pour lequel il a réalisé une évaluation de la politique en matière de pauvreté de dix CPAS bruxellois de communes à problèmes. L'annuaire de la pauvreté et de l'exclusion sociale de l'UFSIA offre également des informations intéressantes sur le sujet.

Il convient également de tenir compte du fait que, dans notre pays, peu d'études systématiques sont consacrées aux inégalités dans le secteur des soins de santé.

A. Analyse de la problématique

Le point de départ du Rapport général sur la pauvreté était le contexte de vie concret du groupe de population qui se trouve au bas de l'échelle sociale. Pour ce groupe, directement concerné par la publication du rapport, quatre domaines étaient essentiels pour une politique de lutte contre la pauvreté. Ces domaines sont, par ordre de priorité :

— La famille, le bien-être et la santé;
— Le travail et la protection sociale;
— L'habitat et le cadre de vie;
— La culture et l'enseignement.

Fait important, ces quatre domaines étaient situés par les intéressés dans le secteur des droits fondamentaux. Ils considéraient le droit à la santé, le droit au travail, le droit à une habitation viable comme autant de droits fondamentaux dont chacun devrait pouvoir bénéficier.

L'interaction entre les différents domaines de politique s'avère tout aussi importante. Le droit à la santé ne peut pas être approché de façon isolée du contexte général en matière de pauvreté et d'exclusion sociale. Une politique axée sur l'élimination des inégalités dans le domaine des soins de santé ne peut réussir que si elle a aussi pour but d'enregistrer des progrès dans d'autres domaines vitaux.

(1) Audition de M. P.M. Neirinckx, le 16 décembre 1997.

DEEL I

Algemene situering van de problematiek

I. HOORZITTING MET EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE KONING BOUDEWIJNSTICHTING (1)

De heer Neirinckx merkt op dat de Koning Boudewijnstichting zelf, sinds de publicatie van het Algemene verslag over de armoede geen specifiek onderzoek heeft gedaan rond het thema van de toegang tot de medische hulpverlening. Vandaar dat hij tijdens zijn uiteenzetting ook zal steunen op het jaarverslag over de toestand op het vlak van de armoede en de uitsluiting in het Brussels Gewest (1995) waarin een evaluatie wordt gemaakt van het armoedebeleid van 10 Brusselse OCMW's van probleemgemeenten. Ook het «jaarboek armoede en sociale uitsluiting» van de UFSIA biedt interessante informatie over deze aangelegenheid.

Bij dit alles moet men wel voor ogen houden dat er in ons land weinig systematisch onderzoek is naar ongelijkheden in de sector van de gezondheidszorg.

A. Analyse van de problematiek

Het uitgangspunt van het Algemeen verslag over de armoede was de concrete ervaringswereld van de bevolkingsgroep die onderaan de sociale ladder staat. Deze groep, die rechtstreeks bij het ontstaan van het verslag betrokken was, zag vier levensdomeinen als essentieel voor een armoedebeleid. Deze zijn in orde van prioriteit :

— Gezin, welzijn en gezondheid;
— Arbeid en sociale bescherming;
— Wonen en leefomgeving;
— Cultuur en onderwijs.

Belangrijk hierbij is dat deze vier domeinen door de betrokkenen werden gesitueerd in het domein van de grondrechten. Zij beschouwen het recht op gezondheid, het recht op arbeid, het recht op een leefbare woning als fundamentele rechten die aan eenieder moeten worden gegarandeerd.

Even belangrijk is de interactie tussen de diverse beleidsdomeinen. Het recht op gezondheid kan niet geïsoleerd worden benaderd van de algemene achtergrond op het vlak van armoede en sociale uitsluiting. Een beleid gericht op het wegwerken van de ongelijkheid in de gezondheidszorg kan alleen slagen als het tot doel heeft ook in de andere levensdomeinen vooruitgang te boeken.

(1) Hoorzitting van 16 december 1997, met de heer P.M. Neirinckx.

Cela signifie qu'à la base d'un débat sur l'accès aux soins de santé, le concept de pauvreté doit être clairement défini. À ce niveau, nous pouvons recourir à la description fournie voici plusieurs années dans l'annuaire « Pauvreté et Exclusion sociale » de Jan Vrancken, dans lequel ce concept était décrit au moyen de cinq composantes essentielles :

1. La pauvreté est un enchevêtrement d'infériorisations; il s'agit donc d'un phénomène dynamique.

2. Cet enchevêtrement porte sur plusieurs domaines de l'existence individuelle et collective des personnes vivant dans un état de pauvreté.

3. La pauvreté s'enracine principalement dans une position marginale par rapport au processus de production.

4. La décomposition de la société qui en découle a pour conséquence que les pauvres se voient exclus des mode de vie généralement acceptés par ladite société.

5. Les pauvres ne sont pas en mesure de combler eux-mêmes le fossé.

Les nombreux faits et témoignages figurant dans le Rapport général procurent une image des difficultés de diverses natures auxquelles les pauvres sont quotidiennement confrontés :

— La pauvreté signifie que l'on porte un stigmate social. Le pauvre se voit affublé d'une étiquette qui le marginalise de plus belle et qu'il aura à porter toute sa vie.

— Les revenus sont tellement bas que la vie se résume à une lutte pour maintenir la tête hors de l'eau sur le plan matériel.

— Le pauvre n'a pas de travail, ou tout au plus une occupation incertaine ou malsaine.

— Le pauvre est mal logé.

— Les enfants de parents pauvres sont stigmatisés et marginalisés à l'école, ce qui est à l'origine de l'« hérédité » de la pauvreté.

— Le pauvre n'a pas accès aux possibilités de détente dont jouissent les autres citoyens. Il ne peut ni partir en vacances ni participer aux événements culturels.

— Il subit plus que les autres citoyens les aspects négatifs de la bureaucratie et de l'administration publique.

— L'accès au système juridique leur est beaucoup plus difficile qu'aux autres citoyens.

Les problèmes que les pauvres rencontrent sur le plan de la santé ne peuvent être dissociés de ces situations, qui soumettent à une pression constante les personnes qui sont dans le besoin et qui leur causent un stress permanent.

Dit betekent dat aan de basis van een debat over de toegang tot de gezondheidszorg een duidelijke omschrijving moet liggen van het begrip armoede. Hiervoor kan de omschrijving gelden die al enkele jaren wordt gehanteerd in het jaarboek « Armoede en maatschappelijke uitsluiting » van Jan Vrancken en waarbij het begrip wordt omschreven vanuit vijf essentiële componenten :

1. Armoede is een netwerk van achterstellingen; het is derhalve een dynamisch gegeven.

2. Dit netwerk strekt zich uit over meerdere gebieden van het individuele en collectieve bestaan van de personen die in armoede leven.

3. De armoede wortelt hoofdzakelijk in een marginale positie tegenover het productieproces.

4. De scheiding van de samenleving die hieruit voortvloeit heeft tot gevolg dat de armen uitgesloten raken van de algemeen aanvaarde leefpatronen van die samenleving.

5. De armen zij niet in staat zelf deze kloof te overbruggen.

De talrijke feiten en getuigenissen in het Algemeen verslag geven een beeld van de moeilijkheden waarmee de arme dagdagelijks te kampen heeft en die van velerlei aard zijn :

— Armoede betekent dat men met een maatschappelijk stigma beladen is. De arme krijgt een etiket opgeplakt dat hem nog meer marginaliseert en dat hij heel zijn leven meedraagt.

— Het inkomen is zo laag dat het leven wordt getekend door de strijd om materieel het hoofd boven water te houden.

— De arme heeft geen werk of hooguit een onzekere of ongezonde betrekking.

— De arme is slecht gehuisvest.

— De kinderen van arme ouders worden op school gestigmatiseerd en gemarginaliseerd, wat een van de oorzaken is van de « erfelijkheid » van armoede.

— De arme heeft geen toegang tot de ontspanningsmogelijkheden die de andere burger wel heeft, hij kan niet met vakantie en komt niet in aanraking met culturele evenementen.

— Hij ondergaat meer dan andere burgers de negatieve aspecten van de bureaucratie en de overheidsadministratie.

— De toegang tot het rechtssysteem is voor hem veel moeilijker dan voor andere burgers.

De problemen die armen hebben op het vlak van de gezondheid, kunnen niet los worden gezien van deze situaties die een constante druk leggen op de persoon van de behoeftige en een permanente oorzaak van stress zijn.

1. Causes des problèmes de santé

Pour quelle raison les problèmes en matière d'inégalité pour ce qui est du bénéfice des soins de santé se manifestent-ils en premier lieu chez les plus démunis ?

a) Les revenus

Il convient de mentionner tout d'abord le problème des revenus. Le minimum d'existence pour une personne isolée est actuellement de 22 000 francs par mois. Un tiers ou une moitié de cette somme est consacrée au logement. Une journée en chambre double dans un hôpital coûte actuellement quelque 1 100 francs, sans parler des honoraires de médecins et du coûts de certains soins. On peut dès lors s'imaginer les problèmes que rencontrent les minimexés qui doivent être hospitalisés huit jours et qui ne sont, bien souvent, pas assurés.

La situation financière est également un obstacle important en matière de soins de santé préventifs. Pour les pauvres, vivre c'est souvent survivre. Leur alimentation est malsaine, ils font peu de sport. Les visites préventives nécessaires chez le médecin ou le dentiste sont systématiquement exclues. Une étude réalisée par une revue médicale a fait apparaître une pratique dans laquelle des personnes téléphonent au médecin pour prendre un rendez-vous, puis ne se rendent pas à celui-ci. Il semblerait qu'elles s'efforcent d'obtenir un minimum de conseils sans devoir payer de consultation.

Lorsqu'elles se rendent quand même chez le médecin, elles sont bien souvent dans l'impossibilité de suivre le traitement ou d'acheter les médicaments prescrits.

Les obstacles financiers ont donc pour conséquence que la personne démunie se retrouve dans un cercle vicieux. En raison du report des soins médicaux et des habitudes alimentaires et de vie malsaines, la santé générale se dégrade et une aide médicale plus importante devient nécessaire. La maladie acquiert un caractère chronique et une hospitalisation s'impose.

Ce phénomène s'aggrave encore chez les personnes qui présentent un risque plus grand au niveau de la santé, comme les enfants ou les personnes âgées. Récemment, l'hôpital du CPAS d'Anvers s'est vu dans l'obligation de refuser un enfant, parce qu'une facture antérieure d'un montant de 190 000 francs était impayée.

b) Problèmes administratifs

Fait presque typique pour les plus démunis, ils sont bien souvent exclus du réseau de prise en charge ordinaire. Pour différentes raisons, les cotisations sociales

1. Oorzaken van de gezondheidsproblemen

Wat zijn de oorzaken van het feit dat de problemen in verband met de ongelijke toegang tot de gezondheidszorg zich eerst bij de armste mensen manifesteren ?

a) Het inkomen

Er zijn vooreerst de problemen met het inkomen. Het bestaansminimum voor een alleenstaande bedraagt momenteel ongeveer 22 000 frank per maand. Hiervan gaat gemiddeld de helft tot een derde naar huisvesting. De ligdagprijs in een tweepersoonskamer in een ziekenhuis bedraagt momenteel ongeveer 1 100 frank, los van de artsenhonoraria en bepaalde kosten voor de verzorging. Men kan zich voorstellen wat de problemen zijn van een gerechtigde op het bestaansminimum die bijvoorbeeld acht dagen moet worden opgenomen en die dan nog vaak niet verzekerd is.

De financiële toestand is ook een belangrijk obstakel inzake de preventieve gezondheidszorg. Voor de arme is leven vaak overleven. Zijn voeding is ongezond, hij doet weinig aan sport enz. Ook de noodzakelijke preventieve bezoeken aan arts of tandarts worden systematisch uitgesteld. Een onderzoek van de *Artsenkrant* wijst op een praktijk waarbij personen telefonisch contact nemen om een afspraak te maken, maar niet op deze afspraak verschijnen. Het lijkt erop dat zij op deze wijze zonder kosten toch trachten een minimum aan advies te verkrijgen.

Wanneer zij toch bij de arts terecht komen zijn zij vaak niet in staat de vereiste behandeling op te volgen of de voorgeschreven medicatie aan te schaffen.

De financiële obstakels hebben dan ook tot gevolg dat de arme in een vicieuze cirkel terecht komt. Door het uitstel van medische verzorging en het ongezonde leef- en eetpatroon verergert de algemene gezondheidssituatie wat op zijn beurt meer ingrijpende medisch hulp noodzakelijk maakt. Het ziektebeeld krijgt een chronisch karakter of er is hospitalisatie noodzakelijk.

Dit fenomeen doet zich nog sterker voor bij groepen met een groter gezondheidsrisico zoals kinderen of bejaarden. Recent heeft zich nog een situatie voorgedaan waarbij het OCMW-ziekenhuis van Antwerpen heeft geweigerd een kind op te nemen omdat een vorige factuur van 190 000 frank niet betaald was.

b) Administratieve problemen

Het is bijna typerend voor de armen dat zij in zeer vele gevallen uitgesloten zijn van het normale opvangnet. Om allerhande redenen zijn er geen bijdragen

n'ont pas été payées et ils ne sont pas affiliés auprès d'une caisse d'assurance-maladie. Lorsque, au moment de leur hospitalisation, on s'efforce de régler la situation par le paiement des cotisations en souffrance, c'est bien souvent peine perdue, parce que les montants dus s'élèvent généralement à plusieurs dizaines de milliers de francs.

Les problèmes administratifs se rencontrent en premier lieu chez les groupes difficilement assurables comme les jeunes en décrochage scolaire, les réfugiés, les petits indépendants aux revenus très faibles, les familles décomposées, les sans domicile fixe et les sans-abri...

c) Logement de mauvaise qualité

Le pauvre vit généralement dans un logement manquant de salubrité. Les logements à bas prix sont bien souvent humides, avec un confort minimum au niveau de l'éclairage, des sanitaires et surtout du chauffage. Ces habitations sont par conséquent concentrées dans un environnement malsain, pauvre en opportunités, comme le long des rings urbains. La végétation s'y fait rare, la pollution est élevée, à l'instar du bruit. Il s'agit bien souvent de quartiers à forte densité de population immigrée, ce qui peut déboucher sur des tensions supplémentaires. Ces maisons sont également trop petites pour le nombre d'habitants, ce qui contribue au manque d'hygiène.

d) Absence de travail ou travail peu valorisant

Dans la majeure partie des cas, les problèmes de revenus sont naturellement liés directement au chômage. Si l'on parvient quand même à décrocher un emploi, il s'agit bien souvent d'un job peu valorisant au niveau de la durée du contrat et des conditions de travail. Bien souvent, il s'agit de jobs dangereux ou malsains.

e) Stress permanent

La précarité, au sens littéral du terme, entraîne des tensions permanentes. Celles-ci résultent non seulement du souci de joindre constamment les deux bouts sur le plan financier, mais aussi des problèmes particuliers qui en découlent. Ainsi, bon nombre de familles vivent dans le risque de voir leurs enfants placés en institution pour des problèmes de santé ou autres. L'on constate également une psychiatrisation des pauvres et des exclus.

Conséquence directe de ce stress, une déchéance prématurée. Pierre Hendrick, de la Maison de la Santé de Molenbeek, a ainsi constaté que beaucoup de ces personnes sont déjà vieilles aux environs de 40-45 ans.

f) Pas de loisirs ni d'activités culturelles

Les pauvres ne partent pas en vacances et n'ont pas accès à la culture, ou seulement très peu. Les consébetaald voor de sociale zekerheid en zijn zij geen lid van een ziekenfonds. Wanneer bij een opname wordt getracht de zaken recht te trekken via het betalen van de achterstallige bijdragen, is dit vaak een hopeloze zaak omdat de verschuldigde bijdragen oplopen tot tienduizenden franken.

De administratieve problemen doen zich in de eerste plaats voor bij de moeilijk verzekerbare groepen zoals jongeren die afhaken op school, vluchtelingen, illegalen, kleine zelfstandigen met zeer lage inkomens, uiteengevallen gezinnen, thuis- en daklozen, ...

c) Slechte huisvesting

De arme woont meestal ook ongezond. De goedkope woningen zijn vaak ook vochtige woningen met een minimum aan comfort inzake verlichting, sanitair en vooral verwarming. Deze woningen zijn dan nog geconcentreerd in een kansarme, ongezonde omgeving, bijvoorbeeld langs de ringlanen van de steden. Er is weinig groen, een hoge graad van pollutie en veel lawaai. Het betreft hier vaak ook buurten met een grote immigrantenbevolking wat aanleiding kan geven tot bijkomende spanningen. De huizen zijn ook te krap voor het aantal bewoners en er is een gebrek aan hygiëne.

d) Geen of minderwaardig werk

De problemen met het inkomen zijn vanzelfsprekend in het overgrote deel van de gevallen een rechtstreeks gevolg van werkloosheid. Indien men toch een betrekking kan bemachtigen, betreft het vaak een minderwaardige job, wat de duur van het contract en de arbeidsvoorwaarden betreft. Dikwijls gaat het ook om gevaarlijk of ongezond werk.

e) Permanente stress

De bestaansonzekerheid in de letterlijke zin van het woord leidt tot permanente spanningen. Deze zijn niet alleen het gevolg van de voortdurende zorg rond te komen op het financiële vlak, maar ook van bijzondere problemen die hiermee samenhangen. Zo leven heel wat gezinnen voortdurend met het risico dat de kinderen, om gezondheids- of andere redenen, in een instelling worden geplaatst. Men stelt ook een psychiatrisering van armoede en uitsluiting vast.

Een rechtstreeks gevolg van deze stress is het fenomeen van de vroegtijdige aftakeling. Zo stelde Dr. Pierre Hendrick van het Maison de la Santé in Molenbeek dat veel van deze mensen oud zijn rond de leeftijd van 40 tot 45 jaar.

f) Geen ontspanning en cultuur

De armsten gaan niet op vakantie en hebben geen of weinig toegang tot cultuur. Dit heeft een weerslag

quences se font sentir sur le sentiment général de bien-être et, indirectement, sur la santé.

2. Nature des problèmes de santé

Dans la précédente partie, nous avons déjà évoqué le syndrome de la déchéance prématurée, liée à la pauvreté. Il appert également de l'étude du professeur Louckx de la VUB que certaines maladies sont nettement plus fréquentes dans les milieux socialement défavorisés. Parmi celles-ci, l'on retrouve les affections respiratoires (*cf.* la récente recrudescence de la tuberculose), le cancer du poumon, les maladies coronariennes, les maladies du système digestif et les problèmes dentaires. Fait encore plus choquant, l'espérance de vie est de quatre à cinq ans plus courte que pour les autres groupes de la population.

En résumé, l'on peut affirmer que différents obstacles influencent la santé des personnes socialement défavorisées. Ces obstacles peuvent être de nature financière, administrative, juridique (pension alimentaire) ou socioculturelle.

La santé n'est pas uniquement influencée par l'accès aux soins médicaux et à la médicalisation : elle l'est aussi par l'enseignement de la santé, la culture générale de la santé et la situation générale de la pauvreté.

M. Neirinckx embraie ensuite sur plusieurs constatations et conclusions de l'Annuaire Pauvreté et Exclusion sociale, 1997, de l'UFSIA.

Il en ressort également que les personnes peu scolarisées avec de faibles revenus vivent moins longtemps, courent davantage le risque d'être atteintes par la maladie et ont moins recours aux soins de santé appropriés. Tout cela doit être envisagé dans le cadre de l'augmentation récente des cas de tuberculose, des manifestations de maladies chroniques et de longue durée face à des cotisations élevées pour les soins médicaux, de la stérilisation des handicapés mentaux aux Pays-Bas et de l'inquiétude sociale que connaît le secteur des soins de santé.

L'annuaire constate également que l'étude portant sur l'accès aux soins de santé est particulièrement pauvre. Parmi les exemples d'études de ce genre, on peut citer :

— Le *«Steunpunt Gezondheid en Samenleving»*, dirigé par le professeur Louckx de la VUB, qui a entre autres constitué une banque de données et qui, chaque année, édite une publication sur les soins de santé et les différences socio-économiques en matière de santé.

— L'étude portant sur des groupes spécifiques de De Muynck et Peeters, 1997, et Louckx, 1996. Il ressort d'une telle étude que chez les femmes, les problèmes de santé les plus fréquents se manifestent chez les travailleuses peu formées, les femmes sans travail et les mères isolées avec enfants.

op het algemene gevoel van welbehagen en onrechtstreeks ook op de gezondheid.

2. Aard van de gezondheidsproblemen

In het vorige onderdeel werd reeds gewezen op het syndroom van de voortijdige aftakeling dat met de armoede verbonden is. Daarnaast blijkt uit het onderzoek van professor Louckx van de VUB dat een aantal aandoeningen beduidend meer voorkomen in sociaal achtergestelde milieus. Hieronder vallen onder meer respiratoire aandoeningen (*cf.* de recente opflakkering van TBC), longkanker, hartziekten, spijsverteringsziekten en problemen met het gebit. Het meest schokkende is echter de vaststelling dat de gemiddelde levensverwachting vier à vijf jaar korter is dan bij de andere bevolkingsgroepen.

Samengevat kan men derhalve stellen dat verschillende obstakels de gezondheid bij sociaal achtergestelde groepen beïnvloeden. Deze kunnen van financiële, administratieve, juridische (alimentatiegeld) of socio-culturele aard zijn.

De gezondheid wordt niet alleen beïnvloed door de toegang tot de medische hulpverlening en de medicalisering, maar ook door het gezondheidsonderricht, de algemene gezondheidscultuur en de algemene toestand van armoede.

De heer Neirinckx gaat vervolgens in op een aantal vaststellingen en conclusies uit het Jaarboek Armoede en Sociale uitsluiting, 1997, van de UFSIA.

Ook hieruit blijkt dat mensen met een lage scholingsgraad en met een laag inkomen minder lang leven, meer risico lopen op ziekte en minder gebruik maken van de meest geëigende gezondheidszorgen. Dit alles moet worden gezien tegen de achtergrond van de recente toename van TBC, de manifestaties van chronisch en langdurig zieken tegen hoge eigen bijdragen voor geneeskundige verzorging, het steriliseren van mentaal gehandicapten in Nederland en de sociale onrust in de sector van de hulpverlening.

Het jaarboek stelt ook vast dat het onderzoek rond de toegang tot de gezondheidszorg erg schaars is. Als voorbeelden van dergelijk onderzoek kan worden verwezen naar :

— Het Steunpunt Gezondheid en Samenleving, geleid door professor Louckx van de VUB, dat onder meer een databank heeft uitgebouwd en jaarlijks een publicatie verzorgt over gezondheidszorg en sociaal-economische gezondheidsverschillen.

— Het onderzoek rond specifieke groepen van onder meer De Muynck en Peeters, 1997, en Louckx, 1996. Uit dergelijk onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat bij de vrouwen de meeste gezondheidsproblemen zich voordoen bij ongeschoolde arbeidsters, werkloze vrouwen en alleenstaande moeders met kinderen.

— L'étude « Différences de revenus au niveau de la santé et de la consommation de soins médicaux » (De Graeve et Duchesne). Il en ressort également qu'en Belgique, les symptômes sont concentrés dans les groupes à faibles revenus. Des comparaisons internationales font apparaître que la Belgique, située entre l'Espagne et la Grande-Bretagne, n'est pas particulièrement bien lotie pour ce qui est de l'état de santé de ces groupes.

— Une étude menée à Edimbourg a fait apparaître que les enfants appartenant aux 15% des plus démunis avaient jusqu'à 8 fois plus de chances d'être victimes d'un accident de la route. Les causes pourraient être diverses. Les enfants de parents démunis vont plus souvent à pied ou à vélo à l'école, jouent plus en rue par manque de jardin... L'on peut en conclure que les résultats d'une étude similaire réalisée en Belgique feraient apparaître la même tendance.

Les sources précitées font également apparaître plusieurs constatations en rapport avec l'inégalité d'accès aux soins de santé. À première vue, on pourrait s'étonner de la surconsommation relative par les groupes de population plus défavorisés par rapport aux plus nantis. Alors que les groupes de population aux revenus supérieurs se montrent sélectifs et ne se rendent chez le médecin que lorsque cela s'avère strictement nécessaire, la médicalisation des plus démunis peut entraîner une surconsommation de certaines fournitures chez les groupes socialement plus faibles. Ceci ne change rien à la sous-consommation générale de ces groupes.

Si la Belgique n'est pas en queue de peloton pour ce qui est de l'accessibilité aux soins de santé, la nouvelle répartition escomptée de la santé entre les différents groupes de population n'a pas lieu.

B. Propositions de politique

1. Propositions de politique dans le Rapport général sur la pauvreté

Dans le Rapport général sur la pauvreté, les pauvres eux-mêmes ont formulé plus de 300 propositions de politique visant à améliorer la situation actuelle. Ces propositions, relatives aux soins de santé, peuvent être réparties en quatre groupes :

a) Généralisation du droit à l'assurance maladie

Le droit à la protection de la santé est un droit fondamental, expréssement garanti par l'article 23 de la Constitution. Le second paragraphe de cet article reconnaît à chacun le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'assistance sociale, médicale et juridique.

— Het onderzoek rond « inkomensgerelateerde verschillen in gezondheid en in de consumptie van de medische zorg » (De Graeve en Duchesne). Ook hieruit blijkt dat in België ziekteverschijnselen geconcentreerd zijn bij lagere inkomensgroepen. Uit internationale vergelijkingen blijkt overigens dat België wat de gezondheidstoestand van deze groepen betreft niet bijzonder goed scoort en gesitueerd is tussen Spanje en Groot-Brittannië.

— Uit een onderzoek in Edinburg blijkt dat kinderen uit de 15% armste groep van de regio, tot achtmaal meer kans maken om het slachtoffer te worden van een verkeersongeval. Dit zou voortvloeien uit verschillende oorzaken. Kinderen van arme ouders gaan meer te voet of met de fiets naar school, zij spelen meer op straat omdat zij geen tuin hebben, ... Men mag ervan uitgaan dat de resultaten van een gelijkaardig onderzoek in België in dezelfde lijn zouden liggen.

Uit de hierboven geciteerde bronnen komen ook een aantal bevindingen voort in verband met de ongelijke toegang tot de gezondheidszorg. Op het eerste gezicht bevreemdend is de relatieve overconsumptie door lagere bevolkingsgroepen in vergelijking met de hogere. Waar de hogere inkomensgroepen selectief zijn en slechts naar de arts gaan als dit strikt noodzakelijk is, kan de medicalisering van de armoede, overconsumptie van bepaalde verstrekkingen tot gevolg hebben bij de sociaal zwakkere groepen. Dit doet echter niets af aan de algemene onderconsumptie bij deze groepen.

Hoewel België niet slecht scoort wat de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg betreft, heeft dit niet geleid tot de verwachte herverdeling van de gezondheid tussen de diverse bevolkingsgroepen.

B. Beleidsvoorstellen

1. De beleidsvoorstellen in het Algemeen Verslag over de Armoede

In het Algemeen Verslag over de Armoede hebben de armen zelf meer dan 300 beleidsvoorstellen gedaan om de huidige toestand te verbeteren. De voorstellen die betrekking hebben op de gezondheidszorg, kunnen in vier groepen worden onderverdeeld :

a) Veralgemening van het recht op ziekteverzekering

Het recht op bescherming van de gezondheid is een fundamenteel recht, dat overigens uitdrukkelijk wordt gegarandeerd door artikel 23 van de grondwet. De tweede paragraaf van dit artikel erkent voor iedereen het recht op sociale zekerheid, op de bescherming van de gezondheid en sociale, geneeskundige en juridische bijstand.

Sur la base de cette disposition, plusieurs amendements ont été introduits pour le court et le long terme dans le rapport. L'on y demande ainsi qu'à court terme, les mesures qui s'imposent soient prises afin de redonner le droit à la santé aux personnes qui n'ont plus accès aux soins parce qu'elles ne sont plus en règle avec leur assurance-maladie.

b) Accessibilité financière des soins de santé

Dans le rapport, d'aucuns souhaitent que le système VIPO soit étendu à plusieurs autres groupes comme les minimexés, les groupes à faibles revenus (sur la base des revenus imposables), les personnes sans domicile fixe et les sans abri. On y souhaite également une simplification administrative du système du tiers payant ainsi qu'un élargissement dudit système aux dispensateurs de soins. Enfin, une information plus efficace au niveau des soins (CPAS) devrait éviter que les personnes ne soient plus assurées par méconnaissance des règlements existants.

c) Un meilleur encadrement professionnel des soins de santé

Le rapport sollicite une approche globale des soins de santé ainsi qu'une meilleure coordination entre l'ensemble des acteurs. On y plaide également pour la stimulation des soins accessibles à tous, par exemple via les centres médicaux de quartier et les pratiques de groupe des médecins. Il importe également que des objectifs concrets soient formulés au niveau du développement de la santé et que les plus démunis y soient impliqués.

Comme c'est le cas pour d'autres domaines, les auteurs du rapport souhaitent que des initiatives soient prises pour améliorer les connaissances relatives à la pauvreté chez les dispensateurs de soins.

d) Politique complémentaire

Une amélioration de l'accès aux soins médicaux doit aller de pair avec une politique préventive plus efficace dans laquelle les informations et l'éducation à la santé occupent une position centrale. L'accessibilité de l'assistance familiale et des soins à domicile ainsi que les possibilités d'accueil des enfants pour les parents malades ou hospitalisés doivent être améliorées.

Enfin, la politique en matière de santé doit s'inscrire dans une politique intégrée et structurelle de lutte contre la pauvreté dans tous les secteurs de la société. On en revient au point de départ du rapport sur la pauvreté. La pauvreté est un enchevêtrement d'infériorisations. La politique doit l'aborder en tant que tel.

Uitgaande van deze bepaling worden in het verslag een aantal wetswijzigingen voorgesteld voor de korte en de lange termijn. Zo wordt gevraagd dat op korte termijn de nodige maatregelen worden genomen om mensen die geen toegang tot de gezondheidszorg hebben omdat zij niet in regel zijn met de ziekteverzekering, opnieuw in rechten te herstellen.

b) Financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

In het verslag wordt gevraagd dat het stelsel van de WIGW zou worden uitgebreid tot een aantal andere groepen zoals de gerechtigden op het bestaansminimum, de lage inkomensgroepen (op basis van het belastbaar inkomen), de mensen zonder domicilie en de thuislozen. Tevens wordt aangedrongen op een administratieve vereenvoudiging van het stelsel van de derde betaler. Een uitbreiding van dit stelsel tot de hulpverlening (OCMW) moeten voorkomen dat mensen louter door een gebrek aan kennis van de bestaande regelingen niet langer verzekerd zijn.

c) Een betere professionele omkadering van de gezondheidszorg

Het rapport vraagt een overkoepelende aanpak van de gezondheidszorg en een betere coördinatie tussen alle actoren. Voorts wordt gepleit voor het stimuleren van laagdrempelige hulpverlening, bijvoorbeeld via wijkgezondheidscentra en groepspraktijken van huisartsen. Het is ook belangrijk dat de concrete doelstellingen bij het bevorderen van de gezondheid precies worden geformuleerd en dat de armsten hierbij worden betrokken.

Zoals dat ook voor andere domeinen het geval is, vragen de auteurs van het verslag dat initiatieven worden genomen om de kennis over armoede bij hulpverleners te verhogen.

d) Complementair beleid

Een verbetering van de toegang tot de medische hulpverlening moet gepaard gaan met een doeltreffend preventief beleid waarin gezondheidsvoorlichting en opvoeding centraal staan. De toegankelijkheid van de gezinshulp en de thuiszorg en de mogelijkheden inzake kinderopvang voor zieke of gehospitaliseerde ouders moeten worden verbeterd.

Ten slotte moet een gezondheidsbeleid kaderen in een integraal, structureel armoedebeleid in alle maatschappelijke sectoren. Hier komt men terug bij het uitgangspunt van het armoedeverslag. Armoede is een netwerk van achterstellingen en moet ook als dusdanig worden benaderd door het beleid.

2. Évolution de la politique depuis la publication du rapport sur la pauvreté

C'est peut-être dans le secteur des soins de santé que les principales avancées ont été enregistrées depuis 1995. Cela se reflète à différents niveaux :

a) La politique en matière de santé est un thème central à l'agenda de la Conférence interministérielle sur la lutte contre la pauvreté.

b) Depuis le 1er juillet 1997, les avantages du statut VIPO ont été étendus à de nouveaux groupes :

— Les minimexés, les personnes assimilées et les personnes à charge.

— Les enfants donnant droit à des allocations familiales majorées.

— Les personnes ayant droit à des revenus garantis pour personnes âgées plus les personnes à charge.

— Les personnes ayant droit à une participation aux frais pour les personnes handicapées et les personnes à charge.

Cela signifie que le nombre de personnes ayant droit au statut de VIPO a augmenté de 130 000 unités.

c) L'élargissement de la franchise sociale

Lors du Conseil des ministres du 18 juillet 1997, un projet d'arrêté royal a été approuvé en matière de modalités d'exécution pour l'introduction d'une franchise sociale du ticket modérateur. La franchise sociale est un système en vertu duquel certaines catégories sociales bénéficient du remboursement du ticket modérateur lorsque le montant dépasse 15 000 francs par année calendrier. On ne peut perdre de vue que le ticket modérateur peut peser lourd dans le budget des minimexés longtemps malades. Une personne isolée, par exemple, a droit à un minimum d'existence de 665 francs par jour. Elle paie 220 francs pour une consultation chez un spécialiste.

d) Mesures indirectes

Plusieurs mesures qui ne sont pas directement liées aux soins de santé mais qui peuvent avoir une incidence importante sur la santé des personnes socialement défavorisées, ont été prises. La plus frappante d'entre elles est incontestablement la fourniture minimale garantie d'eau, de gaz et d'électricité.

e) Mesures en préparation

Dans le rapport de progression de la Conférence interministérielle, plusieurs points figurent encore sur la liste d'attente et devraient être réalisés à court terme :

— la suppression de la condition de séjour et d'attente obligatoire;

2. Evolutie van het beleid sinds de publicatie van het Armoedeverslag

Wellicht is de sector van de gezondheid die waar sinds 1995 de grootste vooruitgang werd geboekt. Dit komt tot uiting op diverse vlakken :

a) Gezondheidsbeleid is een centraal thema op de agenda van de Interministeriële Conferentie over de Armoedebestrijding.

b) Sinds 1 juli 1997 werden de voordelen van het WIGW statuut uitgebreid tot een aantal nieuwe groepen :

— De gerechtigden op het bestaansminimum, de hiermee gelijksgestelden en de personen ten laste.

— De kinderen die recht geven op een verhoogde kinderbijslag.

— De rechthebbenden op het gewaarborgd inkomen voor bejaarden plus de personen ten laste.

— De rechthebbenden op een tegemoetkoming aan gehandicapten en de personen ten laste.

Dit alles betekent dat het aantal rechthebbenden op het WIGW-statuut is uitgebreid met ongeveer 130 000 personen.

c) De uitbreiding van de sociale franchise

Tijdens de Ministerraad van 18 juli 1997 werd een ontwerp van koninklijk besluit goedgekeurd inzake de invoering van sociale vrijstelling van het remgeld. Sociale franchise is een systeem waarbij sommige sociale categorieën terugbetaling van het remgeld bekomen wanneer het bedrag hiervan 15 000 frank per kalenderjaar overschrijdt. Men mag hierbij niet uit het oog verliezen dat remgelden zeer zwaar kunnen doorwegen in het budget van gerechtigden op het bestaansminimum die langdurig ziek zijn. Een alleenstaande bijvoorbeeld heeft recht op een bestaansminimum van 665 frank per dag. Hij betaalt voor een consultatie bij een specialist 220 frank.

d) Indirecte maatregelen

Er werden ook een aantal maatregelen getroffen die niet direct in verband staan met de gezondheidszorg, maar die wel een belangrijke invloed kunnen hebben voor de gezondheid van sociaal achtergestelden. De meest in het oog springende hiervan is ongetwijfeld de gewaarborgde minimumlevering van water, gas en elektriciteit.

e) Maatregelen in voorbereiding

In het vooruitgangsrapport van de Interministeriële Conferentie staan nog een aantal zaken op de wachtlijst die hopelijk op korte termijn zullen worden gerealiseerd :

— de afschaffing van de verplichte verblijfsvoorwaarde en wachttijd;

— la réforme des systèmes résiduaires;

— l'évaluation et l'élargissement de la règle du tiers payant;

— la simplification des obligations administratives par l'introduction de la carte d'identité sociale;

— un meilleur échange d'informations entre les CPAS et les caisses d'assurance maladie, principalement dans l'optique d'une amélioration de la situation des personnes non assurées.

M. Neirinckx conclut que, sur le plan de l'accès aux soins de santé surtout, un travail de bonne qualité a été fourni ces dernières années et qu'en dépit du chemin restant à parcourir, un certain optimisme est de mise pour l'avenir.

C. Échange d'idées

Un membre souligne que dans l'assistance ambulante, le système du tiers payant ne s'applique encore que de façon limitée. Il en résulte un nombre important de comptes non réglés auprès des institutions de soins, lesquelles ont par conséquent moins tendance à prodiguer leurs soins aux personnes qui ne peuvent payer directement. Comment évolue cette situation?

Un représentant du ministère de la Santé publique répond qu'en marge de la Conférence interministérielle, le règlement du tiers payant a également été abordé lors des discussions entre les médecins et les caisses d'assurance maladie. Sur ce plan, on note une tendance visant à limiter le nombre de prestations relevant de ce règlement tout en introduisant une distinction entre les patients qui ont droit au système du tiers payant pour l'ensemble des prestations et ceux qui sont exclus de ce droit. Il ne faut pas perdre de vue que le système du tiers payant est avant toute chose un droit du dispensateur de soins et non du patient. Le fait que le système soit ou non appliqué dépend de l'initiative de l'institution ou du médecin. L'arrêté royal de 1987 régissant cette matière permet que 20% des patients entrent en ligne de compte pour le système. En pratique toutefois, on constate qu'au niveau des médecins par exemple, 0,6% des prestations seulement sont payées par ce biais. Pour les spécialistes, le pourcentage est de 1,1%.

Voilà pourquoi l'application du système pose problème, non seulement au niveau de l'information mais aussi sur les plans financier et administratif. Les hésitations des médecins sont compréhensibles lorsqu'on sait que près de six mois s'écoulent entre la rédaction de la note de frais et son remboursement.

Si l'on souhaite utiliser le tiers payant comme un moyen de rendre les soins de santé plus accessibles, deux mesures s'imposent. En premier lieu, le système doit être traduit comme un droit du patient qu'il peut

— de hervorming van de residuaire stelsels;

— de evaluatie en uitbreiding van de derde-betalerregeling;

— de vereenvoudiging van de administratieve verplichtingen door de invoering van de sociale identiteitskaart;

— een betere informatie-uitwisseling tussen OCMW's en ziekenfondsen, vooral met het oog op het verbeteren van de situatie van niet-verzekerden.

De heer Neirinckx besluit dat vooral op het vlak van de toegang tot de gezondheidszorg de jongste jaren goed werk is geleverd en dat derhalve, ondanks de weg die nog moet worden afgelegd, enig optimisme voor de toekomst zeker gewettigd is.

C. Gedachtewisseling

Een lid merkt op dat in de ambulante hulpverlening het derde-betalersysteem nog slechts beperkt van toepassing is. Een gevolg hiervan is een groot aantal openstaande rekeningen bij zorgverlenende instellingen, waardoor deze minder geneigd zijn hulp te verstrekken aan mensen die niet direct kunnen betalen. Hoe evolueert deze situatie?

Een vertegenwoordiger van de minister van Volksgezondheid antwoordt hierop dat naast de Interministeriële Conferentie, de regeling derde betaler ook aan de orde is in de gesprekken tussen artsen en ziekenfondsen. Op dit vlak is er een neiging om het aantal prestaties dat onder deze regeling ressorteert, te beperken en tegelijk een onderscheid in te voeren tussen patiënten die recht hebben op het derde-betalersysteem voor alle prestaties en die welke van dit recht zijn uitgesloten. Men mag hierbij niet uit het oog verliezen dat het derde-betalersysteem in eerste instantie een recht is van de hulpverlener en niet van de patiënt. Of het systeem al dan niet wordt toegepast hangt af van het initiatief van de instelling of de arts. Het koninklijk besluit van 1987 dat deze materie regelt, biedt de mogelijkheid dat 20% van de patiënten voor het systeem in aanmerking komt. In de praktijk stelt men echter vast dat bijvoorbeeld op het niveau van de huisartsen slechts 0,6% van de prestaties op deze wijze wordt betaald. Voor de specialisten is dit 1,1%.

Er zijn derhalve problemen met de toepassing van het stelsel, niet alleen op het vlak van de informatie maar op het financieel-administratief vlak. De weerstand bij de artsen is begrijpelijk wanneer men weet dat er ongeveer zes maanden verlopen tussen het opmaken van de kostennota en de uitbetaling ervan.

Indien men de derde betaler wil gebruiken als een middel tot verlaging van de drempel tot de gezondheidszorg, dan zijn er twee maatregelen vereist. Vooreerst moet het stelsel worden verwoord als een recht

revendiquer envers son médecin. De plus, un certain nombre de freins psychologiques et administratifs dans le chef des dispensateurs de soins doivent être éliminés.

Un membre de la commission souligne que le système du tiers payant concerne uniquement la partie remboursable des honoraires. Son introduction ou son élargissement ne change rien au ticket modérateur restant à charge du patient.

Un autre membre estime que cela ne change rien à l'importance d'une intervention en la matière. Certains examens en hôpital coûtent facilement un mois de salaire et tout le monde ne peut se le permettre, même si une partie de la facture est remboursée par la caisse d'assurance maladie.

Une intervenante suivante fait observer que le tiers payant est un élément dans la discussion relative à l'accessibilité des soins de santé pour les personnes socialement défavorisées. Un autre volet, c'est ce qui se passe actuellement à Anvers, où un hôpital du CPAS déplore des factures impayées pour un montant de 250 millions de francs. Cela prouve clairement que des problèmes se posent également au niveau du paiement du ticket modérateur.

M. Neirinckx reconnaît que ces problèmes sont bien réels et qu'ils pèsent lourdement sur les CPAS. Voilà pourquoi dans le rapport récent sur la pauvreté et l'exclusion sociale, l'on demande à nouveau que le financement des CPAS soit assuré par le gouvernement fédéral ou les communautés. Plusieurs communes ne peuvent plus supporter cette pression.

Un membre demande si la Fondation Roi Baudouin a une idée du nombre de personnes échappant totalement aux mailles du filet. Lorsque quelqu'un se rend dans un CPAS, ce dernier régularise automatiquement la situation de l'intéressé au niveau de l'assurance maladie. Les CPAS prennent généralement en charge les factures impayées auprès des dispensateurs de soins.

Il semble pour cette raison que le nombre de personnes totalement privées d'accès aux soins de santé doit être particulièrement limité, ce qui ne signifie pas que celles-ci ne doivent pas être assistées. Si le système actuel de prise en charge par les CPAS offre trop peu de garanties, quelle est la solution ? Cela signifie-t-il qu'il faille suivre la voie d'un droit universel dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité ?

Une seconde question découle de la constatation que la Belgique ne serait que peu performante au niveau de la protection de la maternité. Un certain nombre de femmes bénéficieraient de contrôles et de soins préventifs insuffisants avant la naissance de l'enfant. Existe-t-il des données disponibles sur le sujet ?

van de patiënt die dit kan eisen tegenover zijn arts. Voorts moeten een aantal psychologische en administratieve remmen in hoofde van de hulpverleners worden weggewerkt.

Een lid van de commissie stipt hierbij aan dat het derde-betalersysteem alleen betrekking heeft op het deel van het honorarium dat terugbetaalbaar is. De invoering of uitbreiding ervan veranderen niets aan de remgelden die hoe dan ook ten laste van de patiënt blijven.

Een ander lid vindt dat dit niets afdoet aan het belang van een ingreep op dit vlak. Bepaalde onderzoeken in een ziekenhuis kosten al gauw evenveel als een maandwedde en niet iedereen kan dit zomaar betalen, ook al kan een deel worden teruggevorderd van het ziekenfonds.

Een volgende spreekster merkt op dat de derde betaler één element is in de discussie rond de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor sociaal achtergestelde groepen. Een ander luik is wat zich momenteel voordoet in Antwerpen, waar het OCMW-ziekenhuis onbetaalde facturen heeft voor een bedrag van 250 miljoen frank. Dit toont overduidelijk dat er ook problemen zijn met de betaling van de remgelden.

De heer Neirinckx beaamt dat deze problemen reëel zijn en een zeer zware druk op de OCMW's leggen. Vandaar dat in het recente rapport over de armoede en sociale uitsluiting opnieuw de vraag wordt gesteld naar een financiering van de OCMW's door de federale overheid of de gemeenschappen. Een aantal gemeenten blijven deze druk niet aankunnen.

Een lid vraagt of de Koning Boudewijnstichting enig zicht heeft op het aantal personen dat volledig door de mazen van het net valt. Wanneer iemand bij het OCMW terecht komt, gaat dit toch automatisch de toestand van de betrokkene op het vlak van de ziekteverzekering regulariseren. De OCMW's nemen over het algemeen ook de openstaande facturen bij zorgverstrekkers ten laste.

Het lijkt derhalve dat het aantal mensen dat totaal geen toegang heeft tot gezondheidszorg zeer klein moet zijn, wat vanzelfsprekend niet wil zeggen dat zij niet moeten worden geholpen. Indien het huidige systeem van ten laste neming via de OCMW's onvoldoende garanties biedt, wat is dan de oplossing ? Betekent dit dat de weg moet worden opgegaan van universele rechten in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering ?

Een tweede vraag vloeit voort uit de vaststelling dat België naar verluidt niet erg goed scoort wat de moederschapsbescherming betreft. Een aantal vrouwen zou voor de geboore van het kind onvoldoende preventieve controles en verzorging krijgen. Zijn er wat dit betreft gegevens beschikbaar ?

Une intervenante antérieure répond que les minimexés sont en effet régularisés par les CPAS. Toutefois, ce groupe représentant environ 3% de la population, ne peut pas être mis sur un pied d'égalité avec les 6% de la population répondant à la définition de la pauvreté couramment utilisée. Le rapport général sur la pauvreté traite encore d'un autre groupe, pouvant être décrit comme le quart monde et qui constitue 0,5% de la population. Ces différentes catégories se chevauchent en partie mais une chose est sûre : tous les pauvres, y compris les plus démunis, ne perçoivent pas le minimex ou ne sont pas assistés d'une autre manière par le CPAS.

Un membre abonde dans ce sens. Le groupe des minimexés en fait déjà partie. Les problèmes en rapport avec les soins de santé se situent au niveau des groupes qui ne s'adressent pas au CPAS et l'on peut se demander ce qui a déjà été réalisé à la lumière des questions posées dans le rapport sur la pauvreté. Les mesures énumérées par M. Neirinckx étaient principalement de nature financière et concernaient les personnes enregistrées d'une manière ou d'une autre dans le système et reconnues comme pauvres.

On en arrive ainsi à la seconde question de l'intervenante précédente. Que peut-on faire pour élargir le plus possible, indépendamment de l'aspect financier, l'accès à certaines formes d'assistance préventive ?

Une intervenante suivante souligne qu'un groupe s'adresse en premier lieu au CPAS avant de faire appel à une assistance médicale. Le CPAS régularisera la situation de ces personnes, ce qui est également avantageux et indispensable pour l'institution. En effet, une bonne partie des dépenses peut être récupérée sur l'assurance maladie.

Un autre groupe toutefois fait appel à l'assistance médicale et ne s'adresse qu'ensuite au CPAS. C'est à ce niveau que des problèmes se posent. Les CPAS n'ont pas d'autre choix que de régler les factures impayées, ce qui hypothèque gravement leur fonctionnement. Ces problèmes pourraient être évités en s'efforçant d'instaurer un droit universel à l'assistance médicale.

Un représentant du ministère de la Santé publique répond que le gouvernement a récemment pris une mesure très importante en la matière. Celle-ci consiste en la simplification et l'extension des règles en matière d'assurabilité. Les frais y afférents désormais directement pris en charge par l'assurance maladie sont estimés à pas moins de 300 millions de francs.

Cette simplification consiste en la suppression du temps d'attente de 6 mois (durée d'établissement) et pour de nombreuses personnes, de la condition de

Een andere spreekster antwoordt hierop dat de gerechtigden op het bestaansminimum inderdaad door de OCMW's worden geregulariseerd. Deze groep echter, die ongeveer 3% van de bevolking uitmaakt, kan niet zonder meer gelijk worden gesteld met de 6% van de bevolking die volgens de gangbare definities als arm kunnen worden bestempeld. Het Algemeen verslag over de armoede heeft het dan nog eens over een andere groep, die kan worden omschreven als vierde wereld en die ongeveer 0,5% van de bevolking vormt. De diverse categorieën overlappen elkaar weliswaar gedeeltelijk maar het is een zekerheid dat lang niet alle armen, zelfs niet de allerarmsten, het bestaansminimum ontvangen of op een andere wijze door het OCMW worden geholpen.

Een lid beaamt dit. De groep van de bestaansminimumtrekkers «hoort er al bij». De problemen in verband met de gezondheidszorg zijn gesitueerd bij de groepen die hier niet aan toe komen en het is de vraag wat er hier al is gerealiseerd in het licht van de vragen die in het armoederapport worden gesteld. De maatregelen die door de heer Neirinckx werden opgesomd, waren vooral van financiële aard en hadden betrekking op personen die op een of andere manier in het systeem geregistreerd en erkend zijn als arme.

Hiermee komt men meteen bij de tweede vraag van een voorgaande spreekster. Wat kan er worden gedaan om, los van het financiële aspect, de toegang tot bepaalde vormen van preventieve hulpverlening zo ruim mogelijk te maken.

Een volgende spreekster merkt op dat er een groep is die eerst naar het OCMW gaat, alvorens een beroep te doen op medische hulpverlening. Het OCMW zal de toestand van deze mensen regulariseren, wat ook voor de instelling voordelig en noodzakelijk is. Hierdoor kan immers een groot deel van de uitgaven worden gerecupereerd op de ziekteverzekering.

Een andere groep echter doet een beroep op medische hulpverlening en komt pas daarna bij het OCMW terecht. Het is hier dat zich de problemen voordoen. De OCMW's kunnen niet anders dan zelf de openstaande facturen betalen en dat legt een zware hypotheek op hun werking. Deze problemen zouden kunnen worden vermeden door te streven naar een meer universeel recht op medische hulpverlening.

Een vertegenwoordiger van de minister van Volksgezondheid antwoordt dat de regering in dit verband recent een zeer belangrijke maatregel heeft genomen die bestaat in de vereeenvoudiging van de regels inzake verzekerbaarheid en een uitbreiding ervan. De kosten die ten gevolge hiervan voortaan rechtstreeks door de ziekteverzekering ten laste worden genomen, worden geraamd op niet minder dan 300 miljoen frank.

De vereenvoudiging bestaat erin dat de wachttijd van 6 maanden (vestigingsduur) en, voor een behoorlijk aantal mensen, ook de bijdragevoorwaarde afge-

cotisation. Le droit est ouvert dès l'inscription ou est valable dès le paiement de la première cotisation. Par ailleurs, un changement important a été introduit sur le plan de la transition entre les systèmes. Ainsi, les indépendants en faillite, un groupe à risque important, peuvent immédiatement passer au système général.

En matière d'élargissement de l'assurabilité, le gouvernement a été très loin, y compris pour les non-Belges. Les demandeurs d'asile sont intégrés dès que la demande d'asile a été déclarée recevable.

Le maintien du droit a été étendu jusqu'à la fin de l'année suivant celle où les cotisations peuvent ne plus avoir été en ordre.

Sur le plan de l'accessibilité objective à l'assistance médicale, des mesures importantes ont également été prises. Il importe que les CPAS et les caisses d'assurance maladie détectent le plus rapidement possible les ayants droit et régularisent leur situation sur le plan administratif.

II. AUDITION DE L'INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE LOUIS PASTEUR (1)

A. Objectifs et méthodologie de l'enquête sur la santé

Avant d'approfondir le contenu de l'étude, le professeur Van Oyen précise les objectifs et le dessein de l'enquête sur la santé.

Il importe, à cet égard, de noter que l'étude n'était pas sous-tendue par une question scientifique théorique, mais qu'elle avait directement pour but de fournir des données pour la politique.

L'enquête a été menée par une cellule créée à cet effet au sein de l'Institut scientifique de la Santé publique (ISSP), à la demande de la Communauté flamande et de la Communauté française. C'est un fait assez exceptionnel pour la Belgique qui, en comparaison des autres pays européens, accuse un important retard sur le plan de l'information en matière de santé. La cellule travaille sous la dénomination de « Centre de recherche opérationnelle dans la santé publique », en tant qu'élément du département d'Épidémiologie de l'ISSP.

Le point de départ de l'enquête a été une conférence internationale organisée en 1993, au cours de laquelle on avait demandé à un certain nombre de pays environnants, et notamment aussi au Canada, d'indiquer

(1) Audition du 17 novembre 1998 du professeur Herman Van Oyen, chef du Département d'épidémiologie.

schaft is. Het recht wordt geopend op het ogenblik van de inschrijving of is geldig vanaf de betaling van de eerste bijdrage. Daarnaast is er een belangrijke wijziging op het vlak van de overgang tussen stelsels. Zo kunnen de gefailleerde zelfstandigen, een belangrijke risicogroep, onmiddellijk overgaan naar het algemene stelsel.

Inzake de uitbreiding van de verzekerbaarheid is de regering zeer ver gegaan, ook wat de niet-Belgen betreft. Asielzoekers worden opgenomen zodra de asielaanvraag ontvankelijk verklaard is.

Het behoud van het recht is uitgebreid tot het einde van het jaar volgend op datgene waarin er iets kan fout lopen met de bijdrage.

Op het vlak van de objectieve toegankelijkheid tot de medische hulpverlening zijn er derhalve toch wel belangrijke maatregelen genomen. Belangrijk is dat de OCMW's en de ziekenfondsen de betrokken gerechtigden zo snel mogelijk opsporen en hun situatie op het administratieve vlak in orde brengen.

II. HOORZITTING MET HET WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT VOLKSGEZONDHEID-LOUIS PASTEUR (1)

A. Doelstellingen en methodologie van de gezondheidsenquête

Alvorens op de inhoud van de studie in te gaan, geeft professor Van Oyen nadere toelichting met betrekking tot de doelstelling en het opzet van de gezondheidsenquête.

Belangrijk in dit verband is dat de aanzet tot de studie geen theoretisch-wetenschappelijke vraagstelling geweest is, maar dat het onderzoek rechtstreeks tot doel had gegevens aan te brengen voor het beleid.

Het onderzoek werd uitgevoerd door een cel die hiervoor op vraag van de Vlaamse en de Franse Gemeenschap binnen het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid werd opgericht. Dit is vrij uniek voor België, dat in vergelijking met de andere Europese landen een duidelijke achterstand heeft op het vlak van gezondheidsinformatie. De cel werkt onder de benaming « Centrum voor operationeel onderzoek in de volksgezondheid », als een onderdeel van de afdeling Epidemiologie van het WIV.

De opbouw van het onderzoek werd aangevat met een internationale conferentie in het jaar 1993, waar aan een aantal buurlanden en onder meer Canada werd gevraagd om aan te geven wat in elk van deze

(1) Hoorzitting van 17 november 1998 met prof. dr. Herman Van Oyen, hoofd van de Afdeling epidemiologie.

quels étaient, pour chacun d'eux, les motifs politiques d'investir dans ce type de recherche.

À la suite de cette conférence, la Communauté flamande et la Communauté française ont réalisé en 1994 une étude de faisabilité, et un test préliminaire a été financé en 1995. Entre-temps, le pouvoir fédéral a également été intégré au projet. En 1996, tous les commanditaires ont conclu un protocole d'accord qui a permis d'effectuer l'enquête en 1997. Ces commanditaires sont le pouvoir fédéral par le biais des départements de la Santé publique et des Affaires sociales, la Communauté flamande, la Communauté française, la Région bruxelloise et la Communauté germanophone.

Pour la réalisation de l'étude, un réseau d'organismes a été mis sur pied comprenant, outre la cellule de l'ISSP:

— un comité scientifique de 70 membres, provenant de différentes universités et de différentes disciplines (sociologie, politicologie, médecine sociale, etc.), qui ont suivi l'enquête de très près;

— un comité des commanditaires.

Sur le plan international, il a été fait usage des instruments élaborés, pour ce type d'enquête, par un groupe de travail de l'OMS. Un groupe de travail d'Eurostat a également apporté son concours.

L'objectif central de l'enquête consistait à rassembler des informations sur l'état de santé de la population, tel qu'il est perçu par celle-ci. C'est précisément sur ce dernier point que l'enquête se distingue des informations existantes au sujet de la santé publique, qui sont basées sur des données relatives à l'utilisation des services de santé.

Dans cet ordre d'idées, un important élément est que, pour ce qui concerne la méthodologie, l'enquête s'est fondée sur une collecte horizontale de données. Les informations disponibles dans le registre du cancer, par exemple, contiennent toutes les données afférentes à cette maladie mais ne renferment pas d'autres données. Dans cette enquête, on a recueilli pour chaque individu concerné des informations sur son environnement social et économique, la santé, les facteurs qui peuvent conditionner la santé (par exemple les habitudes de vie) et la consommation médicale.

Ces données ne peuvent être obtenues qu'en interrogeant directement les personnes incluses dans l'enquête. Elles ne peuvent être déduites des informations disponibles sur l'utilisation des services médicaux.

À cet objectif central s'ajoutaient quelques objectifs spécifiques: essayer d'apporter une réponse aux questions suivantes:

— Quels sont les principaux problèmes de santé?

landen de politieke motiveringen waren om in dergelijk onderzoek te investeren.

Op basis van deze conferentie hebben de Vlaamse en de Franse Gemeenschap in 1994 een haalbaarheidsstudie uitgevoerd en in 1995 werd een pre-test gefinancierd. Intussen werd ook de federale overheid in het project geïntegreerd. In 1996 hebben alle opdrachtgevers een protocolakkoord gesloten dat het mogelijk heeft gemaakt om het ondezoek in 1997 uit te voeren. Deze opdrachtgevers zijn de federale overheid via de departementen van Volksgezondheid en Sociale Zaken, de Vlaamse en de Franse Gemeenschap, het Brussels Gewest, het Waals Gewest en de Duitstalige Gemeenschap.

Voor de uitvoering van de studie werd een netwerk uitgebouwd van verschillende instanties, waarin naast de cel van het WIV nog werden opgenomen:

— een wetenschappelijk comité met 70 leden, afkomstig van verschillende universiteiten en verschillende disciplines (sociologie, politicologie, sociale geneeskunde, ...), die het onderzoek van zeer nabij hebben opgevolgd;

— een comité van de opdrachtgevers.

Op internationaal vlak werd gebruik gemaakt van de instrumenten die voor dergelijke onderzoeken zijn ontwikkeld door een werkgroep van de WHO. Daarnaast was er de medewerking van een werkgroep van Eurostat.

De centrale doelstelling van het onderzoek bestond erin informatie te verzamelen over de gezondheidstoestand van de bevolking, zoals die door de bevolking wordt ervaren. Precies wat dit laatste betreft onderscheidt het onderzoek zich van de bestaande informatie over de volksgezondheid, die gebaseerd is op gegevens betreffende het gebruik van gezondheidsdiensten.

Belangrijk hierbij is dat, wat de methodiek betreft, het onderzoek steunde op horizontale gegevensverzameling. De bestaande beschikbare informatie in bijvoorbeeld het kankerregister geeft wel alle gegevens over deze ziekte zelf, maar bevat geen andere gegevens. In deze gezondheidsenquête werd voor ieder individu dat in het onderzoek was betrokken, informatie verzameld over zijn of haar socio-economische omgeving, de gezondheid, determinanten die de gezondheid kunnen bepalen (bijvoorbeeld het leefpatroon) en de medische consumptie.

Deze gegevens kunnen alleen worden verkregen via een directe bevraging van de onderzoeksgroep. Zij zijn niet afleidbaar uit de beschikbare informatie over het gebruik van medische dienstverlening.

Naast deze centrale doelstelling waren er een aantal specifieke objectieven, waarbij werd getracht een antwoord te formuleren op de volgende vragen:

— Wat zijn de belangrijkste gezondheidsproblemen?

— Y a-t-il des lacunes dans la promotion de la santé et, dans l'affirmative, quelles sont-elles ?

— Comment certaines mesures de politique, comme par exemple les campagnes de prévention, peuvent-elles être évaluées ?

— Peut-on constater des inégalités sur le plan de la santé ?

— Quelle est la relation entre la santé et l'utilisation des services médicaux ?

Pour obtenir une réponse fiable à toutes ces questions, il était nécessaire d'interroger les personnes concernées sur toute une série de domaines, à savoir :

— le vécu de la santé (comment perçoit-on sa santé ?) et la présence de plaintes et de symptômes. Cette approche est différente de l'approche strictement médicale, fondée sur les syndromes;

— l'état de santé :

• la présence de maladies chroniques;

• les limitations et handicaps physiques;

• la santé mentale;

— l'utilisation de services médicaux : services paramédicaux, services sociaux, médecin de famille, spécialistes, etc.;

— le mode de vie : par exemple consommation de tabac et d'alcool, vaccination, prévention, connaissance des maladies contagieuses comme le sida et attitude adoptée face à ces maladies;

— la situation socio-économique : nationalité, niveau de formation, situation de travail, revenu familial, logement, etc.

Ces informations ont été recueillies auprès d'un groupe de 10 000 personnes représentant 4 500 ménages. Étant donné que les différentes régions ont participé à l'enquête en qualité de commanditaires, il était important d'obtenir des informations fiables non seulement pour toute la Belgique mais aussi pour chacune de ces régions. C'est pourquoi le groupe a été réparti comme suit :

Région	Planning individus	Réalisation	
		Individus	Ménages
Flandre	3 500	3 536	1 508
Bruxelles	3 000	3 051	1 544
Wallonie	3 500	3 634	1 612
Belgique	10 000	10 221	4 664

— Zijn er hiaten in de gezondheidspromotie en zo ja, waaruit bestaan die ?

— Hoe kunnen bepaalde beleidsmaatregelen, bijvoorbeeld preventiecampagnes, worden geëvalueerd ?

— Kunnen er ongelijkheden op het vlak van de gezondheid worden vastgesteld ?

— Wat is de interrelatie tussen de gezondheid en het gebruik van medische dienstverlening ?

Om op al deze vragen een betrouwbaar antwoord te krijgen was het noodzakelijk dat de personen in de onderzoeksgroep over een hele reeks domeinen werden bevraagd, namelijk :

— de gezondheidsbeleving (hoe ervaart men zijn gezondheid ?) en de aanwezigheid van klachten en symptomen. Dit is een andere aanpak dan de strikt medische, waar de patiënt wordt benaderd vanuit ziektebeelden;

— de gezondheidstoestand :

• de aanwezigheid van chronische ziekten;

• fysieke beperkingen en handicaps;

• de geestelijke gezondheid;

— het gebruik van medische dienstverlening : paramedische diensten, sociale diensten, huisarts, specialisten, enz.;

— levensstijl : bijvoorbeeld rookgedrag, alcoholgebruik, vaccinatie, gezondheidspreventie, kennis van besmettelijke ziekten zoals aids en de houding die men hiertegenover aanneemt;

— de socio-economische situatie : die omvat onder meer de nationaliteit, het opleidingsniveau, de werksituatie, het gezinsinkomen, de huisvesting, enz.

Deze informatie werd verzameld bij een onderzoeksgroep van 10 000 personen, die 4 500 gezinnen vertegenwoordigden. Aangezien de verschillende regio's als opdrachtgever in het onderzoek participeerden, was het belangrijk dat niet alleen voor heel België, maar voor elk van deze afzonderlijke regio's betrouwbare gegevens verkregen werden. Vandaar dat de onderzochte groep was verdeeld als volgt :

Gewest	Planning subjecten	Realisatie	
		Subjecten	Gezinnen
Vlaanderen	3 500	3 536	1 508
Brussel	3 000	3 051	1 544
Wallonië	3 500	3 634	1 612
België	10 000	10 221	4 664

La répartition du groupe ne correspond pas aux chiffres réels de la population des régions. La raison en est de nature purement statistique. Si le nombre de personnes interrogées à Bruxelles avait été limité à 1 000, cela aurait donné un résultat statistique instable. Si on avait constaté 6 infarctus dans un groupe de 1 000 personnes, cela aurait donné un résultat de 3 à 9 pour l'ensemble de la population. Dans un groupe de 3 000 personnes, ces marges peuvent être ramenées par exemple à 5,5 et 6,5.

Il va de soi que, pour le calcul des moyennes sur l'ensemble de la Belgique, les données des différentes régions devaient être repondérées en fonction des chiffres réels de la population.

En ce qui concerne la diffusion des résultats, un rapport complet de l'étude, comportant quelque 1 400 pages, a d'abord été mis à la disposition des commanditaires. Ce document peut être consulté par le public sur Internet: http://www.iph.fgov.be/epidemio. Dans un avenir assez proche cette version sera également distribuée sur CD-ROM à des fins scientifiques.

Un condensé de l'enquête, comptant environ 140 pages, a en outre été distribué à un millier d'exemplaires et un résumé distinct a été fait pour les ménages qui ont participé à l'enquête et pour les personnes qui les ont interrogées.

Les commanditaires reçoivent également le «dataset» complet élaboré pendant l'enquête.

B. Aperçu des résultats concernant la partie «accès aux soins de santé»

De ce qui précède il se déduit que l'enquête recouvre un large éventail de domaines ayant un rapport avec la santé et les soins de santé. Un de ces domaines est l'accès aux soins de santé. On peut évidemment aborder ce sujet sous différents angles, mais l'enquête portait principalement sur les barrières financières qui rendent difficile, pour certains, l'accès à l'aide médicale.

Il est important à cet égard de savoir non seulement si ces barrières existent mais surtout si elles sont différentes selon les groupes de population. Si de grandes différences sont constatées sur ce plan, on risque d'évoluer vers un système de santé de type dual.

De verdeling van de onderzoeksgroep komt niet overeen met de werkelijke verhouding van de bevolkingsaantallen in de gewesten. De reden hiervan is van louter statistische aard. Indien het aantal bevraagden in Brussel zou zijn beperkt tot 1 000, dan zou dit een statistisch onstabiel resultaat hebben gegeven. Indien men bij een onderzoeksgroep van 1 000 personen, 6 hartinfarcten vaststelde, zou dit over de hele bevolking een resultaat van 3 tot 9 gegeven hebben. Bij een onderzoeksgroep van 3 000 personen kunnen deze marges worden teruggebracht tot bijvoorbeeld 5,5 en 6,5.

Het spreekt voor zich dat, voor de berekening van de gemiddelden over heel België, de gegevens over de verschillende gewesten moesten worden herwogen in het licht van de werkelijke bevolkingsaantallen.

Wat de verspreiding van de resultaten betreft, werd vooreerst een volledig rapport van de studie, dat ongeveer 1 400 pagina's omvat, ter beschikking gesteld van de opdrachtgevers. Dit document kan door het grote publiek worden geraadpleegd op de webpage: http://www.iph.fgov.be/epidemio. Binnen afzienbare tijd zal deze versie ook op cd-rom worden verspreid voor wetenschappelijke doeleinden.

Daarnaast werd een samenvatting van de enquête van ongeveer 140 pagina's verspreid op een duizendtal exemplaren en werd er een afzonderlijke samenvatting gemaakt voor de gezinnen die aan het onderzoek hebben meegewerkt en voor de interviewers.

De opdrachtgevers krijgen daarnaast de volledige dataset die tijdens het onderzoek werd uitgebouwd.

B. Overzicht van de resultaten wat het onderdeel «toegang tot de gezondheidszorg» betreft

Zoals uit het voorgaande blijkt, heeft de enquête betrekking op een ruime waaier van domeinen in verband met de gezondheid en de gezondheidszorg. Een hiervan is de toegang tot de gezondheidszorg. Men kan dit onderwerp vanzelfsprekend vanuit verschillende hoeken benaderen, maar het onderzoek had toch voornamelijk betrekking op de financiële barrières die het sommigen moeilijk maken om toegang te krijgen tot de medische hulpverlening.

Belangrijk in dit verband is niet alleen de vraag of er dergelijke barrières bestaan, maar vooral of ze differentieel zijn volgens bepaalde bevolkingsgroepen. Indien er wat dit betreft grote verschillen worden vastgesteld, bestaat het gevaar van een evolutie naar een duaal gezondheidssysteem.

COÛT MENSUEL MOYEN DE L'UTILISATION DES SERVICES MÉDICAUX PAR MÉNAGE, BELGIQUE 1997

GEMIDDELDE MAANDELIJKSE UITGAVE, PER GEZIN, VOOR HET GEBRUIK VAN MEDISCHE DIENSTEN, BELGIË 1997

	Dispensateurs de soins — *Zorgverstrekkers*		Médicaments — *Geneesmiddelen*		Hospitalisation — *Opname in een ziekenhuis*	
	En termes absolus (francs) — *In absolute cijfers (frank)*	En termes relatifs — *In relatieve cijfers*	En termes absolus (francs) — *In absolute cijfers (frank)*	En termes relatifs — *In relatieve cijfers*	En termes absolus (francs) — *In absolute cijfers (frank)*	En termes relatifs — *In relatieve cijfers*
Niveau d'enseignement. — *Onderwijsniveau*						
Sans diplôme. — *Geen diploma*	1 950	5,7	1 759	5,2	1 701	3,7
Primaire. — *Lager onderwijs*	1 810	4,1	1 179	2,8	738	1,3
Secondaire inférieur. — *Lager secundair onderwijs*	1 803	3,6	1 170	2,5	705	1,6
Secondaire supérieur. — *Hoger secundair onderwijs*	2 282	3,8	882	1,6	601	1,2
Supérieur. — *Hoger onderwijs*	2 285	3,4	931	1,3	1 001	1,3
Total. — *Totaal*	2 109	3,7	1 022	2,0	802	1,4
Revenu équivalent (francs). — *Equivalent inkomen (frank)*						
< 20 000	1 708	8,2	1 063	4,9	599	2,1
20 000 - 30 000	1 947	5,2	1 086	3,1	720	1,3
30 000 - 40 000	2 212	4,4	1 141	2,3	810	1,6
40 000 - 60 000	1 886	2,5	984	1,3	1 026	1,3
> 60 000	2 743	2,6	871	0,7	511	0,6
Total. — *Totaal*	2 110	3,8	1 027	2,0	809	1,4
Type de ménage. — *Gezinstype*						
Isolé. — *Alleenstaande*	1 339	3,4	645	1,9	511	1,4
Isolé avec enfants. — *Alleenstaande met kinderen*	2 108	5,3	1 046	2,5	676	1,5
Couple. — *Koppel*	2 456	4,2	1 173	2,2	894	1,6
Couple avec enfants. — *Koppel met kinderen*	2 551	3,3	995	1,4	514	0,6
Ménage complexe. — *Samengesteld gezin*	2 557	3,4	1 734	2,4	1 832	2,1
Total. — *Totaal*	2 096	3,7	1 019	1,9	789	1,4

Dans une première colonne, ce tableau fait une distinction entre les utilisateurs de services médicaux d'après le niveau d'enseignement, la catégorie de revenu et le type de ménage. Dans les colonnes suivantes sont mentionnées pour chacune de ces catégories, en termes absolus et relatifs, les dépenses pour les dispensateurs de soins, les médicaments et l'hospitalisation. Pour chacun des critères retenus (niveau d'enseignement, revenu et type de ménage), des différences peuvent être observées sur le plan des dépenses. À mesure que le niveau de formation s'élève, les dépenses augmentent également en chiffres absolus, mais cela ne se traduit pas dans les chiffres relatifs. En ce qui concerne la part du revenu, on constate un mouvement inverse. Dans la répartition selon le revenu, on note que les ménages aux revenus les plus bas en consacrent 15,2 % aux soins de santé, alors que pour les ménages aux revenus les plus élevés cette proportion est de 7,2 %, soit moins de la moitié.

Pour ce qui est des catégories de revenus, on a travaillé avec des revenus équivalents. Afin d'aboutir

Deze tabel maakt in een eerste kolom een onderscheid tussen de gebruikers van medische diensten volgens onderwijsniveau, inkomenscategorie en gezinstype. In de volgende kolommen worden voor elk van deze categorieën telkens in absolute en in relatieve cijfers de uitgaven vermeld voor respectievelijk zorgverstrekkers, geneesmiddelen en hospitalisatie. Men stelt vast dat er voor elk van de gehanteerde criteria (onderwijsniveau, inkomen en gezinstype) verschillen in de uitgaven waarneembaar zijn. Naarmate het opleidingsniveau stijgt nemen ook de uitgaven in absolute cijfers toe, maar dit vertaalt zich niet in de relatieve cijfers. Wat het aandeel in het inkomen betreft, stelt men immers een omgekeerde beweging vast. Bij de verdeling volgens het inkomen stelt men vast dat de laagste inkomens 15,2 % van hun inkomen aan gezondheidszorg besteden, waar dit voor de hoogste inkomens met 7,2 % minder dan de helft is.

Wat de verdeling in inkomenscategorieën betreft, werd gewerkt met equivalente inkomens. Teneinde

à des chiffres comparables, le revenu réel a été converti selon le type de ménage. On applique au revenu une opération mathématique attribuant une valeur déterminée à chaque membre du ménage. Dans un ménage complexe comprenant un père, une mère, un grand-père et des enfants, le premier adulte reçoit une valeur de 1, les autres adultes une valeur de 0,5 et le poids de chaque enfant est de un tiers.

Le tableau ci-dessous montre comment les personnes des divers groupes, mentionnées au tableau précédent, perçoivent elles-mêmes leurs dépenses de services médicaux. Pour chaque catégorie est indiqué le pourcentage de difficultés rencontrées pour payer les frais y afférents et le nombre de ménages que ce pourcentage représente.

Perception relative du coût de l'utilisation des services médicaux par ménage, Belgique 1997

Difficultés de paiement du coût des soins de santé	%	N (ménages)
Niveau d'enseignement		
Sans diplôme	63,8	138
Primaire	53,3	685
Secondaire inférieur	45,9	758
Secondaire supérieur	31,3	1 157
Supérieur	16,6	1 371
Total	33,4	4 109
Revenu équivalent (francs)		
< 20 000	67,3	291
20 000-30 000	56,9	900
30 000-40 000	44,9	1 027
40 000-60 000	21,0	1 292
> 60 000	5,7	590
Total	33,2	4 100
Type de ménage		
Isolé	34,0	1 452
Isolé avec enfants	60,1	190
Couple	32,5	1 190
Couple avec enfants	27,9	1 007
Ménage complexe	34,0	436
Total	33,3	4 275

On constate que, globalement, un tiers de la population éprouve des difficultés à payer les services médicaux, mais ce chiffre masque de profondes différences. Dans les colonnes du niveau d'enseignement et du revenu, on observe une ligne descendante. Dans la répartition selon le type de ménage, c'est surtout le groupe des isolés avec enfants qui semble rencontrer des problèmes de paiement.

Sur ce point, on note d'ailleurs aussi des différences entre les régions: environ 25% des Flamands se sont déclarés d'accord de payer les soins de santé, contre

tot vergelijkbare cijfers te komen werd het werkelijk inkomen vertaald volgens het gezinstype. Op het inkomen wordt een wiskundige bewerking toegepast waarbij aan elk lid van het gezin een bepaalde waarde wordt toegekend. In een complex gezin met een vader, moeder, grootvader en kinderen krijgt de eerste volwassene een waarde van 1, de andere volwassenen een waarde van 0,5 en elk kind een gewicht van een derde.

De volgende tabel geeft weer hoe mensen in de diverse groepen, vermeld in de vorige tabel, zelf hun uitgaven voor medische hulpverlening ervaren. Voor elke categorie wordt weergegeven welk percentage moeilijkheden ondervindt in het betalen van de kosten in dit verband en hoeveel gezinnen dit percentage in absolute cijfers vertegenwoordigt.

Persoonlijke perceptie van de uitgaven per gezin voor het gebruik van medische diensten, België 1997

Moelijkheden met het betalen van medische hulpverlening	%	N (gezinnen)
Onderwijsniveau		
Geen diploma	63,8	138
Lager onderwijs	53,3	685
Lager secundair onderwijs	45,9	758
Hoger secundair onderwijs	31,3	1 157
Hoger onderwijs	16,6	1 371
Totaal	33,4	4 109
Equivalent inkomen (frank)		
< 20 000	67,3	291
20 000-30 000	56,9	900
30 000-40 000	44,9	1 027
40 000-60 000	21,0	1 292
> 60 000	5,7	590
Totaal	33,2	4 100
Gezinstype		
Alleenstaande	34,0	1 452
Alleenstaande met kinderen	60,1	190
Koppel	32,5	1 190
Koppel met kinderen	27,9	1 007
Samengesteld gezin	34,0	436
Totaal	33,3	4 275

Men stelt vast dat globaal een derde van de bevolking moeilijkheden heeft met het betalen van medische hulpverlening, maar dit cijfer verhult grote verschillen. In de kolommen met het onderwijsniveau en het inkomen stelt men een dalende lijn vast. Bij de verdeling volgens het gezinstype blijkt vooral de groep van de alleenstaanden met kinderen problemen te hebben met de kosten voor medische hulpverlening.

Wat dit betreft worden er trouwens ook regionale verschillen vastgesteld: ongeveer 25% van de Vlamingen verklaarde zich akkoord met het betalen van

45% des habitants de la Région bruxelloise et de la Région wallonne.

À la question de savoir s'il existe des barrières financières s'ajoute celle de leurs conséquences. Si elles ont pour effet de différer le recours à l'aide médicale, il peut en résulter des problèmes de santé plus graves et, indirectement, des frais accrus pour les services médicaux. À Bruxelles, on connaît par exemple le cas de femmes étrangères qui sont enceintes, mais qui ne s'adressent qu'en tout dernier recours à un médecin parce que leurs papiers ne sont pas en règle. Il s'ensuit au bout du compte, non seulement une mortalité infantile plus élevée mais aussi des frais de traitement accrus.

L'enquête à ce sujet comportait deux volets: d'une part le coût des services médicaux et la façon dont ce coût est perçu, et d'autre part le comportement qui en est la conséquence: report des contacts avec les dispensateurs de soins, arrêt d'une médication ou remplacement de médicaments par des produits moins coûteux.

D'après le revenu:

Report de l'utilisation des services médicaux pour raisons financières

Revenu équivalent (francs)

medische zorgverlening tegenover 45% van de inwoners van het Brussels en het Waals Gewest.

Naast de vraag of er financiële barrières bestaan, is er die naar de gevolgen hiervan. Wanneer zij tot gevolg hebben dat een beroep op medische hulpverlening wordt uitgesteld, dan kan dit leiden tot het ontstaan van ernstiger gezondheidsproblemen en onrechtstreeks tot nog meer kosten voor medische hulpverlening. In Brussel kent men bijvoorbeeld de situatie van de buitenlandse vrouwen die zwanger zijn maar die zich slechts in allerlaatste instantie tot een arts wenden omdat hun papieren niet in orde zijn. Dit leidt niet alleen tot een hogere kindersterfte, maar ook tot meerkosten inzake medische verzorging.

Het onderzoek in dit verband omvatte twee luiken: de kosten voor hulpverlening en hoe die worden ervaren enerzijds en anderzijds het gedrag dat hiervan het gevolg is: het uitstellen van contacten met hulpverleners, het stopzetten van medicatie of het vervangen van een medicatie door goedkopere producten.

Volgens het inkomen:

Gebruik van medische hulpverlening uitgesteld om financiële redenen

Equivalent inkomen (frank)

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be)»

D'après le type de ménage :

Report de l'utilisation des services médicaux pour raisons financières (en fonction de la composition du ménage)

Volgens het gezinstype :

Gebruik van medische hulpverlening, uitgesteld om financiële redenen (volgens de samenstelling van het gezin)

« Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be) »

« Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be) »

Ce dernier graphique montre à son tour que ce sont les isolés avec enfants qui éprouvent le plus de difficultés financières sur le plan des soins de santé. Ici aussi émergent les disparités régionales marquantes. Alors que pour l'ensemble de la Belgique 8 % des ménages interrogés ont déclaré qu'ils différaient le recours à une aide médicale pour des motifs d'ordre financier, ce taux atteignait 8 % en Flandre, près de 20 % à Bruxelles et 11 % en Wallonie.

Un membre demande comment s'explique ce haut pourcentage pour Bruxelles. Cette région recèle pourtant une ample offre médicale, ce qui devrait favoriser l'accessibilité des soins de santé.

Les questionnaires relatifs à ces données intégraient-ils des contrôles suffisants pour pouvoir formuler des conclusions fiables ?

M. Van Oyen répond qu'il s'agissait uniquement ici d'étudier le report de l'utilisation des services médicaux pour des raisons financières. Le pourcentage élevé pour Bruxelles est probablement lié à la composition de la population de cette région.

Les questions étaient posées orgalement par des personnes spécialement formées pour cette sorte de travail, en collaboration avec l'Institut national de statistique. Les enquêtes étaient d'ailleurs suivies de très près. Les entrevues duraient environ une heure par individu, avec un maximum de 4 personnes par ménage. Les enfants de moins de 15 ans étaient interrogés par l'entremise d'un autre membre du ménage.

Ook uit deze laatste grafiek blijkt dat vooral eenoudergezinnen met kinderen financiële moeilijkheden hebben op het vlak van de gezondheidszorg. Ook hier zijn er opmerkelijke regionale verschillen. Waar over heel België 8 % van de ondervraagde gezinnen verklaarde dat zij het gebruik van medische hulpverlening om financiële redenen uitstelde, was dit in Vlaanderen 8 %, in Brussel bijna 20 % en in het Waals Gewest 11 %

Een lid vraagt hoe dit hoge percentage voor Brussel kan worden verklaard. Er is hier toch een groot medisch aanbod, wat de toegankelijkheid ten goede zou moeten komen.

Waren in de vragenlijsten naar dit soort gegevens overigens voldoende controles ingebouwd om betrouwbare conclusies te kunnen formuleren ?

De heer Van Oyen antwoordt dat hier alleen werd gepeild naar het uitstel van gebruik van gezondheidsdiensten om financiële redenen. Het hoge percentage voor Brussel heeft wellicht te maken met de samenstelling van de bevolking in deze regio.

De ondervragingen gebeurden mondeling en werden, in samenwerking met het Nationaal Instituut voor de statistiek, uitgevoerd door mensen die voor dit soort werk getraind zijn. De enquêtes werden overigens van zeer nabij opgevolgd. De ondervragingen duurden ongeveer één uur per individu. Er werden maximum 4 personen per gezin ondervraagd. Kinderen tot 15 jaar werden bevraagd via een ander lid van het gezin.

Les enquêtes comportaient également une partie écrite pour laquelle les personnes interrogées, en cas de besoin (surtout les plus âgées), étaient assistées par les interviewers. Dans les questionnaires étaient intégrés plusieurs contrôles. Les questions relatives au revenu, par exemple, étaient posées aussi bien au niveau du ménage qu'à titre individuel.

Lorsqu'un enquêteur constate des différences régionales, on doit bien entendu se demander si ces résultats ne sont pas la conséquence de facteurs culturels qui influencent la façon de répondre (par exemple, la fierté flamande). En se référant notamment à une analyse des résultats d'autres parties de l'enquête, on peut conclure que les différences constatées ici reposent sur des bases objectives.

Un membre demande si, dans l'enquête, une comparaison a été faite entre, par exemple, Bruxelles et Anvers, deux villes dont on peut supposer qu'elles sont plus ou moins similaires quant à la composition de la population.

M. Van Oyen répond qu'il y a une forte demande pour ce type de données, et qu'il faudra certainement en tenir compte pour l'avenir. Dans la présente étude, le nombre de personnes interrogées à Anvers (environ 600) et à Gand était trop restreint pour pouvoir formuler des conclusions fiables.

Les disparités régionales qui se font jour ici se manifestent aussi — parfois avec plus de force encore — dans d'autres domaines. En analysant l'attitude à l'égard des patients atteints du SIDA, par exemple, on constate que les Flamands réagissent de manière plus conservatrice et plus réticente que les francophones et que le problème est aussi beaucoup moins connu en Flandre.

Les tableaux ci-dessous donnent une idée de la mesure dans laquelle les soins de santé sont différés, d'après les catégories sociales. On y retrouve les mêmes tendances. Parmi les ouvriers non qualifiés, 11,4% déclarent avoir reporté un recours aux services médicaux, contre 4% pour les managers.

Daarnaast omvatten de enquêtes een schriftelijk gedeelte, waarbij de ondervraagden, indien nodig (vooral ouderen), wel werden bijgestaan door de interviewers. In de vragenlijsten waren een aantal controles ingebouwd. De vragen met betrekking tot het inkomen, bijvoorbeeld werden gesteld zowel op het niveau van het gezin als op dat van de individuele leden.

Wanneer men als onderzoeker regionale verschillen vaststelt moet men zich vanzelfsprekend de vraag stellen of deze resultaten niet het gevolg zijn van culturele factoren die de wijze van antwoorden beïnvloeden (bijvoorbeeld de Vlaamse fierheid). Mede op basis van een analyse van de resultaten van andere onderdelen van het onderzoek mag men besluiten dat de verschillen die hier worden vastgesteld, op objectieve gronden berusten.

Een lid vraagt of in het onderzoek ook een vergelijking werd gemaakt tussen bijvoorbeeld Brussel en Antwerpen, twee steden waarvan men mag aannemen dat zij inzake bevolkingssamenstelling min of meer vergelijkbaar zijn.

De heer Van Oyen antwoordt dat er veel vraag is naar dit soort gegevens, waar in de toekomst zeker rekening mee moet worden gehouden. In de voorliggende studie was het aantal bevraagde personen in Antwerpen (ongeveer 600) en in Gent te klein om betrouwbare conclusies te kunnen trekken.

De regionale verschillen die hier tot uiting komen, manifesteren zich ook — soms nog sterker — in andere domeinen. Wanneer men peilt naar de houding ten aanzien van aids-patiënten bijvoorbeeld, stelt men vast dat Vlamingen wat dit betreft een stuk conservatiever en terughoudender reageren dan de Franstaligen en dat de problematiek in Vlaanderen ook veel minder gekend is.

De hierna volgende tabellen geven een beeld van de mate waarin gezondheidsverzorging werd uitgesteld, gedifferentieerd volgens sociale categorieën. Men vindt hier dezelfde tendensen terug. Van de ongeschoolde arbeiders verklaart 11,4% dat zij een beroep op zorgverlening hebben uitgesteld, tegenover 4% bij de managers.

ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ, BELGIQUE 1997

Report de l'utilisation des services médicaux pour raisons financières

TOEGANG TOT DE HULPVERLENING, BELGIË 1997

Gebruik van medische hulpverlening, uitgesteld om financiële redenen

		Oui (%) — *Ja (%)*	Non (%) — *Neen (%)*	N
Niveau d'emploi. — *Niveau van tewerkstelling*	Ouvriers non qualifiés. — *Niet geschoolde arbeiders*	11,4	88,6	563
	Ouvriers qualifiés. — *Geschoolde arbeiders*	8,0	92,0	642
	Employés. — *Bedienden*	8,4	91,6	2 417
	Managers	4,0	96,0	705
Total. — *Totaal*		8,1	91,9	4 327
Type de ménage. — *Samenstelling van het gezin*	Isolé. — *Alleenstande*	9,4	90,6	1 564
	Isolé avec enfants. — *Alleenstaande met kinderen*	27,5	72,5	202
	Couple. — *Koppel*	5,7	94,3	1 288
	Couple avec enfants. — *Koppel met kinderen*	7,3	92,7	1 084
	Ménage complexe. — *Samengesteld gezin*	9,4	90,6	473
Total. — *Totaal*		8,5	91,5	4 611
Niveau d'enseignement. — *Niveau van opleiding*	Sans diplôme. — *Zonder diploma*	27,3	72,7	151
	Primaire. — *Lager onderwijs*	9,2	90,8	725
	Secondaire inférieur. — *Lager secundair onderwijs*	10,5	89,5	824
	Secondaire supérieur. — *Hoger secundair onderwijs*	9,2	90,8	1 258
	Supérieur. — *Hoger onderwijs*	4,7	95,3	1 468
Total. — *Totaal*		8,4	91,6	4 426
Revenu équivalent (francs). — *Equivalent inkomen (frank)* . .	< 20 000	25,1	74,9	310
	20 000-30 000	17,7	82,3	962
	30 000-40 000	9,9	90,1	1 113
	40 000-60 000	3,7	96,3	1 403
	> 60 000	1,9	98,1	623
Total. — *Totaal*		8,6	91,4	4 411

L'enquête a également cherché à connaître le type de service qui était différé pour raisons financières.

Tijdens het onderzoek werd ook gepeild naar het soort dienstverlening dat werd uitgesteld om financiële redenen.

ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ, BELGIQUE 1997

Services médicaux non utilisés pour raisons financières

Dentiste: 47,8%
Spécialiste: 31,1%
Lunettes: 21%
Généraliste: 20,4%
Médicaments: 19%
Prothèses dentaires: 14,3%
Thérapie physique: 14,2%
Chirurgie: 8,8%
Radiologie: 7,1%
Analyse du sang: 5,5%
Psychothérapie: 3,8%
Soins à domicile: 3,6%

La dentisterie arrive largement en tête. Tout aussi important est cependant le fait que la consultation du généraliste, l'achat de médicaments et l'achat de lunettes représentent chacun environ 20% du total. Il s'agit de trois formes d'aide de base.

Une membre demande si ces chiffres ne doivent pas être fortement différenciés d'après l'âge. En ce qui concerne les soins dentaires, on s'est attaché ces dernières années à changer les mentalités et les jeunes semblent être, sur ce plan, nettement plus sensibles que leurs aînés.

M. Van Oyen répond que l'enquête comprenait un module distinct relatif à la consultation préventive du dentiste. La conclusion générale en a été que le Belge affiche un mauvais score en ce domaine. La moitié seulement des personnes interrogées passent une visite préventive deux fois par an. Il n'y avait en l'occurrence que peu ou pas de différence entre jeunes et personnes d'âge plus avancé.

Les données déjà évoquées montrent que dans le groupe de ceux qui diffèrent les soins de santé pour raisons financières, les isolés avec enfants sont fortement représentés. Il s'agit principalement de personnes jeunes. On ne doit d'ailleurs pas perdre de vue que ces chiffres se rapportent uniquement au report de visites médicales pour motifs d'ordre financier.

Une autre question posée était de savoir si, à la suite d'un relèvement du ticket modérateur, certains médicaments ont été arrêtés ou remplacés.

Sur ce point aussi, le groupe des isolés avec enfants vient au premier plan et on note d'importants écarts régionaux. Le chiffre global pour la Belgique est de 5%; en Région bruxelloise et en Région wallonne, il est de 9% et en Flandre de 1,4%. La répartition

TOEGANG TOT DE HULPVERLENING, BELGIË 1997

Soort dienstverlening waarop geen beroep werd gedaan om financiële redenen

Tandarts: 47,8%
Specialist: 31,1%
Bril: 21%
Huisarts: 20,4%
Geneesmiddelen: 19%
Tandprothese: 14,3%
Fysiotherapie: 14,2%
Heelkundige ingreep: 8,8%
Radiologie: 7,1%
Bloedanalyse: 5,5%
Psychotherapie: 3,8%
Thuisverpleging: 3,6%

De tandheelkunde staat hier met ruime voorsprong op de eerste plaats. Even belangrijk is echter het feit dat het raadplegen van de huisarts, de aankoop van geneesmiddelen en de aankoop van een bril elk ongeveer 20% van het totaal uitmaken. Het betreft drie vormen van basishulpverlening.

Een lid vraagt of deze cijfers niet sterk moeten worden gedifferentieerd wat de leeftijd betreft. Met betrekking tot de tandverzorging is er de jongste jaren toch sterk aan een mentaliteitswijziging gewerkt en jongeren lijken op dit vlak een stuk gevoeliger te zijn dan mensen van vroegere generaties.

De heer Van Oyen antwoordt dat het onderzoek een afzonderlijke module omvatte over het preventieve tandartsbezoek. De algemene conclusie hiervan was dat de Belg op dit vlak hoe dan ook slecht scoort. Slechts de helft van de ondervraagden ondergaat twee keer per jaar een preventief nazicht. Hierin was er weinig of geen verschil tussen jongeren en personen op latere leeftijd.

Uit de eerder getoonde gegevens blijkt overigens dat in de groep die gezondheidszorg wegens financiële redenen uitstelt, de eenoudergezinnen sterk vertegenwoordigd zijn. Dit is een groep met voornamelijk personen op jonge leeftijd. Men moet overigens voor ogen houden dat deze cijfers alleen betrekking hebben op uitstel van artsenbezoek om financiële redenen.

Een andere vraag die werd gesteld, was die of ten gevolge van een verhoging van het remgeld bepaalde medicaties werden stopgezet of dat werd overgegaan op een ander geneesmiddel.

Ook wat dit betreft, springt de groep van de eenoudergezinnen in het oog en zijn er belangrijke regionale verschillen. Het globale cijfer voor België bedraagt 5%, voor het Brussels en het Waals Gewest is dit 9% en in Vlaanderen 1,4%. De verdeling op basis van het

d'après le revenu confirme les observations faites pour d'autres questions.

À la question de savoir dans quelle mesure ce changement de médicaments était justifié ou judicieux, aucune réponse n'a pu être fournie parce qu'il est difficile, pour des raisons liées à la protection de la vie privée, d'interroger en profondeur les personnes sur le type de médicaments qu'elles prennent.

Une membre juge important que toutes ces données datent de l'année 1997, à un moment où la franchise sociale et fiscale était pleinement en vigueur. Les différences qui résultent de cette étude montrent qu'en dépit de ces mesures qui devaient favoriser l'accès aux soins de santé pour les groupes plus faibles, il subsiste de grandes différences déterminées par des facteurs sociaux.

III. AUDITION DE REPRÉSENTANTS DES CPAS (1)

A. Exposé de M. Mayeur, président du CPAS de Bruxelles

M. Mayeur fait remarquer que les CPAS ont indéniablement constaté au cours des dernières années une aggravation des problèmes d'accessibilité aux soins de santé. D'un côté, cette évolution est la conséquence de l'accroissement général de la pauvreté. On constate que le groupe de personnes ne disposant pas de ressources suffisantes pour payer tous les services médicaux nécessaires s'élargit au fil des années. D'un autre côté, il y a le fait que le pouvoir fédéral, notamment dans le cadre des économies requises pour atteindre les normes de Maastricht, a détourné des charges vers les administrations locales. Les CPAS, en particulier ceux qui exploitent un hôpital, ont vivement ressenti les conséquences de cette politique.

Il y a aussi à l'opposé plusieurs mesures politiques favorables. La mesure de la ministre des Affaires sociales, par laquelle la possibilité de s'assurer contre la maladie et l'invalidité a été étendue aux bénéficiaires du minimum de moyens d'existence, a eu des effets particlièrement positifs.

L'importance de cette mesure est encore plus évidente quand on constate qu'entre 1992 et 1995, la prise en charge des soins de santé par le CPAS de Bruxelles, pour un hôpital déterminé, est passée de 90

(1) Audition du 8 décembre 1998.
Présents:
— M. Mayeur, président du CPAS de Bruxelles

— M. Decoene, secrétaire du CPAS de Roulers et Mme Deseger, travailleuse sociale principale de ce CPAS;

— M. Windey, directeur des Affaires sociales au CPAS d'Anvers.

inkomen bevestigt de bevindingen die bij andere vragen worden vastgesteld.

Op de vraag in welke mate deze verandering van medicatie verantwoord of zinvol was, kon geen antwoord worden verstrekt omdat het wegens redenen van privacy moeilijk is de mensen diepgaand te gaan ondervragen over het soort geneesmiddelen dat zij gebruiken.

Een lid acht het belangrijk dat al deze gegevens dateren van het jaar 1997, een ogenblik waarop de sociale en fiscale franchise volop in werking waren. De verschillen die uit deze studie blijken, tonen aan dat ondanks deze maatregelen die de financiële toegang tot de gezondheidszorg voor zwakkere groepen moesten bevorderen, er toch nog steeds grote verschillen blijven die worden bepaald door sociale factoren.

III. HOORZITTING MET VERTEGENWOORDIGERS VAN OCMW'S (1)

A. Uiteenzetting van de heer Mayeur, voorzitter van het OCMW van Brussel

De heer Mayeur merkt op dat de OCMW's de jongste jaren onmiskenbaar een toename van de problemen in verband met de toegankelijkheid van de gezondheidszorg vaststellen. Aan ene kant is dit een gevolg van de algemene toename van de armoede. Men stelt vast dat de groep die niet over de nodige bestaansmiddelen beschikt om alle noodzakelijke medisch hulpverlening te betalen, met het jaar groter wordt. Anderzijds is er het feit dat de federale overheid, onder meer in het kader van de bezuiningingen om de Maastrichtnorm te halen, lasten is gaan afwenden op het lokale bestuursniveau. De OCMW's, in het bijzonder zij die een ziekenhuis uitbaten, hebben de gevolgen van dit beleid zeer sterk aangevoeld.

Hiertegenover staan ook een aantal positieve beleidsmaatregelen. De maatregel van de minister van Sociale Zaken waarbij de verzekerbaarheid in de ziekte- en invaliditeitsverzekering werd uitgebreid tot de gerechtigden op het bestaansminimum, heeft bijzonder positieve gevolgen gehad.

Het belang van deze maatregel wordt nog duidelijker wanneer men vaststelt dat tussen 1992 en 1995 de tenlasteneming van gezondheidszorg door het OCMW van Brussel, voor één bepaald ziekenhuis is

(1) Hoorzitting van 8 december 1998.
Aanwezig:
— de heer Mayeur, voorzitter van het OCMW van Brussel;
— de heer Decoene, secretaris van het OCMW van Roeselare, en mevrouw Deseger, hoofdmaatschappelijk werkster bij dit OCMW;
— de heer Windey, directeur Sociale Zaken bij het OCMW van Antwerpen.

à 229 millions de francs. Cette tendance s'est normalement poursuivie après 1995, mais a fléchi cette année grâce à l'extension précitée de l'assurabilité.

En pricipe, on peut dire que la législation existante offre pour la prise en charge des soins de santé un certain nombre d'instruments qui fonctionnent convenablement. Un de ces instruments est la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale. Cette loi forme incontestablement avec la loi organique un des principaux instruments légaux des CPAS. En ce qui concerne la prise en charge des soins médicaux, la loi de 1965 fait une distinction entre le CPAS du domicile de secours, à savoir le CPAS sur le territoire duquel se trouve le demandeur, qui reconnaît l'état d'indigence et qui fournit les secours. Si le CPAS du domicile de secours et le CPAS secourant sont les mêmes, il n'y a aucun problème. Dans l'autre cas, le CPAS secourant transmettra la facture au CPAS du domicile de secours, qui réglera les frais.

La loi prévoit en outre la possibilité, pour certains groupes qui ne sont pas inscrits au registre de la population, de faire payer les secours du CPAS par l'autorité fédérale. Sur ce plan, il y a indéniablement quelques problèmes et imprécisions pour des groupes tels que les sans-papiers, les illégaux et les réfugiés politiques qui frappent à la porte des hôpitaux des CPAS.

Pour ce qui est de l'octroi du minimum de moyens d'existence ou de l'assistance sociale, les CPAS sont soumis à des critères légaux très sévères. Comme on l'a dit, l'extension de l'assurabilité et du statut VIPO a considérablement amélioré la situation de ces groupes. Il subsiste toutefois des problèmes. De nombreuses personnes, par exemple les chômeurs, ont un revenu qui dépasse le minimum de moyens d'existence mais qui est insuffisant pour boucler le budget quand on doit faire face à d'importantes dépenses de soins de santé. Les CPAS ont peu de possibilités d'intervenir à l'égard de ces groupes.

En pratique, on constate que les patients qui ont des difficultés financières, qui séjournent illégalement dans le pays, qui n'ont pas de papiers, etc. attendent le tout dernier moment pour s'adresser à un dispensateur de soins. Cela a non seulement de lourdes conséquences pour l'état de santé des intéressés mais est aussi très néfaste du point de vue financier, tant pour le patient que pour le dispensateur de soins et la communauté. Nul n'a intérêt à ce qu'un rhume non

gestegen van 90 miljoen tot 229 milijoen frank. Deze tendens heeft zich na 1995 gewoon doorgezet, maar zij is dit jaar afgezwakt dankzij de eerder vermelde uitbreiding van de verzekerbaarheid.

In principe kan men stellen dat de bestaande wetgeving een aantal instrumenten voor de ten laste neming biedt, die naar behoren functioneren. Een hiervan is de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn. Deze wet vormt samen met de organieke wet ongetwijfeld een van de belangrijkste wettelijke instrumenten van de OCMW's. Wat de tenlasteneming van geneeskundige verzorging betreft, maakt de wet van 1965 een onderscheid tussen het OCMW van het onderstandsdomicilie, dit is het OCMW van de gemeente waar de hulpvrager voor zijn hoofdverblijf ingeschreven is in het bevolkingsregister, en het steunverlenend OCMW, dit is het OCMW op het grondgebied waarvan de persoon die om bijstand vraagt, zich bevindt, dat de staat van behoeftigheid erkent en de steun effectief verleent. Indien het OCMW van het onderstandsdomicilie en het steunverlenend OCMW dezelfde zijn, is er geen probleem. In het andere geval zal het steunverlenend OCMW de factuur van de bijstand doorzenden naar het OCMW van het onderstandsdomicilie, dat de kosten vergoedt.

Daarnaast voorziet de wet in de mogelijkheid om voor bepaalde groepen die niet in het bevolkingsregister zijn ingeschreven, dat de door het OCMW verleende steun wordt vergoed door de federale overheid. Wat dit betreft, zijn er onmiskenbaar een aantal problemen en onduidelijkheden voor groepen zoals de personen zonder papieren, de illegalen en de politiek vluchtelingen die in de ziekenhuizen van de OCMW's voor verzorging komen aankloppen.

De OCMW's zijn inzake het toekennen van het bestaansminimum of van maatschappelijke bijstand gebonden aan strikte wettelijke criteria. Zoals reeds gezegd, heeft de uitbreiding van de verzekerbaarheid en van het WIGW-statuut de situatie van deze groepen aanzienlijk verbeterd. Toch zijn er nog problemen. Heel wat personen, bijvoorbeeld werklozen, hebben een inkomen dat hoger ligt dan het bestaansminimum maar dat onvoldoende is om mee rond te komen wanneer zij met belangrijke uitgaven voor gezondheidszorg worden geconfronteerd. De OCMW's hebben weinig mogelijkheden om ten aanzien van deze groepen tussen te komen.

In de praktijk stelt men vast dat patiënten die financiële moeilijkheden hebben, die illegaal in het land verblijven, die geen papieren hebben, enz. tot op het laatste ogenblik wachten om zich tot een zorgverstrekken te wenden. Dit heeft niet alleen zware gevolgen voor de gezondheidstoestand van de betrokkenen, maar is ook financieel erg nadelig, zowel voor de patiënt als voor de verstrekker en de gemeenschap. Niemand heeft er belang bij dat de patiënt een ver-

soigné dégénère en pneumonie. C'est pourtant ce qui se passe dans la réalité.

Pour faire face le mieux possible à ce genre de situations, un système d'échelonnement impliquant plus de 60 médecins généralistes a été mis en place à Bruxelles. Lorsque le bénéficiaire du minimum de moyens d'existence ou d'une autre forme d'assistance se présente au CPAS pour des problèmes de santé, il sera renvoyé à un généraliste qui décidera s'il faut recourir à une aide de seconde ligne et, dans l'affirmative, en déterminera la nature.

Ce système évite dans une importante mesure que l'intéressé diffère certains soins, qu'il fasse de l'auto-diagnostic ou qu'il passe d'un dispensateur de soins à l'autre. Son principal avantage est cependant qu'il respecte en tous points la vie privée du patient. La communication sur les maladies se fait exclusivement entre médecins.

Ce système comporte toutefois aussi une limitation dans la mesure où il ne peut être appliqué qu'aux patients qui s'adressent au CPAS et ont droit à l'une ou l'autre forme d'aide. C'est précisément là que réside une importante contradiction de notre système de soins de santé. Les personnes qui ont droit au minimum de moyens d'existence ont accès à des formes de soins médicaux qui s'avèrent inabordables pour les chômeurs ne percevant qu'une allocation peu élevée, voire pour les actifs à revenu modeste. Tel est par exemple le cas de certaines formes d'orthodontie, qui ne sont remboursées que dans une très faible mesure ou pas du tout pour les personnes qui ne bénéficient pas de l'un ou l'autre régime d'assistance.

Quoi qu'il en soit, le problème de l'accès aux soins de santé n'est pas résolu par une politique axée exclusivement sur les bénéficiaires d'assistance.

M. Mayeur aborde ensuite le problème des patients chroniques. Les hôpitaux qui relèvent du CPAS de Bruxelles ont été confrontés dans un passé récent à deux catégories de patients dont les problèmes se posent, à cet égard, avec acuité: les patients atteints du sida et les patients souffrant de tuberculose.

Un hôpital du CPAS de Bruxelles qui a acquis une réputation dans ce domaine a soigné récemment un grand nombre de sidatiques. Jusqu'il y a peu, la trithérapie, qui coûte extrêmement cher, n'était pas remboursée par l'INAMI, si bien que le CPAS devait suppléer de grosses sommes. Cette thérapie étant à présent remboursée, le problème a pratiquement disparu, mais les dépenses du passé sont loin d'être apurées.

La recrudescence de la tuberculose est naturellement liée dans une certaine mesure au sida. Les

koudheid niet verzorgt en deze laat evolueren tot een longontsteking. Dit is nochtans wat in werkelijkheid gebeurt.

Om dit soort situaties maximaal het hoofd te bieden werd in Brussel een systeem van echelonnering uitgewerkt waarbij meer dan 60 huisarten betrokken zijn. Wanneer een gerechttigde op het bestaansminimum of op een andere vorm van bijstand zich met gezondheidsproblemen bij het OCMW aandient, zal dit de betrokkene naar een huisarts doorverwijzen en deze arts die beslist of een beroep moet worden gedaan op tweedelijnshulp en zo ja, welke.

Dit systeem voorkomt in belangrijke mate dat de betrokkene bepaalde zorg gaat uitstellen, dat hij aan auto-diagnose gaat doen of dat hij van de ene hulpverlener naar de andere gaat. Het belangrijkste voordeel bestaat er echter in dat het privé-leven van de patiënt volledig wordt gerespecteerd. De communicatie over ziekten geschiedt uitsluitend tussen geneesheren onderling.

Ook dit systeem houdt evenwel de beperking in dat het alleen kan worden toegepast voor patiënten die zich tot het OCMW wenden en recht hebben op een of andere vorm van hulpverlening. Hier komt men terecht bij een belangrijke contradictie in ons systeem van gezondheidszorg. Mensen die recht hebben op het bestaansminimum, hebben toegang tot vormen van medische zorgverlening die voor werklozen met een lage vergoeding of zelfs werkenden met een beperkt inkomen niet betaalbaar zijn. Dit is bijvoorbeeld het geval voor bepaalde vormen van orthodontie, die slechts in zeer beperkte mate of helemaal niet terugbetaald worden voor personen die niet in een of ander bijstandsstelsel zitten.

Hoe dan ook wordt het probleem van de toegang tot de gezondheidszorg niet opgelost door een beleid dat zich uitsluitend richt tot de gerechtigden op bijstand.

De heer Mayeur gaat vervolgens in op de problematiek van de chronische patiënten. De ziekenhuizen die onder de verantwoordelijkheid van het OCMW van Brussel ressorteren, zijn in het recente verleden, met twee categorieën van patiënten geconfronteerd en waarvoor de problemen die in dit verband rijzen, scherp tot uiting komen: de aids-patiënten en de patiënten die lijden aan TBC.

Een OCMW-ziekenhuis van Brussel dat op dit vlak een reputatie heeft verworven, heeft de jongste jaren een groot aantal aids-patiënten verzorgd. Tot voor enige tijd was de tritherapie, die enorm duur is, niet terugbetaald door het RIZIV met als gevolg dat het OCMW met grote bedragen moest bijspringen. De therapie is nu wel terugbetaald zodat dit probleem voor het grootste deel van de baan is, maar de uitgaven van het verleden zijn verre van aangezuiverd.

Het toenemend aantal gevallen van tuberculose hangt vanzelfsprekend in zekere mate samen met aids.

problèmes de ces patients sont actuellement beaucoup plus graves et se situent en bonne partie sur le plan de l'infrastructure. On ne dispose par exemple pas, à l'heure actuelle, de l'infrastructure lourde nécessaire pour soigner en milieu isolé et pendant une longue période des patients qui souffrent de tuberculose multirécidivante. Étant donné que cette infrastructure exige d'énormes investissements, elle ne peut être développée sans un engagement additionnel du département de la Santé publique ou de celui des Affaires sociales.

M. Mayeur pense cependant que malgré les problèmes qui viennent d'être esquissés, le système des soins de santé est assez performant. Les hôpitaux publics soignent tous ceux qui se présentent à leur service de garde et, à la différence des établissements privés, ne font pas de sélection parmi leur clientèle. Ils accueillent du reste aussi les patients qui leur sont envoyés par les hôpitaux privés.

Les problèmes se situent dans certains groupes de population à l'égard desquels il convient de mener une politique de prévention qui les incite à s'adresser plus vite à un dispensateur de soins. À cela s'ajoutent les difficultés de prise en charge, qui sont résolues en bonne partie, mais pas en totalité, par l'extension de l'assurabilité.

Enfin, il souhaite évoquer une matière dont les pouvoirs publics se targuent souvent mais pour laquelle ils mènent en pratique une politique peu conséquente, à savoir l'aide médicale urgente aux étrangers sans papiers. Les hôpitaux qui accueillent ces patients peuvent obtenir le remboursement des frais médicaux proprement dits, mais pas celui des frais de nourriture ou de séjour, qu'ils doivent supporter eux-mêmes.

Se pose en outre la question de savoir ce qu'il faut faire des patients qui sont admis en urgence mais qui, par la suite, ont encore besoin de soins ne pouvant plus être qualifiés d'urgents. Il cite l'exemple d'une famille qui séjourne illégalement en Belgique et vit dans un taudis. Les trois membres de cette famille sont hospitalisés à la suite d'une intoxication à l'oxyde de carbone. Deux de ces personnes se rétablissent, mais la troisième ne sort pas du coma. Cette personne ne peut rester dans un lit d'hôpital et est transférée dans une maison de repos et de soins. La question est de savoir si cet hébergement peut être considéré durablement comme une aide médicale urgente. Dans la négative, l'établissement devra supporter lui-même les frais de séjour, ce qui représente annuellement environ deux millions de francs.

Devant de telles situations, que d'autres villes connaissent probablement aussi, les autorités ne peuvent continuer à fermer les yeux.

Un membre demande si le chiffre de 229 millions de francs que le CPAS a dû prendre en charge peut être

De problemen van deze patiënten zijn momenteel veel groter en voor een belangrijk deel gesitueerd op het vlak van de infrastructuur. Men beschikt momenteel bijvoorbeeld niet over de zware infrastructuur om gedurende een lange periode patiënten die lijden aan multi-recidive tuberculose, geïsoleerd te behandelen. Aangezien dergelijke infrastructuur een zeer grote investering vergt, kan zij niet worden uitgebouwd zonder een bijkomend engagement van het departement Volksgezondheid of dat van Sociale Zaken.

De heer Mayeur meent echter dat, ondanks de hier geschetste problemen, het huidige systeem van gezondheidszorg vrij performant is. De openbare ziekenhuizen verzorgen iedereen die zich bij hun wachtdienst aanmeldt en maken, in tegenstelling tot de private instellingen, geen selectie in hun cliënteel. Zij ontvangen overigens ook de patiënten die door de privé-ziekenhuizen worden doorgezonden.

De problemen zijn gesitueerd bij bepaalde bevolkingsgroepen ten aanzien waarvan een preventief beleid dient te worden gevoerd dat hen ertoe aanzet zich vlugger tot een zorgverstrekker te wenden. Daarnaast zijn er de moeilijkheden inzake de tenlasteneming die in belangrijke mate, maar niet helemaal, opgelost zijn door de uitbreiding van de verzekerbaarheid.

Tot slot wenst hij in te gaan op een materie waar de overheid vaak erg prat op gaat maar in de praktijk een weinig consequent beleid voert, namelijk de dringende medische hulpverlening aan vreemdelingen zonder papieren. De ziekenhuizen die deze patiënten opnemen, kunnen weliswaar terugbetaling krijgen van de kosten voor de dringende hulpverlening zelf, maar niet voor die van de voeding of het verblijf van deze patiënten. Dit moeten zij zelf ten laste nemen.

Daarnaast is er de vraag wat dient te gebeuren met patiënten die in een urgentiesituatie worden opgenomen, maar nadien nog verzorging nodig hebben die niet als urgent kan worden gedefinieerd. Hij geeft het voorbeeld van een familie die illegaal in België verblijft en in een krot woont. De drie leden van dit gezin worden met een CO-vergiftiging binnengebracht in het ziekenhuis. Twee van deze personen herstellen goed, maar de derde ontwaakt niet uit zijn coma. Deze persoon kan onmogelijk in een ziekenhuisbed blijven en wordt overgebracht naar een rust- en verzorgingstehuis. Het is de vraag of men deze opvang blijvend als dringende medische hulp kan beschouwen. Indien dit niet het geval is, zal de instelling zelf voor de opvangkosten moeten instaan, die ongeveer twee miljoen frank op jaarbasis bedragen.

Er doen zich in andere steden wellicht vergelijkbare situaties voor. De overheid kan hiervoor haar ogen niet blijven sluiten.

Een lid vraagt of het cijfer van 229 miljoen frank dat het OCMW te eigen laste heeft moeten nemen,

ventilé entre bénéficiaires d'assistance sociale et autres patients à revenu modeste.

M. Mayeur répond que cela est possible mais fait observer que ce chiffre se rapporte à l'année 1995 et ne vaut que pour un seul hôpital. Pour être précis, le montant pris en charge était cette année-là de 229 millions de francs pour l'hôpital Saint-Pierre, de 125 millions de francs pour l'hôpital Brugmann, de 46 millions de francs pour l'hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola, de 5 millions pour l'Institut Jules Bordet et de 2 millions pour le centre hospitalier Baron Lambert.

Comme on l'a dit, on peut supposer que cette évolution s'est poursuivie après 1995, mais il serait intéressant de connaître les chiffres de 1998, parce que l'influence de l'extension de l'assurabilité s'est fait pleinement sentir pour la première fois au cours de cette année.

Un membre suppose qu'une partie de ces dépenses peut être récupérée sur les pouvoirs publics. En outre, vu la situation particulière de la ville, Bruxelles a reçu des moyens supplémentaires dans le cadre du programme d'urgence de lutte contre la pauvreté.

M. Mayeur répond que la plupart des problèmes qui se posent à Bruxelles existent sans doute également dans d'autres grandes villes du pays. Il y a cependant aussi quelques facteurs spécifiques. Le fait qu'un grand nombre d'étrangers sont inscrits à Bruxelles par l'Office des étrangers, que le Petit-Château se trouve sur le territoire de la ville, a pour conséquence que les hôpitaux et le CPAS sont plus fortement confrontés à des pathologies lourdes. Il s'agit en effet de personnes qui ont souvent une anamnèse particulière et qui ne recourent qu'en tout dernier ressort à un dispensateur de soins. À l'hôpital Saint-Pierre, par exemple, un grand nombre de femmes qui se présentent pour un accouchement n'ont jamais consulté un médecin durant toute leur grossesse. Dans bien des cas, on est donc confronté à des naissances avant terme.

Tous ces éléments gonflent sensiblement les frais de l'hôpital, mais leur incidence financière précise est difficile à calculer, car ils sont intégrés dans les frais généraux de l'établissement. La prise en charge de patients individuels est déjà l'objet de bagarres interminables avec les pouvoirs publics. Il est quasiment impossible de récupérer ces frais généraux supplémentaires.

On entend souvent dire que le prix de la journée d'hospitalisation à l'hôpital Saint-Pierre est assez élevé et dépasse même celui de l'institut médical Edith Cavell. Au vu de ce qui précède, cela n'a rien d'étonnant. Le premier accueille tous les patients,

kan worden uitgesplitst tussen gerechtigden op sociale bijstand en andere patiënten met een laag inkomen.

De heer Mayeur antwoordt dat dit mogelijk is maar merkt tegelijk op dat dit cijfer betrekking heeft op het jaar 1995 en geldt voor slechts één ziekenhuis. Om precies te zijn bedroeg de tenlastenneming voor het Sint-Pietersziekenhuis in dat jaar 229 miljoen frank, in het Brugmanhospitaal 125 miljoen frank in het Universitaire kinderziekenhuis Koningin Fabiola 46 miljoen frank, in het Instituut Jules Bordet 5 miljoen frank en in het centrum Baron Lambert 2 miljoen frank.

Zoals gezegd mag men ervan uitgaan dat deze evolutie zich na 1995 heeft doorgezet, al zou het wel interessant zijn de cijfers voor 1998 te kennen, omdat in dit jaar voor het eerst de invloed van de uitbreiding van de verzekerbaarheid ten volle merkbaar is.

Een lid neemt aan dat een deel van deze uitgaven kan worden gerecupereerd van de overheid. Daarnaast is er het feit dat Brussel, gezien de bijzondere situatie in de stad, extra middelen heeft gekregen in het kader van het urgentieprogramma ter bestrijding van de armoede.

De heer Mayeur antwoordt hierop dat de overgrote meerderheid van de problemen die zich in Brussel voordoen, ook wel zullen bestaan in andere grote steden in het land. Toch zijn er ook een aantal specifieke elementen. Het feit dat een groot aantal vreemdelingen door de Dienst Vreemdelingenzaken in Brussel worden ingeschreven en dat het Klein Kasteeltje zich op het grondgebied van de stad bevindt heeft tot gevolg dat de ziekenhuizen en het OCMW sterker geconfronteerd worden met zware pathologieën. Het betreft hier immers mensen die vaak een bijzondere ziektegeschiedenis achter de rug hebben en zich vaak pas in allerlaatste instantie tot een zorgverstrekker richten. Bij het Sint-Pietersziekenhuis bijvoorbeeld melden zich een groot aantal vrouwen aan voor een bevalling, die gedurende de hele zwangerschap niet bij een arts geweest zijn. In vele gevallen betreft het hier dan ook vroeggeboorten.

Dit zijn allemaal elementen die de kosten van het ziekenhuis sterk de hoogte injagen maar waarvan de precieze financiële weerslag moeilijk te berekenen is, aangezien ze worden verrekend in de algemene kosten van het ziekenhuis. Er wordt al eindeloos met de overheid gebakkeleid over de tenlastemening van individuele patiënten. Het is vrijwel onmogelijk deze algemene meerkosten te recupereren.

Vaak hoort men de opmerking dat de ligdagprijs in het Sint-Pietersziekenhuis vrij hoog ligt en zelfs meer bedraagt dan in het Édith-Cavellziekenhuis. Vanuit het bovenstaande is dit echter niet verwonderlijk. Het Sint-Pietersziekenhuis neemt alle patiënten op daar

alors que le second opère une sélection parmi sa clientèle.

M. Mayeur imagine difficilement que la situation de l'hôpital Middelheim à Anvers sait tellement différente de celle de l'hôpital Saint-Pierre.

B. Exposé de M. Windey, directeur des Affaires sociales au CPAS d'Anvers

M. Windey fait remarquer que la situation qui vient d'être décrite est effectivement très semblable à celle d'Anvers. L'approche du service social du CPAS ne paraît cependant pas tout à fait identique.

Si à Bruxelles, le bénéficiaire d'assistance est renvoyé à un médecin généraliste pour ses problèmes de santé, à Anvers il sera plutôt invité à se rendre aux consultations des hôpitaux.

Toute personne qui reçoit une forme d'assistance du CPAS et qui a des problèmes de santé peut se présenter dans un des 10 hôpitaux du CPAS de la région anversoise. Les patients y sont connus comme assistés du CPAS via un système informatique et sont soignés gratuitement. L'hôpital effectue les compensations financières directement avec la mutualité, une méthode qui a été considérablement facilitée depuis que le système du remboursement majoré a été étendu aux bénéficiaires d'assistance.

Ce système n'empêche pas les patients de s'adresser à leur médecin de famille. Ils le paient eux-mêmes, mais peuvent récupérer ce montant auprès du CPAS.

Le remboursement des médicaments est limité aux produits qui sont également admis au remboursement dans la cadre de l'INAMI. Le CPAS a conclu avec la *Koninklijke Apothekersvereniging van Antwerpen*, qui fait la majeure partie des compensations avec les mutualités. Cet accord implique que les médicaments sont fournis gratuitement aux personnes qui produisent une prescription estampillée dans un centre social ou munie d'une vignette adhésive spéciale. Les pharmaciens effectuent eux-mêmes la compensation du coût avec la mutualité et le CPAS.

Un certain nombre de médicaments qui ne sont pas remboursés dans le cadre de l'INAMI peuvent être indispensables. Le CPAS peut également les prendre à son compte, mais le patient doit avancer le montant chez le pharmacien. Ce peut être le cas des préparations magistrales, qui sont souvent aussi bonnes et moins chères que les spécialités, mais qui hélas étaient auparavant remboursées dans une mesure beaucoup plus grande qu'aujourd'hui par l'INAMI.

waar het Édith Cavell een selectie doorvoert in zijn cliënteel.

De heer Mayeur kan zich moeilijk voorstellen dat de toestand in bijvoorbeeld het Antwerpse Middelheimziekenhuis zoveel verschillend is van die in het Sint-Pietersziekenhuis.

B. Uiteenzetting van de heer Windey, directeur sociale zaken bij het OCMW van Antwerpen

De heer Windey merkt op dat de situatie zoals ze hier is geschetst, inderdaad zeer herkenbaar is vanuit Antwerps perspectief. De benadering vanuit de sociale dienst van het OCMW lijkt echter niet helemaal dezelfde.

Waar men in Brussel de bijstandsgerechtigde met zijn gezondheidsprobleem naar een huisarts doorverwijst, gaat men ze in Antwerpen eerder doorverwijzen naar de raadplegingen in de ziekenhuizen.

Iedereen die een vorm van bijstand krijgt van het OCMW, kan zich met gezondheidsproblemen aanmelden in één van de 10 OCMW-ziekenhuizen in het Antwerpse. De patiënten zijn hier gekend als OCMW-gerechtigde via een informaticasysteem en krijgen gratis medische verzorging. Het ziekenhuis doet de financiële verrekeningen rechtstreeks met het ziekenfonds, een werkwijze die aanzienlijk gemakkelijker is geworden sinds het stelsel van de verhoogde terugbetaling werd uitgebreid tot gerechtigden op bijstand.

Dit systeem belet niet dat de patiënten zich tot hun huisarts kunnen wenden. Zij betalen deze wel zelf, maar kunnen dit bedrag recupereren bij het OCMW.

De terugbetaling van de geneesmiddelen is beperkt tot de producten die ook voor terugbetaling in aanmerking komen in het kader van het RIZIV. Het OCMW heeft een afspraak met de Koninklijke Apothekersvereniging van Antwerpen, die voor het grootste deel van de Antwerpse apotheken de verrekeningen met de ziekenfondsen doet. Die afspraak houdt in dat de geneesmiddelen gratis worden afgeleverd aan de personen die een voorschrift voorleggen dat afgestempeld is in een sociaal centrum of van een speciaal kleefbriefje is voorzien. De apothekers verrekenen dan zelf de kostprijs met het ziekenfonds en het OCMW.

Een aantal geneesmiddelen die niet worden terugbetaald in het kader van het RIZIV kunnen toch levensnoodzakelijk zijn. Het OCMW kan deze ook voor zijn rekening nemen, maar de patiënt moet het bedrag dan wel voorschieten bij de apotheker. Dit kan het geval zijn voor de magistrale bereidingen, die vaak even goed en toch goedkoper zijn dan een specialiteit, maar die helaas vroeger in veel grotere mate door het RIZIV werden terugbetaald dan momenteel het geval is.

Pour les prothèses (lunettes, soins dentaires), les bénéficiaires peuvent s'adresser aux hôpitaux du CPAS sans intervention directe de ce dernier, puisque, comme on l'a dit, ils sont connus de l'hôpital.

M. Windey estime que ce système assure à ce groupe un bon accès aux soins de santé. Il n'est cependant pas applicable aux patients qui séjournent illégalement dans le pays. Pour ce groupe a été conçu, avec les organisations œuvrant dans ce domaine, un formulaire qui est complété par ces organisations. Le patient qui se présente à l'hôpital muni de ce formulaire sera aidé.

Tout cela coûte naturellement beaucoup d'argent. En 1997, le CPAS a pris en charge 73 millions de francs au titre des soins médicaux en milieu hospitalier, à quoi s'ajoutent 67 millions de frans pour des médicaments et prothèses et 9 millions de francs de frais de médecin. Dans ces montants ne sont pas incluses les factures restées impayées, ni les frais facturés aux pouvoirs publics pour les patients qui ne sont pas inscrits au registre de la population. Ce dernier groupe représente une autre dépense de 96 millions de francs en notes d'hôpital.

Un membre demande si le CPAS dispose de chiffres concernant les personnes qui n'ont pas droit à l'assistance mais ont néanmoins un revenu modeste et doivent recourir à des suppléments pour payer leurs soins de santé.

M. Windey répond qu'on n'a pas de chiffres précis à ce sujet. Il ne peut que confirmer ce qu'a dit l'orateur précédent. Dans certains cas les bénéficiaires du minimum de moyens d'existence sont mieux lotis que les autres personnes à bas revenu, ne serait-ce que parce qu'ils sont mieux informés des possibilités en matière d'aide financière. Certaines personnes qui auraient droit à tel ou tel supplément du CPAS ne savent tout simplement pas qu'ils sont dans ce cas. Il est difficile de transmettre les informations à cet égard.

Une membre croit pouvoir déceler un ton assez positif chez les deux orateurs. Il y a selon eux des problèmes, mais dans son ensemble le système semble bien fonctionner. Elle craint que cette présentation de la situation ne soit trop teintée de rose. Les CPAS ne voient en effet que les problèmes qui leur sont soumis, et non par exemple les difficultés que les petits revenus du travail éprouvent pour régler leurs soins de santé.

Le représentant du CPAS anversois a déclaré que tous les patients ayant le « label » CPAS ont droit aux soins gratuits dans les hôpitaux de CPAS. A-t-on une idée de la composition de ce groupe en ce qui concerne la part des bénéficiaires du minimum de

Voor prothesen (brillen, tandverzorging) kunnen de gerechtigden bij de OCMW-ziekenhuizen terecht zonder rechtstreekse tussenkomst van het OCMW, aangezien ze, zoals reeds gezegd, door het ziekenhuis gekend zijn.

De heer Windey is van oordeel dat dit systeem een degelijke toegang tot de gezondheidszorg voor deze groep verzekert. Het is echter niet toepasbaar op patiënten die illegaal in het land verblijven. Voor deze groep werd samen met de organisaties die in dit domein actief zijn, een formulier ontworpen dat door deze organisaties wordt ingevuld. De patiënt die zich met een dergelijk formulier in het ziekenhuis aanmeldt, zal worden geholpen.

Dit alles kost vanzelfsprekend veel geld. In 1997 heeft het OCMW voor 73 miljoen frank geneeskundige verzorging in ziekenhuizen ten laste genomen plus 67 miljoen frank voor medicatie en prothesen en 9 miljoen frank voor dokterskosten. Hierin zijn niet de onbetaald gebleven facturen begrepen, evenmin als de kosten aangerekend aan de overheid voor patiënten die niet in het bevolkingsregister zijn ingeschreven. Deze laatste groep vertegenwoordigde nog eens een uitgave van 98 miljoen frank aan ziekenhuisrekeningen.

Een lid vraagt of het OCMW over cijfers beschikt van personen die niet bijstandsgerechtigd zijn, maar toch een laag inkomen hebben en die beroep moeten doen op supplementen om hun gezondheidskosten te betalen.

De heer Windey antwoordt dat hierover geen precieze cijfers bekend zijn. Hij kan alleen maar bevestigen wat de vorige spreker in dit verband heeft gezegd. In bepaalde gevallen zijn de bestaansminimumgerechtigden beter af dan de andere personen met een laag inkomen, al was het maar omdat zij beter geïnformeerd zijn over de mogelijkheden inzake financiële hulp. Sommige mensen die recht zouden hebben op bepaalde supplementen van het OCMW, weten gewoonweg niet dat dit het geval is. Het is moeilijk informatie in dit verband aan de man te brengen.

Een lid meent bij de beide sprekers een vrij positieve ondertoon te kunnen vaststellen. Er zijn volgens hen wel problemen, maar in zijn algemeenheid lijkt het systeem te functioneren. Zij vreest dat dit een al te rooskleurige voorstelling van de situatie is. De OCMW's hebben immers alleen een zicht op de problemen die bij hen worden aangediend en niet op bijvoorbeeld de moeilijkheden die kleine inkomens uit arbeid hebben om hun gezondheidszorg te betalen.

De vertegenwoordiger van het Antwerpse OCMW verklaarde dat alle patiënten die bij het OCMW « gelabeld » zijn, recht hebben op gratis verzorging in de OCMW-ziekenhuizen. Heeft men een zicht op de samenstelling van deze groep wat het aandeel gerech-

moyens d'existence et la part des bénéficiaires d'autres formes de secours dispensés par l'intermédiaire du CPAS ?

Il y a en outre le problème des factures impayées. Les nouvelles parues à ce sujet dans la presse donnent pour le moins à réfléchir. Les personnes qui ne peuvent pas régler leur facture d'hôpital sont enregistrées et sont connues dans tous les hôpitaux des CPAS où elles se présenteraient. Outre les questions d'ordre éthique, cela met le doigt sur un très sérieux problème qui doit être à l'origine du phénomène.

Quelle est exactement la situation à l'égard ? A-t-on une quelconque idée de la composition de ce groupe de mauvais payeurs et comment voit-on ces mesures à Bruxelles ?

Enfin, elle voudrait savoir si le « label » de bénéficiaire du CPAS ou de mauvais payeur a une quelconque incidence sur les soins que l'on reçoit à l'hôpital. Une telle étiquette influence-t-elle le comportement des dispensateurs de soins dans les hôpitaux ?

À cette dernière question, M. Windey répond que le « label » de client CPAS n'a certainement aucune influence sur la qualité des soins que l'intéressé reçoit. Il s'agit du reste d'une question purement administrative dont le médecin traitant n'est même pas au courant dans la plupart des cas.

Les hôpitaux du CPAS d'Anvers appliquent en effet depuis quelques années un « embargo » à l'égard des patients qui ne paient pas leurs factures mais dont on présume qu'ils en ont la possibilité. Ces patients ont cependant toujours accès aux soins médicaux urgents.

Ce système ne satisfait personne, mais les hôpitaux sont des établissements qui doivent rendre des comptes et ne peuvent absolument pas répondre de toutes ces factures impayées.

M. Mayeur pense que la question de savoir si les personnes qui bénéficient de l'assistance du CPAS reçoivent un traitement différent de celui des autres patients dans les hôpitaux est purement théorique. Pour les médecins traitants ce sont des patients comme les autres. À cela s'ajoute cependant le fait que les techniques médicales les plus modernes et les plus efficaces sont généralement aussi les moins coûteuses. Elles limitent le séjour en hôpital et un bon traitement a un caractère éminemment préventif. Il n'y a dès lors aucune raison de dénier à certains patients l'accès à ces techniques.

En ce qui concerne les factures impayées, aucune liste de mauvais payeurs n'est établie à Bruxelles. Il va sans dire que des factures ouvertes doivent être régulièrement annulées, ce qui entraîne de lourdes pertes. À l'hôpital Saint-Pierre 11 travailleurs sociaux ont notamment pour tâche d'aider et d'informer les patigden op het bestaansminimum en het aandeel gerechtigden op andere vormen van steunverlening via het OCMW betreft ?

Daarnaast is er de problematiek van de onbetaalde facturen. De berichten die hierover in de pers verschenen, stemmen op zijn minst tot nadenken. Personen die hun ziekenhuisfactuur niet kunnen betalen, worden geregistreerd en zijn gekend in alle OCMW-ziekenhuizen waar zij zich eventueel zouden aanbieden. Dit roept niet alleen ethische vragen op, het wijst er ook op een zeer ernstig probleem dat aan de grondslag van dit fenomeen moet liggen.

Wat is precies de situatie in dit verband ? Heeft men enig zicht op de samenstelling van deze groep wanbetalers en hoe kijkt men vanuit Brussel tegen deze maatregelen aan ?

Ten slotte wenst zij te vernemen of de labeling als gerechtigde op OCMW-steun of als wanbetaler enige invloed heeft op de verzorging die men in het ziekenhuis krijgt. Beïnvloedt een dergelijk label het gedrag van zorgverstrekkers binnen de ziekenhuizen ?

De heer Windey antwoordt op deze laatste vraag dat het « label » van OCMW-cliënt zeker geen invloed heeft op de kwaliteit van de zorg die de betrokkene krijgt. Het betreft hier overigens een louter administratieve aangelegenheid waar de behandelende geneesheer in de meeste gevallen niet eens van op de hoogte is.

De Antwerpse OCMW-ziekenhuizen passen inderdaad sinds een aantal jaren een « embargo » toe ten aanzien van patiënten die hun rekeningen niet betalen, maar waarvan men aanneemt dat ze hiertoe wel in de mogelijkheid zijn. Deze patiënten krijgen wel altijd toegang tot de dringende medische verzorging.

Niemand is echt gelukkig met dit systeem, maar de ziekenhuizen zijn instellingen die financiële verantwoordelijkheid moeten afleggen en onmogelijk zelf voor al deze onbetaalde facturen kunnen instaan.

De heer Mayeur meent dat de vraag of personen die steun krijgen van het OCMW, in de ziekenhuizen op een andere wijze worden behandeld dan andere patiënten, een louter theoretische vraag is. Voor de behandelende artsen zijn zij een patiënt zoals een andere. Daarnaast is er echter het gegeven dat de modernste en de degelijkste medische technieken meestal ook de goedkoopste zijn. Zij beperken het verblijf in het ziekenhuis en een goede verzorging heeft een sterk preventief karakter. Er is derhalve geen reden om de toegang tot deze technieken aan bepaalde patiënten te ontzeggen.

Wat de onbetaalde rekeningen betreft, worden er in Brussel geen lijsten van wanbetalers aangelegd. Het spreekt voor zich dat zeer geregeld openstaande rekeningen moeten worden geannuleerd, wat tot grote verliezen leidt. In het Sint-Pietersziekenhuis werken 11 maatschappelijk werkers, onder meer om de pa-

tients sur le plan administratif. Il en résulte évidemment un coût social élevé et le montant annuel de 4 millions de francs que l'établissement reçoit de l'État pour couvrir ce coût est absolument insuffisant.

Depuis quelque temps on observe un glissement de la polyclinique vers l'hôpital. Certaines personnes s'adressent au service des urgences au lieu de se rendre aux consultations de la polyclinique parce qu'elles pensent pouvoir ainsi être soignées gratuitement. Pour 1997 il s'agissait de quelque 2 000 patients. Ce phénomène illustre comment certains patients disposant de moyens réduits essaient de se débrouiller.

Un membre remarque que les patients qui sont enregistrés à Anvers parce qu'ils ont des factures impayées ne peuvent être les bénéficiaires du CPAS puisque le régime du tiers payeur leur est applicable et que le CPAS intervient pour les tickets modérateurs.

Le groupe ne peut par conséquent être constitué que de véritables mauvais payeurs ou de personnes qui ont un revenu minime, ne peuvent effectivement pas régler leurs factures mais ne s'adressent pas, pour l'une ou l'autre raison, au CPAS. À l'égard de ce groupe l'embargo est une chose extrêmement regrettable et l'on peut vraiment parler d'une médecine à deux vitesses.

M. Windey répond que les personnes qui sont envoyées dans les hôpitaux par les CPAS sont pratiquement les patients « les plus sûrs » pour ce qui concerne le paiement des factures. Il n'est pas du tout vrai que les personnes mises sous « embargo » sont brutalement repoussées. Lorsqu'elles reviennent à l'hôpital, leur situation sera discutée afin de trouver un arrangement pour le paiement. Celui-ci peut être très souple et lorsque l'intéressé manifeste la volonté de faire un effort, on a déjà accompli un grand pas.

Il précise qu'un embargo est imposé chaque fois que le Conseil décide d'assigner un mauvais payeur. Avant cela, le mauvais payeur aura reçu en moyenne au moins cinq sommations et aura refusé toute coopération pour rembourser tout ou partie de sa dette. Afin d'éviter des frais inutiles, l'assignation sera précédée d'une enquête de solvabilité (pour autant que les données y afférentes soient disponibles) pour vérifier :

— si la personne a déjà été assignée et quelles données l'huissier de justice nous a communiquées;

— quelle est sa situation sociale et financière.

Le nombre exact de personnes sous embargo n'est pas connu. Au cours de la période 1988-1997, 14 557 personnes ont été assignées par le CPAS, de sorte que quelque 14 000 personnes sont probablement touchées par l'embargo.

tiënten te helpen en te informeren op het administratieve vlak. Dit alles leidt vanzelfsprekend tot een hoge sociale kost en het bedrag van 4 miljoen frank per jaar dat het ziekenhuis van de overheid krijgt om deze te dekken, is volstrekt onvoldoende.

Recent stelt men een transfer vast van de polikliniek naar het ziekenhuis. Mensen wenden zich tot de dienst spoedgevallen in plaats van de consultaties in de polikliniek omdat zij denken op deze wijze gratis te kunnen worden geholpen. Voor 1997 betrof het hier ongeveer 2 000 patiënten. Dit fenomeen illustreert hoe sommige patiënten met beperkte middelen zich trachten te behelpen.

Een lid merkt op dat de patiënten die in Antwerpen worden geregistreerd omdat zij onbetaalde facturen hebben, niet de steuntrekkers van het OCMW kunnen zijn aangezien voor hen de derde-betalerregeling geldt en voor de remgelden het OCMW tussenkomt.

De groep kan derhalve alleen bestaan uit echte wanbetalers of uit personen die een zeer gering inkomen hebben, hun facturen effectief niet kunnen betalen, maar zich om een of andere reden niet tot het OCMW wenden. Ten aanzien van deze groep is het embargo een erg spijtige zaak en kan men wel degelijk spreken van een geneeskunde met twee snelheden.

De heer Windey antwoordt dat de personen die door het OCMW worden doorgezonden voor de ziekenhuizen zowat de « veiligste » patiënten zijn, wat de betaling van de facturen betreft. Het is zeker niet zo dat de personen die onder « embargo » staan botweg geweigerd worden. Wanneer zij zich opnieuw in het ziekenhuis aanbieden zal hun situatie besproken worden met het oog op een afbetalingsregeling. Deze kan zeer soepel zijn en wanneer wordt vastgesteld dat bij de betrokkene de wil aanwezig is om een inspanning te doen, is men al een heel eind opgeschoten.

Hij verduidelijkt dat het leggen van een embargo gebeurt telkens wanneer de Raad beslist om een wanbetaler te dagvaarden. Vooraleer overgegaan wordt tot dagvaarding heeft de wanbetaler minstens gemiddeld een vijftal aanmaningen ontvangen en heeft hij iedere medewerking geweigerd om zijn schuld geheel of gedeeltelijk (af) te betalen. Om overbodige kosten te vermijden wordt vooraleer te dagvaarden een solvabiliteitsonderzoek ingesteld (in zoverre deze gegevens beschikbaar zijn) waarbij wordt nagegaan :

— of de persoon in het verleden reeds gedagvaard werd en welke gegevens de gerechtsdeurwaarder toen heeft meegedeeld;

— zijn sociale en financiële situatie.

Over het aantal personen met een embargo zijn geen exacte gegevens beschikbaar. Over de periode 1988-1997 werden 14 557 personen door het OCMW gedagvaard, zodat vermoedelijk ongeveer 14 000 wanbetalers getroffen worden door het embargo.

En ce qui concerne le fonctionnement du système d'embargo, il souligne que le patient qui est dans ce cas reçoit au moins les soins médicaux urgents. Comme la notion de « soins médicaux urgents » est difficile à définir en termes concrets, le médecin traitant est en pratique averti lorsqu'un tel patient se présente.

Le système d'embargo est principalement utilisé comme instrument préventif pour :

— ne pas admettre des patients en chambre à un lit;

— ne pas remettre des notes d'honoraires (sauf paiement comptant);

— demander des acomptes;

— obtenir des paiements;

— faire signer un engagement de paiement.

M. Mayeur trouve que cette question doit être nuancée. S'il a bien compris l'orateur précédent, le service des urgences des hôpitaux du CPAS anversois ne refusera personne. Chacun peut y recourir pour les soins urgents dont il ou elle a besoin.

La situation est différente dans certains hôpitaux privés où le prix de la journée d'hospitalisation est également remboursé par les pouvoirs publics et qui reçoivent en outre des subventions pour l'infrastructure. Il n'est pas rare que dans ces établissements des ambulances doivent faire demi-tour sans que les patients aient été examinés. Ces patients se retrouvent alors dans les hôpitaux publics. Il a même reçu récemment une lettre dans laquelle un responsable d'un hôpital universitaire demandait ce qu'il fallait faire pour diriger les « cas sociaux » qui se présentaient dans cet hôpital vers un hôpital du CPAS.

Pourtant, les hôpitaux publics doivent, au même titre que les établissements privés, rendre des comptes et veiller à ce que leurs bilans soient en équilibre.

M. Decoene est d'accord pour dire que cette question doit être abordée avec un certain sens des réalités. Lorsque se présente à l'hôpital de Roulers un patient qui a une note en suspens, on examinera avec lui les moyens de la régler. Même si certains cas posent vraiment problème, il arrive souvent que les factures soient payées assez rapidement de cette façon.

À son avis, il importe, en cette matière, de prendre la balle au bond. La pratique montre que les patients sont nettement moins enclins à payer lorsque l'hôpital lui-même attend six mois pour envoyer la facture. Par ailleurs, il arrive que des patients soient appelés en conciliation auprès du juge de paix qui peut à son tour

Wat de werking van het embargo-systeem betreft, ondersteept hij dat bij embargo steeds aan de patiënten tenminste de dringende geneeskundige zorgen worden verleend. Vermits het begrip « dringende geneeskundige zorgen » zeer moeilijk in concrete termen te definiëren is, wordt in de praktijk de behandelende geneesheer verwittigd wanneer een embargo-patient zich aanmeldt.

Het embargo-systeem wordt voornamelijk als een preventief instrument gehanteerd om :

— patiënten niet toe te laten op een éénpersoonskamer;

— geen ereloonnota's mee te geven (tenzij contante betaling);

— voorschotten te vragen;

— (af)betalingen te bekomen;

— een betalingsverbintenis te laten ondertekenen.

De heer Mayeur vindt dat deze aangelegenheid toch met de nodige zin voor nuance moet worden benaderd. In de Antwerpse OCMW-ziekenhuizen zal, indien hij de vorige spreker goed begrepen heeft, niemand op de dienst spoedgevallen worden geweigerd. Iedereen kan er terecht voor de dringende zorgverlening die hij of zij nodig heeft.

Hier tegenover staat de situatie in bepaalde privéziekenhuizen waar de ligdagprijs ook door de overheid vergoed wordt en die ook subsidies krijgen voor infrastructuur. Het is niet ongewoon dat in dergelijke instellingen ambulances rechtsomkeer moeten maken zonder dat de patiënten zelfs maar worden onderzocht. Deze patiënten komen dan bij de openbare ziekenhuizen terecht. Zelf kreeg hij onlangs een brief van een verantwoordelijke van een academisch ziekenhuis, waarin werd gevraagd wat moest worden gedaan om de « sociale gevallen » die zich in dit ziekenhuis aandienen, door te verwijzen naar een OCMW-ziekenhuis.

Nochtans moeten de openbare ziekenhuizen evengoed als de privé-instellingen financiële verantwoordelijkheid afleggen en zorgen dat hun balansen in evenwicht zijn.

De heer Decoene beaamt dat deze aangelegenheid met een zekere nuchterheid moet worden benaderd. Wanneer in het ziekenhuis van Roeselare zich een patiënt aanmeldt die nog een openstaande rekening heeft, zal met hem een gesprek plaatsvinden over de mogelijkheden om deze aan te zuiveren. Al zijn er echte probleemgevallen, het gebeurt ook vaak dat op deze wijze de facturen vrij snel worden betaald.

Zijns inziens is het in deze aangelegenheid belangrijk dat kort op de bal wordt gespeeld. De praktijk wijst uit dat patiënten een stuk minder geneigd zijn te betalen wanneer het ziekenhuis zelf zes maanden wacht om de factuur te versturen. Daarnaast gebeurt het dat patiënten in verzoening bij de vrederechter

imposer un arrangement pour le paiement. C'est à la collectivité que l'on doit que l'hôpital encaisse effectivement les sommes qui lui sont dues, auprès des personnes qui en sont redevables et qui sont en mesure de les acquitter.

Un membre signale un autre problème structurel dans ce contexte. Lorsque les bénéficiaires de l'assistance du CPAS d'une autre commune se font soigner par exemple à Anvers, les frais y afférents peuvent être réclamés au CPAS du domicile du patient. Lors de l'admission on ne sait cependant pas toujours qu'il s'agit d'un bénéficiaire du minimum de moyens d'existence et par la suite il n'est pas toujours possible de retrouver ces personnes.

C. Exposé de M. Decoene, secrétaire du CPAS de Roulers

M. Decoene fait remarquer que la ville de Roulers compte 51 000 habitants et remplit une fonction de centre pour les communes environnantes. La ville possède un hôpital public de 300 lits.

En considérant les groupes les plus faibles de la société qui ont difficilement accès aux soins de santé, on pense en premier lieu aux personnes qui s'adressent régulièrement au CPAS pour l'une ou l'autre forme d'aide. Il y en a environ 1 500 par an. Sur base annuelle, le CPAS octroie le minimum de moyens d'existence à 441 personnes et assure un accompagnement budgétaire pour 310 ménages.

Qui sont ces personnes ? L'expérience enseigne que dans ce groupe les plus faibles sont largement représentés : les bénéficiaires de revenus de remplacement, les isolés avec enfants et, de plus en plus, les jeunes. En termes financiers, sont considérés en Belgique comme n'ayant pas de sécurité d'existence les isolés dont le revenu est inférieur à 21 000 francs par mois et les ménages qui disposent de moins de 30 000 francs par mois, hors allocations familiales.

Les problèmes d'accès aux soins de santé que le CPAS doit affronter se rapportent tout d'abord aux pathologies qui ne sont pas reconnues par l'INAMI mais qui entraînent néanmoins de gros frais. Des exemples en sont les personnes qui souffrent d'une malformation des vertèbres cervicales, qui ont une dépense mensuelle de 30 000 francs, et les patients avec un anus artificiel, qui supportent pendant des années un coût d'environ 100 000 francs, sans compter une dépense considérable pour l'achat de médicaments.

Il va de soi que de tels montants sont difficiles à débourser, même pour les ménages qui disposent d'un revenu raisonnable. Lorsque le CPAS reçoit des demandes d'aide médicale, il prendra d'abord contact avec le service social de la mutualité concernée. Bien

geroepen worden die ook een afbetalingsregeling kan opleggen. Men is het aan de samenleving verschuldigd dat het ziekenhuis de sommen die het te goed heeft, ook effectief int van de personen die ze verschuldigd zijn en die in de mogelijkheid zijn ze af te lossen.

Een lid wijst nog op een structureel probleem in ditverband. Wanneer OCMW-gerechtigden van een andere gemeente zich bijvoorbeeld in Antwerpen laten verzorgen, kunnen de kosten hiervan worden verhaald op het OCMW van de woonplaats van de patiënt. Bij de opname is echter niet altijd geweten dat het hier een gerechtigde op het bestaansminimum betreft en nadien zijn deze personen niet altijd opspoorbaar.

C. Uiteenzetting van de heer Decoene, secretaris van het OCMW van Roeselare

De heer Decoene merkt op dat de stad Roeselare 51 000 inwoners telt en een centrumfunctie vervult ten aanzien van de omliggende gemeenten. De stad heeft een openbaar ziekenhuis met 300 bedden.

Wanneer men denkt aan de zwakste groepen in de samenleving die problemen hebben met de toegang tot de gezondheidszorg, denkt men in de eerste plaats aan de mensen die zich geregeld tot het OCMW wenden voor een of andere vorm van hulpverlening. Dit zijn er ongeveer 1 500 per jaar. Het OCMW verstrekt op jaarbasis aan 441 personen het bestaansminimum en doet voor 310 gezinnen aan budgetbegeleiding.

Wie zijn deze personen ? De ervaring wijst uit dat in deze groep de sociaal zwakkeren sterk vertegenwoordigd zijn : de personen met een vervangingsinkomen, de eenoudergezinnen en, steeds meer, de jongeren. In financiële termen wordt in België als bestaansonzeker beschouwd, de alleenstaande met een inkomen onder 21 000 frank per maand en het gezin met een inkomen onder 30 000 frank per maand, exclusief gezinsbijslagen.

De problemen inzake de toegang tot de gezondheidszorg waarmee het OCMW te maken krijgt, hebben vooreerst betrekking op pathologieën die niet door het RIZIV erkend zijn, maar die toch grote kosten tot gevolg hebben. Voorbeelden hiervan zijn mensen met een afwijking van de ruggenwervel in de hals die een maandelijkse uitgave van 30 000 frank hebben of stomapatiënten die gedurende jaren een kost van om en bij 100 000 frank hebben plus nog een aanzienlijke uitgave voor medicatie.

Het spreekt voor zich dat dergelijke bedragen zelfs voor gezinnen met een redelijk inkomen moeilijk op te brengen zijn. Wanneer het OCMW vragen om hulp in dit verband krijgt, zal het in eerste instantie contact opnemen met de sociale dienst van het betrokken

que ces services fonctionnent très bien, il leur faut généralement attendre environ deux ans pour obtenir un résultat. Durant cette période, le CPAS fournira lui-même des secours s'il le juge nécessaire.

Il y a ensuite la suppression du fonds spécial d'assistance pour les cancéreux. Auparavant, le CPAS pouvait aider environ cinq patients par an par cette voie. À présent, il doit supporter lui-même ces frais. C'est là un exemple typique de la manière dont les coûts sont transférés au niveau local.

En troisième lieu, il y a les personnes qui ne sont pas en règle de cotisation auprès de leurs mutualités. En moyenne, le CPAS doit régulariser la situation sur ce plan pour quelque 70 personnes par an. Il essaie de profiter de l'occasion pour leur faire souscrire également une assurance hospitalisation auprès de la mutualité. Ce n'est toutefois pas toujours possible pour les plus de 60 ans ou pour les personnes plus jeunes, mais qui souffrent de pathologies déterminées, de sorte que ces personnes doivent être prises en charge par le CPAS. Cela soulève néanmoins des questions concernant le caractère social de certains organismes qui refusent délibérément toute association avec des assurances privées.

En quatrième lieu vient le problème des quotes-parts personnelles. Celui qui connaît la situation sur le terrain sait que l'expression «ticket modérateur» est très bien choisie pour les groupes financièrement plus faibles. Une quote-part personnelle de 10 000 francs par mois pour l'achat de médicaments n'est pas une exception, même pour la clientèle du CPAS.

Pour une prothèse de la hanche, le patient débourse personnellement, en moyenne, 25 000 à 32 000 francs, et pour une prothèse du genou 13 000 francs. En orthodontie la plupart des soins ne sont pas remboursés et un appareil coûte facilement dans les 50 000 francs. Un séjour en soins intensifs coûte au patient 87 000 francs en moyenne.

Face à ces chiffres, il n'est pas étonnant que des patients feront des choix et différeront le plus possible certaines formes d'aide médicale.

Que fait le CPAS devant de telles situations ?

Les factures d'hôpital en suspens de la clientèle du CPAS sont réglées par le CPAS parce que l'hôpital lui-même se retrouve dans une situation financière impossible. D'autres factures doivent hélas être annulées pour des montants considérables parce qu'elles ne pourront jamais être acquittées par les intéressés.

Aux patients qui ne peuvent payer est cependant proposé un plan de remboursement. Actuellement,

ziekenfonds. Ook al werken deze zeer goed, dan nog duurt het meestal ongeveer twee jaar vooraleer zij enig resultaat kunnen bereiken. Gedurende deze periode zal het OCMW zelf steun verlenen indien dit noodzakelijk wordt geacht.

Vervolgens is er de afschaffing van het speciaal onderstandsfonds voor kankerpatiënten. Vroeger kon het OCMW langs deze weg een vijftal patiënten per jaar helpen. Nu moet het zelf voor deze kosten instaan. Het betreft hier m.a.w. een typisch voorbeeld van de wijze waarop kosten naar het locale vlak worden doorgeschoven.

Ten derde zijn er de personen die niet in orde zijn met de betaling van hun ziekenfondsbijdragen. Gemiddeld moet het OCMW voor een 70-tal personen per jaar de situatie op dit vlak regulariseren. Het tracht hierbij van de gelegenheid gebruik te maken om bij het ziekenfonds ook een hospitalisatieverzekering te sluiten. Dit is echter niet altijd mogelijk voor personen ouder dan 60 jaar of voor mensen die jonger zijn maar die aan bepaalde pathologieën lijden, zodat deze personen door het OCMW ten laste moeten worden genomen. Dit roept toch wel vragen op naar het sociale karakter van bepaalde instellingen die zich bewust niet met private verzekeringen wensen te laten associëren.

Ten vierde is er de problematiek van de persoonlijke aandelen. Wie de toestand in het veld kent, weet dat de term «remgeld» ten aanzien van de financieel zwakkere groepen zeer goed gekozen is. Persoonlijke aandelen op geneesmiddelen die 10 000 frank per maand bedragen zijn geen uitzondering, ook niet voor het OCMW-cliënteel.

Voor een heupprothese betaalt de patiënt zelf gemiddeld 25 000 à 32 000 frank, en voor een knieprothese 13 000 frank. Orthodontie wordt meestal helemaal niet terugbetaald en een beugel kost al gauw 50 000 frank. Een verblijf op de intensive care afdeling kost de patiënt gemiddeld 87 000 frank.

Met deze cijfers voor ogen hoeft het niet te verwonderen dat patiënten keuzes gaan doen en bepaalde vormen van medische hulpverlening zo lang mogelijk uitstellen.

Wat doet het OCMW ten aanzien van deze situaties?

De openstaande facturen van OCMW-cliënten in het ziekenhuis worden door het OCMW aangezuiverd omdat het ziekenhuis zelf hoe langer hoe meer in een financieel onmogelijke situatie terechtkomt. Andere openstaande facturen moeten helaas voor aanzienlijke bedragen worden geannuleerd omdat ze nooit kunnnen aangezuiverd worden door de betrokkenen.

Aan de patiënten die niet kunnen betalen, wordt wel een terugbetalingsregeling voorgesteld. Momen-

1 444 de ces plans sont en cours (l'hôpital traite environ 20 000 patients par an). Ce système peut offrir une solution dans certains cas, mais souvent les intéressés sont entraînés dans une spirale de dettes et de plans de remboursement.

Avec les généralistes, on tâche de trouver un accord par lequel les patients de ces groupes sont soignés au tarif de remboursement.

À plus long terme, le CPAS s'efforce de mener une politique de prévention axée sur le logement et l'emploi, en exploitant au maximum les possibilités qu'offre la législation existante : l'article 60 de la loi organique, le « maribel » social, ... Une telle politique procure au groupe en cause non seulement un toit et un travail, mais aussi une perspective de vie et la possibilité d'accéder au marché régulier du travail. Les intéressés peuvent améliorer leur qualité de vie. En examinant le groupe cible du CPAS, on trouvera peu de personnes pauvres, isolées et âgées. Ces personnes ont rarement plus de 75 ans.

D. Discussion

Un membre constate sur la base des trois exposés que les hôpitaux qui accueillent ces groupes de personnes se heurtent à des problèmes financiers de plus en plus importants, du fait notamment que le nombre de patients qui ne sont pas en mesure de payer leurs factures d'hôpital ordinaires ne cesse de grandir. De plus, ces orateurs confirment ce qui a été déclaré au cours d'auditions précédentes, à savoir que certains patients sont confrontés à des frais tellement élevés qu'ils ne peuvent être supportés même avec un revenu normal.

Il est clair que les deux phénomènes ne peuvent être dissociés. A-t-on une idée précise du type de patients qui ne paient pas les notes ? Lorsqu'à Anvers un plan de remboursement est proposé au cours d'un entretien préliminaire, personne ne le négligera et ne se limitera aux soins urgents.

M. Windey répond que les raisons du défaut de paiement ne sont pas enregistrées. Il existe toutefois d'autres possibilités d'obtenir l'une ou l'autre information sur ces groupes.

Un membre demande quand et comment les CPAS constatent l'état d'indigence des patients qui viennent d'ailleurs et pour lesquels les factures doivent être envoyées à un autre CPAS.

M. Decoene répond que cela se fait au moment où le patient entre à l'hôpital. On connaît par conséquent sa situation dès qu'il est admis.

teel lopen er 1 444 dergelijke terugbetalingspatronen (Het ziekenhuis verzorgt ongeveer 20 000 patiënten per jaar). Dit systeem kan in bepaalde gevallen een oplossing bieden, maar vaak komen de betrokkenen in een spiraal van schulden en terugbetalingsregelingen terecht.

Met de huisarten wordt getracht tot een akkoord te komen, waarbij patiënten uit deze groepen aan terugbetalingstarief worden verzorgd.

Op langere termijn tracht het OCMW een preventief beleid te voeren gericht op huisvesting en werk. Hierbij wordt maximaal gebruik gemaakt van de mogelijkheden die de bestaande wetgeving biedt : artikel 60 van de organieke wet, de sociale maribel, ... Een dergelijk beleid geeft de betrokken groep niet alleen een dak boven het hoofd en werk, maar ook een levensperspectief en de mogelijkheid door te stromen naar de reguliere arbeidsmarkt. De betrokkenen kunnen hun levenskwaliteit verbeteren. Wie de doelgroep van het OCMW onderzoekt zal hierin weinig personen vinden die arm, alleenstaand én oud zijn. Deze mensen halen zelden de leeftijd van 75 jaar.

D. Bespreking

Een lid stelt op basis van de drie uiteenzettingen vast dat de ziekenhuizen die deze groepen van mensen opvangen, met steeds grotere financiële problemen te kampen hebben, mede omdat steeds meer patiënten hun gewone ziekenhuisrekeningen niet kunnen betalen. Daarnaast bevestigen deze sprekers wat al eerder tijdens hoorzittingen verklaard is, namelijk dat bepaalde patiënten met dermate hoge kosten geconfronteerd worden dat die ook met een normaal inkomen niet kunnen worden gedragen.

Het is duidelijk dat de beide fenomenen niet los van elkaar kunnen worden gezien. Heeft men er enig zicht op welk soort patiënten het precies is die de rekeningen niet betaalt ? Wanneer in Antwerpen in een intakegesprek een afbetalingsregeling wordt voorgesteld, gaat toch niemand die hier ook maar in enige mate kan op ingaan, dit nalaten en zich beperken tot de dringende verzorging.

De heer Windey antwoordt dat de redenen waarom niet wordt betaald, niet worden geregistreerd. Er zijn wel andere mogelijkheden om over deze groepen een en ander te weten te komen.

Een lid vraagt wanneer en op welke wijze de OCMW's de behoeftigheid vaststellen van patiënten die van elders komen en waarvoor de facturen naar een ander OCMW moeten worden doorgezonden.

De heer Decoene antwoordt dat dit gebeurt op het ogenblik dat de patiënt het ziekenhuis binnenkomt. Men kent zijn toestand derhalve zodra hij wordt opgenomen.

L'orateur suivant demande qui paie les suppléments résultant par exemple du choix d'une chambre à un lit. Un tel choix donne notamment aux médecins le droit de facturer un supplément d'honoraires.

M. Windey répond que ces suppléments ne sont jamais pris en charge par le CPAS. Si sur ce plan l'hôpital fait une mauvaise évaluation, il doit en supporter lui-même le coût. Si des personnes sont admises en chambres de première classe, les précautions nécessaires doivent être prises en réclamant par exemple des acomptes.

M. Decoene ajoute que le choix d'une chambre à un lit, sauf pour raisons médicales, est fait par le patient. Lors de l'entretien préliminaire, celui-ci est clairement informé des conséquences qui peuvent découler d'un tel choix et qu'il devra supporter.

Un membre souhaite savoir comment les orateurs réagissent à la nouvelle, récemment parue dans la presse, selon laquelle un toxicomane s'est jeté sous une voiture pour être secouru. Il lui était en effet impossible d'obtenir une aide parce que deux CPAS ne parvenaient pas à se mettre d'accord sur sa prise en charge.

M. Windey remarque qu'on en revient, en l'occurrence, à la loi du 2 avril 1965. Cette loi ne comporte que quelques pages, mais une abondante jurisprudence lui a déjà été consacrée. Les discussions à cet égard entre CPAS sont légion et les personnes qui ont besoin d'aide en sont les premières victimes. À son sens, il faudrait élaborer une réglementation en vertu de laquelle, dans de tels différends, les secours seraient de toute manière fournir par les CPAS concernés. Ensuite, ceux-ci pourront vider leur querelle aussi longtemps qu'ils voudront, sans que ces personnes soient obligées d'en attendre l'issue.

Le problème se pose avec moins d'acuité dans le secteur des soins de santé parce que les hôpitaux publics fournissent de toute façon aux patients qui se présentent l'aide dont ils ont besoin.

Un orateur suivant signale qu'un des principaux problèmes concernant la prise en charge réside dans le fait que les CPAS appliquent des critères différents. Certains exigent des preuves irréfutables de l'état d'indigence avant d'intervenir, alors que d'autres sont infiniment plus souples. Un autre problème est la pratique qui consiste à renvoyer simplement des patients à un autre CPAS pour ne pas avoir à supporter soi-même les frais. Une récente modification de la loi devrait cependant enrayer quelque peu cette pratique.

Een volgende spreekster vraagt wie de supplementen betaalt die het gevolg zijn van een keuze voor bijvoorbeeld een eenpersoonskamer. Een dergelijke keuze geeft onder meer de artsen het recht een honorariumsupplement aan te rekenen.

De heer Windey antwoordt dat dergelijke supplementen nooit ten laste worden genomen door het OCMW. Indien het ziekenhuis wat dit betreft de zaken verkeerd inschat, moet het zelf voor de kosten hiervan instaan. Indien mensen in eerste-klassekamers worden opgenomen, moeten de nodige voorzorgen worden genomen door bijvoorbeeld voorschotten te vragen.

De heer Decoene voegt hieraan toe dat de keuze van een eenpersoonskamer, behoudens om medische redenen, door de patiënt wordt gedaan. Die wordt bij de intake duidelijk gewezen op de mogelijke consequenties van een dergelijke keuze, die door hem moeten worden gedragen.

Een lid wenst te vernemen hoe de sprekers staan tegenover recente persberichten waarin wordt gemeld dat een druggebruiker zich onder een wagen heeft geworpen om hulp te krijgen. Die hulp was voor hem onmogelijk omdat twee OCMW's het niet eens konden worden over zijn tenlasteneming.

De heer Windey merkt op dat men hier opnieuw bij de wet van 2 april 1965 terechtkomt. Deze wet is amper enkele bladzijden lang, maar er zijn reeds bibliotheken rechtspraak over volgeschreven. Discussies in dit verband tussen OCMW's zijn legio en de steunbehoevenden zijn hiervan de eerste slachtoffers. Zijns inziens zou men moeten streven naar een regeling waarbij in dergelijke geschillen de hulp hoe dan ook door één van de betrokken OCMW's wordt verleend. Nadien kunnen de OCMW's hun geschilpunten uitvechten zolang zij willen, zonder dat de behoeftige op de uitslag hiervan dient te wachten.

Het probleem stelt zich wel minder erg in de sector van de gezondheidszorg omdat de openbare ziekenhuizen de patiënten die zich aanbieden, hoe dan ook de nodige hulp verstrekken.

Een volgende spreker stipt aan dat een van de belangrijkste problemen in verband met de tenlasteneming ligt in het feit dat de OCMW's verschillende criteria hanteren. Sommige eisen sprijkerharde bewijzen van de behoeftigheid vooraleer zij tussenkomen, daar waar anderen een stuk soepeler zijn. Een ander probleem is de praktijk waarbij patiënten gewoon worden doorverwezen naar een ander OCMW om zelf de kosten niet te moeten dragen. Een recente wetswijziging zou deze praktijk enigszins tegen moeten gaan.

Mme Maximus fait remarquer que l'aide supplémentaire pour soins de santé doit être supportée par le budget du CPAS et doit par conséquent être négociée avec l'administration de la ville. Y a-t-il des difficultés à ce propos ?

M. Windey répond que le budget du CPAS est négocié en termes généraux. S'il y a d'importants glissements dans certains secteurs, ceux-ci seront utilisés comme argument pour une augmentation de la subvention. Pour ces secteurs proprement dits, aucune politique n'est dictée par la ville ou discutée en détail.

M. Decoene déclare qu'à Roulers aussi l'administration de la ville respecte l'autonomie du CPAS et n'engage pas de discussions sur le fond en ce qui concerne l'affectation des moyens, accordés sous la forme d'une enveloppe générale.

Un membre remarque que, notamment dans les interventions parlementaires, des doutes sont régulièrement émis au sujet du plan de répartition pour les étrangers. On constate notamment que les personnes qui sont attribuées à une commune retirent chaque mois leur chèque au CPAS et disparaissent ensuite de la circulation jusqu'au jour de paiement suivant.

M. Decoene est d'accord sur le fait que le plan de répartition consistait jusqu'à présent en une attribution administrative. Certaines personnes habitaient par exemple à Vilvorde mais étaient attribuées à Roulers. Elles venaient y retirer leur chèque (l'indemnité est entièrement remboursée par l'autorité fédérale), mais retournaient ensuite à leur domicile. Dans la nouvelle réglementation la commune d'accueil doit également pourvoir au logement, ce qui n'est cependant pas toujours apprécié par les intéressés.

M. Windey se déclare fort partisan du plan de répartition, mais il y manque selon lui une chose, à savoir l'obligation pour les intéressés d'habiter effectivement dans les communes auxquelles ils sont attribués. Récemment il est apparu que 23 demandeurs d'asile étaient attribués à la ville d'Ypres, mais qu'ils habitaient tous à Anvers. Pour le CPAS d'Anvers, cela n'entraîne pas de gros frais supplémentaires, sauf peut-être dans le cas de l'aide médicale, mais la pression sur la ville s'en trouve accrue et un des buts du plan de répartition était de l'éviter.

M. Windey remet enfin à la commission les données suivantes concernant l'impact financier des soins médicaux et paramédicaux de la clientèle du CPAS d'Anvers :

Een ander lid merkt op dat de bijkomende steun voor gezondheidszorg moet worden gedragen door de begroting van het OCMW en derhalve dient te worden onderhandeld met het stadsbestuur. Zijn er wat dit betreft moeilijkheden ?

De heer Windey antwoordt dat de begroting van het OCMW in algemene termen wordt onderhandeld. Indien er in bepaalde sectoren grote verschuivingen zijn, zullen die wel worden aangehaald als een argument voor een verhoging van de toelage. Voor deze sectoren zelf wordt door de stad geen beleid gedicteerd of tot in de details bediscussieerd.

De heer Decoene beaamt dat ook in Roeselare het stadsbestuur de autonomie van het OCMW respecteert en geen inhoudelijke discussies voert over de aanwending van de middelen, die als een algemene enveloppe worden toegekend.

Een lid merkt op dat, onder meer in parlementaire tussenkomsten, geregeld twijfels worden geuit over het spreidingsplan voor de vreemdelingen. Met name wordt vastgesteld dat personen die aan een gemeente zijn toegewezen, hier maandelijks bij het OCMW hun cheque komen ontvangen en hiermee van de aardbol verdwijnen tot de volgende betalingsdag.

De heer Decoene beaamt dat tot op heden het spreidingsplan bestond in een administratieve toewijzing. Mensen woonden bijvoorbeeld in Vilvoorde, maar zijn toegewezen aan Roeselare. Zij komen hier hun cheque ophalen (de rekening wordt volledig door de federale overheid terugbetaald), maar gaan daarmee terug naar hun woonplaats. In de nieuwe regeling moet de opvanggemeente ook in de huisvesting voorzien, wat echter door de betrokkenen niet altijd op prijs gesteld wordt.

De heer Windey verklaart zich een groot voorstander van het spreidingsplan, maar hieraan ontbreekt volgens hem één zaak, namelijk de verplichting voor de betrokkenen effectief te wonen in de gemeenten waaraan ze toegewezen zijn. Onlangs is gebleken dat aan de stad Ieper 23 asielzoekers toegewezen zijn, maar dat die allemaal in Antwerpen wonen. Voor het Antwerpse OCMW brengt dit geen grote extra kosten mee, tenzij misschien in het geval van medische hulpverlening, maar zij verhogen wel de druk op de stad, en dit vermijden was voor een stuk het doel van het spreidingsplan.

De heer Windey bezorgt de commissie tot slot de volgende gegevens met betrekking tot de financiële impact van medische en paramedische verzorging van het OCMW-cliënteel in Antwerpen :

Impact financier des soins médicaux et paramédicaux de la clientèle du CPAS | *Financiële impact van medische en paramedische verzorging van OCMW-cliënteel*

Assistance — *Bijstand*	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Soins de santé dont garantie soins médicaux pour assistance clientèle CPAS. — *Geneesk. zorgen waaronder waarborg geneeskundige verzorging voor bijstand OCMW-cliënteel*	49 899 299	64 993 692	75 849 737	79 998 099 (11 959 332)	99 678 291 (13 349 393)	78 726 838 (20 033 175)	79 927 896
Médicaments + prothèses. — *Medicatie + prothese*	40 742 968	48 280 782	52 450 406	61 118 922	66 746 879	69 712 443	77 890 634
Prestations paramédicales. — *Paramedische verstrekkingen*	6 634 562	1 147 968	700 433	802 395	730 447	403 706	430 831
Interventions de médecins. — *Tussenkomst dokters*	14 968 434	14 609 005	14 800 203	13 120 457	11 471 956	14 951 994	14 024 768
Hospitalisations personnes nécessitant des soins infirmiers sans domicile de secours. — *Hospitalisatieverplegingsk. behoeftigen zonder onderstandsdomicilie*	—	—	—	95 070 076	154 369 284	122 978 796	124 257 871
Total. — *Totaal*	—	—	—	250 109 949	332 996 857	286 773 777	296 532 000
Non-paiement cotisations mutualité. — *Niet-betaling bijdragen mutualiteit* . .	—	—	—	43 368 810	54 919 950	54 654 929	51 386 775
Total. — *Totaal*	—	—	—	293 478 759	387 916 807	341 428 706	347 918 775

IV. AUDITION DE REPRÉSENTANTS DE L'UNION DES VILLES ET COMMUNES BELGES(1)

1. Exposé du M. Emonts, président de la section « CPAS » de l'Union des villes et communes de Wallonie

Effet positif de la réforme de l'assurabilité

La réforme de l'assurabilité entreprise par le gouvernement a incontestablement favorisé l'accès aux soins de santé.

(1) — Audition du 20 janvier 1999 :
— M. Claude Emonts, président de la section CPAS de l'Union des villes et communes de Wallonie et président du CPAS de Liège;
— M. C. Van Exter, président de la section CPAS de l'Association de la ville et des communes de la Région de Bruxelles-Capitale (AVCB) et président du CPAS d'Uccle;
— M. Frans Destoop, président de la section Maatschappelijk Welzijn de la Vereniging van Vlaamse steden en gemeenten et président du CPAS de Courtrai;
— M. Th. Lesiw, secrétaire de la section CPAS de l'UVCB;
— Mme Fabienne Wernette, chef du service social du CPAS de Charleroi;
— M. J.-M. Rombeaux, secrétaire de la section CPAS de l'Association de la ville et des communes de la Région de Bruxelles-Capitale (AVCB);
— Mme An Neels, chef de la section Maatschappelijk Werk VVSG, et
— M. Jean Dumont, directeur de l'aide sociale du CPAS de Liège.

IV. HOORZITTING MET VERTEGENWOORDIGERS VAN DE VERENIGING VAN BELGISCHE STEDEN EN GEMEENTEN (1)

1. Uiteenzetting van de heer Emonts, voorzitter van de afdeling « CPAS » van de « Union des villes et communes de Wallonie »

Positieve weerslag van de hervorming van de verzekerbaarheid

De hervorming van de verzekerbaarheid die door de regering op het getouw werd gezet, heeft de toegang tot de gezondheidszorg zonder enige twijfel bevorderd.

(1) Hoorzitting van 20 januari 1999 met :
— de heer Claude Emonts, voorzitter van de afdeling « CPAS » van de Union des villes et communes de Wallonie en voorzitter van het OCMW van Luik;
— de heer C. Van Exter, voorzitter van de afdeling OCMW's van de vereniging van de stad en de gemeenten van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (AVCB) en voorzitter van het OCMW van Ukkel;
— de heer Frans Destoop, voorzitter van de afdeling Maatschappelijk Welzijn van de Vereniging van Vlaamse steden en gemeenten en voorzitter van het OCMW van Kortrijk;
— de heer Th. Lesiw, secretaris van de afdeling OCMW's van de VBSG;
— mevrouw Fabienne Wernette, hoofd van de sociale dienst van het OCMW van Charleroi;
— de heer J.-M. Rombeaux, secretaris van de afdeling OCMW's van de Vereniging van de stad en de gemeenten van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (AVCB);
— mevrouw An Neels, afdelingshoofd van de afdeling Maatschappelijk Werk VVSG, en
— de heer Jean Dumont, directeur Maatschappelijke Hulpverlening van het OCMW van Luik.

Les effets de la réforme sont particulièrement perceptibles dans trois domaines :

1. L'accès à l'intervention majorée (VIPOMEX) pour les bénéficiaires du minimex et de l'aide sociale a permis une diminution sensible des tickets modérateurs.

L'accès aux prestations médicales est donc mieux assuré. Cela est particulièrement sensible pour les soins dentaires, les soins de kinésithérapie et les frais d'hospitalisation.

La confirmation de cette tendance est corroborée par la baisse du nombre de personnes pour lesquelles un remboursement est nécessaire dans le cadre de la franchise sociale. Peu de patients issus des catégories protégées atteignent encore le montant de 15 000 francs de tickets modérateurs pour les prestations médicales.

2. La réforme de l'assurabilité permet également de régulariser rapidement les situations en vue d'une ouverture du droit à l'assurance soins de santé.

Antérieurement, une condition de 6 mois de domiciliation et de 6 mois de stage était nécessaire pour obtenir l'accès à l'assurance soins de santé.

La suppression de cette condition rend possible la mise en ordre de mutuelle directement.

Cela est particulièrement utile pour des personnes qui doivent être hospitalisées et qui ne sont pas en ordre de mutuelle.

La confirmation de la diminution du nombre de personnes non assurées est corroborée par la diminution des dépenses en matière de frais d'hospitalisation dans le cadre de la loi du 2 avril 1965.

3. La suppression des cotisations d'assurance obligatoire facilite également l'accès à l'assurance.

Cela est particulièrement sensible pour les personnes bénéficiant d'une aide sociale équivalente au minimex, les handicapés et les pensionnés.

Les bénéficiaires du minimex étaient déjà exemptés du paiement de cette cotisation antérieurement.

Dorénavant, le simple fait de prouver que l'on appartient à une catégorie protégée permet une remise en ordre sans frais particuliers.

En cas de remise en ordre de mutuelle, la personne ne doit donc plus éponger les années de cotisations antérieures avant d'être en ordre de mutuelle.

D'une manière générale, cette réforme a également obligé les CPAS, les organismes assureurs et les hôpitaux à se rencontrer et à collaborer activement en vue

De effecten van de hervorming zijn voornamelijk merkbaar in drie domeinen :

1. De verhoogde tegemoetkoming (WIGW) voor personen die het bestaansminimum of maatschappelijke bijstand genieten, heeft tot een aanzienlijke daling van het remgeld geleid.

De toegang tot medische verstrekkingen is dus beter verzekerd. Dat punt is bijzonder belangrijk voor tandverzorging, kinesitherapie en hospitalisatiekosten.

Die tendens wordt bevestigd door de daling van het aantal personen voor wie een terugbetaling noodzakelijk is in het kader van de sociale franchise. Weinig patiënten uit de beschermde categorieën bereiken nog het bedrag van 15 000 frank remgeld voor medische verstrekkingen.

2. De hervorming van de verzekerbaarheid maakt het mogelijk snel de situaties te regulariseren teneinde het recht op de ziekteverzekering te verstrekken.

Vroeger was een voorwaarde van 6 maanden domiciliëring en 6 maanden stage noodzakelijk om toegang tot de ziekteverzekering te krijgen.

Door de schrapping van die voorwaarde is het mogelijk de ziekenfondsaansluiting onmiddellijk in orde te brengen.

Dat is bijzonder nuttig voor de personen die moeten worden gehospitaliseerd en wier ziekenfondsaansluiting niet in orde is.

De daling van het aantal niet-verzekerde personen wordt bevestigd door de daling van de uitgaven inzake hospitalisatiekosten in het kader van de wet van 2 april 1965.

3. De schrapping van de bijdragen voor de verplichte verzekering vergemakkelijkt eveneens de toegang tot de verzekering.

Dat is bijzonder belangrijk voor de personen die maatschappelijke bijstand gelijk aan het bestaansminimum genieten, gehandicapten en gepensioneerden.

Bestaansminimumtrekkers werden vroeger reeds vrijgesteld van de betaling van die bijdrage.

Voortaan volstaat het te bewijzen dat men tot een beschermde categorie behoort om zijn situatie zonder specifieke kosten opnieuw in orde te brengen.

Indien de ziekenfondsaansluiting in orde wordt gebracht, moet de persoon de jaren achterstallige bijdragen dus niet meer inhalen alvorens in orde te zijn.

Globaal genomen heeft deze hervorming de OCMW's, de verzekeringsinstellingen en de ziekenhuizen eveneens verplicht overleg te plegen en actief

d'une régularisation des droits lors d'une hospitalisation.

Cette collaboration entre les services sociaux des hôpitaux, des CPAS et des mutuelles devrait être encouragée par une information et devrait être instaurée d'une façon plus officielle et régulière.

2. Exposé de M. Van Exter, président de la section CPAS de l'Association de la ville et des communes de la Région de Bruxelles-Capitale (AVCB)

Les lacunes de la réforme

M. Van Exter souscrit à l'exposé de l'orateur précédent, mais pense que la réforme comporte encore quelques lacunes. Ces lacunes risquent de créer une médecine à deux niveaux et il faut éviter à tout prix une telle situation.

Les lacunes se situent dans trois domaines :

• le remboursement des médicaments pour les patients chroniques et leur intégration dans la franchise sociale;

• les indépendants;

• les soins psychiatriques.

En ce qui concerne les patients chroniques, il importe de savoir qu'une corrélation est constatée, dans tout le pays, entre les ressources financières dont les personnes disposent et leur état de santé.

A. Les médicaments pour les malades chroniques

Les médicaments ne font pas partie de la franchise sociale. Pour les personnes à faibles revenus, cela constitue encore un frein important pour l'accès aux soins de santé.

Le coût des médicaments constitue notamment un obstacle difficilement franchissable pour les malades chroniques.

Les maladies graves ou les maladies chroniques visées sont :

Cancer :

— certains analgésiques prescrits rentrent dans la catégorie D (sans intervention INAMI),

— la nourriture entérale : les mutuelles, sur avis du médecin conseil interviennent pour un forfait de 120 francs/jour, ce qui ne couvre pas les frais réels.

samen te werken om de rechten bij hospitalisatie in orde te brengen.

Die samenwerking tussen de sociale diensten van ziekenhuizen, OCMW's en ziekenfondsen zou door een uniforme informatie moeten worden bevorderd.

2. Uiteenzetting van de heer Van Exter, voorzitter van de Afdeling OCMW's van de Vereniging van de stad en de gemeenten van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

De leemten van de hervorming

De heer Van Exter onderschrijft de uiteenzetting van de vorige spreker, maar meent toch dat er in de hervorming nog steeds een aantal lacunes zijn. Deze lacunes houden het gevaar in dat er een geneeskunde op twee niveaus ontstaat en dit moet tot elke prijs worden vermeden.

De lacunes situeren zich in drie domeinen :

• de terugbetaling van geneesmiddelen voor chronische patiënten en de opname hiervan in de sociale franchise;

• de zelfstandigen;

• de psychiatrische hulpverlening.

Wat de chronische patiënten betreft is het belangrijk te weten dat er in heel het land een correlatie wordt vastgesteld tussen de financiële mogelijkheden waarover de mensen beschikken en hun gezondheidstoestand.

A. De geneesmiddelen voor chronisch zieken

Geneesmiddelen vallen niet onder de sociale franchise. Voor de personen met een laag inkomen vormt dat nog een aanzienlijke rem voor de toegang tot de gezondheidszorg.

De prijs van de geneesmiddelen vormt meer bepaald een bijna onoverkomelijk obstakel voor chronisch zieken.

De beoogde ernstige of chronische ziekten zijn :

Kanker :

— bepaalde voorgeschreven analgetica behoren tot categorie D (zonder tegemoetkoming van het RIZIV),

— enterale voeding : op advies van de adviserend geneesheer betalen de ziekenfondsen een forfait van 120 frank/dag terug, wat de reële kosten niet dekt.

Sida

Hépatite B : cela concerne essentiellement les populations toxicomanes et étrangères. Le coût des vaccinations reste très élevé.

Arthrose : il n'y a pas de remboursement préférentiel car les médicaments prescrits rentrent dans la catégorie B.

Bronchite chronique : pour qu'il y ait une intervention de l'INAMI dans les mucolytiques, il faut une décision du médecin conseil

Diabète : les médicaments liés à cette pathologie sont bien remboursés, mais les patients développent souvent des maladies « associées » qui nécessitent des soins onéreux (ulcères : nettoyants, désinfinctants, bandages, ...).

Maladies cardiovasculaires : (hypertention, angine de poitrine, ...) : le coût des prothèses reste très élevé.

Dépression : les antidépresseurs et les anxiolytiques ne sont pas remboursés par l'INAMI.

On ajoutera que certains médicaments constituent encore une charge financière importante pour les personnes les plus démunies :

— les antibiotiques pour les grippes et bronchites;
— les prothèses dentaires;
— les frais de lunetterie.

Il est également important, pour ce qui est des médicaments, de ne pas se focaliser sur l'un ou l'autre remède pour une affection bien précise. L'expérience enseigne en effet que dans les groupes à risque, plusieurs affections apparaissent conjointement et c'est cette accumulation qui alourdit le coût pour le patient.

Enfin, il faut encore mettre l'accent sur les coûts des soins dentaires et les frais de lunetterie, qui sont très élevés dans les deux cas et qui sont remboursés dans une trop faible mesure. Au strict domaine de la santé s'ajoute ici l'aspect social. Le candidat à un emploi dont les dents sont mal soignées a, par ce seul fait, moins de chances d'être retenu. De manière indirecte, la personne dotée d'une mauvaise dentition est souvent mal dans sa peau et ne sait pas comment se comporter dans certaines situations, ce qui réduit à son tour les possibilités sociales.

3. Exposé de M. Destoop, président de la section maatschappelijk welzijn de la Vereniging van Vlaamse steden en gemeenten

B. Les indépendants

La réforme de l'assurabilité n'a pratiquement pas eu d'influence sur la situation des indépendants. La

Aids

Hepatitis B : dat betreft voornamelijk drugsverslaafden en buitenlanders. De kosten van de vaccinaties blijven zeer hoog.

Artrose : er is geen voorkeursterugbetaling aangezien de voorgeschreven geneesmiddelen tot de categorie B behoren.

Chronische bronchitis : alvorens een tegemoetkoming van het RIZIV te krijgen voor de mucolytica is een beslissing van de adviserend geneesheer nodig.

Diabetes : de geneesmiddelen voor diabetici worden wel terugbetaald maar de patiënten ontwikkelen vaak « verwante » ziekten die een dure verzorging vereisen (maagzweer : reinigende en ontsmettende geneesmiddelen, verbanden, ...).

Cardiovasculaire ziekten : (hypertensie, angina pectoris, ...) : de prijs van de prothesen blijft zeer hoog.

Depressie : antidepressiva en anxiolytica worden niet door het RIZIV terugbetaald.

Daaraan voegen we toe dat bepaalde geneesmiddelen nog een aanzienlijke financiële last vormen voor kansarmen :

— antibiotica voor griep en bronchitis;
— tandprothesen;
— kosten voor een bril.

Belangrijk in verband met de geneesmiddelen is nog dat men zich niet mag vastpinnen op één of ander middel voor een welbepaalde aandoening. De ervaring leert immers dat bij de risicogroepen verschillende aandoeningen samen voorkomen en het is deze cumulatie die de kosten voor de patiënt de hoogte injaagt.

Ten slotte dient nog de nadruk te worden gelegd op de kosten voor tandverzorging en voor brillen, die in beide gevallen zeer groot zijn en die in al te beperkte mate worden terugbetaald. Naast het strikte domein van de gezondheid is er hier ook het sociale aspect. Wie met slecht verzorgde tanden werk gaat zoeken heeft hierdoor alleen al minder kansen. Op indirecte wijze hebben slechte tanden vaak tot gevolg dat de betrokkene zich niet goed voelt in zijn huid en niet weet hoe zich in bepaalde situaties te gedragen, wat op zijn beurt de maatschappelijke mogelijkheden vermindert.

3. Uiteenzetting van de heer Destoop, voorzitter van de afdeling maatschappelijk welzijn van de Vereniging van Vlaamse steden en gemeenten

B. De zelfstandigen

De hervorming van de verzekerbaarheid heeft bijna geen invloed gehad op de situatie van de zelfstandi-

remise en ordre de mutuelle des indépendants représente encore une grosse charge pour les CPAS. Souvent ils sont obligés de payer des années de cotisations antérieures, ce qui exige d'énormes dépenses et rend particulièrement difficile la régularisation de ces situations.

Un autre problème est celui des indépendants hébergés en maisons de repos qui, au-delà de cinquante ans, ne peuvent plus être assurés pour les petits risques s'ils ne l'étaient pas encore. Il est nécessaire de mener une campagne auprès de ce groupe de personnes. De nombreux indépendants ignorent en effet qu'ils doivent s'assurer pour les petits risques avant l'âge de cinquante ans.

La réforme de l'assurabilité n'offre que des solutions partielles aux indépendants qui ont été déclarés en état de faillite par le tribunal.

C. Les soins psychiatriques

Les soins psychiatriques restent souvent très lourds.

L'État considère que les hôpitaux et les institutions psychiatriques ne constituent pas des établissements de soins au sens de la loi du 2 avril 1965 et, à ce titre, ne rembourse plus aux CPAS les frais de traitement.

Ce phénomène est accentué par le fait que les Régions flamande et wallonne ont supprimé le Fonds spécial d'assistance (FSA) et qu'en Région bruxelloise, son fonctionnement est bloqué pour des raisons institutionnelles.

Le FSA intervenait antérieurement pour couvrir une partie des frais de traitement des maladies psychiatriques.

4. Exposé de Mme Wernette, chef du service social du CPAS de Charleroi

Mme Wernette adhère, dans les grandes lignes, à ce qui précède. Les récentes mesures du gouvernement, et en particulier la réforme de l'assurabilité, ont considérablement amélioré l'accès aux soins de santé des plus démunis et donné une certaine marge de manœuvre financière aux CPAS sur ce plan. Cette dernière mesure était plus que nécessaire, car dans une région comme celle de Charleroi, qui s'appauvrit à vive allure, un nombre de plus en plus grand de personnes qui n'ont pas droit au minimex viennent solliciter l'aide du CPAS pour pouvoir payer les soins de santé. Il s'agit de personnes qui bénéficient d'une prestation sociale ou d'un revenu trop bas pour couvrir les prestations médicales.

On constate en effet chez beaucoup de personnes démunies une accumulation d'affections (chroniques) qui sont la conséquence de leur situation sociale. Elles

gen. Het in orde brengen van de ziekenfondsaansluiting van zelfstandigen vormt nog steeds een grote last voor de OCMW's. Vaak worden zij verplicht jaren achteruit bijdragen te betalen, wat enorme uitgaven vereist en de regularisatie van dergelijke situaties bijzonder moeilijk maakt.

Een ander probleem is dat van de zelfstandigen in de rusthuizen die, eenmaal ouder dan vijftig jaar, niet meer verzekerd kunnen worden voor kleine risico's indien ze dat nog niet waren. Het is noodzakelijk dat naar de betrokken groep een campagne wordt gevoerd. Veel zelfstandigen zijn er immers niet van op de hoogte dat zij zich vóór hun vijftig jaar voor kleine risico's moeten verzekeren.

De hervorming van de verzekerbaarheid biedt slechts gedeeltelijke oplossingen voor de zelfstandigen die door de rechtbank failliet werden verklaard.

C. De psychiatrische verzorging

Psychiatrische verzorging blijft vaak zeer zwaar.

De Staat is van oordeel dat psychiatrische ziekenhuizen en instellingen geen verzorgingsinstellingen zijn in de zin van de wet van 2 april 1965 en bijgevolg krijgen de OCMW's de behandelingskosten niet meer terugbetaald.

Dat verschijnsel wordt benadrukt door het feit dat het Vlaamse en het Waalse Gewest het Speciaal Onderstandsfonds hebben afgeschaft en de werking van het Fonds in het Brussels Gewest om institutionele redenen is geblokkeerd.

Voorheen dekte het Speciaal Onderstandsfonds een deel van de behandelingskosten van psychiatrische ziekten.

4. Uiteenzetting van mevrouw Wernette, hoofd van de sociale dienst van het OCMW van Charleroi

Mevrouw Wernette kan het voorgaande in grote lijnen beamen. De recente maatregelen van de regering en in het bijzonder de hervorming van de verzekerbaarheid hebben de toegang tot de gezondheidszorg voor de minst bedeelden aanzienlijk verbeterd en de OCMW's wat dit betreft enige financiële ademruimte gegeven. Dit laatste is meer dan nodig, want in een regio zoals die van Charleroi, die in snel tempo verpaupert komen steeds meer mensen die geen aanspraak kunnen maken op het bestaansminimum, bij het OCMW aankloppen voor hulp bij het betalen van gezondheidszorg. Het betreft hier personen met een sociale uitkering of een laag loon dat onvoldoende is om de medische verstrekkingen te betalen.

Men stelt bij de armen inderdaad dikwijls een cumulatie vast van een aantal (chronische) aandoeningen die het gevolg zijn van hun sociale situatie. Zij

sont souvent isolées, ont perdu leur emploi, vivent dans un logement insalubre, et tout cela provoque des troubles psychiques.

Les CPAS ont légalement pour mission d'offrir à ces personnes une vie digne, ce qui implique également la possibilité de mourir dignement. Les cancéreux qui désirent être soignés à domicile doivent payer eux-mêmes un grand nombre de médicaments, alors que dans un hôpital ceux-ci sont fournis gratuitement. Certains médicaments qui sont administrés en phase terminale pour atténuer la douleur sont souvent inabordables pour les intéressés.

Les soins dentaires sont très chers. Les problèmes y afférents sont plus graves pour les démunis parce que ceux-ci ont souvent une conception différente de l'hygiène. Parmi la clientèle du CPAS, les personnes de 30 ans qui n'ont plus de dents ne sont pas l'exception. Ainsi, elle traite actuellement le dossier de deux jeunes femmes de 16 et 18 ans qui ont besoin d'une prothèse dentaire complète (coût: 54 000 francs). Elles vivent chez leur père qui touche une allocation de chômage.

Les frais de lunetterie ne sont pas forcément élevés. Pour une simple anomalie de la vision on peut s'en tirer avec 3 000 francs environ. Ce montant peut facilement grimper au-delà de 10 000 francs lorsque des verres plus puissants sont nécessaires. Pour les enfants, surtout, il est important de recevoir des soins adéquats sur ce plan, car les troubles de la vue se traduisent rapidement par un retard scolaire. Même si les frais de lunetterie ne sont pas élevés en soi, il y a souvent, en particulier chez les enfants, le problème qu'ils les cassent plus vite, ce qui accroît encore les dépenses.

5. Exposé de M. Jean Dumont, directeur de l'aide sociale du CPAS de Liège

M. Dumont remarque que pour les personnes qui perçoivent un minimex de 21 000 francs par mois, toute dépense pour soins de santé entraîne invariablement des problèmes.

La situation ne devient cependant vraiment dramatique, même pour ceux qui touchent plus que le minimex, que lorsqu'il y a accumulation de problèmes de santé, ce qui n'est pas inhabituel. Ce sont en effet les personnes à revenu modeste ou les allocataires sociaux qui viennent frapper sans cesse à la porte du CPAS pour le paiement de l'aide médicale.

À Liège, le CPAS a créé un « Centre médical préventif » qui visait dans un premier temps à dispenser des soins préventifs à la population allochtone. À présent le centre est toutefois également accessible à la popu-

leven vaak geïsoleerd, hebben hun werk verloren, wonen in een ongezonde woning en dit alles brengt mee dat zij met psychische stoornissen te kampen hebben.

De OCMW's hebben de wettelijke opdracht deze personen een menswaardig leven te bieden, wat ook de mogelijkheid om menswaardig te sterven inhoudt. Kankerpatiënten die thuis verzorgd willen worden, moeten voor een groot aantal geneesmiddelen zelf instaan, daar waar die in het ziekenhuis gratis worden toegediend. Bepaalde geneesmiddelen die bij het levenseinde worden toegediend om de pijn te verzachten, zijn voor de betrokkenen vaak onbetaalbaar.

Tandverzorging is erg duur. De problemen in dit verband doen zich in ernstiger mate voor bij de armen, omdat zij vaak een ander concept hebben van gezondheidshygiëne. In het OCMW-cliënteel zijn personen van 30 jaar die geen tanden meer hebben, geen uitzondering. Zo behandelt zij momenteel het dossier van twee jonge vrouwen van 16 en 18 jaar die een volledige tandprothese nodig hebben (kostprijs 54 000 frank). Zij wonen bij hun vader die leeft van een werkloosheidsuitkering.

De kosten voor een bril zijn niet noodzakelijk hoog. Voor een gewone oogafwijking kan men geholpen zijn voor ongeveer 3 000 frank. Dit bedrag kan echter zeer vlug oplopen tot boven 10 000 frank wanneer sterkere glazen nodig zijn. Vooral bij kinderen is het belangrijk dat zij op dit vlak de nodige verzorging krijgen want problemen met het zicht leiden snel tot een achterstand op school. Ook al zijn de kosten voor een bril op zich niet hoog, er is vooral bij kinderen vaak het probleem dat zij hem vlugger breken, wat de uitgaven weer doet oplopen.

5. Uiteenzetting van de heer Jean Dumont, directeur maatschapppelijke hulpverlening van het OCMW van Luik

De heer Dumont merkt op dat voor diegenen die een bestaansminimum van 21 000 frank per maand krijgen, elke bijkomende uitgave voor gezondheidszorg vanzelfsprekend problemen met zich brengt.

Wanneer zich echter een cumulatie van gezondheidsproblemen voordoet, wat niet ongewoon is, wordt de toestand pas echt dramatisch, ook voor diegenen die meer verdienen dan het bestaansminimum. Het is inderdaad de groep met een laag inkomen of een socialezekerheidsuitkering die alsmaar meer bij het OCMW komt aankloppen voor de betaling van medische hulpverlening.

In Luik werd door het OCMW een « Centre médical préventif » opgericht dat in eerste instantie gericht was op preventieve medische hulpverlening aan de allochtone bevolking. Het centrum is nu echter ook

latio autochtone parce que l'on s'est rendu compte que certains groupes accordent beaucoup d'importance à ce type de soins. On constate que des femmes se présentent chez un médecin pour un accouchement sans avoir subi le moindre examen pendant toute la durée de la grossesse.

Un autre exemple est celui des soins dentaires, dont il a déjà été question. Le coût de ces soins, de même que les frais de lunetterie, pose effectivement d'énormes problèmes de remboursement.

Un orateur précédent avait déjà parlé des frais de la nourriture entérale. La personne qui se la fait administrer à domicile doit faire face à une dépense qui atteint facilement quelque 30 000 francs par mois. Après avis du médecin-conseil, l'INAMI rembourse 120 francs par jour, ce qui est absolument insuffisant. Certains CPAS peuvent se permettre d'intervenir dans ces fras, mais d'autres ne le peuvent simplement pas.

Dans ce contexte on ne peut sous-estimer l'influence néfaste du transfert aux régions, d'abord, et de la suppression du Fonds spécial d'assistance, ensuite. De ce fait, une énorme charge a été reportée sur les CPAS.

M. Emonts souligne qu'il est important, en cette matière, de ne pas toujours prendre des mesures linéaires et de tenir compte de la situation réelle dans les communes. Il y a une grande différence entre les petites communes, d'une part, et les centres de moyenne et de grande dimension, d'autre part, où les problèmes se concentrent. Liège par exemple a trois hôpitaux psychiatriques sur son territoire et cela accentue évidemment les problèmes.

6. Propositions

M. Destoop remarque que les orateurs veulent proposer les solutions suivantes :

1. Établir un remboursement préférentiel pour tous les médicaments liés à ces pathologies graves ou chroniques en faveur des bénéficiaires de l'intervention proposée (VIPO).

Il serait également important de prévoir un remboursement à 100 % pour les antibiotiques et une intervention forfaitaire dans les prothèses dentaires et les frais de verres de lunettes.

2. Prévoir la possibilité de remettre les indépendants en ordre de mutuelle en les engageant dans un contrat de travail (ex. : art. 60, § 7, de la loi du 8 juillet 1976).

3. Rétablir le remboursement par l'État des frais de traitement liés à un hébergement dans un établissement psychiatrique.

toegankelijk voor de autochtone bevolking omdat men heeft vastgesteld dat het ook hier bij bepaalde groepen zeer ernstig gesteld is met de preventieve gezondheidszorg. Men stelt vast dat vrouwen zich voor een bevalling bij een arts aanmelden maar dat zij tijdens heel de zwangerschap geen enkel onderzoek hebben ondergaan.

Een ander voorbeeld is dat van de tandverzorging, waar reeds eerder werd op ingegaan. Hier is er, evenals voor brillen, inderdaad een levensgroot probleem wat de terugbetaling betreft.

Door een voorgaande spreker is ook al verwezen naar de kosten voor enterale voeding. Wie deze thuis laat toedienen komt al gauw voor een uitgave van om en bij 30 000 frank per maand. Het RIZIV betaalt hiervan na advies van de adviserend geneesheer 120 frank per dag terug, wat vanzelfsprekend volstrekt ontoereikend is. Sommige OCMW's kunnen het zich veroorloven om in dergelijke kosten tussen te komen, maar andere kunnen dit gewoonweg niet.

Bij dit alles kan men de nefaste invloed van eerst de overgang naar de gewesten en daarna de opheffing van het Speciaal Onderstandsfonds niet onderschatten. Hierdoor is een enorme last verschoven naar de OCMW's.

De heer Emonts stipt aan dat het in deze materie belangrijk is, niet steeds lineaire maatregelen te nemen en rekening te houden met de reële toestand in de gemeenten. Er is een groot onderscheid tussen de kleinere gemeenten enerzijds en de middelgrote en grote centra anderzijds, waar de problemen zich concentreren. Luik bijvoorbeeld heeft drie psychiatrische ziekenhuizen op zijn grondgebied en dit versterkt vanzelfsprekend de problemen.

6. Voorstellen

De heer Destoop merkt op dat de sprekers de volgende oplossingen zouden willen voorstellen :

1. Een voorkeursterugbetaling uitwerken voor alle geneesmiddelen voor zware of chronische ziekten ten gunste van de personen die recht hebben op de voorgestelde tegemoetkoming (WIGW).

Het zou tevens belangrijk zijn in een volledige terugbetaling te voorzien voor antibiotica en een forfaitaire tegemoetkoming voor tandprothesen en de kosten van brillenglazen.

2. De mogelijkheid creëren de ziekenfondsaansluiting van zelfstandigen in orde te brengen door een arbeidsovereenkomst af te sluiten (bijv. art. 60, § 7, van de wet van 8 juli 1976), zonder de hele voorgeschiedenis te moeten meeslepen.

3. De Staat opnieuw de behandelingskosten bij een opname in een psychiatrische instelling doen terugbetalen.

M. Van Exter souhaite encore faire trois remarques en guise de conclusion.

On constate indéniablement, parmi la clientèle des CPAS, un accroissement des problèmes psychiques. On peut se demander si ceux-ci sont la conséquence de la situation difficile dans laquelle les intéressés se trouvent ou s'ils sont à l'origine de cette situation. Le plus important est toutefois que les problèmes de ce genre se posent de plus en plus fréquemment et que la politique devra en tenir compte.

Il y a incontestablement une corrélation entre pauvreté et santé. Plus les groupes sociaux sont démunis, plus les problèmes de santé sont grands, et ce pour diverses raisons.

En n'intervenant plus dans un certain nombre de matières, le pouvoir central a déplacé les problèmes au niveau local. Pour les communes de petite taille et bien situées, les difficultés qui en résultent ne sont pas insurmontables. Il faut cependant bien se rendre compte que cette politique peut avoir des conséquences désastreuses pour les centres plus grands et les communes pauvres. Confrontés à une concentration des problèmes de pauvreté, ceux-ci doivent supporter tout le poids des problèmes qui sont tranférés. Dans certains centres, une telle accumulation conduit à des situations intenables.

M. Dumont pense que les charges financières pour les plus démunis et les CPAS pourraient diminuer dans une importante mesure si les médecins prescrivaient plus de médicaments génériques à ces patients.

7. Échange de vues

Un membre de la commission relève qu'il a été fait allusion à plusieurs reprises, au cours de ces auditions, au transfert des budgets des autorités centrales vers les autorités locales. A-t-on une idée de l'ampleur de ce mouvement ?

M. Van Exter répond que des chiffres généraux ne sont pas disponibles à ce sujet. Le secteur du chômage a fait l'objet d'une enquête dont les résultats seront transmis à la commission.

On ne peut cependant pas sous-estimer les transferts dans le secteur des soins de santé. L'augmentation du ticket modérateur de 1 000 francs par hospitalisation a entraîné pour le CPAS d'Uccle une dépense supplémentaire de 2 millions de francs, ce qui équivaut à 2 000 hospitalisations de personnes qui ont droit au minimex. Sachant que la commune d'Uccle est considérée comme une commune « riche », on peut imaginer quel impact bugétaire cette seule mesure a dans une ville comme Anvers ou Liège.

M. Lesiw ajoute qu'il est difficile de recueillir des chiffres généraux à ce sujet parce qu'il n'existe pas de

De heer Van Exter wenst ter afsluiting nog een drietal bemerkingen te maken.

Men stelt onmiskenbaar bij het OCMW-cliënteel een toename van de psychische problemen vast. Men kan zich hierbij de vraag stellen of deze het gevolg zijn van de moeilijke toestand waarin de betrokkenen zich bevinden, dan wel of ze aan de basis ervan liggen. Het belangrijkste is echter de vaststelling dat dit soort problemen alsmaar meer voorkomt en dat het beleid er rekening mee moet gaan houden.

Er is onmiskenbaar een correlatie tussen armoede en gezondheid. Naarmate men bij de armere groepen van de samenleving komt, nemen om allerlei redenen ook de gezondheidsproblemen toe.

Door in een aantal zaken niet meer tussen te komen heeft de centrale overheid een aantal problemen verplaatst naar het lokale niveau. Voor de kleinere en de beter gesitueerde gemeenten leidt dit niet tot onoverkomelijke moeilijkheden. Men moet echter beseffen dat dit beleid voor de grotere centra en de arme gemeenten desastreuze gevolgen kan hebben. Zij kampen met een concentratie van de armoedeproblemen en dus moeten zij ook het volle gewicht van de lasten dragen die worden overgeheveld. In een aantal centra leidt een dergelijke cumulatie tot onhoudbare situaties.

De heer Dumont meent dat de financiële lasten voor de minvermogenden en de OCMW's voor een belangrijk deel zouden kunnen verminderen indien de artsen ten aanzien van deze patiënten meer generische middelen zouden voorschrijven.

7. Gedachtewisseling

Een commissielid stipt aan dat tijdens deze hoorzittingen reeds bij herhaling gewezen is op de verschuiving van de budgetten van de centrale naar de locale overheden. Heeft men enig idee van de omvang hiervan.

De heer Van Exter antwoordt dat hierover geen algemene cijfers beschikbaar zijn. Voor de sector van de werkloosheid is er wel onderzoek gedaan dat aan de commissie zal worden bezorgd.

Men mag de transfers in de gezondheidszorg echter niet onderschatten. De verhoging van het remgeld met 1 000 frank per hospitalisatie heeft voor het OCMW van Ukkel geleid tot een meeruitgaven van 2 000 000 frank, wat gelijkstaat met 2 000 ziekenhuisopnames van personen die recht hebben op het bestaansminimum. Wetende dat Ukkel geboekstaafd is als een « rijke » gemeente, kan men zich voorstellen welke budgettaire impact deze maatregel alleen al heeft in een stad als Antwerpen of Luik.

De heer Lesiw voegt hieraan toe dat het moeilijk is in dit verband algemene cijfers te verzamelen omdat

données centralisées sur l'aide qui est dispensée par les CPAS eux-mêmes.

Il souhaite toutefois souligner que la tendance qui se manifeste sur ce plan conduit à des inégalités. Comme il a déjà été dit, la concentration actuelle des problèmes dans les grands centres et les communes moins riches en est renforcée. On en arrive à une solution où telle commune peut offrir plus que telle autre en matière d'assistance sociale, et une telle situation n'est pas saine.

M. Destoop précise que le CPAS de Courtrai intervient, dans de cas dignes d'intérêt, pour un pourcentage du ticket modérateur. Rien que pour les quelque 670 bénéficiaires du minimex de cette ville, cela représente une dépense annuelle de 2,3 millions de francs. En appliquant ce chiffre à l'ensemble du pays et à d'autres sortes de dépenses, on obtient des montants considérables.

M. Emonts souhaite revenir sur la situation des indépendants qui, souvent après une faillite, s'adressent à un CPAS. Il plaide pour que soient prises, à l'égard de ce groupe, des mesures spécifiques en matière d'emploi, dans le cadre ou le prolongement de l'article 60 de la loi relative aux CPAS. Cela permettrait d'écarter ces personnes de la clientèle des CPAS. Un grand nombre d'entre elles pourraient ainsi s'insérer rapidement dans le marché du travail et leurs capacités seraient à nouveau utilisées au profit de la collectivité.

Bien qu'il soit déjà fait un usage maximal de l'article 60 à l'égard de ces personnes, les possibilités sont souvent trop limitées pour établir un pont, avec les moyens actuels, vers le marché du travail pour ce groupe.

Un membre de la commission observe que l'article 60 peut effectivement, dans certains cas, offrir une solution au problème très délicat de ces indépendants qui ont fait faillite et n'ont absolument aucun moyen d'existence. La mesure ne peut toutefois être appliquée qu'à l'égard des personnes en dessous d'un certain âge, pour qui il y a encore une place sur le marché de l'emploi. Les indépendants plus âgés qui s'adressent au CPAS se trouvent cependant dans une situation sans issue.

Elle revient ensuite sur la remarque d'un orateur, disant que la charge des soins de santé pour les plus démunis diminuerait si les médecins prescrivaient plus rapidement des médicaments génériques à ces patients. Indépendamment de la question de savoir s'il est en pratique possible, pour le médecin, d'opérer une sélection parmi ses patients, on peut se demander s'il ne se crée pas, de la sorte, une médecine à deux niveaux.

over de hulp die door de OCMW's zelf wordt versterkt, geen gecentraliseerde gegevens bestaan.

Hij wenst echter te onderstrepen dat de tendens die zich op dit vlak voordoet, leidt tot ongelijke situaties. Zoals reeds gezegd, versterkt men hierdoor de reeds bestaande concentratie van de problemen in de grote centra en de minder kapitaalkrachtige gemeenten. Men komt in een toestand waarbij de ene gemeente inzake maatschappelijke bijstand meer kan aanbieden dan de andere en dit is geen gezonde situatie.

De heer Destoop voegt hieraan toe dat het OCMW van Kortrijk in behartenswaardige gevallen tussenkomt in een percentage van het remgeld. Alleen al voor de ongeveer 670 gerechgtigden op het bestaansminimum in deze stad, komt dit neer op een jaarlijkse uitgave van 2,3 miljoen frank. Wanneer men dit extrapoleert naar het hele land en naar andere soorten uitgaven komt men tot enorme bedragen.

De heer Emonts wenst nogmaals terug te komen op de situatie van de zelfstandigen die, vaak na een faillissement, bij het OCMW terecht komen. Hij wenst ervoor te pleiten dat ten aanzien van deze groep een aantal bijzondere tewerkstellingsmaatregelen worden genomen in het kader van of vergelijkbaar met artikel 60 van de OCMW-wet. Door een dergelijke maatregel zouden deze mensen niet allen uit het OCMW-cliënteel verdwijnen. Een groot aantal van hen zou zich op deze wijze waarschijnlijk vlug in de arbeidsmarkt kunnen inpassen en hun capaciteiten zouden opnieuw voor de gemeenschap worden aangewend.

Hoewel ook nu reeds ten aanzien van deze mensen maximaal gebruik wordt gemaakt van artikel 60, zijn de mogelijkheden vaak toch te beperkt om met de huidige middelen voor deze groep een brug naar de arbeidsmarkt te slaan.

Een commissielid merkt op dat artikel 60 inderdaad in een aantal gevallen een oplossing kan bieden voor het zeer moeilijke probleem vazn de zelfstandigen die failliet zijn gegaan en totaal geen bestaansmiddelen hebben. De maatregel kan echter alleen worden toegepast ten aanzien van personen onder een bepaalde leeftijd, voor wie nog plaats is op de arbeidsmarkt. De oudere zelfstandigen die bij het OCMW terecht komen bevinden zich echter helemaal in een uitzichtloze situatie.

Zij gaat vervolgens in op de opmerking van een spreker, dat de kosten inzake gezondheidszorg voor minvermogenden zouden dalen indien de artsen ten aanzien van deze patiënten vlugger zouden overgaan tot het voorschrijven van generische geneesmiddelen. Nog los van de vraag of het in de praktijk voor de individuele arts mogelijk is een selectie tussen zijn patiënten te maken, moet toch de vraag worden gesteld of hierdoor geen geneeskunde op twee niveaus wordt gecreëerd.

Un autre orateur rappelle la remarque selon laquelle les patients psychiatriques sont purement et simplement oubliés par la loi du 2 avril 1965. Personnellement il pensait que ces problèmes avaient été en grande partie résolus par de récentes modification de la loi. Quelle est la situation à cet égard dans une ville comme Courtrai et qu'est-ce que cela représente en termes budgétaires ?

Divers orateurs ont signalé que de plus en plus de charges sont déplacées du pouvoir central au niveau local. Une variante en est l'augmentation progressive des tickets modérateurs au cours des dernières années, ce qui correspond à un tranfert des charges de la sécurité sociale vers le patient. Lors d'auditions antérieures, un montant de 11 millions de francs a été mentionné à ce titre pour les cinq dernières années. Dans quelle mesure cela a-t-il un impact pour les CPAS ?

Un orateur a souligné les différences dans le mode d'intervention des CPAS et les discriminations qui peuvent en découler. Ce phénomène est connu de longue date et est d'ailleurs l'objet d'une enquête. De telles différences ne sont-elles cependant pas, en partie, inhérentes à notre système ? Le législateur a délibérément choisi, à travers les CPAS, de rapprocher le plus possible les services d'assistance des plus démunis pour pouvoir répondre aux situations locales. Cela suppose presque automatiquement une approche différente par les CPAS qui ont une grande autonomie.

Il peut en effet en résulter des situations difficiles dans les grands centres présentant un haut degré de pauvreté, mais est-il pour autant souhaitable de procéder à une modification de loi en vue de ramener davantage la politique au niveau central ?

À la deuxième question de Mme Nelis, M. Van Exter répond que les premières données de Pharmanet sur le comportement prescripteur des médecins sont disponibles depuis peu. Il en ressort que la prescription de médicaments génériques par le corps médical dans son ensemble est pratiquement inexistante.

Il y a sur ce point une énorme lacune dans l'enseignement de la médecine qui, jusqu'il y a quelques années du moins, n'abordait pas la question des prix des médicaments. Les choses semblent changer ces derniers temps, mais cela ne se traduit pas dans la pratique. Il s'y ajoute un manque criant d'information. Les firmes qui approchent les médecins au moyen de campagnes publicitaires ou par l'entremise de représentants (parfois très agressifs) n'ont naturellement aucun intérêt à recommander des médicaments génériques qui ne coûtent qu'une fraction du prix qu'il faut débourser pour une spécialité.

Il ne s'agit donc pas d'un problème social, à savoir si les patients sont ou non approchés de manière diffé-

Een andere spreker herinnert aan de opmerking dat de psychiatrische patiënten in de wet van 2 april 1965 helemaal over het hoofd worden gezien. Persoonlijk dacht hij dat deze problemen met recente wetswijzigingen voor het grootste deel waren opgelost. Hoe is de situatie in dit verband bijvoorbeeld in een stad zoals Kortrijk en wat betekent dit in budgettaire termen ?

Diverse sprekers hebben gewezen op het feit dat alsmaar meer lasten van de centrale overheid worden verschoven naar het lokale vlak. Een variant hiervan is de geleidelijke verhoging van de remgelden gedurende de voorbije jaren, wat neerkomt op een transfer van de lasten door de sociale zekerheid naar de patiënt. Tijdens vorige hoorzittingen werd in dit verband voor de jongste vijf jaar een bedrag van 11 miljoen frank vermeld. In welke mate heeft dit een weerslag voor de OCMW's ?

Een spreker heeft gewezen op de verschillen die er zijn in de wijze waarop de OCMW's tussenkomen bij het verlenen van bijstand en mogelijke discriminaties die hiervan het gevolg kunnen zijn. Dit fenomeen is al langer bekend en in dit verband is er overigens onderzoek gedaan. Zijn dergelijke verschillen evenwel voor een deel niet eigen aan ons systeem. De wetgever heeft er bewust voor gekozen via de OCMW's de bijstand zo dicht mogelijk bij de armen te brengen om te kunnen inspelen op plaatselijke situaties. Dit veronderstelt bijna automatisch een verschillende aanpak door de OCMW's die een grote autonomie hebben.

Dit kan inderdaad tot moeilijke situaties leiden in de grote centra met een hoge armoedegraad, maar is het hierom wenselijk een wetswijziging door te voeren die het beleid opnieuw meer naar het centrale niveau brengt ?

De heer Van Exter antwoordt op de tweede vraag van mevrouw Nelis dat sinds korte tijd de eerste gegevens van Farmanet over het voorschrijfgedrag van de individuele artsen beschikbaar zijn. Hieruit blijkt dat het voorschrijven van Eurogenerische middelen door het artsenkorps in zijn algemeenheid, vrijwel onbestaande is.

Er is wat dit betreft een enorme lacune in het geneeskunde-onderwijs, waar alleszins tot voor enkele jaren de prijs van een geneesmiddel gewoonweg niet ter sprake kwam. De zaken schijnen wat dit betreft de jongste tijd wel geleidelijk te veranderen, maar dit uit zich niet in de praktijk. Daarnaast is er een enorm gebrek aan voorlichting. De firma's die de artsen benaderen via reclamecampagnes of via (soms erg agressieve) vertegenwoordigers, hebben er vanzelfsprekend geen belang bij generische middelen te gaan aanprijzen die vaak slechts een fractie kosten van de prijs die voor een specialiteit moet worden betaald.

Het betreft hier derhalve als dusdanig geen sociaal probleem waarbij patiënten al dan niet op verschil-

rente, mais d'un problème général de formation et d'information dans le chef du corps médical.

À l'ultime question du dernier orateur il souhaite apporter quelques éléments de réponse, sans prétendre à l'exhaustivité. Lorsqu'il est question de l'accès aux soins de santé, on parle d'un secteur où les tarifs sont identiques dans tout le pays. Une intervention accrue ou réduite des pouvoirs publics a les mêmes implications pour tous les CPAS. À cela s'opposent d'autres formes d'assistance où ce n'est pas le cas. Le loyer d'une habitation à Schaerbeek représente par exemple le tiers de celui d'Uccle. Alors que dans la première commune le minimex suffit pour payer ce loyer, dans la seconde ce ne sera pas possible et le CPAS devra accorder une allocation de logement dans le cadre de l'assistance. Il est évident que les CPAS doivent en l'occurrence faire valoir pleinement leur autonomie et mener une politique adaptée à la situation locale. Dans ce domaine, une politique différente des CPAS est par conséquent parfaitement justifiée parce que la situation locale est différente. Dans le cas des soins de santé, une politique divergente des CPAS est beaucoup moins évidente.

À la question concernant les indépendants, M. Lesiw répond que les problèmes y afférents doivent être réglés d'urgence. Les CPAS n'ont souvent pas d'autre choix que d'acquitter toutes les dettes envers la sécurité sociale, accumulées durant des années.

En ce qui concerne les mesures de politique, la première question qui se pose est de savoir s'il n'est pas possible d'éviter que la situation ne se produise. Visiblement, les intéressés peuvent accumuler un retard de plusieurs années dans le paiement de leurs cotisations sociales sans que l'on n'intervienne. Personne, l'indépendant compris, ne tire avantage d'une telle situation.

Au cours des dernières années, l'assurabilité à l'assurance soins de santé a été étendue à toute une série de groupes qui n'étaient pas en règle de cotisations sociales. Pour la régularisation, il suffit parfois de payer les cotisations pour le trimestre en cours. Ces mesures ne s'appliquent pas aux indépendants faillis et on peut se demander si elles ne doivent pas être étendues à ce groupe.

On peut demander une dispense de cotisations à la commission compétente de l'INAMI, mais celle-ci est souveraine dans son appréciation et ne base pas sa décision sur des considérations sociales. En le faisant, il serait pourtant possible de remédier à toute une série de problèmes.

En ce qui concerne les soins psychiatriques, les problèmes sont loin d'être résolus. Les établissements psychiatriques ne constituent pas des établissements

lende wijze worden benaderd, maar een algemeen probleem van opleiding en informatie in hoofde van het geneesherenkorps.

Op de laatste vraag van de laatste spreker wenst hij, zonder hier volledig op in te gaan, een aantal elementen van antwoord te geven. Wanneer men het heeft over de toegang tot de gezondheidszorg, spreekt men over een sector waar de tarieven over heel het land dezelfde zijn. Een verhoogde of verlaagde tussenkomst van de overheid heeft voor alle OCMW's per prestatie dezelfde implicaties. Hier tegenover staan andere vormen van bijstand waar dit niet het geval is. Het huren van een woning in Schaarbeek kost bijvoorbeeld een derde van een woning in Ukkel. Waar in het eerste geval het bestaansminimum volstaat om de huur te betalen, zal dit in de tweede gemeente niet mogelijk zijn en zal het OCMW in het kader van de bijstand een huisvestingstoeslag moeten toekennen. Het is evident dat hier de OCMW's hun autonomie ten volle moeten doen gelden en een beleid voeren dat aangepast is aan de plaatselijke situatie. In dit domein is een verschillend beleid van de OCMW's derhalve volkomen gerechtvaardigd omdat de plaatselijke toestand verschillend is. In het geval gezondheidszorg is het veel minder evident dat het beleid van de verschillende OCMW's uit elkaar groeit.

De heer Lesiw antwoordt op de vraag in verband met de zelfstandigen dat de problemen in dit verband dringend een oplossing moeten krijgen. De OCMW's hebben vaak geen andere keuze dan alle schulden aan de sociale zekerheid, die gedurende jaren zijn opgestapeld, aan te zuiveren.

Naar beleidsmaatregelen toe is er vooreerst de vraag of niet kan worden vermeden dat de toestand zich voordoet. Blijkbaar kunnen de betrokkenen gedurende jaren achterstand oplopen in hun sociale bijdragen, zonder dat wordt opgetreden. Niemand, ook de zelfstandige niet, is met een dergelijke situatie gediend.

De jongste jaren is de verzekerbaarheid in de verzekering voor gezondheidszorg uitgebreid tot een hele reeks groepen die ook geen bijdragen hebben betaald. Voor de regularisatie volstaat soms het betalen van bijdragen voor het lopende kwartaal. Deze maatregelen gelden niet voor gefailleerde zelfstandigen en men kan zich de vraag stellen of ze niet tot deze groep moeten worden uitgebreid.

Men kan vrijstelling van de bijdrageplicht vragen aan de dispensatiecommissie bij het RIZIV, maar deze is soeverein in haar beoordeling en baseert haar besluitvorming niet op sociale overwegingen. Door dit wel te doen zouden een hele reeks problemen kunnen worden verholpen.

Met betrekking tot de psychiatrische hulpverlening zijn de problemen alles behalve opgelost. Artikel 1 van de wet van 2 april 1965. Bepaalt uitdrukkelijk dat

de soins au sens de l'article 1er de la loi du 2 avril 1965, de sorte qu'un certain nombre de dépenses pour les soins qui y sont dispensés étaient auparavant prises en charge par l'Etat mais doivent à présent être supportées par les CPAS eux-mêmes dans le cadre de l'assistance.

Les différences que l'on voit apparaître dans la politique des CPAS en matière de soins de santé se manifestent principalement sur le plan de l'aide préventive. Pour ce qui est de la dispensation des soins proprement dits, les pouvoirs publics ont choisi la bonne voie en travaillant au niveau de la sécurité sociale par le biais de l'extension de l'assurabilité. Cette voie comporte la meilleure garantie pour le maintien de l'égalité d'accès aux soins.

Dans le domaine de la médecine préventive, on constate que certains CPAS sont plus dynamiques que d'autres (par exemple en ce qui concerne le remboursement de soins dentaires préventifs). Cela tient à des choix de politique mais aussi, de toute évidence, aux moyens disponibles.

À la question relative aux tickets modérateurs, M. Destoop répond qu'il est difficile d'évaluer avec précision les effets de leur augmentation. Ces effets sont cependant indéniables. À l'hôpital CPAS de Courtrai, qui compte environ 300 lits, les montants non récupérables sont passés en quatre ans de quelque 1,5 million de francs à plus de 5 millions de francs. Il s'agit en grande partie de patients qui ne paient pas le prix de base de 1 500 francs, ce qui est quand même l'indice d'un problème de pauvreté. À côté de ces personnes qui se sont adressées à l'hôpital, il en est probablement d'autres qui n'ont pas osé franchir le pas.

M. Van Exter relève à cet égard que, dans la région bruxelloise, on observe une tendance des patients à ne plus se présenter dans les polycliniques ou aux consultations ordinaires mais dans les services des urgences et à disparaître ensuite sans laisser de traces.

À la question d'un membre, M. Dumont répond que les établissements psychiatriques sont mentionnés à l'article 2 de la loi de 1965, spécifiant quel CPAS doit supporter les frais de ces patients. À l'article 1er de cette loi, il est cependant expressément stipulé que ces établissements ne peuvent pas être considérés comme des établissements de soins. Il s'ensuit que l'État n'intervient plus dans les frais de certaines catégories de patients de ces établissements et que ces frais sont désormais supportés par les CPAS eux-mêmes. Rien qu'à Liège, la dépense supplémentaire qui en résulte pour le CPAS est estimée entre 2 et 2,5 millions de francs.

Un membre demande quelle est la proportion des indépendants ou ex-indépendants dans l'ensemble du groupe des personnes qui s'adressent au CPAS.

psychiatrische instellingen niet onder de definitie van verplegingsinstellingen ressorteren met als gevolg dat een aantal uitgaven voor de verzorging die hier wordt verleend, vroeger door de Staat ten laste werden genomen maar nu door de OCMW's zelf moeten worden gedragen in het kader van de bijstand.

De verschillen die men ziet ontstaan in het beleid van de OCMW's op het vlak van de gezondheidszorg uiten zich voornamelijk op het vlak van de preventieve hulpverlening. Wat de eigenlijke zorgverstrekking betreft, heeft de overheid de juiste weg gekozen door te werken op het niveaau van de sociale zekerheid via de uitbreiding van de verzekerbaarheid. Deze weg houdt de beste garantie in voor het behoud van de gelijke toegang tot de hulpverlening.

Op het vlak van de preventieve geneeskunde stelt men vast dat sommige OCMW's dynamischer zijn dan anderen (bijvoorbeeld wat het terugbetalen van preventieve tandverzorging betreft). Dit heeft te maken met beleidskeuzen, maar vanzelfsprekend ook met de beschikbare middelen.

De heer Destoop antwoordt op de vraag in verband met de remgelden dat het moeilijk is de effecten van de verhoging hiervan precies in te schatten. Het is echter onbetwistbaar dat deze effecten er zijn. In het OCMW-ziekenhuis van Kortrijk, dat ongeveer 300 bedden telt, zijn die niet-invorderbare bedragen in vier jaar tijd gestegen van ongeveer 1,5 miljoen frank tot meer dan 5 miljoen frank. Het betreft hier voor een groot deel patiënten die de basisprijs van 1 500 frank niet betalen, wat toch wijst op een armoedeprobleem. Het betreft hier dan nog de personen die zich tot het ziekenhuis gewend hebben en hier tegenover staat waarschijnlijk een andere groep die niet eens deze stap heeft durven zetten.

De heer Van Exter stipt hierbij aan dat men in het Brusselse een tendens vaststelt waarbij de patiënten zich niet meer aanbieden in de poliklinieken of op de gewone consultaties, maar in de spoedgevallendiensten en daarna met de noorderzon verdwijnen.

De heer Dumont antwoordt op de vraag van een lid dat de psychiatrische instellingen worden vermeld in het artikel 2 van de wet van 1965, dat bepaalt welk OCMW moet instaan voor de kosten die deze patiënten hebben. In artikel 1 van deze wet wordt echter uitdrukkelijk bepaald dat deze instellingen niet kunnen worden beschouwd als verpleeginstellingen. Dit heeft tot gevolg dat de staat, in tegenstelling tot vroeger, niet meer tussenkomt in de kosten van bepaalde categorieën van patiënten in deze instellingen, die nu door de OCMW's zelf moeten worden gedragen. Alleen in Luik mag de meeruitgave die hierdoor voor het OCMW is ontstaan, worden geraamd op 2 à 2,5 miljoen frank.

Een lid vraagt wat het aandeel is van de zelfstandigen of ex-zelfstandigen in de totale groep van personen die bij het OCMW komen aankloppen.

M. Van Exter répond que cette proportion peut varier sensiblement d'après les CPAS et il peut être admis que la part de ce groupe dans le total des demandeurs d'aide est en général relativement réduite. Mais il faut savoir que pour chaque demandeur, il faut payer des arriérés de 400 000 à 500 000 francs pour la remise en ordre d'assurance soins de santé.

M. Lesiw ajoute que ces dernières années ont vu un accroissement du nombre d'indépendants faillis qui viennent frapper à la porte du CPAS. L'explication tient probablement, en bonne partie, au phénomène des « faux indépendants », c'est-à-dire des personnes qui travaillent dans des liens de subordination mais qui ont le statut d'indépendant. Lorsque ces personnes sont licenciées, elles ne bénéficient évidemment pas de la même protection sociale que les travailleurs salariés.

V. AUDITION DE REPRÉSENTANTS DU CONSEIL SUPÉRIEUR NATIONAL DES HANDICAPÉS (1)

A. Exposé de M. Aerts, président du Conseil supérieur

M. Aerts présente d'abord le Conseil supérieur national des handicapés. Le Conseil supérieur est un organe consultatif officiel qui a été institué par arrêté royal du 9 juillet 1981. Son activité recouvre les domaines de compétence fédéraux relatifs aux soins des personnes handicapées. Le Conseil émet des avis à la demande de l'autorité de tutelle, le secrétaire d'État à l'Intégration sociale, mais il a aussi un droit d'initiative en matière d'avis.

Le Conseil comprend vingt membres, le président inclus, et est composé de manière équilibrée, tant au niveau des communautés qu'en ce qui concerne les organisations de handicapés œuvrant dans notre pays.

M. Aerts esquisse ensuite en termes généraux les problèmes auxquels les handicapés doivent faire face sur le plan de l'accès aux soins de santé.

Si l'on veut favoriser l'intégration des personnes atteintes d'un handicap, il faudra mettre à leur disposition des moyens suffisants afin de leur donner les mêmes possibilités financières qu'aux autres citoyens.

(1) Audition du 2 décembre 1998 de: M. Aerts, président, Mme Maes, vice-présidente, MM. Janssens et Degodenne, membres du Conseil national supérieur des handicapés.

De heer Van Exter antwoordt dat dit sterk kan verschillen naar gelang van het OCMW en men mag aannemen dat het aandeel van deze groep in het totaal van de hulpvragers over het algemeen relatief laag is. Waar het om gaat is echter dat per hulpvrager achterstallen van 400 000 à 500 000 frank moeten worden betaald om ze opnieuw in orde te brengen voor de verzekering voor gezondheidszorg.

De heer Lesiw stipt hierbij aan dat er de jongste jaren wel een toename wordt vastgesteld van het aantal gefailleerde zelfstandigen die bij het OCMW komen aankloppen. Vermoedelijk is dit voor een groot deel te verklaren door het fenomeen van de « valse zelfstandigen », personen die in ondergeschikt verband werken maar die het statuut van zelfstandige hebben. Wanneer deze personen worden afgedankt hebben zij vanzelfsprekend niet dezelfde sociale bescherming als een werknemer.

V. HOORZITTING MET VERTEGENWOORDIGERS VAN DE NATIONALE HOGE RAAD VOOR GEHANDICAPTEN (1)

A. Uiteenzetting door de heer Aerts, voorzitter van de Hoge Raad

De heer Aerts stelt eerst de Nationale Hoge Raad voor gehandicapten voor. De Hoge Raad is een officieel adviesorgaan dat werd opgericht bij het koninklijk besluit van 9 juli 1981. Zijn werkterrein strekt zich uit over de federale bevoegdheidsterreinen in verband met gehandicaptenzorg. De Hoge Raad brengt advies uit op verzoek van de toezichthoudende overheid, de staatssecretaris voor Maatschappelijke Integratie, maar heeft ook een eigen initiatiefrecht inzake adviesverlening.

De Raad bestaat uit twintig leden, de voorzitter inbegrepen, en is evenwichtig samengesteld zowel over de gemeenschappen als wat de gehandicaptenorganisaties betreft die in ons land actief zijn.

De heer Aerts schetst hierop in algemene termen de problemen waarmee de gehandicapten geconfronteerd worden wat de toegankelijkheid van de gezondheidszorg betreft.

Wil men de integratie van personen met een handicap bevorderen, dan zal men hen voldoende middelen ter beschikking moeten stellen, ten einde hen dezelfde financiële mogelijkheden te geven als alle andere burgers.

(1) Hoorzitting van 2 december 1998 met de heer Aerts, voorzitter, mevrouw Maes, ondervoorzitster, de heren Janssens en Degodenne, leden en de Nationale Hoge Raad voor gehandicapten.

Le fait d'être handicapé s'accompagne presque toujours de dépenses supplémentaires :

— notes élevées de médecins;

— dispensateurs de soins;

— transport adapté pour les consultations;

— médicaments;

— moyens de communication;

— fauteuils roulants;

— aménagement du logement.

En outre : l'acquisition d'un revenu du travail n'est pas une évidence !

Par ailleurs, il ne faut pas oublier qu'un handicap comporte souvent aussi toute une série de frais indirects. Certains handicapés sont confrontés à une usure plus rapide de leurs vêtements et doivent, pour certains travaux domestiques simples — peindre, tapisser —, recourir à des tiers.

*
* *

Le système de soins de santé et le régime d'assurance maladie en Belgique comptent parmi les meilleurs du monde (études OCDE). Au cours des dernières années ont en outre été prises quelques mesures visant à optimiser l'accessibilité du système :

— mesures pour les maladies chroniques;

— franchise sociale et fiscale;

— élargissement du nombre d'ayants droit à la franchise sociale et fiscale.

Un certain nombre de problèmes se posent cependant pour plusieurs groupes cibles spécifiques :

En ce qui concerne le groupe cible des personnes handicapées, les points suivants peuvent être soulignés :

1. Certaines dépenses de santé peuvent encore atteindre un montant très élevé.

2. Le fait de travailler ou non a des conséquences non négligeables sur la situation sociale (et financière) de la personne handicapée.

3. L'accès aux soins de santé peut encore être amélioré pour certaines catégories de handicapés.

4. La répercussion du vieillissement de la population sur le secteur de la politique des handicapés.

5. Le traitement différent du handicap selon la législation ou la réglementation concernée.

Ces cinq points seront approfondis dans les exposés qui suivent.

Aan gehandicapt-zijn zijn bijna altijd meer uitgaven verbonden :

— hoge doktersrekeningen;

— zorgverstrekkers;

— aangepast vervoer van en naar raadplegingen;

— medicijnen;

— communicatiemiddelen;

— rolstoelen;

— aanpassing van een woning.

Bovendien : het verwerven van een inkomen uit arbeid, is geen evidentie.

Daarbij mag men niet vergeten dat aan een handicap vaak ook een hele reeks van indirecte kosten verbonden zijn. Een aantal gehandicapten wordt geconfronteerd met een snellere slijtage van hun kleding of moeten voor bepaalde simpele huishoudelijke karweitjes — schilderen, behangen — een beroep doen op derden.

*
* *

Het gezondheidszorgsysteem en de ziekteverzekering in België, behoren tot één der betere ter wereld (OESO-studies). De voorbije jaren zijn bovendien een antaal maatregelen genomen, ter optimalisering van de toegankelijkheid van het systeem :

— maatregelen chronische ziekten;

— sociale en fiscale franchise;

— verruiming van het aantal rechthebbenden op de sociale en fiscale franchise.

Toch rijzen voor een aantal specifieke doelgroepen nog een aantal problemen :

Wat in casu de doelgroep van personen met een handicap betreft, kan de aandacht worden gevestigd op de volgende punten :

1. Een aantal gezondheidsuitgaven kan nog zeer hoog oplopen.

2. Het feit van al dan niet te werken, heeft niet te onderschatten gevolgen op de sociale (en financiële) situatie van de gehandicapte.

3. De toegang tot de gezondheidszorg kan voor sommige categorieën van gehandicapten nog verbeterd worden.

4. De repercussie van de demografische vergrijzing op de sector van het gehandicaptenbeleid.

5. De verschillende behandeling van de handicap naar gelang van de betreffende wetgeving of reglementering.

Op deze vijf punten zal in de hiernavolgende uiteenzettingen nader worden ingegaan.

B. Exposé de Mme Maes, vice-présidente du Conseil supérieur

Mme Maes fait remarquer qu'elle veut aborder dans son exposé deux thèmes: le coût des soins de santé pour les handicapés et les problèmes qu'ils ont quant à l'accès au marché du travail.

1. Coût des soins

Pour certaines catégories de la population, le coût des soins reste un problème. Pour bien le mesurer, il faut le mettre en correspondance avec le revenu dont disposent les personnes et la capacité à couvrir l'ensemble des dépenses d'un ménage.

Pour ces personnes, la prise en charge d'une facture d'hospitalisation, de frais pharmaceutiques, d'orthodontie, de logopédie, de lunettes, d'aide à la mobilité, etc., devient très vite insupportable car elles ne disposent d'aucune marge de manœuvre financière.

Les personnes en précarité financière ont en outre tendance à retarder la prise en charge d'un problème de santé en évitant la consultation de première ligne chez le médecin généraliste, en évitant les examens médicaux complémentaires. Elles rentrent dans le cercle vicieux de la sous-consommation médicale. Ceci aggrave leur état de santé et introduit en fin de compte une surconsommation. Cela est particulièrement vrai pour les personnes malades de longue durée et les personnes handicapées.

En vue d'améliorer leur situation, plusieurs mesures d'aide devraient être prises en considération:

— Les médicaments génériques, meilleur marché et de qualité égale, sont insuffisamment utilisés en Belgique.

— L'information des prestataires et des patients devrait être renforcée. En effet, la meilleure utilisation des médicaments génériques amènerait des réductions, tant pour les patients que pour la sécurité sociale.

— Le coût des médicaments B devrait être pris en considération dans la franchise sociale ou fiscale. En effet, l'analyse de la situation de nombreuses personnes handicapées laisse apparaître des coûts importants en médicaments (environ 3 000 francs/mois) pesant sur des budgets mensuels peu élevés.

— Vu la tendance à réduire les séjours à l'hôpital, la prise en charge des soins à domicile tant en termes financiers que sur le plan de la qualité de la vie et de l'accompagnement du malade et de l'entourage doit être assuré.

B. Uiteenzetting van mevrouw Maes, ondervoorzitster van de Hoge Raad

Mevrouw Maes wijst erop dat ze in haar uiteenzetting twee onderwerpen wil aansnijden: de kosten voor medische verzorging die gehandicapten moeten betalen en de moeilijkheden waarmee ze hebben te kampen bij het zoeken naar werk.

1. Kosten voor verzorging

Voor bepaalde categorieën van de bevolking blijven de kosten voor verzorging een probleem. Om daar een juist beeld van te krijgen, dient men rekening te houden met het inkomen waarover de betrokken personen beschikken en hun mogelijkheid om de kosten voor het huishouden te betalen.

Het betalen van ziekenhuisfacturen, geneesmiddelen, orthodontische en logopedische behandelingen, brillen, mobiliteitshulpmiddelen, enz., stelt die personen al vlug voor onoverkomelijke problemen omdat ze niet over een financiële manoeuvreerruimte beschikken.

Personen die het op financieel vlak moeilijk hebben, hebben bovendien de neiging om gezondheidsproblemen niet tijdig aan te pakken, en de eerste raadpleging van een huisarts of het ondergaan van bijkomende medische onderzoeken uit te stellen. Daardoor komen zij terecht in de vicieuze cirkel van de onderconsumptie van medische verzorging. Dat veroorzaakt een verslechtering van hun gezondheidstoestand die uiteindelijk leidt tot een overconsumptie van medische verzorging. Dat geldt voornamelijk voor personen met een langdurige ziekte of een handicap.

Wil men dit verhelpen, dan moet men tal van hulpmaatregelen in overweging nemen:

— In België wordt er onvoldoende gebruik gemaakt van locopreparaten, die nochtans goedkoper zijn en dezelfde kwaliteit hebben.

— De medische hulpverleners en de patiënten moeten beter worden geïnformeerd. Als men meer gebruik maakt van locopreparaten, dan drukt dat de kosten, zowel voor de patiënten als voor de sociale zekerheid.

— Men dient de kosten voor B-medicijnen te betrekken in de sociale of fiscale vrijstelling. Uit de analyse van de situatie van talrijke gehandicapten blijkt immers dat de kosten voor medicijnen (ongeveer 3000 frank/maand) zwaar doorwegen op een maandelijks budget dat erg laag ligt.

— Aangezien er een tendens bestaat om het verblijf in ziekenhuizen te doen afnemen, dient te worden gezorgd voor thuisverpleging en daarbij moet rekening worden gehouden met zowel de financiële kant van de zaak als met de kwaliteit van het leven en de begeleiding van de zieke en van zijn omgeving.

Perte du régime préférentiel en soins de santé

Dans le cadre du remboursement des soins de santé prévu par l'assurance maladie invalidité, une intervention majorée (souvent appelée régime préférentiel) est accordée aux personnes handicapées qui perçoivent effectivement une allocation (remplacement de revenus, allocation d'intégration, allocation de tierce personne ou allocation d'aide à la personne âgée handicapée).

Ce régime préférentiel est octroyé sans stage et sans enquête sur les revenus, quels qu'ils soient (travail, chômage, indemnité de mutuelle... perçus par la personne handicapée et/ou par la personne qui cohabite avec elle).

Si la personne handicapée perçoit un revenu professionnel supérieur au RMMIG (540 816 francs/brut) majoré du montant de l'allocation d'intégration (à laquelle elle pourrait théoriquement prétendre en fonction de son handicap), cette allocation d'intégration ne lui sera en conséquence plus octroyable.

Ne disposant plus comme ressources financières que de ses seuls revenus professionnels, cette personne ne bénéficiera plus d'un statut susceptible de lui ouvrir le droit au bénéfice de l'intervention majorée pour le remboursement des soins de santé.

Si en acceptant un travail, la personne handicapée ne touche plus aucune allocation de handicapé, elle perdra le bénéfice du régime préférentiel en soins de santé.

Pratiquement, un bénéficiaire de l'allocation d'intégration catégorie II perdra rapidement ce statut.

Or les coûts en soins de santé, liés au handicap ou à la maladie restent présents, malgré l'emploi obtenu. Sans vouloir libéraliser totalement le régime, il faut pouvoir éviter que l'accès à l'emploi soit pénalisé par une augmentation du coût des soins de santé.

2. Mesures favorisant l'emploi

En juillet 1993, une série de dispositions ont été prises afin de favoriser l'intégration sociale des personnes handicapées. Ces dispositions portent principalement sur :

— la révision du système d'indexation;

— la suppression de la révision d'office lors de la mise au travail de la personne handicapée pour une période de 6 mois ou moins.

— le relèvement de l'abattement prévu sur les revenus professionnels de la personne handicapée.

Uitsluiting van het stelsel van voorkeursbehandeling inzake gezondheidszorg

Bij de terugbetaling van de kosten voor medische verzorging door de ziekteverzekering krijgen gehandicapten die een uitkering genieten (inkomensvervangende tegemoetkoming, integratietegemoetkoming tegemoetkoming voor hulp van derde personen of tegemoetkoming voor hulp aan een gehandicapte bejaarde), een grotere financiële tegemoetkoming dan gewoonlijk wordt gegeven (vaak het stelsel van voorkeursbehandeling genoemd).

Dat stelsel kan worden toegepast zonder dat een proeftijd in acht wordt genomen of zonder dat men de inkomsten van de betrokken persoon nagaat (loon, werkloosheidsuitkering, ziektegeld, enz., dat de gehandicapte en/of de persoon waarmee hij/zij samenwoont, ontvangt).

Als de gehandicapte een inkomen heeft dat hoger ligt dan het bestaansminimum (540 816 frank bruto), dan kan hij geen integratietegemoetkoming meer krijgen (ook al kan hij wegens zijn handicap theoretisch daarop aanspraak maken).

Omdat hij financieel gezien alleen nog over zijn beroepsinkomsten beschikt, valt de gehandicapte niet langer onder het statuut dat hem recht geeft op hogere tegemoetkomingen op het vlak van de ziekteverzekering.

Als de gehandicapte werk aanvaardt en dus geen uitkering voor gehandicapten meer krijgt, valt hij niet langer onder het stelsel van voorkeursbehandeling.

In de praktijk komt het erop neer dat een gehandicapte die een integratietegemoetkoming van categorie II krijgt, zijn statuut snel verliest.

Nu is het zo dat de kosten voor medische verzorging die voortspruiten uit de handicap of de ziekte, dezelfde blijven, of men nu werkt of niet. Zonder daarom het stelsel helemaal te liberaliseren, moet men toch kunnen voorkomen dat iemand die werk aanvaardt, wordt gestraft met hogere uitgaven voor geneeskundige verzorging.

2. Maatregelen ter bevordering van de tewerkstelling

In juli 1993 werden een reeks maatregelen genomen om de sociale integratie van gehandicapten te bevorderen. In hoofdzaak kwam het neer op het volgende :

— de herziening van het indexeringssysteem;

— afschaffing van de automatische herziening bij een tewerkstelling van een gehandicapte gedurende een periode van zes maanden of minder.

— de verhoging van de bepaalde belastingvermindering voor beroepsinkomsten van gehandicapten.

À ce jour, nous constatons que ces mesures sont trop timides et n'encouragent pas la mise au travail. Nous pourrions dire que les personnes ont peur de prendre le risque de travailler et ainsi de perdre, selon eux, le droit à l'allocation. Il est vrai que le marché du travail a complètement évolué et qu'il n'est plus possible d'envisager de réaliser une carrière complète au même endroit.

Pourtant, la possibilité de trouver des travaux à temps partiel et/ou à durée déterminée existe. Il nous paraît important que les personnes handicapées la saisissent.

Pour encourager le travail, il serait souhaitable que lorsqu'un bénéficiaire de l'allocation travaille, les règles de cumuls restent identiques à celles en vigueur aujourd'hui. Toutefois, en cas de perte ou de cessation de travail, l'ancien bénéficiaire devrait retrouver immédiatement le même montant d'allocation que celui qu'il percevait le mois avant sa mise au travail. Ensuite la mise en ordre de sa situation aurait lieu. Cette proposition aurait pour effet de sécuriser la personne handicapée en lui démontrant qu'elle ne perd pas le droit à l'allocation.

Toujours dans une optique de promotion du travail, nous constatons aussi que les différentes autorités du pays (l'État fédéral, les communautés, les régions) prennent des mesures importantes concernant l'emploi. Ces mesures s'adressent en priorité aux chômeurs de longue durée et aux bénéficiaires du minimum de moyens d'existence. Dans l'allocation aux handicapés, la partie remplacement de revenus est équivalente au montant du minimex. Par assimilation, il serait utile que les bénéficiaires de l'allocation aux handicapés aient aussi accès à ces emplois.

C. Exposé de M. Janssens, membre du Conseil supérieur

M. Janssens aborde dans son exposé le problème de l'intervention majorée et celui de l'allocation aux handicapés.

1. L'intervention majorée (IM) dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité

Les personnes qui relèvent du régime IM bénéficient, en comparaison d'autres assurés AMI, d'un taux de remboursement majoré des frais exposés pour prestations médicales. Les catégories qui peuvent bénéficier de ce statut ont été étendues le 1er juillet 1997.

Avant cette extension, seuls les VIPO — veuves, invalides, pensionnés et orphelins — étaient admis au bénéfice de l'intervention majorée. Le terme «invalides» recouvrait uniquement les handicapés ayant droit aux allocations de l'AMI.

Wij constateren nu dat die maatregelen niet ver genoeg gaan en dat ze de tewerkstelling niet bevorderen. Eigenlijk is het zo dat de mensen bang zijn om werk te aanvaarden, omdat ze vinden dat ze zo hun recht op uitkering verliezen. Het is een feit dat de arbeidsmarkt volledig veranderd is en dat het niet meer mogelijk en denkbaar is gedurende zijn hele loopbaan voor dezelfde werkgever te werken.

Nochtans bestaat de mogelijkheid om deeltijds werk en/of werk van een bepaalde duur te vinden. We achten het belangrijk dat de gehandicapten gebruik maken van die mogelijkheid.

Om de mensen aan te zetten tot werken, is het wenselijk dat wanneer een uitkeringsgerechtigde werkt, dezelfde cumulatieregels van kracht blijven als nu. Het moet in elk geval zo zijn dat wanneer een gewezen uitkeringsgerechtigde zijn werk verliest, hij onmiddellijk opnieuw dezelfde uitkering krijgt als de maand voor hij aan het werk gegaan is. Vervolgens wordt zijn situatie in orde gebracht. Omdat het voorstel duidelijk aantoont dat hij zijn recht op uitkering niet verliest, de gehandicapte gerustgesteld is.

Wij stellen ook vast dat de verschillende overheden van ons land (de federale overheid, de gemeenschappen, de gewesten) belangrijke maatregelen treffen ter bevordering van de werkgelegenheid. Die maatregelen richten zich in de eerste plaats tot de langdurig werklozen en de personen die moeten leven van het bestaansminimum. In het geval van de tegenmoetkomingen voor gehandicapten is het zo dat het inkomensvervangende gedeelte ervan gelijk is aan het bestaansminimum. Het zou dan ook logisch en nuttig zijn om deze nieuwe banen ook open te stellen voor de uitkeringsgerechtigde gehandicapten.

C. Uiteenzetting door de heer Janssens, lid van de Hoge Raad

De heer Janssens gaat in zijn uiteenzetting nader in op de problematiek van de verhoogde tegemoetkoming aan personen met een handicap.

1. De verhoogde tegemoetkoming (VT) in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering

De mensen die binnen de VT-regeling vallen, genieten in vergelijking met andere ZIV-verzekerden een verhoogd percentage terugbetaling van de gemaakte kosten voor geneeskundige verstrekkingen. De categorieën die in aanmerking komen voor dit statuut, zijn onlangs op 1 juli 1997 uitgebreid.

Vóór de uitbreiding waren het alleen de zogenaamde WIGW's die in aanwerking kwamen voor de verhoogde tegemoetkoming. De wezen, de invaliden, gepensioneerden en weduwen. De term invaliden omvatte hier alleen de gehandicapten met recht op uitkeringen van de ZIV.

Les bénéficiaires des régimes d'allocations aux personnes handicapées ainsi que les enfants qui donnent droit aux allocations familiales majorées en raison d'un handicap étaient exclues.

La récente extension des catégories leur ouvre cependant le droit à l'intervention majorée. Cette intervention en faveur des personnes handicapées est largement justifiée parce que les coûts supplémentaires en soins de santé sont en général considérables.

L'intervention majorée ne s'applique cependant pas encore à toutes les personnes handicapées. Bon nombre de ces personnes, du fait qu'elles-mêmes ou leur partenaire perçoit des revenus professionnels, n'ont plus droit à l'allocation aux handicapés. Les coûts supplémentaires en soins de santé restent toutefois présents. Ces handicapés paient donc beaucoup plus pour les mêmes prestations médicales.

Un exemple:

Une femme ayant droit à une allocation de remplacement de revenus et à une allocation d'intégration catégorie 2 bénéficie d'une allocation totale de 361 099 francs par an. Elle a droit à l'intervention majorée dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité. Cette femme épouse un homme qui a un revenu net imposable de 450 000 francs par an. De ce fait, elle perd son droit à l'allocation aux handicapés et, par là, son revenu total. Elle perd en outre le droit à l'intervention majorée.

2. Allocations aux handicapés

Les problèmes qui ont été évoqués dans le cadre de l'intervention majorée de l'assurance maladie-invalidité trouvent leur origine dans le régime des allocations aux handicapés. Le régime décourage les efforts en matière d'emploi et de formation. Les handicapés qui perçoivent un revenu du travail ou qui forment un ménage avec une personne qui a un autre revenu perdent souvent leurs droits à l'allocation aux handicapés. De ce fait, ils perdent par exemple aussi leur droit à l'intervention majorée dans le cadre de l'AMI.

Ces dernières années, quelques efforts ont été accomplis pour améliorer la situation des handicapés sur le plan des revenus, mais ces efforts se situent principalement dans les allocations d'aide à la personne âgée handicapée.

Récemment est entrée en vigueur une règle en vertu de laquelle les personnes âgées isolées qui vont habiter chez leurs enfants sont encore considérées comme isolées. Cette mesure était dictée par le souci de ne pas

Gerechtigden binnen de stelsels van tegemoetkomingen ten aanzien van personen met een handicap alsook kinderen die recht geven op de verhoogde kinderbijslag wegens handicap vielen uit de boot.

Door de recente uitbreiding van de categorieën komen zij echter wel in aanmerking. Een verhoogde tegemoetkoming voor personen met een handicap is ten zeerste verantwoord omdat de meerkosten inzake medische zorg over het algemeen aanzienlijk zijn.

De verhoogde tegemoetkoming is echter nog niet van toepassing op alle personen met een handicap. Vele gehandicapten hebben omwille van beroepsinkomsten van henzelf of van hun partner geen recht meer op een tegemoetkoming ten aanzien van personen met een handicap. De meerkosten inzake medische verzorging blijven echter onverminderd. Deze gehandicapten betalen dus veel meer voor dezelfde geneeskundige verstrekkingen.

Een voorbeeld:

Een vrouw met recht op een inkomensvervangende tegemoetkoming en een integratietegemoetkoming categorie 2 geniet een totale tegemoetkoming van 361 099 frank per jaar. Ze heeft recht op verhoogde tegemoetkoming inzake de ziekteverzekering. Deze vrouw huwt met een man die een netto belastbaar inkomen heeft van 450 000 frank per jaar. Daardoor verliest de vrouw haar recht op een tegemoetkoming ten aanzien van gehandicapten en daarmee haar totale inkomen. Ze verliest bovendien het recht op verhoogde tegemoetkoming in het kader van de ziekte en invaliditeitsverzekering.

2. Tegemoetkomingen aan personen met een handicap

De problemen die geschetst werden in het kader van de verhoogde tegemoetkoming van de ziekteverzekering, vinden hun oorsprong in het tegemoetkomingsstelsel voor gehandicapten. Het stelsel ontmoedigt inspanningen inzake tewerkstelling en opleiding. Personen met een handicap die een inkomen uit arbeid verwerven of die een huishouden vormen met iemand die een ander inkomen heeft, verliezen vaak hun rechten op een tegemoetkoming aan gehandicapten. Hierdoor verliezen ze bijvoorbeeld ook hun recht op een verhoogde tegemoetkoming in het kader van het ZIV.

De jongste jaren zijn er enkele inspanningen gedaan om de inkomenssituatie van gehandicapten te verbeteren maar deze inspanningen situeren zich voornamelijk bij de tegemoetkomingen in het kader van de hulp aan bejaarden.

Onlangs werd een regel van kracht waardoor alleenstaande bejaarden die bij hun kinderen gaan inwonen, toch nog als alleenstaande worden beschouwd. Deze maatregel werd ingegeven door de

pénaliser les personnes qui, en raison de la perte de leur autonomie, ont besoin de l'aide de leur famille. Cela signifie que le plafond de revenus, avant de toucher à l'allocation maximale, est maintenu à 261 565 francs par an, tandis que pour une personne habitant sous le même toit il correspond à 173 632 francs.

On peut néanmoins considérer qu'une personne non âgée a tout autant de raisons d'aller vivre avec ses enfants. La perte d'autonomie ne touche pas seulement les personnes âgées. Songeons par exemple aux personnes ayant un handicap progressif. En allant habiter chez leurs enfants ou parents, elles perdent d'emblée environ 87 000 francs par an sur leur revenu.

Il y a peu, une catégorie s'est ajoutée pour les personnes de plus de 65 ans. Cela représentait pour un certain nombre de personnes âgées handicapées une augmentation de l'allocation de quelque 36 000 francs par an. Cette mesure est louable. Mais pourquoi n'y a-t-il pas de budget pour prendre des mesures énergiques en faveur des handicapés d'âge actif ?

Lors des récentes discussions budgétaires, le gouvernement a prévu dans le cadre des corrections sociales une hausse de 5% des plafonds de revenus. Ces plafonds sont cependant les mêmes depuis l'entrée en vigueur de la loi de 1987. De plus, ils ne sont pas indexés. Une hausse de 5% est par conséquent insuffisante.

Le Conseil national supérieur des handicapés estime que pour le calcul de l'allocation d'intégration, aucun autre revenu ne doit être porté en compte. Ni celui du handicapé ni celui de la personne avec laquelle il forme un ménage. L'allocation d'intégration est en effet une indemnité pour les coûts supplémentaires non chiffrables qu'une personne handicapée doit supporter. Ces coûts ne diminuent en effet pas lorsqu'on bénéficie d'un revenu du travail ou d'une autre prestation sociale.

Si aucun autre revenu n'était pris en compte pour l'octroi de l'allocation d'intégration, cela favoriserait aussi l'accessibilité des soins de santé. On aurait encore droit à un certain nombre de prestations, comme l'intervention majorée pour soins de santé, et quelques coûts supplémentaires en soins de santé des handicapés seraient en outre payés par cette intervention.

zorg om mensen die omwille van het verlies van hun zelfredzaamheid de hulp van hun familie nodig hebben, niet te bestraffen. Dit betekent dat de inkomstengrenzen, alvorens men aan de maximale tegemoetkoming raakt, op 261 565 frank per jaar worden gehandhaafd terwijl dit voor een inwonende op 173 632 frank neerkomt.

Voor een niet-bejaarde zijn er nochtans evenveel redenen te bedenken waarom hij bij zijn kinderen zou gaan inwonen. Meer en meer zelfredzaamheid verliezen komt niet alleen voor bij bejaarden. Denken we bijvoorbeeld maar aan de mensen met een progressieve handicap. Indien zij bij hun kinderen of ouders gaan inwonen, worden ze meteen geconfronteerd met een inkomensverlies van om en bij de 87 000 frank per jaar.

Onlangs kwam er voor mensen boven de 65 tevens een categorie bij. Dit betekende voor een aantal gehandicapte bejaarden een verhoging van de tegemoetkoming van ongeveer 36 000 frank per jaar. Een maatregel die op zich wordt toegejuicht. Maar waarom is er geen budget om doortastende maatregelen te nemen voor gehandicapten in de actieve leeftijd ?

Bij de recente begrotingsbesprekingen voorziet de regering in het kader van de sociale correcties een stijging van 5% van de inkomensgrenzen. Deze inkomensgrenzen zijn echter al dezelfde vanaf het van kracht worden van de wet 1987. Ze zijn bovendien niet geïndexeerd. Een stijging met 5% is daarom onvoldoende.

De Nationale Hoge Raad voor personen met een handicap is van mening dat voor de berekening van de integratietegemoetkoming geen andere inkomens in rekening mogen worden gebracht. Noch die van de persoon met een handicap zelf, noch die van de persoon waarmee hij een huishouden vormt. De integratietegemoetkoming is immers een vergoeding voor niet-becijferbare meerkosten die een persoon met een handicap heeft. Deze meerkosten verminderen immers niet wanneer men een inkomen uit arbeid of een andere sociale uitkering geniet.

Mochten er geen andere inkomens in aanmerking worden genomen voor de toekenning van de integratietegemoetkoming, dan zou dit ook de toegankelijkheid van de gezondheidszorg ten goede komen. Men zou recht blijven hebben op een aantal voorzieningen, zoals de verhoogde tussenkomst voor gezondheidszorgen en bovendien zouden een aantal meerkosten die gehandicapten op het vlak van de gezondheidszorg hebben, mede betaald worden door deze tegemoetkoming.

D. Exposé de M. Degodenne membre du Conseil supérieur

M. Degodenne fait quelques réflexions sur les inégalités de traitement selon l'origine de la prise en charge du handicap.

Origines possibles des prises en charge du handicap

— les allocations familiales majorées pour enfant handicapé;

— le ministère de Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement;

— l'INAMI;

— le chômage;

— les fonds communautaires (AWIPH, Fonds bruxellois, Fonds germanophone, Vlaams fonds);

— le Fonds des maladies professionnelles;

— le Fonds des accidents de travail;

— les assurances privées.

1. Problème d'expertises ou d'évaluation du handicap

Chaque institution subsidiante a créé des critères d'évaluation médicale qui lui sont spécifiques.

— En allocations familiales majorées l'enfant doit être reconnu à 66% et/ou de 0 à 9 points de dépendance.

Il existe une liste de handicaps qui sert de guide au médecin inspecteur.

Un nombre important de familles sont «pénalisées» parce qu'elles soignent leur enfant et que les symptômes s'en trouvent diminués (pourcentage non atteint), alors que si ce traitement n'est pas poursuivi, le handicap se manifeste plus lourdement.

— Au ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, avant 65 ans, il faut que l'état physique ou psychique ait réduit la capacité de gain d'une personne handicapée à un tiers ou moins de ce qu'une personne valide est en mesure d'effectuer sur le marché de l'emploi et/ou atteindre une échelle de dépendance de 0 à 18 points.

— À l'INAMI

- en matière d'indemnités, l'incapacité de travail doit atteindre 66% (guide BOBBI) et une indemnité complémentaire peut être obtenue sur base d'une reconnaissance d'aide de tierce personne (critères différents de ceux du ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement).

- en matière de soins de santé

D. Uiteenzetting van de heer Degodenne, lid van de Hoge Raad

De heer Degodenne geeft een paar beschouwingen bij de ongelijke behandeling naar gelang van de instantie die de handicap bekostigt.

Mogelijke herkomst van de bekostiging van de handicap

— een verhoogde kinderbijslag voor een gehandicapt kind;

— het ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu;

— het RIZIV;

— de werklozensteun;

— de fondsen van de gemeenschappen (het AWIPH, het Brusselse fonds, het fonds van de Duitstalige Gemeenschap, het Vlaams fonds);

— het Fonds voor de beroepsziekten;

— het Fonds voor arbeidsongevallen;

— privé-verzekeringen.

1. Het probleem van de expertises of de evaluatie van de handicap

Elke subsidiërende instelling heeft haar eigen medische evaluatiecriteria bepaald.

— Om een verhoogde kinderbijslag te genieten moet het kind voor 66% invalide zijn en/of 0 tot 9 punten op de afhankelijkheidsschaal krijgen.

Er bestaat een lijst van handicaps die door de inspecterende arts als leidraad wordt gehanteerd.

Een groot aantal gezinnen worden «gestraft» omdat ze zelf zorgen voor de verzorging van hun gehandicapt kind en de symptomen op die manier minder erg zijn (men haalt het percentage niet). Nochtans zou de handicap zich meer manifesteren als de behandeling niet wordt voortgezet.

— Voor het ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu moet de fysieke en psychische toestand van de gehandicapte die jonger is dan 65, van die aard zijn dat hij slechts een derde of minder kan presteren van wat een gezond persoon op de arbeidsmarkt presteert en/of moet hij 0 to 18 punten op de afhankelijkheidsschaal bereiken.

— Het RIZIV

- met betrekking tot uitkeringen: men dient voor ten minste 66% arbeidsonbekwaam te zijn (de BOBBI-richlijn) en een bijkomende uitkering kan worden verkregen op basis van de erkenning van een hulpbiedende tussenpersoon (andere criteria dan die van het ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu).

- met betrekking tot geneeskundige verzorging

• les forfaits infirmiers sont accordés sur base de critères dits « grille de Katz »

• l'intervention (dépendance) majorée en kiné est accordée, à condition d'être atteint d'une pathologie reprise sur une liste déterminée (13 pathologies).

— Au chômage

L'exemption du pointage est basée sur une reconnaissance par le médecin inspecteur d'un handicap de 30 %.

— Aux fonds communautaires

• AWIPH

• Fonds bruxellois

• Fonds germanophone

L'on doit répondre au critère d'intégration sociale et professionnelle.

— Au Fonds des maladies professionnelles

Le pourcentage est basé sur une reconnaissance d'incapacité à travailler — de 0 % à 100 % — compte tenu d'un handicap repris le plus souvent sur une liste officielle.

Un complément d'allocation peut être obtenu pour raison de reconnaissance de tierce personne.

— Au Fonds des accidents du travail

Le pourcentage est basé sur une reconnaissance d'incapacité à travailler — de 0 % à 100 %.

Un complément d'allocation peut être obtenu pour raison de reconnaissance de tierce personne.

— Assurances privées

Reconnaissance médicale par un expert sur base d'un guide appelé le BOBBI.

2. Ampleur de la prise en charge selon l'origine du handicap

Handicap à la naissance ou survenu jusqu'à 18 ans

Prises en charge possibles :

— allocation familiale majorée = allocation forfaitaire de 12 173 francs à 14 245 francs, quelle que soit l'ampleur du coût du handicap.

— INAMI : remboursement légal selon le statut VIPO ou non et selon la reconnaissance officielle par l'INAMI du traitement.

— fonds communautaires

• remboursement de l'accompagnement pédagogique (hors horaire scolaire)

• aides individuelles

• het forfaitair bedrag voor verpleging wordt berekend op basis van criteria van de « Katztabel »

• de verhoogde tegemoetkoming bij kinesitherapie (in het geval van afhankelijkheid) wordt toegekend op voorwaarde dat het gaat om één van de 13 aandoeningen die voorkomen op een vaste lijst.

— Het stelsel van werkloosheidsuitkeringen

Er wordt vrijstelling van stempelcontrole verleend als de inspecterende arts een handicap van 30 % vaststelt.

— De gemeenschapsfondsen

• AWIPH

• Het Brusselse Fonds

• Het Fonds van de Duitstalige Gemeenschap

Men dient te beantwoorden aan het criterium van sociale en beroepsmatige integratie.

— Het Fonds voor de beroepsziekten

Het percentage is gebaseerd op een erkenning van arbeidsongeschiktheid — van 0 tot 100 % —, waarbij het meestal gaat om een handicap die voorkomt op een officiële lijst.

Een bijkomende uitkering kan worden verkregen op basis van de erkenning van een hulpbiedende derde persoon.

— Het Fonds voor arbeidsongevallen

Het percentage is gebaseerd op een erkenning van arbeidsongeschiktheid — van 0 tot 100 %.

Een bijkomende uitkering kan worden verkregen op basis van de erkenning van een hulpbiedende derde persoon.

— Privé-verzekeringen

Erkenning door een medisch expert op basis van de zogenaamde BOBBI-richtlijn.

2. De verschillen in bekostiging naar gelang van de oorzaak van de handicap

Personen die van bij hun geboorte gehandicapt zijn of vóór hun 18e levensjaar gehandicapt worden.

Mogelijke bekostiging :

— verhoogde kinderbijslag = een forfaitair bedrag van 12 173 frank tot 14 245 frank, wat ook de kosten zijn die gepaard gaan met de handicap.

— RIZIV : wettelijke terugbetaling, al dan niet volgens het WIGW-statuut, op voorwaarde dat de behandeling officieel door het RIZIV wordt erkend.

— gemeenschapsfondsen

• bekostiging van de pedagogische begeleiding (buiten de schooluren)

• bijzondere bijstand

a) plafonds instaurés par les fonds

b) non-prise en charge de la part non remboursée par l'INAMI

— si responsabilité civile → assurance

a) prise en charge des suppléments non couverts par l'INAMI

b) indemnisation du manque à gagner futur

— fonds communautaires

• aides individuelles

a) plafonds instaurés par les fonds

b) non-prise en charge de la part non remboursée par l'INAMI

Ces fonds interviennent déduction faite des autres interventions, mais l'intervention est limitée au plafond INAMI de même que les aménagements voiture et logement sont pris en charge.

— si responsabilité civile → assurance

a) prise en charge des suppléments non couverts par l'INAMI

Indemnisation sur base de la presque totalité du dernier salaire, selon le pourcentage obtenu.

Dans ce cas, l'indemnisation INAMI n'existe pas ou est réduite et la part non prise en charge par l'INAMI en matière de soins de santé est couverte.

Un complément d'allocation peut être obtenu pour raison de reconnaissance de tierce personne.

— Au Fonds des maladies professionnelles

Indemnisation sur base de la presque totalité du dernier salaire, selon le pourcentage obtenu.

Dans ce cas, l'indemnisation INAMI n'existe pas ou est réduite et la part non prise en charge par l'INAMI en matière de soins de santé est couverte.

Un complément d'allocation peut être obtenu pour raison de reconnaissance de tierce personne.

— Au Fonds des accidents du travail

Indemnisation sur base de la presque totalité du dernier salaire, selon le pourcentage obtenu.

Dans ce cas, l'indemnisation INAMI n'existe pas ou est réduite et la part non prise en charge par l'INAMI en matière de soins de santé est couverte.

Un complément d'allocation peut être obtenu pour raison de reconnaissance de tierce personne.

M. Degodenne donne ensuite un exemple concret des problèmes et des inégalités de traitement que cette

a) de fondsen leggen maxima vast

b) geen bekostiging van het gedeelte dat niet door het RIZIV wordt terugbetaald

— in het geval van burgerlijke aansprakelijkheid → verzekering

a) bekostiging van de bijkomende uitgaven die niet door het RIZIV worden gedekt

b) schadeloosstelling voor het toekomstige verlies

— gemeenschapsfondsen

• individuele bijstand

a) de fondsen leggen maxima vast

b) geen bekostiging van het gedeelte dat niet door het RIZIV wordt terugbetaald

Deze fondsen trekken de andere tegemoetkomingen af van hun uitkeringen, hanteren de maxima van het RIZIV en bekostigen ook de aanpassing van de wagen en de woning.

— in het geval van burgerlijke aansprakelijkheid → verzekering

a) bekostiging van de bijkomende uitgaven die niet door het RIZIV worden gedekt

Schadeloosstelling op basis van nagenoeg het hele bedrag van het laatste loon, volgens het toegekende percentage.

In dat geval keert het RIZIV niets of slechts een gedeelte uit. Het gedeelte van de uitgaven voor medische verzorging dat niet door het RIZIV wordt bekostigd, wordt gedekt.

Een bijkomende uitkering kan worden verkregen als er een hulpbiedende derde persoon wordt erkend.

— Het Fonds voor de beroepsziekten

Schadeloosstelling op basis van nagenoeg het hele bedrag van het laatste loon, volgens het toegekende percentage.

In dat geval keert het RIZIV niets of slechts een gedeelte uit. Het gedeelte van de uitgaven voor medische verzorging dat niet door het RIZIV wordt bekostigd, wordt gedekt.

Een bijkomende uitkering kan worden verkregen als er een hulpbiedende derde persoon wordt erkend.

— Het Fonds voor arbeidsongevallen

Schadeloosstelling op basis van nagenoeg het hele bedrag van het laatste loon, volgens het toegekende percentage.

In dat geval keert het RIZIV niets of slechts een gedeelte uit. Het gedeelte van de uitgaven voor medische verzorging dat niet door het RIZIV wordt bekostigd, wordt gedekt.

Een bijkomende uitkering kan worden verkregen als er een hulpbiedende derde persoon wordt erkend.

De heer Degodenne geeft hierop een concreet voorbeeld van de problemen en de verschillen in behande-

situation peut entraîner. Dans la commission sous-régionale de l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (AWIPH) est venu témoigner un jeune (A) d'environ 23 ans qui est handicapé à la suite d'un accident de la circulation. Une autre personnes (B) du même âge, également handicapée depuis l'âge de 16 ans environ à la suite d'un accident de la circulation, était présente.

La personne A avait été renversée avec son vélomoteur par une voiture dont le conducteur s'était rendu coupable de délit de fuite. L'affaire est encore en instance.

La personne B se trouvait comme passager dans une voiture qui est entrée en collision avec un véhicule agricole.

La personne B, qui devait être indemnisée par une assurance privée du propriétaire du véhicule agricole ou de la voiture dans laquelle elle se trouvait, a très vite pu bénéficier d'une indemnité pour l'aménagement de son logement (environ 3 000 000 de francs), du remboursement intégral du prix d'un fauteuil roulant prescrit par un médecin (environ 120 000 francs), d'une indemnité pour l'aménagement de sa voiture et, selon toute vraisemblance, d'une somme qui lui a permis de faire des études universitaires.

La personne A, dont l'affaire n'a pas encore reçu de solution, doit recourir à l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées en vue de l'aménagement de son logement et de sa voiture et de l'acquisition d'un fauteuil roulant. Pour celui-ci, elle a touché un forfait d'environ 30 000 francs, ce qui est absolument insuffisant pour les besoins que cette personne a sur ce plan à la suite de son handicap. En ce qui concerne sont logement, elle n'a pu apporter que quelques adaptations à sa salle de bains et l'aménagement de sa voiture s'est fait sur prescription médicale.

Cette inégalité de traitement de deux personnes ayant à peu près le même handicap est difficile à comprendre. On ne peut concevoir que le médecin qui délivre la prescription pour un fauteuil roulant dans le cadre d'une assurance privée, va distribuer des cadeaux.

E. Échange de vues

Un membre fait remarquer que les tickets modérateurs sur les médicaments de B ont déjà été évoqués dans le cadre de ces auditions. Ainsi, certains orateurs ont plaidé pour que ces produits soient inclus dans la franchise sociale et fiscale.

Pendant ces exposés, on a plaidé pour que l'allocation aux handicapés, à laquelle est attachée l'intervention majorée pour soins de santé, soit accordée à tous les handicapés, indépendamment de la

ling die deze toestand tot gevolg kan hebben. In de subregionale commissie van de *Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées* (AWIPH) is een jongere (A) van ongeveer 23 jaar komen getuigen die gehandicapt is ten gevolge van een verkeersongeval. Tegelijk was er een andere persoon (B) aanwezig van dezelfde leeftijd die eveneens vanaf ongeveer de leeftijd van 16 jaar gehandicapt is ten gevolge van een verkeersongeval.

Persoon A werd met zijn bromfiets overreden door een wagen die vluchtmisdrijf pleegde. De zaak maakt nog steeds het voorwerp uit van een gerechtelijk geding.

Persoon B zat als passagier in een wagen die is ingereden op een landbouwvoertuig.

Persoon B, die moest worden vergoed door een privé-verzekering van de eigenaar van het landbouwvoertuig of van de wagen waarin hij zat, heeft zeer snel een vergoeding kunnen genieten voor de aanpassing van zijn woning (ongeveer 3 000 000 frank), een 100 %-terugbetaling van een rolstoel voorgeschreven door een arts (ongeveer 120 000 frank), een vergoeding voor de aanpassing van zijn wagen en, naar alle waarschijnlijkheid, een uitkering die het hem heeft mogelijk gemaakt universitaire studies te verrichten.

Persoon A, die nog geen uitspraak heeft over zijn zaak, moet een beroep doen op de *Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées* voor de aanpassing van zijn woning en zijn auto en voor de aankoop van een rolstoel. De rolstoel wordt vergoed aan een forfait van ongeveer 30 000 frank, wat volstrekt onvoldoende is voor de behoeften die hij op dit vlak heeft ten gevolge van zijn handicap. Wat de aanpassing van zijn woning betreft, heeft hij alleen een aantal aanpassingen aan zijn badkamer kunnen aanbrengen en de aanpassing van zijn wagen gebeurde volgens doktersvoorschrift.

Dit verschil in behandeling van twee personen met ongeveer dezelfde handicap is moeilijk te begrijpen. Men kan zich niet voorstellen dat de arts die het voorschrift voor een rolstoel in het kader van een privéverzekering aflevert, geschenken gaat uitdelen.

E. Gedachtewisseling

Een lid merkt op dat de remgelden op de geneesmiddelen B al eerder ter sprake zijn gekomen in het kader van deze hoorzittingen. Zo hebben sommige sprekers ervoor gepleit dat deze producten worden opgenomen in de sociale en fiscale franchise.

Tijdens deze uiteenzettingen werd ervoor gepleit dat de tegemoetkoming voor gehandicapten waarmee de verhoogde tegemoetkoming voor gezondheidszorg verbonden is, zou worden toegekend aan alle gehan-

situation familiale ou du revenu. Le système actuel comporte en effet un piège social dans la mesure où des personnes risquent de perdre leurs allocations lorsqu'elles trouvent un emploi.

Si l'on opte pour un tel système, on peut supposer qu'il sera suffisant pour couvrir le coût réel des médicaments de la personne handicapée.

M. Aerts répond que le Conseil supérieur a, dès sa création, posé en principe que l'allocations d'intégration devrait être octroyée sans enquête sur les moyens d'existence. Ce souhait n'a pas encore été réalisé en raison de restrictions budgétaires.

Indéniablement, une telle généralisation serait un pas important vers une couverture complète des besoins en matière de médicaments, bien que beaucoup dépende en l'occurence de la question de savoir ce que l'allocation d'intégration englobe exactement.

Mme Maes pense à son tour qu'un octroi généralisé de l'allocation d'intégration constituerait un important pas en avant. Quant à savoir si tous les problèmes seront ainsi réglés, cela dépendra cependant dans une importante mesure de circonstances concrètes. L'allocation d'intégration est en effet supposée couvrir toute une série de services de secours et n'y suffit généralement pas, de sorte que le handicapé doit y suppléer par ses propres moyens.

Rien d'étonnant, dès lors, que les handicapés qui doivent pendant toute leur vie s'en sortir avec un revenu de remplacement égal au minimum de moyens d'existence complété par l'allocation d'intégration, rencontrent tôt ou tard des problèmes. Le minimum de moyens d'existence n'est en effet conçu que pour couvrir un manque de revenus durant une période limitée. Il est ainsi difficile de vivre d'un revenu aussi modeste pendant une longue période, et lorsqu'une fraction de ce revenu sert encore à couvrir les coûts du handicap parce que l'allocation d'intégration n'y suffit pas, l'intéressé se retrouve dans une situation intenable.

Un membre pense qu'une importante donnée de cette discussion est incontestablement le fait que le droit à une intervention majorée est lié à l'allocation d'intégration.

Un autre estime que la demande des organisations de handicapés de ne plus subordonner l'octroi de l'allocation d'intégration au revenu est extrêmement importante. Les coûts liés à un handicap restent en effet les mêmes. Dispose-t-on de données sur les conséquences budgétaires d'une telle généralisation ?

La répercussion financière de cette généralisation serait influencée dans une importante mesure par le

dicapten ongeacht de gezinstoestand of het inkomen. Het huidige stelsel omvat inderdaad een sociale val waarbij mensen het risico lopen hun tegemoetkomingen te verliezen wanneer zij werk vinden.

Indien voor een dergelijk systeem wordt gekozen, mag men er dan van uitgaan dat dit voldoende is om de werkelijke kosten voor geneesmiddelen die de gehandicapte heeft, te dekken ?

De heer Aerts antwoordt dat de Hoge Raad van bij zijn oprichting als principieel standpunt heeft aangenomen dat de integratietegemoetkoming zoe moeten worden toegekend zonder onderzoek van de bestaansmiddelen. Deze wens werd nog steeds niet ingelost wegens budgettaire beperkingen.

Ongetwijfeld zou een dergelijke veralgemening een belangrijke stap zijn naar een volledige dekking van de behoeften inzake geneesmiddelen, al hangt hier vanzelfsprekend veel af van de vraag wat de integratievergoeding precies omvat.

Mevrouw Maes beaamt dat een veralgemeende toekenning van de integratievergoeding een belangrijke stap voorwaarts zou zijn. De vraag echter of hiermee alle problemen van de baan zijn, hangt in belangrijke mate af van de concrete omstandigheden. De integratievergoeding wordt immers verondersteld een hele reeks van diensten hulpmiddelen te dekken en volstaat hiertoe meestal niet, zodat de gehandicapte uit eigen middelen moet bijpassen.

Het hoeft dan ook niet te verwonderen dat gehandicapten die heel hun leven moeten rondkomen met een vervangingsinkomen gelijk aan het bestaansminimum, aangevuld met de integratievergoeding, vroeg of laat in de problemen komen. Het bestaansminimum is immers slechts ontworpen om gedurende een beperkte periode een gebrek aan inkomsten te dekken. Het is zo al moeilijk gedurende een lange periode van een dermate klein inkomen te leven en wanneer hiervan nog een gedeelte gebruikt wordt omdat de integratietegemoetkoming niet volstaat om alle kosten van de handicap te dekken, komt de betrokken persoon in een onhoudbare toestand terecht.

Een lid meent dat een belangrijk gegeven in deze discussie ongetwijfeld het feit is, dat het recht op een verhoogde tegemoetkoming gekoppeld is aan de integratietegemoetkoming.

Een andere spreekster meent dat er principieel zeker wat te zeggen is voor de vraag van de gehandicaptenorganisaties om de toekenning van de integratietegemoetkoming niet langer afhankelijk te maken van het inkomen. De kosten verbonden aan een handicap blijven inderdaad altijd dezelfde. Zijn er echter gegevens bekend over de budgettaire consequenties van een dergelijke veralgemening.

De financiële weerslag van een dergelijke veralgemening zou in belangrijke mate worden beïnvloed

fait qu'à l'allocation d'intégration est également attaché le droit au remboursement majoré de médicaments et de secours. La question est de savoir si les deux éléments ne doivent pas être séparés. Ou bien on opte pour un montant général qui doit couvrir les coûts supplémentaires du handicapé, ou bien on choisit un remboursement majoré, le cas échéant intégral, de toutes les prestations dont un handicapé a besoin.

M. Aerts trouve que les deux allocations doivent être combinées parce qu'elles se rapportent à des choses différentes. L'allocation d'intégration ne pourra jamais suffire à couvrir la totalité des coûts en médicaments et moyens auxiliaires. Elle s'élève actuellement à 369 000 francs et à 607 000 francs au maximum par an selon que les handicapés ont peu ou beaucoup de problèmes d'autonomie. Sachant que ce dernier groupe comprend les personnes qui sont totalement dépendantes d'aide, un tel montant ne pourra jamais couvrir tous les besoins en médicaments et en secours.

Un membre demande si le Conseil supérieur ou les organisations qui en font partie n'ont jamais calculé, pour des handicaps spécifiques, le coût réel des soins de santé qui s'y rattache. C'est important à savoir. D'auditions antérieures il résulte en effet que le gros des coûts personnels en soins de santé est concentré chez environ 5% des patients. C'est évidemment dans ce groupe que les plus gros problèmes se manifestent et que les efforts devraient être dirigés.

M. Aerts déclare que le Conseil comme tel n'a jamais fait ce genre de calculs. Les organisations qui en font partie disposent toutefois, à ce sujet, de chiffres qui peuvent être communiqués à la commission.

Un membre de la commission souhaite savoir si les handicapés rencontrent des difficultés lors de la conclusion de polices d'assurances, par exemple parce que les compagnies d'assurances pratiquent une politique de sélection des risques.

M. Janssens répond que l'organisation qu'il représente au sein du Conseil supérieur a récemment organisé une journée d'étude sur ce thème. Il est en effet vrai que si les handicapés peuvent conclure une police, les risques inhérents au handicap sont exclus. Une femme handicapée qui souscrit une assurance complémentaire pour frais d'hospitalisation pourra recevoir dans le cadre de cette assurance une indemnité en cas d'accouchement, par exemple, mais non pour soigner des escarres. Celles-ci sont en effet mises en rapport avec le handicap, ce qui n'est pas le cas pour un accouchement.

Le législateur fixe toutefois des limites en la matière. Toute personne qui n'a pas été hospitalisée

door het feit dat aan de integratietegemoetkoming meteen ook het recht op verhoogde terugbetaling van geneesmiddelen en hulpmiddelen gekoppeld is. Het is de vraag of de beide zaken niet uit elkaar moeten worden gehaald. Ofwel kiest men voor een algemeen bedrag dat de meerkosten van de gehandicapte moet dekken, ofwel voor een verhoogde c.q. volledige terugbetaling van alle verstrekkingen die een gehandicapte nodig heeft.

De heer Aerts vindt dat de beide tegemoetkomingen gecombineerd moeten kunnen worden omdat ze betrekking hebben op verschillende zaken. De integratievergoeding kan nooit volstaan om alle meerkosten inzake medicatie en hulpmiddelen te dekken. Zij bedraagt momenteel maximaal 369 000 frank per jaar voor gehandicapten met geringe zelfredzaamheidsproblemen en maximaal 607 000 frank per jaar voor de personen met grote zelfredzaamheidsproblemen. Wetende dat tot deze laatste groep de personen behoren die volledig afhankelijk zijn van hulp, kan een dergelijk bedrag op zich nooit alle behoeften inzake medicatie en hulpmiddelen dekken.

Een lid vraagt of de Hoge Raad of de organisaties die er deel van uitmaken, ooit voor specifieke handicaps berekeningen hebben gemaakt van de reële kostprijs inzake gezondheidszorg die hiermee verbonden is. Dit is belangrijk om weten. Uit eerdere hoorzittingen blijkt immers dat het gros van de eigen kosten voor gezondheidszorg, geconcentreerd is bij pakweg 5% van de zieken. Het is vanzelfsprekend in deze groep dat zich de grootste problemen voordoen en waarop de inspanningen zouden moeten worden gericht.

De heer Aerts verklaart dat de Raad als dusdanig nooit dergelijke onderzoeken heeft gedaan. De organisaties die er deel van uitmaken beschikken wel over cijfers in dit verband die kunnen worden meegedeeld aan de commissie.

Een commissielid wenst te vernemen of de gehandicapten bij het afsluiten van verzekeringspolissen moeilijkheden ondervinden, bijvoorbeeld ten gevolge van een beleid van de verzekeringsmaatschappijen inzake risicoselectie.

De heer Janssens antwoordt dat de organisatie die hij in de Hoge Raad vertegenwoordigt, recent een studiedag heeft georganiseerd rond deze problematiek. Het is inderdaad zo dat, indien gehandicapten een polis kunnen afsluiten, de risico's eigen aan de handicap worden uitgesloten. Een gehandicapte vrouw die een aanvullende verzekering voor hospitalisatiekosten afsluit, zal in het kader hiervan wel een vergoeding kunnen krijgen, bij bijvoorbeeld bij een bevalling maar niet voor de verzorging van doorligwonden. Deze zijn immers gerelateerd aan de handicap, terwijl dit voor de bevalling niet het geval is.

De wetgever legt terzake wel grenzen vast. Wie echter gedurende een periode van vijf jaar niet gehos-

pour une anomalie déterminée pendant une période de cinq ans ne peut être exclue d'une police sur la base d'un handicap.

En ce qui concerne les assurances du solde restant dû, la nature du handicap jouera naturellement un rôle important. Toutefois, dès qu'il y a une présomption selon laquelle les probabilités de vie peuvent être influencées d'une manière ou d'une autre, les primes sont majorées ou de telles assurances sont tout bonnement refusées.

Mme Maes remarque que la situation des handicapés à l'égard des assurances privées est particulièrement complexe. Outre les problèmes qui se posent lors de la conclusion de la police, que l'orateur précédent a relevés, il y a les difficultés qui accompagnent l'utilisation de cette police. La pratique enseigne que lors d'un accident, certains assureurs feront l'impossible pour l'attribuer au handicap, ce qui les dispense dans certains cas de payer une indemnité.

C'est notamment pourquoi il est à ses yeux essentiel que les handicapés restent couverts de manière suffisante au sein de la sécurité sociale, pour être le moins possible dépendants des assureurs privés.

Un membre demande si les orateurs ont l'impression qu'à l'heure actuelle des personnes se privent elles-mêmes de l'aide dont elles ont besoin pour raisons financières.

M. Aerts pense que c'est certainement le cas. Dans une perspective internationale, la Belgique a indéniablement encore un solide système d'assurance contre la maladie et l'invalidité. L'apport personnel des patients dans le total des dépenses est estimé aux environs de 25 %. Les coûts des soins de santé sont cependant très fortement concentrés dans certains groupes qui, de ce fait, se trouvent aux prises avec d'immenses dépenses en termes absolus. Il n'est pas étonnant que ces patients, même avec les corrections qui sont apportées pour eux dans le système, ne peuvent couvrir eux-mêmes tous leurs coûts. La solution est alors le report des soins.

L'orateur précédent souhaite savoir si, selon les membres du Conseil supérieur, le transfert du secteur des handicapés à l'INAMI a eu pour conséquence une meilleure couverture des dépenses de santé.

M. Aerts approuve le transfert, au début des années nonante, des prestations pour la réadaptation fonctionnelle individuelle de l'ancien Fonds national pour le reclassement social à l'INAMI.

Ce transfert a, surtout au début, entraîné un certain nombre de complications. Par rapport au Fonds national, l'INAMI se fondait plus, dans son approche du handicapé, sur les syndromes ou les pathologies et faisait davantage abstraction du handicap en tant que

pitaliseerd is geweest voor een bepaalde afwijking, kan hiervoor niet van een polis worden uitgesloten op basis van een handicap.

Wat de schuldsaldoverzekeringen betreft, zal het soort handicap vanzelfsprekend een belangrijke rol spelen. Zodra er echter een vermoeden bestaat dat de levenskansen op een of andere wijze kunnen worden beïnvloed, worden de premies verhoogd of wordt gewoonweg geweigerd dergelijke verzekeringen af te sluiten.

Mevrouw Maes merkt op dat de situatie van de gehandicapten ten aanzien van de privé-verzekeringen bijzonder complex is. Naast de problemen bij het afsluiten van de polis, waar de vorige spreker op gewezen heeft, zijn er de moeilijkheden wanneer van deze polis gebruik moet worden gemaakt. De praktijk leert dat bij een ongeval sommige verzekeraars al het mogelijke zullen doen om dit toe te schrijven aan de handicap, wat hun in bepaalde gevallen van de betaling van een vergoeding vrijstelt.

Onder meer hierom blijft het volgens haar van essentieel belang dat gehandicapten op voldoende wijze gedekt blijven binnen de sociale zekerheid, zodat zij zo weinig mogelijk afhankelijk moeten worden van privé-verzekeraars.

Een lid vraagt of de sprekers de indruk hebben dat momenteel mensen zichzelf hulpverlening die zij nodig hebben, ontzeggen wegens financiële redenen.

De heer Aerts meent dat dit zeker het geval is. Vanuit internationaal perspectief heeft België ongetwijfeld nog steeds een gedegen systeem van verzekering tegen ziekte en invaliditeit. De eigen inbreng van de patiënten in het totaal van de uitgaven wordt geraamd op ongeveer 25 %. De kosten voor medische hulpverlening zijn echter zeer sterk geconcentreerd bij bepaalde groepen die daardoor in absolute cijfers voor immense uitgaven staan. Het is niet verwonderlijk dat een deel van deze patiënten, zelfs met de correcties die voor hen in het stelsel zijn aangebracht, onmogelijk zelf kunnen instaan voor al hun kosten. Het alternatief is dan het uitstellen van de verzorging.

De vorige spreekster wenst te vernemen of, volgens de leden van de Hoge Raad, de overheveling van de sector van de gehandicapten naar het RIZIV, een betere dekking van de gezondheidsuitgaven tot gevolg heeft gehad.

De heer Aerts beaamt dat de prestaties voor individuele functionele revalidatie in het begin van de jaren negentig zijn overgeheveld van het vroegere Rijksfonds voor Sociale Reclassering naar het RIZIV.

Deze overgang heeft, zeker in het begin geleid tot een aantal complicaties. Het RIZIV benaderde de gehandicapte meer dan het Rijksfonds vanuit ziektebeelden of pathologieën en maakte meer abstractie van de handicap als dusdanig. Daarnaast werden aan

tel. De plus, certains prestations étaient assorties de conditions — trop — étroitement liées à l'emploi. C'est ainsi par exemple qu'un personne ne pouvait obtenir une intervention pour un fauteuil électrique que si elle travaillait.

L'INAMI y a certainement travaillé au cours des dernières années. Il est à présent possible, par exemple, d'obtenir une intervention pour un fauteuil électrique au domicile.

M. Janssens ajoute que les interventions de l'INAMI sont principalement accordées sur une base forfaitaire, tandis que pour le Fonds national le critère était plutôt le prix de revient. Pour un fauteuil roulant, par exemple, cela signifie que l'on part d'un modèle de base qui est utilisé dans les hôpitaux mais qui est absolument inutilisable dans une situation de vie normale. Le handicapé devra par conséquent faire face à une dépense supplémentaire qui peut représenter plusieurs dizaines de milliers de francs.

Son fauteuil roulant a par exemple coûté 90 000 francs hors TVA et il a reçu pour cela 25 000 francs. S'il avait choisi un modèle qui aurait accru encore plus ses possibilités de mouvement, il aurait dû débourser un montant de 150 000 à 200 000 francs. Il va sans dire que sur cette toile de fond, la question du «report de dépenses pour raisons financières» acquiert un caractère plutôt théorique.

Il y a aussi des personnes qui, dans leur situation de travail ou de logement, ont besoin de deux fauteuils roulants ou plus et, pour ces personnes, le passage à l'INAMI n'a certainement pas constitué un progrès.

Un membre demande comment les orateurs évaluent les mesures que le gouvernement vient de prendre à l'égard des patients chroniques.

M. Aerts fait remarquer que ces mesures produisent certainement leurs fruits. Il mentionne en particulier le forfait de soins de 10 000 francs et les améliorations qui ont été apportées au système de l'aide de tiers aux chefs de famille handicapés.

Dans le même temps, il démontre comment ces mesures, prises avec les meilleures intentions, peuvent être contre-productives par suite de la complexité de la législation. Il se réfère à cet égard à la mesure par laquelle les chefs de famille ayant des problèmes d'autonomie peuvent recevoir dans le cadre de l'INAMI une allocation pour aide de tiers d'un montant de 2 500 francs en ce moment et de 5 000 francs à partir de l'an 2000. Une telle allocation existait déjà pour l'isolé et les handicapés cohabitants. Si ce supplément est toutefois ajouté au revenu imposable, certains chefs de famille y perdront. Ce problème est étudié aux Finances et trouvera probablement une solution. La situation est toutefois pire lorsque ce montant est pris en considération dans l'enquête sur les moyens d'existence dans le cadre de l'allocation

bepaalde verstrekkingen voorwaarden gekoppeld die — al te — sterk tewerkstellingsgericht waren. Zo kon men bijvoorbeeld slechts een tussenkomst voor een elektrische rolstoel krijgen wanneer men werkte.

Het RIZIV heeft hier de voorbije jaren zeker aan gewerkt. Zo is het nu bijvoorbeeld mogelijk om ook een tussenkomst te krijgen voor een elektrische rolstoel in de thuissituatie.

De heer Janssens voegt hieraan toe dat de tussenkomsten van het RIZIV voornamelijk op forfaitaire basis worden toegekend, waar men in het Rijksfonds meer kostprijsgericht werkte. Voor een rolstoel betekent dit bijvoorbeeld dat men uitgaat van een basismodel dat in ziekenhuizen gebruikt wordt, maar dat volstrekt onbruikbaar is in een normale leefsituatie. Dit heeft vanzelfsprekend voor de gehandicapte meeruitgaven tot gevolg die meerdere tienduizenden franken kunnen vertegenwoordigen.

Zijn eigen rolstoel bijvoorbeeld kostte ongeveer 90 000 frank exclusief BTW en hij heeft hiervoor een tussenkomst van 25 000 frank gekregen. Indien hij had gekozen voor een model dat zijn bewegingsmogelijkheden nog meer zou doen toenemen, dan had hij een bedrag van 150 000 à 200 000 frank moeten neertellen. Het spreekt vanzelf dat tegen deze achtergrond de vraag naar het «uitstellen van uitgaven om financiële redenen» een eerder theoretisch karakter krijgt.

Er zijn ook mensen die in hun werk- of woonsituatie twee of meer rolstoelen nodig hebben en voor deze personen was de overgang naar het RIZIV zeker geen vooruitgang.

Een lid vraagt hoe de sprekers de maatregelen inschatten die de regering recent heeft genomen ten aanzien van de chronische patiënten.

De heer Aerts merkt op dat deze maatregelen zeker hun vruchten afwerpen. Hij vermeldt in het bijzonder het zorgforfait van 10 000 frank en de verbeteringen die werden aangebracht in het stelsel van de hulp van derden voor gehandicapte gezinshoofden.

Tegelijk toont hij aan hoe dergelijke maatregelen, die met de beste bedoelingen worden genomen, contraproductief kunnen werken ten gevolge van de complexiteit van de wetgeving. Hij verwijst in dit verband naar de maatregel waarbij gezinshoofden met zelfredzaamheidsproblemen in het kader van het RIZIV een tegemoetkoming voor hulp van derden kunnen krijgen ten bedrage van 2 500 frank op dit ogenblik en 5 000 frank vanaf het jaar 2000. Een dergelijke tegemoetkoming bestond vroeger reeds voor de alleenstaande en de samenwonende gehandicapten. Indien dit supplement evenwel wordt toegevoegd bij het belastbaar inkomen, zullen sommige gezinshoofden er echter aan verliezen. Dit probleem is bij financiën aangekaart en zal waarschijnlijk een oplossing krijgen. Erger is het echter wanneer dit bedrag

d'intégration. Dans ce cas, il n'est pas impossible que des personnes perdent tout ou partie de leur allocation d'intégration à la suite de cette prime. La perte pourrait alors atteindre jusqu'à 17 000 francs par an.

mee in aanmerking wordt genomen bij het bestaansmiddelenonderzoek in het kader van de integratietegemoetkoming. In dat geval is het niet onmogelijk dat personen ten gevolge van deze premie hun integratievergoeding geheel of gedeeltelijk verliezen. Het verlies zou in dit geval kunnen oplopen tot 17 000 frank per jaar.

PARTIE II

Les organismes assureurs

I. AUDITION DE L'ALLIANCE NATIONALE DES MUTUALITÉS CHRÉTIENNES (1)

A. Exposé de M. Hermesse

M. Hermesse déclare que ces dernières années, l'Alliance s'est en effet beaucoup intéressée, notamment dans le cadre de certaines études, aux problèmes de l'accès aux soins de santé, notamment pour les malades chroniques. Le travail qui a été réalisé à ce sujet n'a été possible que grâce à la collaboration des patients chroniques mêmes, lesquels sont régulièrement représentés au sein d'un groupe de travail national qui est chargé de ce problème au sein de l'Alliance.

M. Hermesse souligne que la situation des patients chroniques ne peut pas être examinée isolément, mais qu'il faut la situer dans le cadre de l'évolution générale du coût de l'assistance des patients, lequel comprend divers aspects, à savoir :

1. les coûts qui sont mis à charge des patients dans le cadre de l'assurance-maladie;

2. les différences importantes pour ce qui est de la santé et des frais de santé;

3. les corrections sociales qui ont déjà été réalisées, en faveur tant des personens démunies socialement que des malades chroniques;

4. la nécessité de tenir un débat public et de prendre des mesures supplémentaires;

5. la nécessité de s'intéresser à la qualité des soins et à la qualité de la vie.

Le problème de l'accès aux soins de santé n'est donc pas un simple problème de moyens financiers. La qualité de la vie des intéressés et l'assistance qui leur est offerte sont des facteurs tout aussi importants. La solitude, par exemple, qui s'aggrave dans notre société, et dont les malades chroniques en particulier souffrent de plus en plus, est un problème que l'on ne peut ignorer.

(1) Audition du 10 novembre 1998 du Dr Etienne Wauters, de M. Jean Hermesse et de Mme Hilde Van Winckel.

DEEL II

De verzekeringsinstellingen

I. HOORZITTING MET DE LANDSBOND DER CHRISTELIJKE MUTUALITEITEN (1)

A. Uiteenzetting door de heer Hermesse

De heer Hermesse verklaart dat de Landsbond de voorbije jaren onder meer via studiewerk inderdaad veel aandacht heeft geschonken aan de problemen in verband met de toegang tot de gezondheidszorg, onder meer voor de chronische patiënten. Het werk dat in dit verband werd gedaan, is alleen mogelijk geweest dankzij de medewerking van de chronische patiënten zelf, die geregeld vertegenwoordigd zijn in een nationale werkgroep die binnen de landsbond rond deze problematiek werkt.

De heer Hermesse onderstreept dat de situatie van de chronische patiënten niet op een geïsoleerde wijze kan worden benaderd, maar moet worden gesitueerd in de algemene evolutie met betrekking tot de betaalbaarheid van de hulpverlening voor de patiënten die diverse aspecten omvat, met name :

1. de kosten die in de ziekteverzekering ten laste van de patiënt worden gelegd;

2. de grote verschillen in gezondheid en in gezondheidskosten;

3. de reeds gerealiseerde sociale correcties, zowel voor sociaal zwakkeren als voor chronisch zieken;

4. de noodzaak van een publiek debat en van bijkomende maatregelen;

5. de noodzaak van aandacht voor de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van het leven.

De problematiek inzake de toegang tot de gezondheidszorg is derhalve niet alleen een kwestie van geldmiddelen. Even belangrijk is de kwaliteit van de levenssituatie waarin de betrokkenen zich bevinden en van de aangeboden hulpverlening. Zo is de eenzaamheid die in onze maatschappij toeneemt, zeker voor de chronische patiënten, een probleem waarvan men geen abstractie kan maken.

(1) Hoorzitting van 10 november 1998 met de heer Jean Hermesse, Dr Etienne Wouters en mevrouw Hilde Van Winckel.

1. Le coût à charge du patient

1.1. Une contribution personnelle totale de 150 milliards

L'INAMI a remboursé un montant total de 442 milliards de francs en soins médicaux. (Avant 1999, ce montant était estimé à 478 milliards de francs.) Le tableau ci-dessous indique qu'en 1996, les dépenses médicales totales s'élevaient à 595,7 milliards de francs, dont le patient a donc supporté 153,7 milliards de francs qui sont répartis comme suit :

	Montant (en milliards de francs)	% du total
Remboursement (INAMI)	442	74,2
Médicaments non remboursables . .	64	10,7
Ticket modérateur	62	10,4
Indépendants petits risques	9,7	1,6
Suppléments	18	1,6
Total : 595,7 (dont 153,7 à charge du patient)		

Les médicaments non remboursables ne représentent pas moins de 64 milliards, soit 10,7 % de l'ensemble du budget santé. C'est important. Si l'on réduisait le ticket modérateur pour les médicaments, cette mesure n'aurait aucune influence pour ce qui est des médicaments non remboursables, puisque il s'agit de médicaments dont le coût est entièrement supporté par le patient.

Les tickets modérateurs représentent une dépense de 62 milliards de francs pour les patients. Les cotisations personnelles pour les petits risques dans le secteur des indépendants représentent un montant de 9,7 milliards de francs et les patients payent finalement 18 milliards de francs de suppléments, qui ne concernent pas uniquement les chambres individuelles. C'est ainsi que les prothèses de la hanche sont remboursées sur une base forfaitaire, mais que la loi ne précise pas ce qui en sus de ce montant peut être facturé à la charge du patient. Par conséquent, une majoration des forfaits ne constituerait pas nécessairement un avantage pour le patient. Pour l'heure, l'on n'a aucune prise sur ce problème.

La structure de ce tableau est importante pour une autre raison. Si l'autorité prenait la décision de réduire les charges pour les patients, par l'intermédiaire de la franchise sociale ou fiscale ou en étendant le régime préférentiel, elle ne vaudrait pas pour ce qui est des 64 milliards que représentent les médicaments non remboursables ou les 18 milliards de supplément. Il n'y a aucun remboursement pour ce qui est du matériel distribué aux personnes incontinentes et, dès lors les mesures en question n'apporteraient aucune amélioration en ce qui les concerne.

1. De kosten ten laste van de patiënt

1.1. Een totaal eigen bijdrage van 150 miljard

Een bedrag van 442 miljard frank medische zorgverlening werd terugbetaald door het RIZIV. (Voor 1999 wordt dit bedrag geraamd op 478 miljard frank.) Uit de hierna volgende tabel blijkt dat in het jaar 1996 de totale kosten voor medische uitgaven in dat jaar 595,7 miljard frank bedroegen. Van dit bedrag werd derhalve 153,7 miljard frank door de patiënt gedragen, die als volgt verdeeld zijn :

	Bedragen (in miljard frank)	% van het totaal
Terugbetaling (RIZIV)	442	74,2
Niet-terugbetaalbare medicatie . . .	64	10,7
Remgeld	62	10,4
Kleine risico's zelfstandigen . . .	9,7	1,6
Supplementen	18	1,6
Totaal : 595,7 (waarvan 153,7 ten laste van de patiënt)		

De niet-terugbetaalbare geneesmiddelen vertegenwoordigen niet minder dan 64 miljard of 10,7 % van het volledige gezondheidsbudget. Dit is belangrijk. Ook al zou het remgeld voor geneesmiddelen worden verlaagd, dan zou deze maatregel hierop geen enkele invloed hebben. Het betreft hier immers medicijnen die volledig ten laste van de patiënt vallen.

De remgelden vertegenwoordigen een uitgave van 62 miljard frank voor de patiënten. De eigen bijdragen voor kleine risico's in de sector van de zelfstandigen vertegenwoordigen een bedrag van 9,7 miljard frank en de patiënten betalen ten slotte 18 miljard frank aan supplementen. Deze laatste hebben niet alleen betrekking op toeslagen voor eenpersoonskamers. Heupprothesen bijvoorbeeld worden op forfaitaire basis vergoed maar de wet bepaalt niet wat boven op deze bedragen aan de patiënt mag worden aangerekend. Ook wanneer de forfaits derhalve zouden worden verhoogd, betekent dit niet noodzakelijk dat dit ten goede zou komen aan de patient. Momenteel heeft men hierop geen enkele greep.

De indeling van deze tabel is nog om een andere reden belangrijk. Wanneer de overheid via de sociale of de fiscale franchise of via uitbreiding van de voorkeurregeling de lasten voor de patiënten zou gaan verminderen, dan zou dit geen invloed hebben op de 64 miljard voor niet-terugbetaalbare medicatie of voor de 18 miljard voor supplementen. Incontinentiemateriaal bijvoorbeeld wordt helemaal niet terugbetaald en valt dan ook helemaal uit de boot bij dergelijke maatregelen.

Des 153 milliards qui tombent à charge des patients, 25 milliards peuvent être imputés à la médecine hospitalière. Le quart des patients hospitalisés payent plus de 10 000 francs de leur poche quel que soit le type de chambres qu'ils occupent. En moyenne, ils payent au total 23 000 francs.

1.2. Concentration élevée des coûts

L'on a découvert un deuxième élément important en constatant que les 153 milliards susvisés, lesquels représentent environ 25% du total des dépenses de soins de santé qui sont à charge du patient, sont très concentrés, comme le montre la courbe de Lorenz concernant la répartition des dépenses en 1996:

Van het totaal van 153 miljard frank dat ten laste van de patiënten valt, kan 25 miljard op rekening van de ziekenhuisgeneeskunde worden geschreven. Een vierde van de ziekenhuispatiënten betalen meer dan 10 000 frank uit eigen zak, ongeacht de kamer die zij betrekken. Gemiddeld betalen zij 23 000 frank.

1.2. Een sterke concentratie van de kosten

Een tweede belangrijke vaststelling bestaat erin dat deze 153 miljard frank of ongeveer 25% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg die ten laste van de patiënt vallen, sterk geconcentreerd zijn, zoals blijkt uit de Lorenzcurve van de verdeling van de uitgaven in 1996:

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be)»

Cette courbe a été établie sur la base de données exhaustives concernant les 4,5 millions de membres de l'Alliance. 20% de ces membres n'ont aucune dépense personnelle de soins de santé. Un groupe de 40% représente 5% des dépenses. Inversement, les 5% de patients qui exposent les frais les plus élevés, représentent 55% des dépenses. Cela indique qu'il y a une forte concentration des dépenses. Le phénomène

Deze curve werd gemaakt op basis van exhaustieve gegevens voor de 4,5 miljoen leden van de landsbond. Twintig procent van deze leden heeft geen enkele eigen uitgave voor gezondheidszorg. Een groep van 40% neemt 5% van de uitgaven voor zijn rekening. Omgekeerd vertegenwoordigen de 5% patiënten met de hoogste kosten, 55% van de uitgaven. Dit wijst op een zeer sterke concentratie van de uitgaven. In de

prendrait encore plus de relief dans la courbe relative aux services comme les soins à domicile où la totalité des dépenses est exposée par 5% des patients.

Du point de vue politique, cela signifie que l'incidence d'une augmentation ou d'un allégement du ticket modérateur est répercutée de manière uniforme à charge de l'ensemble de la population.

1.3. Forte augmentation de l'intervention personnelle des patients au cours des années 90.

Toute une série de mesures distinctes, qui ont été prises dans le courant des années 90, ont entraîné une augmentation de 11 613 milliards de francs de la part des patients dans les dépenses de sécurité sociale. La majoration du forfait en biologie clinique de 150 francs par prescription a eu un impact global de 540 millions de francs. La mesure la plus radicale a été l'augmentation du ticket modérateur à payer en cas de consultation ou de visite à domicile des médecins généralistes et des spécialistes, laquelle a entraîné, pour les patients, une charge supplémentaire de 3 315 milliards de francs.

Autrement dit, les pouvoirs publics ont déplacé petit à petit le poids des charges vers les patients, et ce, au moyen de mesures globales. En partant du souci d'assurer l'accès aux soins de santé à certains groupes de patients, l'on peut se demander s'il n'eût pas été préférable de poser des choix clairs, comme certains pays l'ont fait, en axant les mesures d'économie sur des prestations spécifiques.

Modifications du ticket modérateur depuis 1993

1er octobre 1993. Hausse du ticket modérateur pour honoraire de surveillance (sauf pour VIPO) de 0 à 133 francs pour les cinq premiers jours; de 0 à 66 francs du 6e au 12e jour et de 0 à 200 francs pour surveillance en médecine interne.

effet macro : 1 260 millions de francs

1er octobre 1993. Hausse des forfaits en biologie clinique par prescription de 300 à 450 francs (sauf VIPO).

effet macro : 540 millions de francs

1er octobre 1993. Hausse du ticket modérateur par consultation en radiologie ambulatoire de 200 à 300 francs.

effet macro : 120 millions de francs

1er octobre 1993. Introduction d'un ticket modérateur pour les prestations ambulatoires spéciales : 15% avec un plafond de 350 francs.

effet macro : 1 770 millions de francs

curve voor diensten zoals de thuisverpleging, zou dit fenomeen nog sterker tot uiting komen. 5% van de patiënten nemen alle uitgaven in dit verband voor hun rekening.

Ten aanzien van het beleid betekent dit dat het effect van een verhoging of een verlaging van het remgeld op dezelfde wijze wordt verspreid over de bevolking.

1.3. Een sterke stijging van de eigen bijdragen van de patiënten gedurende de jaren '90

Een hele reeks afzonderlijke maatregelen die in de loop van de jaren '90 werden genomen, hebben het aandeel van de patiënten in de uitgaven voor gezondheidszorg doen toenemen met een bedrag van 11 613 miljard frank. Zo had de verhoging van de forfaits voor klinische biologie met 150 frank per voorschrift een macro-effect van 540 miljoen frank. De meest ingrijpende maatregel is de verhoging van de remgelden voor de raadpleging en de huisbezoeken van huisartsen en specialisten geweest die een bijkomende last van 3 315 miljoen frank bij de patiënten heeft gelegd.

De overheid heeft met andere woorden via globale maatregelen beetje bij beetje de lasten doorgeschoven naar de patiënten. Vanuit het oogpunt van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor bepaalde groepen patiënten kan men zich de vraag stellen of het niet beter zou zijn geweest dat, zoals in sommige andere landen, duidelijke keuzes werden gedaan door de besparingen te richten op specifieke verstrekkingen.

Wijzigingen van het remgeld sinds 1993

1 oktober 1993. Verhoging van het remgeld voor de toezichtshonoraria (behalve voor WIGW) van 0 naar 133 frank voor de eerste 5 dagen; van 0 naar 66 frank van de 6e tot de 12e dag en van 0 naar 200 frank voor toezicht bij inwendige geneeskunde.

macro-effect : 1 260 miljoen frank

1 oktober 1993. Verhoging van de forfaits voor klinische biologie per voorschrift van 300 naar 450 frank (behalve WIGW).

macro-effect : 540 miljoen frank

1 oktober 1993. Verhoging van het remgeld per consultatie ambulante radiologie van 200 naar 300 frank.

macro-effect : 120 miljoen frank

1 oktober 1993. Invoering van remgeld voor speciale ambulante prestaties : 15% met een plafond van 350 frank.

macro-effect : 1 770 miljoen frank

1er octobre 1993. Introduction d'un forfait de 1 000 francs par hospitalisation (sauf VIPO).

effet macro : 1 000 millions de francs

1er octobre 1993. Hausse du forfait par hospitalisation pour la radiologie de 150 à 250 francs et pour la biologie clinique de 0 à 300 francs (sauf VIPO).

effet macro : 413 millions de francs

1er janvier 1994. Hausse du ticket modérateur pour :

— consultation généraliste : 103 (39 = VIPO) à 156 (40);

— visite généraliste : 166 (51) à 229 (52);

— consultation spécialiste : 202 (69) à 330 (70);

— consultation psychiatre : 253 (69) à 413 (70).

effet macro : 3 315 millions de francs

1er mai 1994. Hausse des plafonds des tickets modérateurs pour les médicaments remboursés (catégoire B : de 230 à 235 pour les VIPO et de 345 à 355 pour les TIP-catégorie C, respectivement de 345 à 355 et de 575 à 590).

effet macro : 50 millions de francs

1er janvier 1996. Hausse des plafonds des tickets modérateurs pour les médicaments remboursés (catégorie B : de 235 à 245 pour les VIPO et de 355 à 370 pour les TIP-catégorie C, respectivement de 355 à 370 et de 575 à 615).

effet macro : 50 millions de francs

1er janvier 1997. Majoration du ticket modérateur pour les prestations radiologiques 460703/460795, de 250 à 300 (sauf VIPO).

1er janvier 1997. Introduction d'un ticket modérateur pour les prestations relatives à l'imagerie médicale (ambulatoire) : 12 % des honoraires avec un maximum de 100 francs par acte (sauf VIPO).

1er janvier 1997. Introduction d'un forfait de 500 francs par admission dans un établissement pour prestations médicales spéciales visées au chapitre V (sauf pour VIPO).

effet macro des trois mesures : 1 200 millions de francs

1er avril 1997. Diminution de l'intervention de l'INAMI dans les honoraires de biologie clinique. Le ticket modérateur passe de 450 à 400, 450 ou 500 francs en fonction du numéro de nomenclature concerné.

effet macro : 292 millions de francs

1 oktober 1993. Invoering van een forfait per hospitalisatie van 1 000 frank.

macro-effect : 1 000 miljoen frank

1 oktober 1993. Verhoging van het forfait per hospitalisatie voor radiologie van 150 naar 250 frank en voor klinische biologie van 0 naar 300 frank (behalve WIGW).

macro-effect : 413 miloen frank

1 januari 1994. Verhoging van het remgeld voor :

— raadpleging huisarts : 103 (39 = WIGW) naar 156 (40);

— huisbezoek huisarts : 166 (51) naar 229 (52);

— raadpleging specialist : 202 (69) naar 330 (70);

— raadpleging psychiater : 253 (69) naar 413 (70).

macro-effect : 3 315 miljoen frank

1 mei 1994. Verhoging van het plafond van het remgeld voor terugbetaalde geneesmiddelen (categorie B : van 230 naar 235 voor WIGW en van 345 naar 355 voor PUG-categorie C, respectievelijk van 345 naar 35(en van 575 naar 590).

macro-effect : 50 miljoen frank

1 januari 1996. Verhoging van het plafond van het remgeld voor terugbetaalde geneesmiddelen (categorie B : van 235 naar 245 voor WIGW en van 355 naar 370 voor PUG-categorie C, respectievelijk van 355 naar 370 en van 575 naar 615).

macro-effect : 50 miljoen frank

1 januari 1997. Verhoging van het remgeld voor de radiologieprestaties 460703/460795 van 250 naar 300 (behalve WIGW).

1 januari 1997. Invoering van remgeld voor de prestaties inzake medische beeldvorming : 12 % van de honoraria tot maximum 100 frank per handeling (behalve WIGW).

1 januari 1997. Invoering van een forfait van 500 frank per opname in een ziekenhuis voor speciale medisch prestaties vermeld in hoofdstuk V (behalve voor WIGW).

macro-effect van de drie maatregelen : 1 200 miljoen frank

1 april 1997. Vermindering van de RIZIV-tussenkomst in de erelonen voor klinische biologie. Het remgeld gaat van 450 naar 400, 450 of 500 frank naar gelang van het nomenclatuurnummer.

macro-effect : 292 miljoen frank

1er janvier 1997. Réduction de l'intervention de l'INAMI dans les honoraires de biologie clinique. Le ticket modérateur passe de 450 à 380, 500 ou 600 francs selon le numéro de nomenclature concerné.

effet macro : 365 millions de francs

1er janvier 1997. Réduction de 450 francs par jour de l'intervention de l'INAMI dans l'hospitalisation. Réduction limitée à 150 francs pour les VIPO et les enfants à charge.

1er janvier 1997. Majoration du forfait payé par le patient pour une hospitalisation : de 1 000 à 1 100 francs (sauf VIPO).

effet macro des deux mesures : 1 500 millions de francs.

1er janvier 1997. Hausse des plafonds des tickets modérateurs pour les médicaments remboursés (catégoire B : de 245 à 250 pour les VIPO et de 370 à 375 pour les TIP-catégorie C, respectivement de 370 à 375 et de 615 à 625).

effet macro : 30 millions de francs

1er février 1997. Hausse des tickets modérateurs pour chaussures orthopédiques : catégorie A de 0 à 500 francs, catégorie B de 1 500 à 2 000 francs, catégorie C de 2 000 à 2 500 francs et catégorie D de 500 à 1 000 francs.

effet macro : 14,5 millions de francs

1er avril 1994. Diminution de l'intervention de l'INAMI en cas d'hospitalisation de 450 francs par jour [au lieu de 366 (du 1er jour au 8o jour)], 259 (du 9e au 90e jour) ou 490 (à partir du 91e jour). Réduction de 150 francs pour les titulaires de l'intervention majorée et les chômeurs de longue durée (au moins 12 mois) (au lieu de 156, 103 et 226) et pour les enfants ayant la qualité de personne à charge (au lieu de 156, 103 et 490).

1er avril 1994. Hausse du montant forfaitaire payé par le patient à l'admission dans un hôpital de 1 000 à 1 100 francs (sauf pour les bénéficiaires de l'intervention majorée).

effet macro des deux mesures : 1 045 millions de francs

effet macro total : 12 964,5 millions de francs

Il faut évidemment tenir compte du fait que ces mesures sont récurrentes et que l'effet financier d'une mesure décidée en 93 s'applique aux années 93, 94, 95, 96 ... On estime par exemple à 8 milliards la hausse de la participation du patient pour la seule année 94. Cela signifie qu'en 97, les patients débourseront au moins 8 milliards de tickets modérateurs en plus qu'en 1993. Cependant, à ces 8 milliards, il faut ajou-

1 januari 1997. Vermindering van de RIZIV-tussenkomst in de honoraria voor klinische biologie. Het remgeld gaat van 450 naar 380, 500 of 600 frank volgens het desbetreffende nomenclatuurnummer.

macro-effect : 365 miljoen frank

1 januari 1997. Vermindering van de RIZIV-tussenkomst bij hospitalisatie met 450 frank per dag. Vermindering met 150 frank voor WIGW en kinderen ten laste.

1 januari 1997. Verhoging van het forfaitaire bedrag dat de patiënt betaalt bij ziekenhuisopname : van 1 000 naar 1 100 frank (behalve voor WIGW).

macro-effect van de twee maatregelen : 1 500 miljoen frank

1 januari 1997. Verhoging van de plafonds van het remgeld voor terugbetaalde geneesmiddelen (categorie B : van 245 naar 250 voor WIGW en van 370 naar 375 voor PUG-categorie C, respectievelijk van 370 naar 375 en van 615 naar 625).

macro-effect : 30 miljoen frank

1 februari 1997. Verhoging van het remgeld voor orthopedisch schoeisel : categorie A van 0 naar 500 frank, categorie B van 1 500 naar 2 000 frank, categorie C van 2 000 naar 2 500 frank en categorie D van 500 naar 1 000 frank.

macro-effect : 14,5 miljoen frank

1 april 1994. Vermindering van de RIZIV-tussenkomst bij hospitalisatie met 450 frank per dag [in plaats van 366 (van de 1e tot de 8e dag)], 259 (van de 9 tot de 90e dag) of 490 (vanaf de 91e dag). Vermindering met 150 frank voor personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming en voor langdurig werklozen (ten minste 12 maanden) (in plaats van 156, 103 en 226) en voor kinderen die ten laste zijn (in plaats van 156, 103 en 490).

1 april 1994. Verhoging van het forfaitaire bedrag dat de patiënt betaalt bij ziekenhuisopname van 1 000 naar 1 100 frank bij behalve voor personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming.

macro-effetct van de twee maatregelen : 1 045 miljoen frank

totaal macro-effect : 12 964,5 miljoen frank

Uiteraard moet men er rekening mee houden dat deze maatregelen recurrent zijn en dat een maatregel genomen in 1993, financiële gevolgen heeft in 1993, 94, 95, 96 ... Men schat de verhoogde bijdrage van de patiënt op 8 miljard alleen al voor 1994. Dat betekent dat de patiënten in 1997 minstens 8 miljard meer remgeld zullen betalen dan in 1993. Bij die 8 miljard moet evenwel de impact wordt gerekend van de maat-

ter l'effet des mesures prises en 95, 96 et 97 : environ 2 630 millions.

On peut donc conclure que la charge qui incombe au patient en 1997 dépasse celle de 1993 de 10,5 à 11 milliards.

NB : Ces montants sont basés sur des estimations présentées par le gouvernement ou les services de l'INAMI. Une étude interne doit viser la détermination précise de la charge totale pour le patient.

1.4. L'étude de la l'ANMC sur le coût des soins de santé

Une étude réalisée par l'ANMC auprès de 1 150 patients atteints de maladies chroniques fournit encore une série de données relatives aux dépenses à charge de ce groupe.

1.4.1 La quote-part des diverses prestations de santé à charge des personnes atteintes d'une affection chronique et les dépenses de l'assurance maladie-invalidité afférentes à ces mêmes prestations

Il ressort du tableau ci-dessous que ces 1 150 patients atteints d'une maladie chronique ont payé un ticket modérateur moyen de 19 820 francs par an. En outre, ces patients ont dû prendre à leur charge une quote-part personnelle de 25 816 francs en moyenne, au titre des prestations non remboursables. L'assurance maladie a remboursé pour ces patients une moyenne de 702 023 francs par an. Ceci démontre une nouvelle fois la concentration des dépenses d'aide médicale chez certains groupes de patients.

Coût pour les malades chroniques (1)

(Moyenne des 1 150 malades chroniques sondés)

regelen genomen in 95, 96 en 97 en die wordt geschat op ongeveer 2 630 miljoen.

De last die de patiënten in 1997 moeten dragen is dus 10,5 tot 11 miljard hoger dan in 1993.

NB : Deze bedragen zijn gebaseerd op schattingen van de regering en de RIZIV-diensten. Een interne studie zal de precieze omvang van de totale last voor de patiënten moeten vaststellen.

1.4. Het LCM-onderzoek naar de kostprijs van de gezondheidszorg

Een onderzoek dat de LCM heeft uitgevoerd bij 1 150 chronische patiënten levert nog een reeks gegevens op met betrekking tot de uitgaven die ten laste vallen van deze groep.

1.4.1 De persoonlijke bijdrage van personen met een chronische aandoening voor diverse gezondheidsprestaties en de uitgaven van het ZIV voor deze prestaties

Uit de hiernavolgende tabel blijkt dat deze 1 150 chronische patiënten een gemiddeld remgeld betaalden van 19 820 frank per jaar. Daarnaast betaalden zij echter nog eens gemiddeld 25 816 frank persoonlijke bijdragen voor prestaties die niet voor terugbetaling in aanmerking komen. De ziekteverzekering heeft voor deze patiënten gemiddeld 702 023 frank per jaar terugbetaald. Hieruit blijkt nog eens de concentratie van de uitgaven voor medische hulpverlening bij bepaalde groepen van patiënten.

De kostprijs van en voor chronische zieken (1)

(Gemiddelde cijfers, voor de 1 150 ondervraagde chronische zieken)

	Ticket modérateur — *Remgeld*	Quote-part personnelle — *Pers. bijdrage*	Dépenses AMI — *Uitgaven ZIV*
Kiné. — *Kine*	5 400	5 839	29 068
Prix de la journée d'entretien. — *Ligdagprijs*	5 378	5 887	303 252
Médecin de famille. — *Huisarts*	3 087	3 239	9 223
Spécialiste — *Specialist*	1 578	2 328	3 555
Soins dentaires. — *Tandzorg*	443	638	2 267
Soins à domicile. — *Thuisverpleging*	437	441	42 573
Revalidation. — *Revalidatie*	178	187	4 216
Médicaments, hospitalisation. — *Medicatie, hospitalisatie*	52	1 139	62 740
Chirurgie. — *Heelkunde*	55	829	15 364
Rest. para-méd. — *Para-med. rest.*	16	1 439	11 312
Total. — *Totaal*	19 820	25 816	702 023

(1) Statut-L 28%, dialyse rénale 23%, malades parkinson 25% et malades ticket modérateur 2 × 15 000 francs 25%.

+ Médicaments, ambulatoire : intervention pers. : 19 929; dépenses AMI : 65 270.

(1) 28% L-statuut, 23% nierdialyse-, 25% parkinson- en 25% 2 × 15 000 frank-remgeld-patiënten.

+ Medicatie, ambulant : pers. bijdrage : 19 929; uitgaven ZIV : 65 270.

Ce tableau ne présente cependant que les moyennes. Il y a également d'importants écarts dans le schéma des dépenses au sein du groupe des patients atteints d'une affection chronique.

1.4.2. Coût annuel total des malades chroniques et répartition des malades chroniques en fonction de la hauteur des frais qu'ils engendrent

Coût annuel total des malades chroniques

Deze tabel geeft evenwel slechts gemiddelden. Ook binnen de groep van de chronische patiënten zijn er grote verschillen in het uitgavenpatroon.

1.4.2. De totale jaarlijkse kost van chronisch zieken en de verdeling van chronisch zieken volgens de hoogte van hun kosten

Totale jaarlijkse kosten per chronisch zieke

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be)»

Moyenne: 77 272
Minimum: 1 092
Maximum: 606 008
0%: 1 092
5%: 10 400
10%: 14 612
18 720
22 828
25%: 26 988
32 032
37 076
42 120
47 164
50%: 52 260
61 984
71 708
81 432
91 156
75%: 100 932
121 992
143 052
90%: 164 060
95%: 228 332
100%: 606 008

Gemiddeld: 77 272
Minimum: 1 092
Maximum: 606 008
0%: 1 092
5%: 10 400
10%: 14 612
18 720
22 828
25%: 26 988
32 032
37 076
42 120
47 164
50%: 52 260
61 984
71 708
81 432
91 156
25%: 100 932
121 992
143 052
90%: 164 060
95%: 228 332
100%: 606 008

Ces données concernent les frais à charge des malades chroniques. On constate également des écarts importants au sein de ce groupe. Pour 5% d'entre eux, les frais non pris en charge s'élèvent annuellement de 1 092 à 10 400 francs, mais pour les autres 5%, les frais non pris en charge varient entre 228 332 et 606 008 francs par an. Il importe de connaître l'existence de ces écarts lorsque l'on veut mener une politique plus ciblée vis-à-vis de ce groupe.

1.4.3. Les 25% de malades engendrent les frais les plus élevés

Le tableau suivant présente la répartition des frais non remboursables pour les 25% de malades chroniques qui engendrent les frais les plus élevés.

25% des malades engendrant les frais les plus élevés : coût annuel moyen (1)

Deze gegevens betreffen de eigen kosten van de chronisch zieken. Ook binnen deze groep blijkt dat er zeer grote verschillen zijn. Vijf procent onder hen betalen per jaar tussen 1 092 en 10 400 frank, maar er is ook 5% dat tussen 228 332 en 606 008 frank per jaar aan eigen kosten heeft. Dit is belangrijk wanneer men een meer gericht beleid ten aanzien van deze groep wil gaan voeren.

1.4.3. De 25% zieken met de hoogste kosten

De volgende tabel geeft de verdeling van de eigen kosten voor de 25% chronische patiënten met de hoogste kosten.

25% zieken met de hoogste kosten : gemiddelde jaarlijkse kost (1)

			%
— Traitement ambulatoire et avec hospitalisation. — *Ambulante en intramurale verzorging*	32 776		50
— Médicaments. — *Medicatie*	33 254		50
Total des frais de soins de santé. — *Totale kost gezondheidszorg*	66 030	36	100
— Produits de soins. — *Verzorgingsprodukten*	24 486		21
— Service à domicile. — *Dienstverlening aan huis*	56 336		48
— Aides techniques. — *Hulpmiddelen*	9 890		8
— Distribution de repas. — *Maaltijdbedeling*	8 283		7
— Accueil hors domicile + transport. — *Opvang buitenshuis + vervoer*	18 386		16
Frais de dépendance. — *Afhankelijkheidskosten*	117 380	64	100
Total. — *Totaal*	183 409	100	

Le coût annuel moyen des soins de santé s'élève, pour ce groupe, à 66 030 francs. En ce qui concerne les médicaments, le montant de 33 254 francs comprend non seulement les tickets modérateurs mais aussi les médicaments non remboursables.

Les malades de ce groupe doivent toutefois payer en moyenne un total de 183 409 francs par an de leurs deniers. Ceci montre que les problèmes des malades chroniques vont bien au-delà de la seule aide médicale.

1.4.4. Malades chroniques avec ou sans indication de dépendance

Le tableau suivant isole tout d'abord au sein du groupe des 1 150 malades chroniques ceux qui, durant deux années consécutives, ont dépassé le mon-

De gemiddelde jaarlijkse kost voor de gezondheidszorg bedraagt voor deze groep 66 030 frank per jaar. Wat de medicatie betreft omvat het bedrag van 33 254 frank niet alleen de remgelden, maar ook de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen.

De groep moet echter in totaal gemiddeld 183 409 frank per jaar uit eigen middelen betalen. Hier blijkt dat de problemen van chronische patiënten heel wat ruimer zijn dan de medische hulpverlening alleen.

1.4.4. Chronisch zieken met en zonder afhankelijkheidsindicatie

In de volgende tabel wordt binnen de groep van 1 150 chronisch zieken, vooreerst de groep afgezonderd die twee jaar na elkaar het bedrag van

(1) 25% des malades chroniques sondés (statut E: 20%, dialyse rénale: 18%, parkinson: 14% et groupe ticket modérateur 2 × 15 000 francs: 45%). Sans modération pour la franchise sociale et fiscale.

(1) 25% van de ondervraagde chronische zieken (20% E-statuut, 18% nierdialyse, 14% parkinson en 45% 2 × 15 000 frank remgeld-groep). Zonder afremming door de sociale en fiscale franchise.

tant de 15 000 francs en termes de ticket modérateur (= la franchise sociale). Alors que le coût moyen à charge du patient s'élève à 77 293 francs pour tous les malades chroniques, il atteint déjà 97 626 francs pour ce sous-groupe.

Si l'on forme un autre sous-groupe composé des patients fortement dépendants pour lesquels un infirmier reçoit le forfait B, la quote-part personnelle passe à 132 170 francs. Enfin, si l'on combine les deux sous-groupes, à savoir celui des patients dont la quote-part excède 15 000 francs pendant deux années consécutives et ceux qui donnent droit au forfait B, les frais non pris en charge s'élèvent à 150 309 francs par an.

15 000 frank aan remgelden (= de sociale franchise) hebben overschreden. Waar de gemiddelde kost voor de patiënt voor alle chronische patiënten 77 293 frank bedraagt, wordt dit in deze groep reeds 97 626 frank.

Wanneer men binnen de totale groep nog eens een afsplitsing maakt van de zwaar afhankelijke patiënten voor wie een verpleegkundige het forfait B krijgt, stijgt de eigen uitgave reeds tot 132 170 frank. Indien men ten slotte de combinatie van de twee subgroepen maakt, namelijk de patiënten die twee jaar na elkaar een uitgave van meer dan 15 000 frank hebben en die recht hebben op het forfait B, lopen de kosten op tot 150 309 frank per jaar.

Dépenses de santé

Gezondheidskosten

Malades chroniques avec et sans indication de dépendance

Chronisch zieken met en zonder afhankelijkheidsindicatie

	1 150 maladies chroniques — *1 150 chronisch zieken*	2 × 15 000 francs par groupe — *2 × 15 000 frank-groep*	Forfait-B par groupe — *Forfait-B-groep*	Forfait B+2 × 15 000 par groupe — *Forfait B+2 × 15 000 groep*
Ticket modérateur hors médicaments. — *Remgeld buiten medicatie*	19 760	37 940	24 197	51 994
Ticket modérateur médicaments. — *Remgeld medicatie*	18 928	17 872	24 176	21 504
Total frais AMI. — *Totale ZIV-kosten*	38 688 (50%)	64 044 (65%)	53 494 (40%)	77 048 (51%)
Frais de dépendance. — *Kosten afhankelijkheid*	38 631 (50%)	33 581 (35%)	78 676 (60%)	73 261 (49%)
Total. — *Totaal*	77 293	97 626	132 170	150 309

À la lumière de ces données, l'union nationale a émis l'avis que les 10 000 francs mis à partir de cette année à la disposition d'une série de malades chroniques aillent en premier lieu à ce sous-groupe. En fin de compte, il ne s'agit d'ailleurs ici que d'un allégement très limité des frais à charge de ces patients.

In het licht van deze gegevens heeft de landsbond geadviseerd dat de 10 000 frank die vanaf dit jaar ter beschikking wordt gesteld van een aantal chronische patiënten, in eerste instantie naar deze laatste groep zou gaan. Uiteindelijk betreft het hier trouwens slechts een zeer beperkte verlichting van de kosten die deze patiënten moeten dragen.

1.5. La franchise sociale et la franchise fiscale en 1997 rapportées au groupe social

Le tableau suivant présente les montants des tickets modérateurs qui n'ont pas dû être payés en 1997 par les membres de l'ANMC du fait de l'application de la franchise sociale. Le surcoût pour l'INAMI s'élève à 263 025 777 francs pour 27 464 ménages, ce qui revient à 9 577 francs par ménage. Il s'agit d'un groupe représentant 5,10% de tous les membres de l'ANMC.

1.5. De sociale en fiscale franchise in 1997 verdeeld naar de sociale groep

De volgende tabel geeft de bedragen weer van de remgelden die in 1997 niet moesten worden betaald door leden van de LCM ten gevolge van de toepassing van de sociale franchise. De meeruitgave van het RIZIV bedraagt 263 025 777 frank voor 27 464 gezinnen, wat neerkomt op 9 577 frank per gezin. Het betreft hier een groep die 5,10% uitmaakt van alle leden van de LCM.

La franchise sociale en 1997

Analyse par groupe social (affiliés ANMC)

De sociale franchise in 1997

Analyse naar sociale groep (LCM-leden)

Groupe social — *Sociale groep*	Montant total — *Totaal bedrag*	Nombre de ménages mutualistes — *Aantal mutualistische gezinnen*	% du groupe social — *% van de sociale groep*	Moyenne par ménage mutualiste — *Gemiddeld per mutualistisch gezin*
Minimum de moyens d'existence — *Bestaansminimum*	16 135 788	1 086	5,88	14 858
Revenu garanti — *Gewaarborgd inkomen*	18 882 720	2 592	4,29	7 285
Intervention handicapés — *Tegemoetkoming gehandicapten*	54 892 194	5 334	7,87	10 291
Allocations familiales majorées — *Verhoogde kinderbijslag*	9 387 372	708	10,77	13 259
Chômeurs complets — *Volledig werklozen*	85 917 000	9 750	8,69	8 812
VIPO 100 — *WIGW 100*	171 583 314	16 527	3,91	10 382
Total — *Totaal*	263 025 777	27 464	5,10	9 577

Il ressort d'une analyse des données relatives à la franchise fiscale pour l'ensemble de la Belgique qu'en 1997, un montant de 2 226 909 405 francs a été remboursé pour l'année 1994, soit en moyenne 14 360 francs par ménage pour un total de 155 075 ménages. Le fait que cela ne concerne que 3,60 % du nombre total des ménages fiscaux de même revenu, est une fois encore révélateur de la concentration des dépenses en matière de soins de santé.

Uit een analyse van de gegevens in verband met de fiscale franchise voor heel België blijkt dat in het jaar 1997 voor het jaar 1994 een bedrag werd terugbetaald van 2 226 909 405 frank, of gemiddeld 14 360 frank per gezin voor 155 075 gezinnen. Uit de vaststelling dat het hier slechts 3,60 % van het totale aantal fiscale gezinnen met hetzelfde inkomen betreft, blijkt nogmaals hoe de uitgaven voor gezondheidszorg geconcentreerd zijn.

La franchise fiscale en 1997 : Belgique

Remboursements 1994

De fiscale franchise in 1997 : België

Terugbetalingen voor 1994

Revenu en 1 000 BEF — *Inkomen in 1 000 BEF*	Montant total — *Totaal bedrag*	Nombre de ménages fiscaux — *Aantal fiscale gezinnen*	% de ménages fiscaux ayant le même revenu — *% van fiscale gezinnen met zelfde inkomen*	Moyenne par ménage fiscal — *Gemiddeld per fiscaal gezin*
< 538	894 084 418	67 411	5,25	13 263
538-828,9	951 700 115	66 667	5,30	14 275
829-1 119,9	248 958 730	14 969	2,08	16 632
1 120-1 410,9	70 130 931	3 505	5,20	20 009
>=1 411	62 035 211	2 523	4,10	24 588
	2 226 909 405	155 075	3,60	14 360

Il faut d'ailleurs tenir compte dans tout ceci du fait que la franchise sociale et la franchise fiscale ne portent que sur les tickets modérateurs et n'entraînent donc aucun allégement des frais afférents par exemple aux prestations non remboursables.

Bij dit alles moet men trouwens voor ogen houden dat zowel de sociale als de fiscale franchise alleen betrekking hebben op de remgelden en derhalve geen verlichting van de lasten voor bijvoorbeeld de niet-terugbetaalbare verstrekkingen tot gevolg hebben.

2. Différences d'état de santé et de frais de santé

Il ressort d'une étude réalisée voici plusieurs années par l'union nationale et publiée dans le «*M-Informa-*

2. De verschillen in gezondheid en in gezondheidskosten

Uit een studie die de landsbond reeds enkele jaren geleden heeft uitgevoerd en die werd gepubliceerd als

tiedossier» nº 25 sous le titre «Gezondheid en sociale ongelijkheid», que dans le domaine de la santé, tous les Belges ne sont pas égaux. Les classes socio-économiques inférieures vivent en moyenne cinq années de moins que les classes économiquement plus aisées et souffrent davantage de certaines affections. Cette problématique est très complexe et il serait illusoire d'espérer que ces écarts disparaîtront si l'on instaure la gratuité des soins de santé pour ces groupes. La politique en matière de logement, de protection de la jeunesse, etc., est tout aussi importante à cet égard.

Une enquête réalisée auprès de 10 000 personnes révèle, par exemple, des écarts importants dans la manière dont les gens évaluent leur état de santé, en fonction du niveau de formation. Sur les personnes du groupe cible qui n'ont suivi que l'enseignement primaire, 40% jugent leur état de santé très mauvais, mauvais ou raisonnable, tandis que chez les diplômés de l'enseignement supérieur ce nombre n'est que de 12%.

Perception de l'état de santé en fonction du degré de formation

Très mauvais, mauvais ou raisonnable

het M-Informatiedossier nr. 25 «Gezondheid en sociale ongelijkheid» blijkt dat op het vlak van de gezondheid niet alle Belgen gelijk zijn. De lagere sociaal-economische klassen leven gemiddeld vijf jaar minder lang dan de economisch beter gesitueerden en zijn in grotere mate onderhevig aan bepaalde aandoeningen. Deze problematiek is zeer complex en het zou een illusie zijn te verwachten dat deze verschillen verdwijnen door de gezondheidszorg gratis te maken voor deze groepen. Het beleid op het vlak van huisvesting, jeugdbescherming en dergelijke meer is wat dit betreft even belangrijk.

Uit een onderzoek dat werd uitgevoerd bij 10 000 personen, blijkt bijvoorbeeld dat er grote verschillen zijn in de gezondheidsbeleving naar gelang van het onderwijs dat men genoten heeft. Van de personen in de onderzoeksgroep die slechts lager onderwijs genoten hebben, ervaart 40% zijn gezondheid als zeer slecht, slecht of redelijk. Voor de afgestudeerden van het hoger onderwijs is dit slechts 12%.

Gezondheidsbeleving afhankelijk van de opleiding

Zeer slecht, slecht of redelijk

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be)»

La situation est identique lorsque l'on examine l'état de santé en fonction du revenu du ménage. Plus le revenu diminue, plus la quote-part des personnes atteintes d'une ou plusieurs affections chroniques ou d'une ou plusieurs limitations fonctionnelles durables, augmente.

Een zelfde beeld vindt men terug wanneer wordt gepeild naar de gezondheidstoestand volgens het gezinsinkomen. Naarmate het inkomen daalt, stijgt het aandeel van de personen met één of meer chronische aandoeningen of met één of meer langdurige functiebeperkingen.

État de santé en fonction du revenu net du ménage

Gezondheidstoestand in functie van het netto-gezinsinkomen

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be)»

On retrouve le même schéma dans la consommation médicale.

Consommation médicale au cours de l'année écoulée, en fonction du revenu net du ménage

Ook voor de medische consumptie vindt men hetzelfde patroon terug.

Medische consumptie het afgelopen jaar in functie van het netto-gezinskomen

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be)»

Il est frappant de constater qu'en ce qui concerne certaines affections, l'on note également d'importantes différences d'une région à l'autre. La carte montre qu'il y a de grandes différences régionales pour ce qui est du traitement de ces affections. Quant à la recherche des causes de ces différences, c'est un autre problème.

Opvallend hierbij is dat men voor bepaalde aandoeningen ook grote geografische verschillen vaststelt. Dit is bijvoorbeeld het geval voor appendectomy. De kaart geeft grote regionale verschillen weer wat de behandeling voor deze aandoening betreft. Wat de oorzaken van deze verschillen zijn, is een ander probleem.

« Cette carte est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be) »

« Deze kaart is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be) »

L'union nationale a réalisé une étude sur le taux de mortalité (corrigé en fonction de l'âge et du sexe) par mutualité; en l'espèce aussi certains écarts sont étonnamment marqués. La mortalité réelle a été comparée à la mortalité standardisée (c'est-à-dire la mortalité prévisible compte tenu de l'âge et du sexe des membres de ces mutualités). L'on constate que certaines mutualités se situent 15% en-dessous de cette norme et d'autres, 15% au-dessus. Un tel constat soulève pour le moins des questions. Il serait illusoire d'espérer pouvoir gommer ces écarts simplement en augmentant l'offre médicale dans les régions concernées ou en la rendant moins coûteuse. Les causes sont en effet plus profondes.

Taux de mortalité (pondéré en fonction de l'âge et du sexe) par mutuelle (100 = moyenne ANMC) — Régime des salariés 1992-1993

De landsbond heeft zelf een onderzoek gedaan naar het sterftecijfer (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht) per ziekenfonds en komt ook wat dit betreft tot verrassend grote verschillen. De reële mortaliteit werd vergeleken met de gestandaardiseerde mortaliteit (dit is mortaliteit aan welke men zich zou verwachten rekening houdend met de leeftijd en het geslacht van de leden van die ziekenfondsen). Men stelt vast dat sommige ziekenfondsen 15% onder deze norm gesitueerd zijn en andere 15% erboven. Een dergelijke vaststelling roept op zijn minst vragen op. Het zou een illusie zijn te verwachten dat men deze verschillen kan wegwerken door zonder meer in de betrokken regio's het medisch aanbod te verhogen of goedkoper te maken. Aan de basis ervan liggen immers meer diepgaande oorzaken.

Sterftecijfer (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht) per ziekenfonds (100 = gemiddelde voor LCM) — Regeling werknemers 1992-1993

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be)»

3. Corrections sociales déjà réalisées tant en faveur des défavorisés que des malades chroniques

3.1. La franchise sociale et fiscale en 1994

3.1.1. Franchise sociale

Bénéficiaires

Personnes percevant l'intervention majorée (indiquées comme «régime préférentiel», voir fiche concernée) + les chômeurs complets (si isolés ou chef de famille, à partir de 6 mois de chômage).

De façon plus concrète.

Le ticket modérateur maximum à payer pour les personnes concernées est fixé à 15 000 francs par ménage.

Au-delà de ce plafond, le ticket modérateur est entièrement remboursé par la mutualité.

3.1.2. Franchise fiscale

Bénéficiaires

Tous les bénéficiaires qui ne peuvent pas bénéficier de la franchise sociale.

Le ticket modérateur maximum à payer par les personnes concernées dépend de leur revenu familial net imposable.

Le ticket modérateur au-delà de ce plafond est entièrement remboursé par le biais du fisc.

Les plafonds sont fixés comme suit:

Plafonds imposables	Revenus du ménage
15 000 F	0-537 999 F
20 000 F	538 000 à 828 999 F
30 000 F	829 000 à 1 119 999 F
40 000 F	1 120 000 à 1 410 999 F
50 000 F	à partir de 1 411 000 F

3.1.3. Franchise sociale et fiscale

• L'intervention personnelle pour les médicaments n'est pas encore intégrée dans la franchise.

• Intervention personnelle dans le prix de journée en cas d'hospitalisation.

— Uniquement intégrée dans la franchise sociale.

— Avec limitation aux 90 premiers jours pour les admissions dans un hôpital général et à la première année pour les admissions dans un hôpital psychiatrique.

• Ne sont pas intégrés non plus:

— Les frais de séjour dans une maison de repos, une maison de repos et de soins, dans un logement protégé et lors de cures thermales.

3. Reeds gerealiseerde sociale correcties zowel voor sociaal zwakkeren als voor chronisch zieken

3.1. De sociale en fiscale franchise in 1994

3.1.1. Sociale franchise

Rechthebbenden

Personen met verhoogde tegemoetkoming (vroeger aangeduid als «voorkeurregeling», zie de betreffende fiche) + de volledig werklozen (indien alleenstaand of gezinshoofd, vanaf 6 maand werkloosheid).

Meer concreet.

Het maximaal te betalen remgeld voor de betrokken personen is vastgelegd op 15 000 frank per gezin.

Het remgeld boven dit plafond wordt volledig door het ziekenfonds terugbetaald.

3.1.2. Fiscale franchise

Rechthebbenden

Alle rechthebbenden die geen aanspraak kunnen maken op de sociale franchise.

Het maximaal te betalen remgeld voor de betrokken personen is afhankelijk van hun netto belastbaar gezinsinkomen.

Het remgeld boven dit plafond wordt volledig terugbetaald via de belastingsdienst.

De plafonds zijn als volgt vastgelegd:

Plafonds belastbaar	Gezinsinkomen
15 000 F	0-537 999 F
20 000 F	538 000 tot 828 999 F
30 000 F	829 000 tot 1 119 999 F
40 000 F	1 120 000 tot 1 410 999 F
50 000 F	vanaf 1 411 000 F

3.1.3. Sociale en fiscale franchise

• Persoonlijk aandeel voor medicatie is nog niet in de franchise opgenomen.

• Persoonlijk aandeel ligdagprijs voor ziekenhuisopname:

— Enkel opgenomen in de sociale franchise.

— Met een beperking tot de eerste 90 dagen voor opnames in een algemeen ziekenhuis en het eerste jaar voor opnames in een psychiatrisch ziekenhuis.

• Evenmin opgenomen zijn:

— Verblijfkosten in een rusthuis, rust- en verzorgingstehuis, beschut wonen en bronkuren.

— Suppléments.
— Soins à l'étranger.

— Supplementen.
— Zorgen in het buitenland.

3.2. L'intervention majorée en 1997

(Équivalent du « régime préférentiel »)

3.2. De verhoogde tegemoetkoming in 1997

(Tot voor kort aangeduid als « voorkeurregeling »)

Avantage — *Voordeel*	Bénéficiaires — *Rechthebbenden*	Conditions de revenus — *Inkomensvoorwaarden*
Intervention personnelle réduite pour. — *Verlaagd persoonlijk aandeel voor :* • La plupart des prestations médicales. — *De meeste geneeskundige prestaties* • Les médicaments de la catégorie B et C. — *Medicatie van de B- en C-categorie* • Les hospitalisations. — *Ziekenhuisopnames*	1. VIPO. — *WIGW's :* • Veuves/veufs. — *Weduwen/weduwnaars* • Invalides. — *Invaliden* • Pensionnés. — *Gepensioneerden* • Orphelins. — *Wezen* 2. Anciens coloniaux, les ex-personnes non-protégées et les religieux (> 60/65 ans). — *Oud-kolonialen, de vroegere niet-beschermde personen en de kloosterlingen (> 60/65 jaar)* 3. Allocations familiales majorées pour les enfants handicapés. — *Verhoogde kinderbijslag voor gehandicapte kinderen*	Revenus du ménage : inférieur à 465 211 francs brut + 86 123 francs par personne à charge. — *Gezinsinkomen : niet hoger dan 465 211 frank bruto + 86 123 frank per persoon ten laste* (1)
Éventuellement droit à un certain nombre d'autres avantages sociaux tels que. — *Eventueel recht op een aantal voorzieningen, zoals :* • Tarif social pour le téléphone. — *Sociaal telefoontarief* • Réduction sur les transports en commun. — *Reductie op het openbaar vervoer*	4. Ayants droit. — *Rechthebbenden op :* • Au revenu garanti pour personnes âgées. — *Het gewaarborgd inkomen voor bejaarden* • À l'allocation pour handicapés. — *De tegemoetkoming aan gehandicapten*	Pas de conditions de revenus supplémentaires. — *Geen bijkomende inkomensvoorwaarden*
	5. Minimum d'existence ou allocataires du CPAS. — *Bestaansminimum- of steuntrekkers van het OCMW*	Pas de conditions de revenus supplémentaires. — *Geen bijkomende inkomensvoorwaarden*
	6. + les personnes à charge des groupes de personnes mentionnées ci-dessus. — + de personen ten laste van de hogervermelde groepen personen	Pas de conditions de revenus supplémentaires. — *Geen bijkomende inkomensvoorwaarden*

(1) Montants au 1er octobre 1997.

(1) Bedragen op 1 oktober 1997.

3.3. L'extension de la possibilité d'application du régime du tiers payant en 1997

3.3. De uitbreiding van de mogelijkheid tot toepassing van de derde betalende regeling in 1997

Avantage — *Voordeel*	Bénéficiaires — *Rechthebbenden*	Conditions — *Voorwaarden*
Possibilité d'application du régime du tiers payant notamment pour : — *Mogelijkheid tot toepassing van de derde betalende regeling onder andere voor :* • Conseils, consultations et visites des médecins. — *Adviezen, raadplegingen en bezoeken van geneesheren* • Diverses prestations dentaires. — *Allerlei tandheelkundige prestaties*	1. Bénéficiaires de l'intervention majorée (« régime préférentiel », voir fiche concernée). — *Rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkomingen (tot voor kort aangeduid als « voorkeurregeling », zie de betreffende fiche)*	Attestation du titulaire à la franchise sociale (à demander par le titulaire auprès de sa mutualité). — *Attest van gerechtigde op de sociale franchise (door de gerechtigde aan te vragen bij zijn/haar ziekenfonds)*

Avantage — *Voordeel*	Bénéficiaires — *Rechthebbenden*	Conditions — *Voorwaarden*
	2. Chômeurs complets. — *Volledig werklozen:* • Si isolé ou chef de famille. — *Indien alleenstaand of gezinshoofd* • À partir de 6 mois de chômage. — *Vanaf 6 maand werkloosheid* 3. Personnes séjournant dans des établissements spécialisés dans les soins pour enfants, personnes âgées ou handicapées. — *Residenten van inrichtingen, gespecialiseerd in de verzorging van kinderen, bejaarden of mindervaliden* (1) 4. Personnes dans le coma ou qui décèdent pendant le traitement. — *Personen in coma of die tijdens de behandeling overlijden* 5. Personnes se trouvant dans des situations de détresse financière. — *Personen in individuele financiële noodsituatie*	Attestation du titulaire à la franchise sociale (à demander par le titulaire auprès de sa mutualité). — *Attest van gerechtigde op de sociale franchise (door de gerechtigde aan te vragen bij zijn/haar ziekenfonds)*

(1) Par exemple, IMP, maisons de repos, maisons de repos et de soins, centres de rééducations, ...

(1) Bijvoorbeeld, MPI's, rustoorden, rust- en verzorgingstehuizen, revalidatiecentra, ...

3.4. Mesures en faveur des malades chroniques

Mesures	Budget à prévoir (en millions)
• Une indemnité globale de 10 000 francs par an pour couvrir les coûts liés à la santé en faveur des malades chroniques ayant des coûts élevés et multiples	520
• Un forfait de 10 000 francs par an pour les personnes souffrant d'incontinence pendant une longue période	220
• Un meilleur remboursement des tricycles électroniques ainsi que des chaises roulantes actives et électroniques	120
• Une intervention forfaitaire pour les chefs de famille en incapacité de travail ou invalides qui ont besoin de «l'aide d'une tierce personne»	164 à 328
• Une réduction sélective de la TVA sur les aides techniques achetées par une personne dépendante de soins	20
• Mesures spéciales pour des affections spécifiques	100 à 220
• Une intervention en faveur des personnes âgées isolées qui vont cohabiter avec des alliés au premier et deuxième degrés	200

En ce qui concerne les mesures en faveur des malades chroniques, l'on peut relever que ceux d'entre eux qui sont sources de «coûts combinés élevés» constituent le groupe auquel il a déjà été fait référence, à savoir celui des patients qui ont payé pour plus de 15 000 francs de ticket modérateur pendant deux années successives et qui donnent droit au forfait B.

3.4. Maatregelen ten voordelen van chronische zieken

Maatregelen	Kostprijs op jaarbasis (in miljoen)
• De toekenning van een globale onkostenvergoeding van 10 000 frank voor chronisch zieken met hoge gecombineerde kosten . . .	520
• De toekenning van een forfaitaire tussenkomst van 10 000 frank voor incontinente personen	220
• Hogere tussenkomsten van de ZIV voor rolstoelen, elektrische scooters en dgl.	120
• Een forfaitaire tegemoetkoming voor invalide gezinshoofden met nood aan hulp van derden .	164 à 328
• Een vermindering van de BTW voor de aankoop van hulpmiddelen	20
• Bijzondere maatregelen voor specifieke chronische aandoeningen	100 à 220
• Een verhoging van de tegemoetkoming voor zorgbehoevende bejaarden, samenwonend met gezinsleden	200

Wat de maatregelen ten voordele van de chronisch zieken betreft, kan worden opgemerkt dat de chronisch zieken «met hoge gecombineerde kosten» de groep is waar reeds eerder werd naar verwezen, namelijk de patiënten die twee jaar na elkaar meer dan 15 000 frank aan remgelden betaalden en die recht geven op het forfait B. De tussenkomst van 10 000 frank

L'intervention de 10 000 francs pour les personnes incontinentes pendant plus de trois mois est plus que justifiée. L'on peut en effet admettre que les frais à charge de ces patients sont d'environ 40 000 francs sur une base annuelle. Le but poursuivi est, en tout état de cause, d'étudier plus avant le groupe qui peut actuellement prétendre à cette intervention de 10 000 francs, afin de vérifier si ces moyens sont alloués aux bons patients.

Toutes ces mesures sont applicables actuellement, à l'exception des mesures spéciales concernant les affections chroniques spécifiques.

4. Nécessité d'un débat public — Mesures générales et spécifiques complémentaires

Les mesures applicables aux patients chroniques n'ont une utilité que si elles sont prises dans un cadre général. Des interventions ponctuelles ou partielles ne permettent pas de répondre aux problèmes fondamentaux qui se manifestent.

Cela signifie qu'il faut faire des choix, en tenant compte du paradigme suivant :

Le progrès technologique (c'est-à-dire les nouveaux médicaments et les nouveaux équipements médicaux) dans le contexte d'un budget fixe et de chômage, sans débat organisé sur l'évaluation en termes de résultats et sur les priorités en soins de santé, conduit nécessairement à une réduction de l'accès aux soins et peut-être à une aggravation des inégalités face à la santé.

Qu'est-ce que cela signifie ?

L'on ne cesse de voir sortir des médicaments nouveaux, par exemple des médicaments à utiliser dans le cadre de la lutte contre le cancer et qui coûtent une fortune. Il en va évidemment de même pour ce qui est des nouvelles technologies et des nouveaux appareillages.

— Cette évolution s'inscrit dans un cadre financier subordonnant l'augmentation des dépenses au respect d'une norme fixe.

— Cette évolution se déroule également dans une situation de chômage endémique. L'argument avancé pour justifier le remboursement des nouvelles techniques coûteuses est souvent celui du gain qu'elles procurent en termes de journées d'hospitalisation. Le gain en journées d'hospitalisation entraîne, à une plus grande échelle, des suppressions de lits d'hôpitaux. Il y a bel et bien eu des suppressions, mais les effectifs des hôpitaux n'ont pas diminué dans la même mesure. L'on constate au contraire une augmentation des frais de personnel dans les hôpitaux.

— Il n'y a actuellement aucun véritable débat en termes de résultats sur les objectifs prioritaires à atvoor personen die minstens drie maanden incontinent zijn, is meer dan verantwoord. Men mag immers aannemen dat de kost voor deze patiënten op jaarbasis om en bij 40 000 frank bedraagt. Het is hoe dan ook de bedoeling verder onderzoek te doen naar de groep die momenteel aanspraak kan maken op deze vergoeding van 10 000 frank ten einde na te gaan of deze middelen bij de juiste patiënten terecht komen.

Al deze maatregelen zijn momenteel in uitvoering, met uitzondering van de bijzondere maatregelen voor specifieke chronische aandoeningen.

4. De noodzaak van een publiek debat — Bijkomende algemene en specifieke maatregelen

Maatregelen ten aanzien van chronische patiënten hebben alleen zin indien zij worden genomen in een algemeen kader. Met punctuele of partiële ingrepen wordt geen antwoord geboden op de fundamentele problemen die er zijn.

Dit betekent dat er keuzen moeten worden gedaan en wat dit betreft is het volgende paradigma het overwegen waard :

Technologische ontwikkelingen (nieuwe medicijnen en nieuwe medische uitrusting) zonder voorafgaand debat over de verwachte resultaten en de prioriteiten inzake gezondheidszorg, leiden in een context van een vast budget en van werkloosheid onvermijdelijk tot een verminderde toegankelijkheid van de zorgverlening en wellicht tot meer ongelijkheid op dat vlak.

Wat betekent dit ?

Er komen steeds nieuwe medicamenten die, bijvoorbeeld voor de bestrijding van kanker, fortuinen kunnen kosten. Dit geldt vanzelfsprekend ook voor de nieuwe technologieën en apparatuur.

— Deze evolutie doet zich voor in een financieel kader waarbij de jaarlijkse uitgaven slechts kunnen stijgen volgens een vaste norm.

— Deze evolutie heeft ook plaats in een toestand van hoge werkloosheid. Als argument voor de terugbetaling van nieuwe en dure technieken wordt vaak de winst die deze opleveren in ligdagen, ingeroepen. Winst in ligdagen betekent op een grotere schaal de afschaffing van ziekenhuisbedden. Dit is ook gebeurd, maar het personeelsbestand van de ziekenhuizen is niet in dezelfde mate gedaald. Er is integendeel een toename van de personeelskosten in de ziekenhuizen.

— Er is momenteel geen echt debat in termen van resultaten of over de na te streven prioriteiten. De

teindre. Le remboursement des médicaments ne s'effectue pas toujours sur une base rationnelle. Il arrive que des produits dont il est établi qu'ils n'ont aucun effet, soient remboursés sous la pression des médias qui sont manipulés par l'industrie pharmaceutique. Le remboursement du médicament «Zocor» destiné aux personnes de plus de 70 ans, en est un bel exemple.

— Conclusion: pareille situation engendre une limitation de l'accessibilité des soins et peut-être une accentuation des inégalités dans le domaine de la santé. Pour le groupe des malades chroniques, cela signifie que, si l'on ne fait pas de choix clairs, ce seront en définitive les plus faibles de ce groupe qui payeront la facture. Dans le contexte actuel, si l'on attribue une indemnité de 10 000 francs à tous les malades chroniques, les moyens affectés à cette mesure ne peuvent pas être utilisés pour le remboursement de nouveaux médicaments coûteux qui risquent de peser plus lourd dans les finances d'un groupe limité de patients.

La nécessité de faire des choix clairs ressort également des résultats d'une étude néerlandaise qui compare la répartition des dépenses de soins de santé dans cinq pays européens. Cette étude montre par exemple que les dépenses liées aux prestations médicales représentent au Danemark 12,2% du total des dépenses. En Belgique, elles représentent 22%, ce qui est un pourcentage particulièrement élevé. En réduisant ce chiffre en Belgique jusqu'à concurrence du pourcentage danois, on dégagerait une grande quantité de moyens qui pourraient ensuite être consacrés, par exemple, aux soins intra-muros ou extra-muros.

terugbetaling van geneesmiddelen gebeurt niet altijd op rationele gronden. Het gebeurt dat producten waarvan vaststaat dat ze geen enkel effect hebben, toch worden terugbetaald onder druk van de media, die worden gemanipuleerd door de farmaceutische industrie. De terugbetaling van het geneesmiddel «Zocor» voor personen ouder dan zeventig jaar is hiervan een voorbeeld.

— Conclusie: een dergelijke situatie leidt tot een vermindering van de toegankelijkheid van de zorgverlening en misschien tot een toename van de ongelijkheid op het vlak van de gezondheid. Voor de groep van de chronisch zieken betekent dit dat, indien er geen duidelijke keuzen worden gedaan, de zwaksten binnen deze groep uiteindelijk de factuur zullen betalen. In de huidige context 10 000 frank per jaar toekennen aan alle chronisch zieken, houdt in dat de middelen die hiervoor worden gebruikt, niet kunnen worden aangewend voor de terugbetaling van nieuwe en dure geneesmiddelen die financieel veel zwaarder kunnen wegen voor een beperkte groep patiënten.

Dat het belangrijk is duidelijke keuzen te doen blijkt ook uit de resultaten van een Nederlandse studie, waarbij de verdeling van de uitgaven voor gezondheidszorg in vijf Europese landen wordt vergeleken. Hieruit blijkt bijvoorbeeld dat de uitgaven voor medische verstrekkingen in Denemarken 12,2% uitmaken van het totaal. In België ligt dit aandeel met 22% uitzonderlijk hoog. Door dit aandeel in België te verlagen tot het Deense percentage zouden een massa middelen vrijkomen om aan bijvoorbeeld intramurale of extramurale zorgverlening te besteden.

Comparaison de la répartition des dépenses en soins de santé (1995)

Vergelijking van de verdeling van de uitgaven voor gezondheidszorg

	Pays-Bas — *Nederland*	Danmark — *Denemarken*	France — *Frankrijk*	Suisse — *Zwitserland*	Belgique — *België*
Soins *intra-muros. — Intramurale zorgverlening* . .	59,0	66	50,7	51,2	51,7
Soins *extra-muros. — Extramurale zorgverlening* . .	17,2	16,8	23,1	28,2	20,6
Prévention. — *Preventie*	3,3	4,0	2,0	1,9	2,0
Biens médicaux. — *Medische hulpgoederen*	15,7	12,2	18,4	12,1	22,0
Administration. — *Administratie*	4,8	1,0	5,8	6,6	3,7
	100%	100%	100%	100%	100%

Si l'on étudie les comparaisons internationales relatives aux dépenses de médicaments par patient, on constate aussi qu'elles sont particulièrement élevées en Belgique, notamment en ce qui concerne les dépenses personnelles du patient. Cette constatation est d'ailleurs confirmée par les enquêtes effectuées auprès des malades chroniques, d'où il ressort que ces personnes ont des frais énormes en médicaments, dont une bonne partie est superflue. On ne résout pas ce problème par la voie financière, mais par l'information et la formation.

Ook wanneer men de internationale vergelijkingen in verband met de uitgaven voor geneesmiddelen per patiënt bekijkt, stelt men vast dat deze in België uitzonderlijk hoog zijn, zeker wat de eigen uitgaven van de patiënt betreft. Dit wordt overigens bevestigd door enquêtes bij chronische patiënten, waaruit blijkt dat zij enorm hoge kosten voor geneesmiddelen hebben, waarvan een goed deel overbodig is. Dit probleem lost men niet op langs financiële weg, maar via informatie en opleiding.

Un débat public sur les choix est donc plus qu'indispensable.

Il y a lieu tout d'abord de prendre un certain nombre de mesures à caractère général dont l'impact dépasse le groupe des malades chroniques. Ces mesures sont:

— l'inclusion de certains médicaments de la catégorie B dans la franchise. Il faut toutefois faire preuve de prudence dans le choix de ces médicaments. L'exécution de Pharmanet est nécessaire pour collecter les données indispensables relatives à la consommation;

— la forfaitarisation des médicaments non remboursables dans les hôpitaux. La base légale pour mutualiser ces médicaments existe déjà depuis 7 ans, mais on n'a encore pris aucune initiative dans ce domaine. Certains patients reçoivent pourtant des factures énormes pour ces médicaments;

— la promotion de l'utilisation des produits génériques. La France a récemment introduit le droit de substitution pour les pharmaciens. En Belgique aussi, on dispose de la base légale à cet effet, mais on n'en a pas encore fait usage;

— une meilleure couverture des prothèses et des implants;

— la majoration des allocations de remplacement. Pour beaucoup de malades chroniques, notamment, ces allocations ne sont pas en rapport avec les frais élevés qu'entraîne leur maladie;

— une exécution effective du droit au régime du tiers payant. Les quelque 1 300 000 patients qui, à l'heure actuelle, peuvent prétendre à la franchise sociale ont la possibilité de faire appel au tiers payant dans la mesure où le prestataire de soins donne son accord. Pourquoi ne pourrait-on pas en faire un droit pour ces gens?

Une série de mesures spécifiques s'imposent par ailleurs pour le groupe des malades chroniques:

— la prolongation du remboursement global des coûts à hauteur de 10 000 francs qui a été accordée récemment. Cette prolongation doit toutefois aller de pair avec une évaluation visant à déterminer clairement si ces moyens vont effectivement aux personnes qui en ont le plus besoin, car dans le groupe des malades chroniques, les dépenses sont fortement concentrées également;

— l'installation de la commission des malades chroniques à l'INAMI. Cette commission permettrait de tenir constamment en éveil l'attention des autorités sur les problèmes du groupe concerné;

— la création d'un centre de documentation et de consultation à l'instar de ce qui se fait dans certains autres pays. Les malades et leurs organisations pourraient s'y adresser pour de plus amples informations sur les médicaments. Le centre pourrait également faire office de forum pour des échanges d'idées;

Een publiek debat over de keuzen is derhalve meer dan noodzakelijk.

Er dienen vooreerst een aantal algemene maatregelen te worden genomen, die ruimer zijn dan de groep van de chronische patiënten, zoals:

— de opname van bepaalde geneesmiddelen van de categorie B in de franchise. Men moet bij de keuze van deze middelen wel voorzichtig zijn. Om de nodige gegevens over het verbruik te verzamelen is de uitvoering van Pharmanet noodzakelijk;

— het forfaitariseren van de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen in ziekenhuizen. De wettelijke basis om deze geneesmiddelen te mutualiseren bestaat reeds 7 jaar maar er is op dit vlak nog geen enkel initiatief genomen. Nochtans krijgen sommige patiënten voor deze middelen enorme facturen;

— het bevorderen van het gebruik van generische producten. In Frankrijk werd recent het substitutierecht van de apothekers ingevoerd. Ook hiervoor bestaat er in België een wettelijke basis, waarvan echter geen gebruik wordt gemaakt;

— een betere dekking van prothesen en implantaten;

— de verhoging van de inkomensvervangende tegemoetkomingen. Vooral voor veel chronische zieken zijn deze uitkeringen niet in verhouding tot de hoge kosten die zij hebben ten gevolge van hun ziekte;

— een effectieve invoering van het recht op de derde betalende regeling. De 1 300 000 patiënten die momenteel aanspraak kunnen maken op de sociale franchise hebben de mogelijkheid beroep te doen op de derde betalende regeling in de mate dat de zorgverstrekker hiermee akkoord gaat. Waarom kan men hier voor deze mensen geen recht van maken?

Daarnaast zijn een reeks specifieke maatregelen voor de groep van de chronische patiënten noodzakelijk:

— een verlenging van de algemene onkostenvergoeding van 10 000 frank die onlangs werd toegekend. Deze verlenging moet wel gepaard gaan met een evaluatie die duidelijk moet maken of de middelen terecht komen bij de personen die ze het meest nodig hebben. Ook binnen de groep chronische patiënten zijn de uitgaven immers sterk geconcentreerd;

— de installatie van de RIZIV-commissie Chronische Zieken. Deze zou de problemen van de betrokken groep op permanente wijze onder de aandacht van het beleid houden;

— de oprichting van een documentatie- en adviescentrum zoals dat in sommige andere landen bestaat. De zieken en hun organisaties zouden hier terecht kunnen voor betere informatie over geneesmiddelen. Tevens zou dit een forum kunnen zijn om ideeën uit te wisselen;

— le financement alternatif de soins expérimentaux pour les malades chroniques. Actuellement, le malade chronique s'adresse à différentes sortes de prestataires de soins, qui interviennent chacun dans leur domaine propre. Il en résulte un morcellement des soins et, dans certains cas, un manque de continuité de ceux-ci. Pourquoi ne pourrait-on pas expérimenter un système d'indemnisation axé sur des équipes assurant la totalité de l'assistance requise;

— le renforcement de l'assertivité des malades chroniques. Dans le cadre d'une expérience qui est actuellement menée par les mutualités chrétiennes, les malades chroniques tiennent un journal qui leur appartient et dans lequel ils racontent leur histoire. Ils demandent également à leur généraliste et aux spécialistes qui les soignent d'y consigner toutes les données qu'ils jugent importantes. Les premiers résultats sont apparemment très positifs. Les patients apprennent à comprendre leur propre anamnèse et en parlent avec leurs médecins;

— des mesures spéciales pour des affections spécifiques et rares. Des pétitions circulent actuellement en vue de réclamer une assistance plus importante pour les patients atteints de pathologies rares mais très lourdes. Ces patients, dont le nombre est par définition très réduit, doivent faire l'objet de mesures spéciales, qui ne peuvent toutefois se limiter au seul plan financier;

— l'adaptation des forfaits pour les centres de santé de quartier et l'extension des prestations concernées;

— l'interdiction de toute discrimination des malades chroniques dans les assurances facultatives. Les assureurs excluent de plus en plus les pathologies chroniques des polices d'assurance complémentaire. Le phénomène se constate non seulement en ce qui concerne les assurances complémentaires d'hospitalisation, mais aussi pour toutes sortes de polices, comme par exemple les assurances-vie.

5. La nécessité d'être attentif à la qualité des soins et à la qualité de la vie

Les malades chroniques n'ont pas que des problèmes financiers. Des études ont révélé qu'un malade sur trois éprouve des douleurs graves ou continues, qu'il est fatigué en permanence et/ou qu'il est sujet à des problèmes d'équilibre et de sommeil.

Plus d'un malade chronique sur trois se sent déprimé et plus d'un sur cinq souffre de devoir dépendre d'autrui et est apathique.

Moins d'un malade chronique sur trois appartenant à la population active est effectivement en activité professionnelle et dans un cas sur quatre, le malade chronique compte au moins un autre malade chronique dans sa famille.

— alternatieve financiering van experimentele zorg voor chronisch zieken. De chronische patiënt komt nu bij verschillende soorten zorgverstrekkers terecht, die elk op hun eigen terrein werkzaam zijn. Daardoor is de verzorging als het ware verbrokkeld en vertoont zij soms onvoldoende continuïteit. Waarom zou niet kunnen worden geëxperimenteerd met een vergoedingssysteem dat zich richt tot equipes die het geheel van de vereiste hulp voor hun rekening nemen;

— bevordering van de weerbaarheid van chronisch zieken. Momenteel loopt bij de christelijke ziekenfondsen een experiment waarbij chronisch zieken een dagboek bijhouden dat hun eigendom is en waarin zij hun verhaal vertellen. Tegelijk vragen zij hun huisarts en de specialisten die hen verzorgen, alle gegevens die zij belangrijk achten in dit boekje neer te schrijven. De eerste resultaten lijken zeer positief. De patiënten leren hun eigen ziektegeschiedenis begrijpen en treden hierover in gesprek met hun artsen;

— bijzondere maatregelen voor specifieke en zeldzame ziekten. Momenteel circuleren een aantal petitielijsten voor een meer uitgebreide hulp ten aanzien van patiënten met zeldzame maar zeer zware pathologieën. Ten aanzien van deze patiënten, die overigens per definitie kleine aantallen vertegenwoordigen, moeten bijzondere maatregelen worden genomen maar deze mogen niet beperkt blijven tot het financiële vlak alleen;

— aanpassing van de forfaits voor de medische wijkgezondheidscentra en de uitbreiding van de prestaties die hiervoor in aanmerking komen;

— een verbod op discriminatie van chronische zieken in de facultatieve verzekeringen. Chronische aandoeningen worden alsmaar meer uitgesloten van polissen voor aanvullende verzekeringen. Men stelt dit fenomeen niet alleen vast in aanvullende hospitalisatieverzekering maar in tal van andere soorten polissen zoals bijvoorbeeld levensverzekeringen.

5. De noodzaak van aandacht voor de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van het leven

De problemen van chronisch zieke personen blijven niet beperkt tot het financiële vlak alleen. Uit onderzoek blijkt dat één op drie onder hen ernstige of voortdurende pijn heeft, voortdurend vermoeid is en/of evenwichts- en slaapproblemen kent.

Meer dan één op drie chronische zieken voelt zich neerslachtig en meer dan één op vijf lijdt onder het afhankelijk zijn van anderen en is lusteloos.

Minder dan één op drie chronisch zieke personen in de beroepsactieve levensfase is ook beroepsactief en bij één op vier chronisch zieke personen is minstens één ander gezinslid eveneens chronisch ziek.

Problèmes les plus courants, sur le plan personnel

Meest voorkomende problemen, op persoonlijk vlak

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be)»

3.4. Problèmes de santé les plus courants

3.4. Meest voorkomende gezondheidsproblemen

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be)»

3.4. Problèmes les plus courants des membres de la famille

3.4. Meest voorkomende problemen familieleden

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be)»

B. Échange de vues

Un membre fait observer que dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité, on peut certes contrôler si une aide déterminée a été dispensée, mais pas si elle l'a été opportunément.

À cet égard, des pas ont déjà été faits dans le sens de l'examen critique de confrères *(peer review)*. Qu'en est-il actuellement sur le terrain? Des systèmes de *peer review* fonctionnent-ils déjà? Les mutuelles prennent-elles des initiatives en ce sens? Ne sont-elles pas les représentantes du patient; qui n'a aucun intérêt à des interventions inutiles?

M. Wauters répond que les chiffres ou les profils qui montrent de grandes différences dans la consommation médicale entre les régions, les hôpitaux ou les dispensateurs de soins frappent vite l'imagination. Il est exact qu'il y a quelques années, l'INAMI a centré ses contrôles sur la réalité des prestations et leur conformité avec la nomenclature. On dispose à présent, depuis quelques années, de données plus performantes en matière de profils; elles sont examinées attentivement par les commissions concernées. On ne peut cependant pas en faire n'importe quoi. Si l'on constate des différences sur la base des profils et que l'on y rattache d'emblée une appréciation de l'opportunité des prestations (elles n'étaient pas nécessaires ou elles étaient inutilement onéreuses), on

B. Gedachtewisseling

Een lid merkt op dat in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering wel kan worden nagegaan of bepaalde hulp effectief werd verstrekt, maar dat niet de opportuniteit hiervan kan worden gecontroleerd.

In dit verband werden reeds stappen gedaan in de richting van *peer review*. Wat is momenteel, wat dit betreft de situatie op het terrein? Werken er reeds systemen van *peer review*? Nemen de ziekenfondsen initiatieven in deze richting? Ze zijn toch de vertegenwoordigers van de patiënt die geen enkel belang heeft bij onnodige ingrepen.

De heer Wauters antwoordt dat cijfers of profielgegevens waaruit grote verschillen in medische consumptie blijken tussen regio's, ziekenhuizen of zorgverstrekkers, vlug tot de verbeelding gaan spreken. Het is inderdaad zo dat het RIZIV tot voor enkele jaren zijn controles richtte op de realiteit van de prestaties en op hun conformiteit met de nomenclatuur. Men beschikt momenteel echter reeds enkele jaren over meer performante profielgegevens die in de betrokken commissies grondig worden besproken. Met deze profielgegevens kan men echter niet om het even wat doen. Wanneer men op basis hiervan verschillen gaat vaststellen en hier meteen een opportuniteitsoordeel (die prestaties waren niet nodig of waren onnodig duur) aan koppelt, loopt men binnen de

ne tardera pas à se retrouver plongés dans une querelle juridique.

On pourrait aborder le problème en plaçant les données selon une courbe de Gausse et en s'attaquant aux extrémités de cette courbe, qui peuvent être le signe d'abérrations. On obtiendra toutefois un meilleur résultat en s'efforçant d'infléchir toute la courbe dans l'une ou l'autre direction, et ce en mettant les données à la disposition des dispensateurs de soins, en les informant pour qu'ils s'interrogent eux-même sur les éventuelles différences, qu'ils y cherchent des explications et qu'ils adaptent leur comportement.

La Belgique n'a pas de grande tradition en matière de *peer review*, mais les choses changent rapidement. Au niveau de l'accréditation, des cercles locaux de généralistes et du fonctionnement des hôpitaux, notamment, on se montre de plus en plus disposé à se mettre en question et à chercher les causes de différences qui ont été constatées sur la base de données performantes.

Les mutuelles sont disposées, hors de toute prétention paternaliste, doctorale ou répressive, à prêter leurs concours en fournissant des données et en offrant des pistes de réflexion. Une telle approche serait en tout cas beaucoup plus efficace que celle consistant à jouer sur les extrêmités de la courbe de Gausse, que l'on trouvera toujours le moyen d'expliquer et dont l'incidence sur l'offre globale est limitée.

Un membre observe que pour l'instant, on s'intéresse particulièrement au problème de l'échelonnement. Que peut-on en attendre sur le plan de l'accessibilité des soins de santé ?

M. Hermesse répond que personne ne peut être contre l'échelonnement. Mais, en même temps, on peut se demander si un tel système permettrait de faire des économies significatives et s'il rendrait les soins de santé moins chers pour le patient. Certains estiment même que l'obligation pour le patient de passer d'abord par le médecin généraliste avant de faire appel à un spécialiste fera augmenter les dépenses. Tout dépendra des spécialités que l'on inclura dans le système (gynécologie, pédiatrie ...?).

Le débat est lancé et l'intervenant craint que l'on n'investisse beaucoup d'énergie dans une mesure qui, fondamentalement, n'améliorera pas beaucoup les soins de santé. Il y a pour l'instant des problèmes plus cruciaux à résoudre. Mais comme on l'a déjà dit, on ne peut pas être contre l'échelonnement et l'union nationale y collaborera certainement de manière positive.

M. Wauters ajoute qu'une grande confusion entoure cette notion d'échelonnement. Si on entend par là que les soins doivent toujours être dispensés au bon endroit et au bon niveau, il est évident que

kortste keren gegarandeerd vast in een juridisch steekspel.

Een mogelijkheid om deze problematiek aan te pakken, zou erin kunnen bestaan de profielgegevens in een Gausscurve te plaatsen en de uiteinden hiervan, die op aberraties kunnen wijzen, aan te pakken. Een beter resultaat verkrijgt men echter door te trachten heel de Gausscurve in een of andere richting te verschuiven. Dit is mogelijk door de gegevens ter beschikking te stellen van de zorgverstrekkers, ze te informeren zodat zij zich zelf vragen gaan stellen bij eventuele verschillen, hiervoor verklaringen gaan zoeken en hun gedrag gaan aanpassen.

België heeft geen grote traditie op het vlak van *peer review*, maar hierin komt snel verandering. Onder meer op het vlak van de accreditering, de lokale huisartsenkringen en de werking binnen de ziekenhuizen goeit de bereidheid zichzelf in vraag te gaan stellen en te zoeken naar de oorzaken van verschillen, die op basis van performante gegevens zijn samengesteld.

De ziekenfondsen zijn bereid aan deze evolutie mee te werken door, zonder betuttelend, belerend of bestraffend te willen optreden, gegevens aan te reiken en mogelijkheden tot reflectie te bieden. Een dergelijke aanpak is hoe dan ook een stuk efficiënter dan zich te gaan richten tot de uiteinden van de Gausscurve waarvoor men altijd wel een uitleg krijgt en waarvan de invloed op het totale aanbod beperkt is.

Een lid merkt op dat de problematiek van de echelonnering momenteel volop in de belangstelling staat. Wat mag men hiervan verwachten op het vlak van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg ?

De heer Hermesse antwoordt dat niemand tegen echelonnering kan zijn. Maar tegelijk is het zeer de vraag of een dergelijk systeem een ingrijpende besparing tot gevolg zou hebben en de gezondheidszorg voor de patiënt goedkoper maken. Sommigen menen zelfs dat de verplichting voor de patiënt eerst langs de huisarts te gaan vooraleer een beroep wordt gedaan op een specialist, de uitgaven zal doen stijgen. Veel zal in dit verband afhangen van de vraag welke specialiteiten in het systeem worden opgenomen (gynaecoloog, pediater, ...?).

Het debat hierover is volop aan de gang en zelf vreest hij dat hierbij veel energie wordt geïnvesteerd in een maatregel die fundamenteel niet veel zal wijzigen wat de verbetering van de gezondheidszorg betreft. Er zijn momenteel meer cruciale problemen die een oplossing vergen. Zoals reeds gezegd kan men er echter ook niet tegen zijn en de landsbond zal hieraan beslist op positieve wijze meewerken.

De heer Wauters voegt hieraan toe dat over het begrip « echelonnering » ook een grote spraakverwarring heerst. Wanneer men hieronder verstaat dat de zorg altijd wordt verstrekt op de juiste plaats en op

personne ne peut être opposé à pareille mesure. Par contre, une mesure que obligerait le patient à consulter le médecin généraliste avant de s'adresser au spécialiste n'aurait pas beaucoup de sens. On ne saurait réduire l'échelonnement à un exercice d'équilibre entre généralistes et spécialistes. La notion concerne tout autant l'organisation de la médecine spécialisée en tant que telle.

L'union nationale estime en revanche qu'il faut opter résolument pour une politique de la santé dans laquelle le médecin généraliste occupe une place centrale. L'instauration d'un dossier médical central est un instrument important pour réaliser une telle politique. Le dossier médical central peut-être un premier pas vers l'amélioration de la structure et de la coordination des soins de santé pour les patients en général et pour les malades chroniques en particulier.

L'intervenante suivante observe que dans l'exposé, on a nettement mis l'accent sur les dépenses que doivent consentir les patients chroniques. Un autre aspect du problème est le montant des allocations qu'ils reçoivent, une question qui mérite elle aussi d'être examinée.

Les représentants de l'INAMI ont estimé les dépenses consenties par le patient à environ 10% du coût total de la prestation de soins. L'union nationale estime apparement que ce chiffre est nettement plus élevé et qu'il est d'environ un quart. Quelle a été l'évolution au cours des dernières années et dispose-t-on de chiffres comparatifs avec d'autres pays?

On évalue l'effet macro-économique des récentes mesures concernant le ticket modérateur à quelque 12 milliards de francs. Ce montant, qui représente un sacrifice financier pour les patients, peut-il être mis en rapport avec d'autres économies dans les soins de santé?

La franchise fiscale avait pour but d'éviter que les patients doivent consacrer plus d'un tiers de leurs revenus aux dépenses de santé. A-t-on pu atteindre cet objectif dans la pratique, ou est-il impossible de le dire sur la base des statistiques fiscales disponibles?

Au cours de l'exposé, on a énuméré une série de mesures ponctuelles prises à l'égard des malades chroniques. On a aussi attiré l'attention à juste titre sur le fait que l'on ne saurait dissocier ce problème de l'augmentation du prix des soins de santé due à l'évolution technologique, alors que le financement se fait au moyen d'enveloppes budgétaires. Cette situation soulève des questions éthiques qui rendent également indispensable un débat sur les priorités générales dans les soins de santé.

On peut se demander dans quelle mesure la commission peut encore approfondir le sujet dans les

het juiste niveau, kan vanzelfsprekend niemand tegen een dergelijk systeem zijn. Een maatregel die de patiënt zonder meer verplicht altijd de huisarts te raadplegen vooraleer hij naar een specialist gaat, zou daarentegen weinig zinvol zijn. Echelonnering mag niet worden herleid tot een evenwichtsoefening tussen huisartsen. Het begrip heeft evenzeer betrekking op de organisatie van de specialistische geneeskunde als dusdanig.

De landsbond is wel van oordeel dat resoluut moet worden gekozen voor een gezondheidsbeleid waarin de huisarts een centrale positie inneemt. Een belangrijk instrument om tot een dergelijk beleid te komen is de invoering van het centraal medisch dossier. Het centraal medisch dossier kan een eerste stap zijn naar een betere structuur en coördinatie van de gezondheidszorg voor de patiënten in het algemeen en voor de chronisch zieken in het bijzonder.

Een volgende spreekster merkt op dat in de uiteenzetting sterk de nadruk werd gelegd op de uitgaven waarmee de chronische patiënten te kampen hebben. Een ander aspect van dit verhaal is de hoogte van de uitkeringen die zij ontvangen, wat ook een nader onderzoek verdient.

De vertegenwoordigers van het RIZIV raamden de eigen uitgaven voor de patiënt op ongeveer 10% van de totale kostprijs van de zorgverlening. De landsbond is blijkbaar van oordeel dat dit cijfer een stuk hoger ligt en ongeveer een kwart bedraagt. Wat is de evolutie op dit vlak geweest gedurende de jongste jaren en is er vergelijkend materiaal met andere landen beschikbaar?

Het macro-effect van de recente maatregelen in verband met het remgeld wordt geraamd op ongeveer 12 miljard frank. Kan dit bedrag, dat een inlevering van de patiënten vertegenwoordigt, worden gerelateerd aan andere besparingen in de gezondheidszorg?

De fiscale franchise had tot doel te voorkomen dat de patiënten niet meer dan een derde van hun inkomen aan gezondheidsuitgaven zouden moeten besteden. Werd deze doelstelling in de praktijk ook bereikt of kan dit op basis van de voorhanden zijnde fiscale statistieken niet worden uitgemaakt?

Tijdens de uiteenzetting werden een aantal punctuele maatregelen opgesomd ten aanzien van de chronische patiënten. Tegelijk werd er terecht op gewezen dat het probleem ten gronde niet los kan worden gezien van een situatie waarbij de geneeskunde duurder wordt ten gevolge van de technologische evolutie enerzijds maar de financiering gebeurt via gesloten budgetten anderzijds. Deze situatie roept ethische vragen op die ook een debat over de algemene prioriteiten in de gezondheidszorg noodzakelijk maken.

Het is de vraag hoever de commissie hierin nog kan gaan tijdens de enkele maanden die haar in deze

quelques mois qui lui restent dans la présente législature. Si on ouvre le débat général, on s'engage sur un terrain très vaste et il faudra vraisemblablement plusieurs années pour en venir à bout. C'est la raison pour laquelle, il serait peut-être préférable d'attendre le début de la prochaine législature.

M. Hermesse n'est pas d'accord sur ce dernier point. Opérer des choix fondamentaux dans ce secteur n'est possible qu'à l'issue d'un processus de maturation qui peut durer très longtemps. Le congrès organisé en avril de cette année par l'Association internationale des mutualités a montré clairement que dans certains pays, le processus allant dans le sens d'une fixation de priorités générales est en route depuis plus de dix ans.

De plus, il s'agit d'un débat qui ne peut être mené uniquement par les médecins et les politiques. L'opinion publique aussi doit y être associée. L'exemple du remboursement du médicament «Zocor» pour les personnes de plus de septante ans, que l'on a déjà évoqué, démontre qu'il ne suffit pas que la politique fasse des choix. Ces choix ne peuvent être mis en pratique à la condition que le public soit convaincu de la justesse des priorités qui ont été arrêtées.

Sans débat général sur les priorités, les plus faibles resteront toujours défavorisés. Si l'on devait procéder à une évaluation approfondie de certaines technologies nouvelles, on s'apercevrait que leur coût est parfois très élevé en comparaison des avantages qu'elles offrent. Si, sur la base de cette constatation, on choisissait comme aux Pays-Bas de limiter ces technologies à quelques centres équipés de l'appareillage médical lourd, il s'ensuivrait des listes d'attente. Ce n'est pas agréable pour les intéressés, mais cela permet en même temps de dégager des moyens qui pourront, par exemple, être investis dans l'amélioration de l'accueil des personnes âgées, un secteur où le service laisse beaucoup à désirer en Belgique. Ce sont là des facteurs qu'il faudra mettre en balance dans le cadre d'un débat public.

Des pays comme la Norvège, la Suède, la Nouvelle-Zélande, l'Angleterre ou l'État de l'Orégon aux États-Unis montrent qu'il est possible d'organiser ce genre de débats et de fixer des priorités claires.

La franchise fiscale, qui se situe entre 15 000 et 50 000 francs, visait effectivement à éviter que l'on ne doive consacrer plus d'un tiers de son revenu aux soins de santé. On peut présumer que ces sommes sont inférieures au tiers du revenu réel des intéressés. Mais, l'important, c'est que la franchise ne s'applique qu'aux tickets modérateurs. Toutes les prestations non remboursables, qui pour certains malades chroniques, peuvent atteindre plus de 180 000 francs, en sont intégralement exclus. Le seul moyen de connaître l'impact de ces dépenses sur le revenu des patients est

zittingstijd resten. Wanneer men het algemene debat aangaat begeeft men zich op een zeer ruim terrein en het zal wellicht enkele jaren vergen om dit af te ronden. Misschien is het daarom beter hiermee van start te gaan bij de aanvang van de volgende legislatuur.

De heer Hermesse is het met dit laatste niet eens. Fundamentele keuzen in deze sector zijn immers slechts mogelijk na een rijpingsproces dat zeer lang kan duren. Tijdens een congres in april van dit jaar van de Association internationale des mutualités is duidelijk gebleken dat in sommige landen dit proces in de richting van het vastleggen van algemene prioriteiten al meer dan 10 jaar bezig is.

Bovendien betreft het hier een debat dat niet alleen door medici en politici kan worden gevoerd. Ook de publieke opinie moet erbij worden betrokken. Het voorbeeld van de terugbetaling van het middel «Zocor» voor personen ouder dan 70 jaar, dat eerder werd aangehaald, toont aan dat het niet volstaat dat het beleid keuzen doet. Deze kunnen slechts in de praktijk worden gebracht indien het publiek overtuigd is van de juistheid van de prioriteiten die worden bepaald.

Zonder een algemeen debat over de prioriteiten zullen de zwaksten altijd aan het kortste eind trekken. Wie een grondige evaluatie maakt van een aantal nieuwe technologieën, zal tot de conclusie komen dat de kosten hiervan soms zeer hoog liggen in vergelijking met de baten. Wanneer op basis van deze vaststelling, zoals in Nederland, wordt gekozen voor de beperking van deze technologieën tot enkele centra met zware medische apparatuur, dan zal dit wachtlijsten tot gevolg hebben. Dit is voor de betrokkenen niet prettig maar tegelijk komen middelen vrij die bijvoorbeeld kunnen worden gëinvesteerd in betere opvang van bejaarden, een sector waar de dienstverlening in ons land zeer te wensen overlaat. Dit zijn de afwegingen die in een publiek debat zullen moeten worden gedaan.

Landen zoals Noorwegen, Zweden, Nieuw-Zeeland, Engeland of de staat Oregon in de Verenigde Staten tonen aan dat het mogelijk is een dergelijk debat op gang te brengen en duidelijke prioriteiten vast te leggen.

De fiscale franchise, die tussen 15 000 en 50 000 frank bedraagt, had inderdaad tot doel te voorkomen dat mensen meer dan een derde van hun inkomen aan gezondheidszorg zouden besteden. Men mag aannemen dat deze bedragen lager liggen dan één derde van het reële inkomen van de betrokkenen. Belangrijk echter is het feit dat de franchise alleen betrekking heeft op de remgelden. Alle niet-terugbetaalbare verstrekkingen, die voor bepaalde chronische patiënten kunnen oplopen tot meer dan 180 000 frank vallen er volledig buiten. Men kan

d'organiser des enquêtes, comme cela a été proposé au cours de l'exposé.

La liste des interventions dans les tickets modérateurs qui a été donnée au cours de l'exposé est déjà largement dépassée par les faits et on peut considérer que l'incidence globale actuelle n'est pas de 12, mais plutôt de 18 milliards. La seule économie structurelle importante dans d'autres secteurs qui ait effectivement rapporté beaucoup d'argent est peut-être l'introduction du remboursement forfaitaire en biologie clinique. Dans le secteur des médicaments, certains produits ont été rayés de la nomenclature et on a introduit une taxe. On peut difficilement considérer cela comme une intervention structurelle.

Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si, ces dernières années, on s'est d'abord orienté vers les patients pour maintenir les budgets en équilibre. En effet, d'un point de vue strictement budgétaire, les interventions dans les tickets modérateurs sont très efficaces et les conséquences en sont visibles immédiatement.

En ce qui concerne l'évolution de l'intervention personnelle des patients dans l'ensemble des dépenses, on pourrait avoir l'impression qu'en pourcentage, cette quote-part est stable, ou même qu'elle a diminué légèrement. Ce n'est cependant que la simple conséquence de l'augmentation du coût global des soins de santé, de sorte qu'en valeur absolue, la charge supportée par les patients a bel et bien sensiblement augmenté. Cette augmentation est d'ailleurs nettement plus élevée que celle du coût de la vie.

Sur le plan international, l'intervention personnelle du patient est indéniablement plus importante en Belgique qu'aux Pays-Bas, en Allemagne et au Royaume-Uni, mais elle est moindre qu'en France. En France, le patient est d'ailleurs obligé de souscrire une assurance complémentaire pour être suffisamment couvert. On peut craindre qu'en Belgique, la situation n'évolue dans le même sens si des mesures sérieuses ne sont pas prises. Chez nous, l'hospitalisation a tendance à devenir un risque financier grave, non pas en raison des suppléments d'honoraires ou de chambre, mais à cause des médicaments et autres produits non remboursables et de l'augmentation des tickets modérateurs.

M. Wauters souligne que la nécessité de faire des choix bien précis ne doit pas avoir pour conséquence de limiter le débat à certains aspects partiels. Ainsi ne serait-il pas judicieux, en ce qui concerne le secteur des médicaments, de se braquer sur la surconsommation et sur le comportement prescripteur des médecins. C'est indéniablement un des aspects de la problématique, mais pas le seul. La fixation du prix des médicaments est un facteur tout aussi important, auquel on accorde trop peu d'attention actuellement. L'agrément et le remboursement des produits ne se font pas toujours rationnellement et sont souvent

alleen via enquêtes, zoals die tijdens de uiteenzetting voorgesteld, te weten komen in welke mate deze uitgaven ingrijpen in het inkomen van de patiënten.

De lijst van de ingrepen in de remgelden die tijdens de uiteenzetting werd gegeven is reeds in belangrijke mate achterhaald en men mag er van uitgaan dat het macro-effect hiervan momenteel geen 12, maar om en bij 18 miljard bedraagt. De enige structurele besparing in andere sectoren die effectief veel geld heeft opgebracht, is wellicht de invoering van de forfaitaire terugbetaling in de klinische biologie geweest. In de geneesmiddelensector werden een aantal producten uit de nomenclatuur geschrapt en werd een belasting ingevoerd. Men kan dit moeilijk als structurele ingrepen beschouwen.

Het is overigens niet toevallig dat men om de budgetten in evenwicht te houden, de jongste jaren in eerste instantie naar de patiënten is gegaan. Ingrepen in de remgelden zijn immers vanuit louter budgettair oogpunt zeer efficiënt en de gevolgen ervan zijn direct zichtbaar.

Wat de evolutie van het eigen aandeel van de patiënten in de totale uitgaven betreft, zou men de indruk kunnen hebben dat dit procentueel stabiel of zelfs licht afgenomen is. Dit is echter louter een gevolg van de toename van de totale kostprijs van de gezondheidszorg, zodat in absolute cijfers de last die op de patiënten wordt gelegd, wel degelijk sterk is toegenomen. Deze toename is overigens een stuk sterker dan de toename van de levensduurte.

Vanuit internationaal perspectief ligt de eigen bijdrage van de patiënt in België ongetwijfeld hoger dan in Nederland, Duitsland en Groot-Brittannië, maar een stuk lager dan in Frankrijk. In dit land is de patiënt overigens verplicht een aanvullende verzekering te nemen om voldoende gedekt te zijn. Het is te vrezen dat de situatie in België dezelfde richting uitgaat indien er geen serieuze maatregelen worden genomen. Ziekenhuisopname is in ons land een ernstig financieel risico aan het worden, niet door de honoraria- en kamersupplementen, maar door de niet- terugbetaalbare geneesmiddelen en andere materialen en door de verhoging van de remgelden.

De heer Wauters merkt op dat de noodzaak om welbepaalde keuzen te doen, niet tot gevolg mag hebben dat het debat wordt verengd tot bepaalde deelaspecten. Zo zou het zeer onverstandig zijn zich in de sector van de geneesmiddelen te gaan blindstaren op het te hoge verbruik en het voorschrijfgedrag van de artsen. Dit is ongetwijfeld één aspect van de problematiek, maar niet het enige. Minstens even belangrijk is immers de prijsbepaling van de geneesmiddelen, waaraan momenteel al te weinig aandacht wordt besteed. Erkenning en terugbetaling van producten gebeuren niet altijd op een even rationele wijze

conditionnés par la pression des médias. Le problème se pose avec davantage d'acuité encore dans le secteur des accessoires. Ils sont commercialisés par des entreprises internationales et la fixation de leur prix n'est guère transparente.

Une membre croit avoir compris des exposés que les représentants de cette union estiment que la Belgique va vers un système généralisé d'assurances complémentaires. Que pensent-ils de cette évolution et quand estiment-ils que ce système sera introduit ?

M. Hermesse répond que l'union nationale qu'il représente n'est certainement pas favorable à une telle assurance. Mais, il faut oser voir la réalité en face. Les «trous» du régime légal deviennent de plus en plus importants et l'hospitalisation va représenter un risque financier pour les ménages. Les mutuelles aussi le ressentent directement, vu la demande croissante d'une assurance de type formulée par leurs membres. Cette demande est le fruit d'un sentiment d'inquiétude manifeste.

Dans ces conditions, on ne peut pas continuer à se voiler la face. Si la situation continue à évoluer comme actuellement, les assurances privées vont se répandre rapidement. Si ce type de couverture reste facultative, les assureurs sélectionneront les risques, avec la conséquence que ce seront précisément les plus faibles, comme les malades chroniques, qui seront totalement exclus. Au nom de cela, il est donc préférable de dire ce qu'il en est, à savoir qu'une couverture des risques de santé suffisante pour tous implique que l'assurance complémentaire soit obligatoire.

M. Wauters ajoute que le premier objectif de la politique doit être de fournir à tous l'accès à des soins de santé de haut niveau. La première et la meilleure manière de réaliser cet objectif est d'organiser une solidarité générale et obligatoire.

La question centrale qui se pose est celle de savoir ce que la communauté est prête à faire pour organiser cette solidarité. Pour l'heure, les dépenses publiques en matière de soins de santé ne sont pas plus élevées en Belgique que dans les pays connaissant une situation comparable. Le monde politique doit réfléchir à cette question et il faut espérer qu'il ne considérera pas que la généralisation de l'assurance complémentaire est inéluctable. Toutefois, au cas où les pouvoirs publics ne seraient pas disposés à aller plus loin dans l'affectation de ressources à l'organisation de la solidarité, les mutualités devraient en tirer leurs conclusions et suivre la tendance favorable aux assurances complémentaires.

Une membre dit tout d'abord qu'à son avis, les intervenants ont eu raison de souligner que la question de l'accès aux soins de santé n'est pas unique-

en vaak onder druk van de media. Het probleem doet zich nog sterker voor in de sector van de hulpmiddelen. Zij worden op de markt gebracht door internationale bedrijven en er is weinig inzicht in de prijszetting van deze producten.

Een lid meent uit de uiteenzetting begrepen te hebben dat volgens de vertegenwoordigers van deze landsbond ook België evolueert naar een veralgemeend systeem van aanvullende verzekeringen. Hoe staan zij hier tegenover en op welke termijn zien zij de invoering daarvan ?

De heer Hermesse antwoordt dat de invoering van een dergelijke verzekering zeker geen wens is van de landsbond die hij hier vertegenwoordigt. Men moet echter in deze aangelegenheid de realiteit onder ogen durven zien. De gaten in het wettelijke stelsel worden alsmaar groter en brengen met zich dat hospitalisatie voor de gezinnen een financieel risico gaat vormen. De ziekenfondsen voelen dit ook rechtstreeks door een toenemende vraag van hun leden naar een dergelijke verzekering. Deze vragen zijn de uiting van een duidelijk angstgevoelen.

In een dergelijke situatie kan men zand in de ogen blijven strooien. Indien de situatie verder evolueert zoals nu, zullen de prive-verzekeringen zich in snel tempo verspreiden. Indien dit op facultatieve wijze blijft gebeuren, zullen de verzekeraars aan risicoselectie doen met als gevolg dat precies de zwaksten, bijvoorbeeld de chronische patiënten, helemaal uit de boot vallen. In het licht hiervan is het beter duidelijk te zeggen waar het om gaat, namelijk dat een voldoende dekking van de gezondheidsrisico's voor iedereen de verplichting van aanvullende verzekeringen noodzaakt.

De heer Wauters voegt hieraan toe dat de eerste doelstelling van het beleid erin moet bestaan iedereen toegang te verlenen tot een kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg. De eerste en de beste manier om deze doelstelling te verwezenlijken bestaat in een verplichte en algemene solidariteit.

De centrale vraag is wat de gemeenschap voor deze solidariteit over heeft. Momenteel liggen de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg in België zeker niet hoger dan in vergelijkbare landen. De politieke wereld moet zich hierover beraden en men kan alleen maar hopen dat zij een veralgemening van de aanvullende verzekering niet als een onontkoombaar feit gaat beschouwen. Indien echter de overheid niet bereid is verder te gaan in het aanwenden van solidaire middelen, dan zullen de ziekenfondsen hieruit hun conclusies moeten trekken en mee de weg opgaan van de aanvullende verzekeringen.

Een lid vindt vooreerst dat de sprekers er terecht de nadruk op hebben gelegd dat de toegang tot de gezondheidszorg niet alleen een kwestie van financiële

ment une question de moyens financiers et que d'importants aspects qualificatifs y sont liés. En ce qui concerne la maîtrise des dépenses, elle estime que les problèmes qui se posent à ce sujet ne peuvent pas être dissociés du fait que les prix sont fixés dans une large mesure par des personnes qui ont intérêt à ce que les produits et services soient le plus coûteux possible.

M. Wauters répond que les prestataires de soins qui offrent des services de qualité doivent être rémunérés correctement pour ce faire. Les secteurs dans lesquels les prestations de soins et les mutuelles se sont concertées sur les choix à faire et les priorités à fixer montrent qu'il est possible d'offrir cette rémunération tout en maîtrisant les coûts. Les problèmes de maîtrise des dépenses se situent toutefois dans les secteurs, comme celui des médicaments et des implants, dans lesquels la fixation des prix échappe aux autorités.

Un autre intervenant confirme que l'explosion des prix a lieu surtout dans le secteur des médicaments. Les intervenants estiment que les dépenses exposées par les patients pour les médicaments non remboursables s'élèvent à 64 milliards de francs. Dispose-t-on à ce sujet de données rendant possible une comparaison avec d'autres pays ? Les pays voisins parviennent-ils à maîtriser mieux que nous les dépenses en matière de médicaments ? Il semble bien que la part d'importance des médicaments constitue le plus grand problème dans le secteur des soins de santé en Belgique.

M. Hermesse fait référence au tableau qui indique la manière dont les coûts de soins de santé ont été répartis en 1995 dans cinq pays européens. Par rapport aux quatre autres pays avec lesquelles elle a été comparée, la Belgique consacre, d'après cette étude, une part exceptionnellement importante de ces dépenses aux médicaments. L'on peut citer plusieurs raisons. Outre la question de la fixation des prix, il y a le fait que la Belgique consomme exceptionnellement beaucoup de médicaments — elle en consomme le plus, en Europe, après la France — et que le réseau de distribution est particulièrement dense dans notre pays. Ce dernier fait résulte également, quant à lui, d'un choix politique. Il y a, en Belgique, 5 400 pharmacies contre 1 500 environ aux Pays-Bas. Le maintien d'un tel réseau nécessite des moyens qui ne peuvent pas être affectés à autre chose.

Les choix peuvent être dictés par toutes sortes de considérations. C'est ainsi que l'on peut évaluer à quelque 35 milliards de francs par an la dépense supplémentaire qui a résulté de l'accord social de 1989.

Les agréments sont un autre exemple. Dans une étude récente, qui a été publiée dans le magazine *Science et Avenir*, l'on a sélectionné, en France, en fonction de quatre interventions différentes, les 50 hôpitaux où le taux de mortalité était le plus élevé

middelen is, maar dat er ook belangrijke kwalitatieve aspecten aan verbonden zijn. Wat de uitgavenbeheersing betreft meent zij dat de problemen in dit verband niet los kunnen worden gezien van het feit dat de prijssetting in belangrijke mate geschiedt door personen die er baat bij hebben dat de diensten en producten zo duur mogelijk zijn.

De heer Wauters antwoordt dat hulpverleners die een kwaliteitsvolle dienstverlening aanbieden, hiervoor een degelijke vergoeding moeten krijgen. Dat het mogelijk is deze vergoeding te bieden en tegelijk de kosten te beheersen, wordt bewezen in die sectoren waar de zorgverstrekkers en de ziekenfondsen in overleg treden over de keuzen die moeten worden gedaan en over de prioriteiten die dienen te worden gelegd. De problemen inzake uitgavenbeheersing zijn echter gesitueerd in de sectoren, zoals die van de geneesmiddelen en de implantaten, waar de prijssetting aan het overleg ontsnapt.

Een volgende spreker beaamt dat de kostenexplosie vooral gesitueerd is in de sector van de geneesmiddelen. De sprekers ramen de uitgaven van de patiënten voor niet-terugbetaalbare geneesmiddelen op 64 miljard frank. Is er wat dit betreft vergelijkend materiaal beschikbaar tussen België en andere landen? Zijn de buurlanden er beter dan België in geslaagd de uitgaven voor geneesmiddelen in de hand te houden? Het hoge aandeel van de geneesmiddelen lijkt toch wel het grote probleem te zijn in de Belgische gezondheidszorg.

De heer Hermesse verwijst naar de tabel die een verdeling geeft van de kosten voor gezondheidszorg in vijf Europese landen voor het jaar 1995. België heeft in vergelijking met de andere vier landen in deze studie een uitzonderlijk hoog aandeel uitgaven voor geneesmiddelen. Hiervoor kunnen verschillende redenen worden aangehaald. Naast de prijssetting is er de uitzonderlijk hoge consumptie — België heeft in Europa de hoogste consumptie na Frankrijk — in ons land en het bijzonder dichte distributienet. Dit laatste is andermaal het gevolg van een politieke keuze. België heeft 5 400 apotheken tegenover 1 500 in Nederland. Het in stand houden van een dergelijk netwerk vergt middelen die niet voor andere zaken kunnen worden aangewend.

Bij het maken van keuzen kunnen allerlei overwegingen een rol spelen. Zo kan de weerslag van het sociaal akkoord dat in 1989 werd gesloten, worden geraamd op een meeruitgave van 35 miljard frank per jaar.

Een ander voorbeeld zijn de erkenningen. Een recent onderzoek, gepubliceerd in het tijdschrift *Science et Avenir* selecteerde in Frankrijk voor vier ingrepen de 50 ziekenhuizen met de hoogste en de 50 ziekenhuizen met de laagste mortaliteitsgraad. In sommige ge-

et les 50 hôpitaux où il était le plus faible. Dans certains cas, l'on a noté une différence entre les deux groupes qui atteignait un rapport de un à cinq. En Belgique, l'on connaît depuis des années, pour chaque prestation, le taux de mortalité relevé dans l'ensemble des hôpitaux du pays. L'on devrait oser en tirer les conclusions au niveau politique.

II. AUDITION DE L'UNION NATIONALE DES MUTUALITÉS SOCIALISTES (1)

A. Exposé de M. Van der Meeren

1. Énoncé du problème

La quasi-totalité de la population est assurée relativement correctement contre le risque de maladie et ce, pour un prix raisonnable. La Belgique consacre 8% de son PIB (produit intérieur brut) aux soins de santé. Aux États-Unis, cette proportion est de 14,5%, mais un Américain sur cinq n'est pas assuré.

Il reste qu'en dépit du fait que l'assurance maladie belge figure parmi les meilleures d'Europe, tous les citoyens belges ne sont pas encore égaux sur le plan des soins de santé.

D'importantes différences socio-culturelles subsistent sur les plans de la morbidité et de la mortalité. Les personnes appartenant aux groupes économiquement défavorisés sont plus souvent malades que les autres et leur espérance de vie est moins élevée. C'est là un constat qui continue à choquer.

Depuis le début des années 80, le secteur de l'assurance-maladie n'a pas pu échapper aux économies qui ont été opérées partout ailleurs. Il en va de même pour les années 90. Les mesures d'économie qui ont été prises sont de deux natures :

* d'une part, il s'agit de mesures structurelles destinées à mieux maîtriser les dépenses. Nous songeons au renforcement de l'orthodoxie budgétaire que l'on atteint en fixant des objectifs budgétaires globaux et des objectifs partiels, qui ne peuvent pas être dépassés. Le secteur même est d'ailleurs soumis à une norme de croissance maximale (hors inflation) de 1,5%. Nous songeons également à la sensibilisation des médecins prescripteurs dans le domaine de la biologie clinique ambulatoire.

* si les mesures structurelles susvisées affectent peu le patient, du moins directement, il en va autrement pour toute une série de mesures d'économie supplémentaires. Le plus souvent, ces mesures consistaient à instaurer des tickets modérateurs nouveaux ou à

(1) Audition du 10 novembre du docteur Ivan Van der Meeren.

vallen kwam men tot een verhouding van één op vijf. In België kent men reeds gedurende jaren voor alle ziekenhuizen de mortaliteitsgraad voor de verschillende verstrekkingen. Het beleid moet hieruit conclusies durven trekken.

II. HOORZITTING MET HET NATIONAAL VERBOND VAN SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN (1)

A. Uiteenzetting door Dr. Van der Meeren

1. Probleemstelling

Voor een redelijke kostprijs is omzeggens de ganse bevolking vrij behoorlijk verzekerd tegen het ziekterisico. België besteedt 8% van zijn BBP (bruto binnenlands product) aan de gezondheidszorg. In de Verenigde Staten is dat 14,5% maar één op vijf Amerikanen is niet verzekerd.

Nog steeds en niettegenstaande de ziekteverzekering in België tot de betere in Europa behoort, zijn niet alle burgers gelijk op het vlak van de gezondheidszorg.

Nog steeds bestaan belangrijke socio-culturele verschillen op het vlak van de morbiditeit en de mortaliteit. Economisch zwakkere groepen zijn meer ziek en hebben een lagere levensverwachting. Dat is en blijft een schokkende vaststelling.

Sedert begin van de jaren tachtig is ook de sector van de ziekteverzekering niet kunnen ontkomen aan de om zich heen grijpende besparingen. Hetzefde geldt voor de jaren negentig. De getroffen beparingsmaatregelen zijn van tweeërlei aard :

* enerzijds gaat het om een reeks structurele maatregelen met het oog op een betere uitgavenbeheersing. Wij denken aan de grotere budgettaire orthodoxie via het hanteren van globale en partiële begrotingsdoelstellingen die niet mogen overschreden worden. De sector zelf is trouwens het voorwerp van een maximale groeinorm (buiten inflatie) van 1,5%. Wij denken ook aan de sensibilisering van de voorschrijvende geneesheren op het vlak van de ambulante klinische biologie.

* waar voorgaande structurele maatregelen de patiënt vrij ongemoeid lieten, althans indirect, kan hetzelfde niet gezegd worden van een hele reeks besparingsmaatregelen. Meestal ging het om een introductie van nieuwe remgelden of de verhoging

(1) Hoorzitting van 10 november met Dr. Ivan Van der Meeren.

augmenter les tickets existants. Nous songeons à l'augmentation des tickets modérateurs qui est entrée en vigueur le 1er janvier 1994 pour les consultations et les visites des médecins généralistes et les consultations des spécialistes.

Actuellement, le patient paie lui-même 145 milliards par an en tickets modérateurs et suppléments. Cela représente environ 25% de la facture totale pour les soins de santé (objectif budgétaire global de 452 milliards pour l'assurance maladie en 1998).

Les tickets modérateurs pratiqués en Belgique sont de loin les plus élevés d'Europe. Selon des indications sérieuses, le coût des soins de santé entraîne une sous-consommation et une consommation différée. «Si en Belgique le ticket modérateur est fixé à un niveau très social ou démocratique pour les revenus moyens, ce niveau décourage un ménage pauvre ou défavorisé dès lors que celui-ci ne satisfait pas aux conditions requises pour jouir du statut préférentiel VIPO» (Rapport général sur la pauvreté).

Bref, le niveau des tickets modérateurs et des suppléments a atteint une limite pour les patients en Belgique. On ne doit pas oublier non plus qu'une moyenne ne reflète pas fidèlement la réalité. En effet, le risque de maladie et donc le risque de dépenses de soins de santé sont répartis d'une manière très inégale au sein de la population. On sait que 2% seulement de la population représente de 40 à 50% des dépenses totales en matière de soins médicaux. Cette concentration est plus forte encore en ce qui concerne les soins aux malades chroniques: par exemple, 5% de la population absorbent l'intégralité du budget des soins à domicile.

Il faut garantir à tous un système de soins de santé de qualité pour un prix abordable. Les groupes socialement défavorisés méritent une attention particulière dans ce contexte. Le régime des soins de santé doit être adapté en permanence pour tenir compte de l'accessibilité. Les mutuelles ont été à l'origine de diverses mesures qui ont été adoptées au cours des dernières années. Elles sont favorables à des corrections supplémentaires. Celles-ci sont décrites en détail dans les lignes qui suivent.

2. Réalisations par le biais de l'assurance obligatoire

2.1. Franchise sociale et fiscale

Les mutuelles sont à la base du système des franchises dans l'assurance maladie. Les 70 000 ménages qui sont affiliés à notre organisme assureur UNMS perçoivent chaque année 14 500 francs en moyenne au titre de remboursements. En effet, les franchises sociale et fiscale limitent la contribution personnelle du patient à ses dépenses de soins de santé sur une base annuelle.

van de bestaande. Wij denken aan de verhoging van de remgelden per 1 januari 1994 voor de raadplegingen en bezoeken van huisartsen en de raadplegingen van specialisten.

Momenteel betaalt de patiënt zelf jaarlijks 145 miljard remgelden en supplementen. Dat is circa 25% van de totale gezondheidskostfactuur (452 miljard globale begrotingsdoelstelling ziekteverzekering in 1998).

De remgelden in België zijn daarbij veruit het hoogst van Europa. Er bestaan sterke aanwijzingen dat de kostprijs van de gezondheidszorg leidt tot uitgestelde en onderconsumptie. «Bevindt het remgeld voor een gemiddeld inkomen in België zich op een heel sociaal of democratisch niveau, dan schrikt datzelfde remgeld toch een arm of bestaansonzeker gezin af, als het niet voldoet aan de voorwaarden om te genieten van het WIGW-vookeurstatuut» (Algemeen Verslag over de armoede).

Kortom, het niveau van de remgelden en supplementen voor de patiënt heeft in België een grens bereikt. Daarbij mag evenmin vergeten worden dat elk gemiddeld cijfer een vertekend beeld geeft. Immers, het ziekterisico en dus de gezondheidszorguitgaven zijn zeer ongelijk over de bevolking verdeeld. Het is bekend dat slechts 2% van de bevolking 40% à 50% van de totale uitgaven voor geneeskundige verzorging voor haar rekening neemt. Die concentratie is nog meer uitgesproken bij de chronische verzorging, wetende dat slechts 5% van de bevolking het totale budget thuisverpleging verbruikt.

De betaalbaarheid van een kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg moet voor iedereen gewaarborgd blijven. De sociaal-kwetsbare groepen verdienen hierbij bijzondere aandacht. Met het oog op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, moet voortdurend worden bijgestuurd. De ziekenfondsen lagen aan de basis van verschillende maatregelen die in de voorbije jaren genomen werden. Zij zijn voorstander van nog bijkomende bijsturingen. Beide worden hierna uitvoerig toegelicht.

2. Realisaties via de verplichte verzekering

2.1. Sociale en fiscale franchise

De ziekenfondsen liggen aan de basis van het franchisesysteem in de ziekteverzekering. 70 000 gezinnen aangesloten bij de onze verzekeringsinstelling (NVSM) genieten aldus jaarlijks van een gemiddelde terugbetaling van 14 500 frank. Immers, de sociale en fiscale franchise beperken op jaarbasis de eigen bijdrage die de patiënt voor zijn gezondheidzorg moet betalen.

Les mesures dites de sélectivité sont entrées en vigueur fin 1993-début 1994. Il s'agissait d'un ensemble de majorations des tickets modérateurs à hauteur de 7,5 milliards. Les principales majorations sont les suivantes :

— majoration des tickets modérateurs en biologie clinique ambulatoire et en radiologie;

— forfait par admission en hôpital;

— augmentation des tickets modérateurs pour les consultations et les visites des médecins généralistes et des spécialistes.

Si l'on a chaque fois protégé les VIPO par des régimes préférentiels, les mesures susvisées ont accru malgré tout la charge financière pour le patient. C'est pourquoi les mutuelles ont insisté pour que l'on prenne des mesures sociales correctives lesquelles ont été concrétisées par l'instauration des franchises sociale et fiscale, entrées en vigueur le 1e janvier 1994. Dorénavant, le ticket modérateur que le patient même doit payer est limité à un certain plafond, préalablement déterminé sur une base annuelle. Une fois ce plafond dépassé, le patient bénéficie de soins de santé gratuits. Le système ne s'applique cependant pas aux médicaments.

Franchise sociale

La franchise sociale introduit une protection pour certaines catégories sociales en limitant les tickets modérateurs à 15 000 francs par an et par bénéficiaire et par personne à sa charge. Les catégories sociales visées sont :

— les bénéficiaires d'un revenu garanti;

— les VIPO bénéficiant d'un régime préférentiel;

— les bénéficiaires d'une allocation pour handicapés;

— les personnes qui sont au chômage depuis plus de six mois, ainsi que les personnes qui sont à leur charge.

Cette mesure a un impact direct sur l'accessibilité. Dans le cadre de la franchise sociale, les tickets modérateurs excédant 15 000 francs sont remboursés immédiatement.

En 1995, 94 000 personnes ont atteint ce seuil en matière de ticket modérateur. L'opération a coûté 1,3 milliard de francs. Si l'on ignore toujours ce que seront les chiffres précis des années à venir, on sait néanmoins qu'ils seront en augmentation surtout de par l'octroi de la franchise sociale aux personnes qui sont au chômage depuis au moins six mois.

Franchise fiscale

Par le biais de la franchise fiscale, on instaure une protection des «bas salaires» n'appartenant pas aux catégories sociales couvertes par la franchise sociale.

Einde 1993-begin 1994 werden de zogenaamde selectiviteitsmaatregelen van kracht. Het ging om een pakket remgeldverhogingen ten bedrage van 7,5 miljard en waarvan de belangrijkste zijn :

— verhoging remgelden ambulante klinische biologie en radiologie;

— forfait per ziekenhuisopname;

— verhoging remgelden raadplegingen en bezoeken van huisartsen en specialisten.

Hoewel de WIGW's met voorkeurregeling telkenmale ontzien werden, werd de financiële last voor de patiënt door genoemde maatregelen toch sterk verhoogd. Daarom hebben de ziekenfondsen aangedrongen op sociale correctiemaatregelen, die gestalte kregen via de invoering van een sociale en fiscale franchise, ingevoerd met ingang van 1 januari 1994. Voortaan is het remgeld dat een patiënt zelf op jaarbasis dient te betalen beperkt tot een vooraf bepaald plafond. Eens dit plafond overschreden geniet de patiënt van een kosteloze gezondheidszorg, echter niet voor de geneesmiddelen.

Sociale franchise

De sociale franchise voert een bescherming in voor een aantal sociale categorieën via een beperking van de remgelden tot 15 000 frank per jaar per gerechtigde en zijn personen ten laste. De betreffende sociale categorieën zijn :

— rechthebbenden gewaarborgd inkomen;

— WIGW's voorkeurregeling;

— gerechtigden tegemoetkoming gehandicapten;

— werlozen sedert minstens zes maanden, aalsook hun personen ten laste.

Deze maatregel heeft een direct effect op de toegankelijkheid. In het kader van de sociale franchise geldt een onmiddellijke terugbetaling van de remgelden eens de grens van 15 000 frank bereikt.

In 1995 bereikten 94 000 personen deze remgelddrempel. De operatie kostte 1,3 miljard. Precieze aantallen voor de volgende jaren zijn ons nog niet bekend, maar ze stijgen, vooral door het toekennen van de sociale franchise aan personen die sedert minstens zes maanden werkloos zijn.

Fiscale franchise

De fiscale franchise voert een bescherming in voor de lage inkomensgroepen die niet tot de sociale categorieën van de sociale franchise behoren.

Dans le cadre de l'application de la franchise fiscale, les tickets modérateurs sont limités par ménage fiscal en fonction du revenu imposable :

Tableau 1

Franchise fiscale, échelles de revenus et compte-ticket modérateur

Revenu imposable		Montant des tickets modérateurs
0	537 999	15 000
538 000	828 999	20 000
829 000	1 119 999	30 000
1 120 000	1 410 999	40 000
	> 1 411 000	50 000

Tableau 2

Franchise fiscale, nombre de ménages qui ont été pris en considération

Tranche de revenus	Nombre de ménages	
	1994	1995
0 - 538 000	79 568	67 411
538 000 - 829 000	56 087	66 667
829 000 - 1 120 000	11 438	14 969
1 120 000 - 1 411 000	2 405	3 505
> 1 411 000	1 401	2 523
Total	150 899	155 075

Données nationales, *source* : INAMI.

Le tableau ci-dessous indique les dépenses afférentes à la franchise fiscale en 1994 et 1995.

Tableau 3

Franchise fiscale, dépenses

	1994	1995
Montant remboursé	2,23 milliards	2,36 milliards
Nombre de ménages	151 000	155 000
% des ménages	3,56	3,60
Remboursement moyen Régime général	13 906	14 437
Remboursement moyen Régime des indépendants . .	10 297	13 142

Données nationales, *source* : INAMI.

In het kader van de fiscale franchise worden de remgelden per fiscaal gezin beperkt, in functie van het belastbaar inkomen :

Tabel 1

Fiscale franchise, inkomensschalen en remgeldteller

Belastbaar inkomen		Bedrag remgelden
0	537 999	15 000
538 000	828 999	20 000
829 000	1 119 999	30 000
1 120 000	1 410 999	40 000
	> 1 411 000	50 000

Tabel 2

Fiscale franchise, aantal gezinnen die in aanmerking zijn gekomen

Inkomensschijf	Aantal gezinnen	
	1994	1995
0 - 538 000	79 568	67 411
538 000 - 829 000	56 087	66 667
829 000 - 1 120 000	11 438	14 969
1 120 000 - 1 411 000	2 405	3 505
> 1 411 000	1 401	2 523
Totaal	150 899	155 075

Nationale gegevens, *bron* : RIZIV.

In onderstaande tabel wordt aangegeven hoeveel is uitgegeven voor de fiscale franchise in 1994 en 1995.

Tabel 3

Fiscale franchise, uitgaven

	1994	1995
Terugbetaald bedrag	2,23 miljard	2,36 miljard
Aantal gezinnen	151 000	155 000
% van de gezinnen	3,56	3,60
Gemiddelde terugbetaling Algemene regeling	13 906	14 437
Gemiddelde terugbetaling Zelfstandigenregeling . . .	10 297	13 142

Nationale gegevens, *bron* : RIZIV.

Tableau 4

Remboursement par ménage et par tranche de revenus (1995)

Tranche de revenus	Remboursé	Ticket modérateur
0-538 000	13 263	28 263
538 000-829 000	14 275	34 275
829 000-1 120 000	16 632	46 632
1 120 000-1 411 000	20 009	60 009
> 1 411 000	24 588	74 588

Données nationales, source: INAMI.

Cette mesure a un effet indirect sur l'accessibilité. Les montants en tickets modérateurs payés en trop ne sont remboursés par le fisc qu'au bout de deux ans. Il serait préférable que les mutualités connaissent les plafonds de revenus de leurs affiliés car cela permettrait d'appliquer immédiatement la franchise fiscale. Mais pour qu'elles puissent en disposer, il convient toutefois de résoudre d'abord une série de problèmes, entre autres dans le domaine de la protection de la vie privée.

2.2. Extension des groupes cibles auxquels s'applique le régime préférentiel VIPO

Le régime préférentiel en faveur des veuves, des invalides, des pensionnés et des orphelins dont le revenu annuel est inférieur à 456 000 francs existe déjà depuis 1963. Le bénéficiaire de ce régime préférentiel doit payer un ticket modérateur beaucoup moins élevé, et pour les prestations médicales, et en cas d'hospitalisation, et pour les médicaments.

En étendant le régime préférentiel VIPO au 1er juillet 1997, l'on a nettement amélioré l'accessibilité financière aux soins de santé pour les groupes sociaux les plus vulnérables de notre société (plus de 140 000 personnes). Ainsi 38 000 familles supplémentaires affiliées aux mutualités socialistes bénéficientelles d'un remboursement majoré de leurs dépenses de soins de santé.

À partir du 1er juillet 1997, le régime préférentiel VIPO a été étendu aux groupes cibles suivants:

1. les bénéficiaires du minimum de moyens d'existence et les personnes à leur charge;

2. les personnes bénéficiant d'un revenu garanti aux personnes âgées et les personnes à leur charge;

3. les invalides bénéficiant d'une allocation et les personnes à leur charge;

4. les ayants droit bénéficiant d'une aide du CPAS entièrement ou partiellement à charge de l'État fédéral et les personnes à leur charge (c'est-à-dire

Tabel 4

Terugbetaling per gezin en per inkomenschrijf (1995)

Inkomensschijf	Terugbetaald	Remgeld
0-538 000	13 263	28 263
538 000-829 000	14 275	34 275
829 000-1 120 000	16 632	46 632
1 120 000-1 411 000	20 009	60 009
> 1 411 000	24 588	74 588

Nationale gegevens, bron: RIZIV.

Deze maatregel heeft een indirect effect op de toegankelijkheid. De teveel betaalde remgelden worden pas na twee jaar door de fiscus teruggestort. Beter zou zijn dat de ziekenfondsen beschikken over de inkomensplafonds van hun leden waardoor de fiscale franchise ook onmiddellijk zou kunnen toegepast worden. Om hiertoe te komen moeten echter een aantal problemen, onder meer op het vlak van de bescherming van het privéleven, worden opgelost.

2.2. Uitbreding van de doelgroepen voorkeurregeling WIGW

De voorkeurregeling bestaat reeds sinds 1963 voor weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen die een inkomen hebben van minder dan 456 000 frank per jaar. Genieten van de voorkeurregeling betekent dat er beduidend minder remgeld moet worden betaald voor geneeskundige prestaties, hospitalisatie en geneesmiddelen.

Via de verruiming van de WIGW-voorkeurregeling per 1 juli 1997 wordt voor de meest kwetsbare sociale groepen in onze samenleving (meer dan 140 000 personen) de financiële toegankelijkheid tot de gezondheidszorg gevoelig verbeterd. Aldus genieten bijkomend 38 000 gezinnen aangesloten bij de Socialistische Mutualiteit van een hogere terugbetaling voor hun gezondheidszorguitgaven.

Met ingang van 1 juli 1997 zijn de doelgroepen van de WIGW-voorkeurregeling verruimd tot:

1. bestaansminimumtrekkers en hun personen ten laste;

2. personen met een gewaarborgd inkomen voor bejaarden en hun personen ten laste;

3. mindervaliden met een tegemoetkoming en hun personen ten laste;

4. gerechtigden aan wie een OCMW steun verleent die geheel of gedeeltelijk door de federale staat ten laste wordt genomen, en hun personen ten laste (dit

l'équivalent du minimum de moyens d'existence pour les non-Belges;

5. les enfants moins-valides qui jouissent d'allocations familiales majorées.

Pour avoir droit au régime préférentiel, il faut également remplir des conditions de revenus. Le plafond de revenus (revenus imposables bruts du ménage) est resté inchangé, soit de 456 082 francs majoré de 84 433 francs par personne à charge (actuellement 465 211 francs majoré de 86 123 francs).

On tiendra certes aussi compte dorénavant des revenus de rentes et du revenu cadastral, dépassant 30 000 francs (majoré de 5 000 francs par personne à charge).

Pour l'UNMS (qui représente quelque 2,7 millions d'ayants droit), ce régime augmente de plus de 20 % le nombre d'ayants droit pouvant bénéficier du régime préférentiel.

wil zeggen het equivalent van het bestaansminimum voor niet-Belgen);

5. mindervalide kinderen die een verhoogde kinderbijslag genieten.

Om recht te krijgen op de voorkeurregeling moet tevens voldaan worden aan inkomensvoorwaarden. Het inkomensplafond (belastbare bruto-inkomens van het gezin) bleef per 1 juli 1997 ongewijzigd op 456 082 frank verhoogd met 84 433 frank per persoon ten laste (momenteel 465 211 frank verhoogd met 86 123 frank).

Wel wordt voortaan ook rekening gehouden met de inkomsten uit renten en met het kadastraal inkomen boven de 30 000 frank (verhoogd met 5 000 frank per persoon ten laste).

Voor het NVSM (circa 2,7 miljoen rechthebbenden) is er met deze regeling een toename van meer dan 20 % van de rechthebbende die kunnen genieten van de voorkeurregeling.

Tableau 5

Augmentation du régime préférentiel

Tabel 5

Toename voorkeurregeling

	Titulaires — *Titularissen*	Ayants droit — *Rechthebbenden*
Au 30 juin 1996. — *Op 30 juni 1996*	227 255	306 354
Au 31 décembre 1997. — *Op 31 december 1997*	264 900	375 694
Accroissement. — *Toename*	37 645	69 340
Accroissement en %. — *Toename %*	16,6 %	22,6 %

2.3. Quote-parts personnelles faibles en cas d'hospitalisation pour les chômeurs de longue durée

L'intervention personnelle en cas d'hospitalisation a été réduite pour les chômeurs de longue durée. Quelque 60 000 chômeurs de longue durée ont pu bénéficier de cette mesure.

À dater du 1er avril 1997, l'intervention forfaitaire en cas d'hospitalisation est passée à 1 100 francs (au lieu de 1 000 francs auparavant). Cette mesure ne s'applique ni aux VIPO ni aux personnes à leur charge. En plus de ce montant forfaitaire, il y a lieu de payer une quote-part personnelle journalière en fonction de la catégorie sociale à laquelle on appartient.

Les chômeurs de longue durée sont assimilés, à partir du 1er avril 1997, aux VIPO qui bénéficient du régime préférentiel (pas de forfait de 1 100 francs, 150 francs pour le premier jour au lieu de 450 francs, 150 francs pour le deuxième jour au lieu de 450 francs). Le montant de la quote-part personnelle ne diffère plus en fonction de la durée de l'hospitalisation sauf dans le cas d'une admission en hôpital psychiatrique se prolongeant au-delà de cinq

2.3. Lage persoonlijke aandelen bij ziekenhuisopname voor langdurig werklozen

Voor de langdurig werklozen werd de persoonlijke tussenkomst bij hospitalisatie verminderd. 60 000 langdurig werklozen konden daarvan genieten.

Met ingang van 1 april 1997 is de forfaitaire tegemoetkoming per ziekenhuisopname verhoogd tot 1 100 frank (vroeger 1 000 frank). WIGW's en hun personen ten laste zijn hiervan vrijgesteld. Bovenop genoemd forfait moet per dag nog een persoonlijk aandeel betaald worden, afhankelijk van de sociale categorie waartoe men behoort.

Langdurig werklozen worden met ingang van 1 april 1997 gelijkgesteld met WIGW's die de voorkeurregeling genieten (geen 1 100 frank forfait, 150 frank voor 1e dag in plaats van 450 frank, 150 frank voor 2e dag in plaats van 450 frank). Het bedrag van het persoonlijk aandeel verschilt niet langer naargelang van de duur van de ziekenhuisopname, tenzij bij een opname in een psychiatrisch ziekenhuis die langer duurt dan vijf jaar (450 frank WIGW, 750

ans (450 francs VIPO, 750 francs autres ayants droit à partir de la sixième année de psychiatrie).

2.4. Suppléments hospitaliers

Quiconque a déjà été hospitalisé peut en témoigner: les hôpitaux facturent parfois les suppléments les plus divers. Une loi interdisant de facturer des suppléments aux patients dans les chambres à deux lits ou plus entrera en vigueur. Des milliers d'hospitalisés n'auront plus la surprise de recevoir des factures élevées.

À partir du 1er décembre 1998, on ne pourra plus facturer aux patients en chambre à deux lits ou plus que les honoraires maximums, c'est-à-dire sans suppléments. Cette mesure s'applique aussi aux médecins non conventionnés. Pour les patients en chambre individuelle, les honoraires maximums et les suppléments d'honoraires maximums peuvent être fixés par arrêté royal.

2.5. Assouplissement de l'accès à l'assurance maladie

À partir du 1er janvier 1998, les règles (complexes) d'assurabilité sont assouplies.

Le Rapport général sur la pauvreté mentionnait déjà qu'il était opportun de garantir le droit aux soins de santé dans un système d'assurance sociale qui soit le plus accessible possible. C'est pourquoi il faut tendre à un accès généralisé aux soins de santé en étendant la couverture du risque en matière de soins de santé à toute personne habitant en Belgique.

Les freins administratifs et financiers à un accès généralisé aux soins de santé doivent donc être éliminés. L'accessibilité doit être garantie par un régime d'assurance «professionnel» (régime des travailleurs salariés ou régime des travailleurs indépendants), accessible sans trop de conditions préalables.

Cette question à première vue assez technique d'assurance, est cependant très importante. On sait que près de la moitié des ménages défavorisés n'ont plus été en règle en matière d'assurance maladie au cours des cinq dernières années. Le pourcentage de population à ne plus être en règle en matière d'assurance maladie, à un moment ou un autre, est estimé à 4 ou 5%. Voilà pourquoi il était important, en vue d'une plus grande accessibilité de l'assurance, d'éliminer les seuils financiers et administratifs.

Depuis le 1er janvier 1998, on a procédé à une série de réformes dont les lignes de force sont les suivantes:

— La suppression des régimes dits résiduaires, à dater du 1er janvier 1998. Les handicapés, les étu-

frank overige rechthebbenden vanaf 6e jaar psychiatrie).

2.4. Supplementen in ziekenhuizen

Wie al eens gehospitaliseerd werd, kan ervan meespreken: ziekenhuizen rekenen soms zeer uiteenlopende supplementen aan. In december 1998 wordt echter een wet van kracht die verbiedt nog supplement aant te rekenen aan patiënten in twee- of meerpersoonskamers. Duizenden gehospitaliseerden zullen niet langer verrast worden door hoge facturen.

Met ingang van 1 december 1998 kunnen aan patiënten in een twee- of meerpersoonskamer alleen de maximumhonoraria , dus geen supplementen meer worden aangerekend. Dat geldt ook voor de niet-verbonden geneesheren. Voor patiënten in een éénpersoonskamer kunnen de maximum honoraria en de maximum honorariasupplementen worden vastgelegd bij koninklijk besluit.

2.5. Soepeler toegang tot de ziekteverzekering

Vanaf 1 januari 1998 worden de (ingewikkelde) verzekerbaarheidsregels versoepeld.

Ook reeds het Algemeen verslag over de armoede achtte het wenselijk het recht op geneeskundige verzorging te garanderen in een sociaal verzekeringssysteem dat zoveel mogelijk toeganlijk is. Daarom moet worden gestreefd naar een veralgemeende toegang tot de gezondheidszorg, via een uitbreiding van de risicodekking voor geneeskundige verzorging tot iedere persoon die in België woont.

Administratieve en financiële belemmeringen voor een veralgemeende toegang tot de gezondheidszorg moeten dus worden weggewerkt. De toegankelijkheid moet worden gegarandeerd via een «professionneel» verzekeringsregime (werknemersregime of zelfstandigenregime), toegankelijk zonder al te veel voorafgaande voorwaarden.

Deze op het eerste gezicht vrij technische verzekeringsaangelegenheid, is nochtans zeer belangrijk. Het is bekend dat quasi de helft van de kansarme gezinnen in de loop van de laatste 5 jaar niet meer in orde waren met de ziekteverzekering. Het percentage van de bevolking dat op één of ander moment niet in orde was met de ziekteverzekering werd op 4 à 5% geschat. Daarom was het belangrijk met het oog op een betere toegankelijkheid van de verzekering financiële en administratieve drempels af te bouwen.

Met ingang van 1 januari 1998 werd een reeks hervormingen doorgevoerd waarvan de krachtlijnen zijn:

— afschaffing van de zogenaamde residuaire stelsels vanaf 1 januari 1998. De mindervaliden, studen-

diants et les personnes non protégées ont été intégrés dans le régime général. Les autres ressortiront au régime des travailleurs indépendants.

— Simplification et réduction des cotisations personnelles. Les cotisations mensuelles (par exemple des pensionnés à carrière imcomplète, des étudiants, etc.) sont converties en cotisations trimestrielles ou remplacées par de telles cotisations à partir du 1er janvier 1998. Les groupes sociaux les plus vulnérables sont dispensés du paiement de la cotisation de l'assurance obligatoire (revenu garanti aux personnes âgées, minimum de moyens d'existence, handicapés, ascendants).

— La suppression du stage. À partir du 1er janvier 1998, bénéficier dès l'inscription d'un droit immédiat. En outre, on conserve ce droit jusqu'à la fin de l'année suivant celle de l'inscription. On obtient donc plus facilement un droit et on le conserve plus longtemps. Le stage de six mois devient, plus encore qu'auparavant, l'exception;

— La période du droit annuel ne va plus du 1er juillet au 30 juin de l'année suivante mais du 1er janvier au 31 décembre.

ten en niet-beschermde personen worden geïntegreerd in de algemene regeling. De overige gaan in de regeling zelfstandigen;

— vereenvoudiging en vermindering van persoonlijke bijdragen. De maandelijkse bijdragen (bijvoorbeeld gepensioneerden met een onvolledige loopbaan, student, enz.) worden vanaf 1 januari 1998 omgerekend naar of vervangen door driemaandelijkse bijdragen. De meest kwetsbare sociale groepen worden vrijgesteld van de bijdragebetaling in de verplichte verzekering (gewaarborgd inkomen voor bejaarden, bestaansminimum, mindervaliden, ascendenten);

— afschaffing wachttijd. Met ingang van 1 januari 1998 krijgt men vanaf de inschrijving een onmiddellijk recht. Dat recht blijft bovendien behouden tot het einde van het jaar dat volgt op de inschrijving. Men krijgt dus gemakkelijker recht en men behoudt het ook langer. De wachttijd van zes maanden wordt nog meer dan vroeger een uitzondering;

— de periode van het jaarrecht loopt niet langer van 1 juli tot 30 juni van het volgende jaar, maar van 1 januari tot 31 december.

Tableau 6

Résultat de l'assouplissement des règles d'assurabilité (seulement UNMS)

Tabel 6

Resultaat soepelere verzekerbaarheidsregels (enkel NVSM)

Période — *Periode*	Tit. ménages — *Tit. gezinnen*	Ayants droit — *Rechthebbenden*
1er trimestre 1997 dossiers à problèmes. — *1e kwartaal 1997 probleemdossiers*	7 539	9 732
1er trimestre 1998 dossiers à problèmes. — *1e kwartaal 1998 probleemdossiers*	2 968	3 730
Accroissement en règle. — *Toename in regel*	4 571	6 002
% accroissement en règle. — *Toename % in regel*	60,6%	61,7%

2.6. Malades chroniques

Afin d'alléger la facture pour les malades chroniques, le gouvernement a pris une série de mesures à la demande des mutualités. Ces mesures au profit des personnes qui sont longuement confrontées au paiement de frais de maladie élevés sont entrées en vigueur en juin 1998. Quelque 85 000 personnes en bénéficient (voir tableau 7).

En payant 145 milliards de francs de tickets modérateurs par an, le patient finance environ 25% du coût total des soins de santé. Mais les frais de maladie sont répartis de manière inégale parmi la population.

Selon une étude des Mutualités chrétiennes, les dépenses personnelles moyennes annuelles sont les suivantes pour quatre groupes de patients:

— patients suivant une dialyse rénale: 59 760 francs;

2.6. Chronisch zieken

Om de factuur voor de chronisch zieken te verlichten heeft de regering op verzoek van de ziekenfondsen een aantal maatregelen genomen. Vanaf juni 1998 treden maatregelen in werking ten voordele van mensen die langdurig geconfronteerd worden met hoge ziektekosten. 85 000 personen worden daar beter van (zie tabel 7).

Met 145 miljard aan remgelden per jaar betaalt de patiënt gemiddeld 25% van de totale gezondheidskostfactuur. Maar de ziektekosten zijn ongelijk over de bevolking verdeeld.

Onderzoek van de Christelijke Mutualiteiten geeft de volgende jaarlijkse gemiddelde persoonlijke uitgaven voor vier groepen van patiënten:

— nierdialysepatiënten: 59 760 frank;

— patients souffrant de la maladie de Parkinson: 62 153 francs;

— patients ayant un statut E(1): 79 248 francs;

— 2 × 15 000 francs de tickets modérateurs atteints en deux ou trois ans: 83 592 francs.

Il s'agit en l'occurrence de dépenses diverses, c'est-à-dire tant médicales que paramédicales (traitements et matériel) ainsi que de celles relevant de l'aide à domicile.

Il est clair qu'en raison de l'insuffisance des mécanismes de protection existants, un effort particulier en faveur des malades chroniques s'imposait.

Une série de mesures sont entrées en vigueur en juin 1998.

Indemnité forfaitaire en cas de dépenses de soins de santé élevées

Une allocation forfaitaire de 10 000 francs par an est accordée aux malades chroniques qui doivent faire face à d'importantes dépenses de soins de santé. Pour pouvoir en bénéficier, il faut remplir deux conditions:

1. Avoir soi-même en tant qu'ayant droit payé plus de 10 000 francs de tickets modérateurs au cours de deux années successives. Un ayant droit qui n'est pas personnellement malade chronique, mais qui compte un malade chronique parmi les membres de sa famille peut également bénéficier de cette mesure, pour autant que la totalité des tickets modérateurs du ménage atteignent 15 000 francs par an au cours de deux années successives.

2. L'ayant droit doit en outre se trouver dans une des situations suivantes:

— bénéficier depuis trois mois d'un forfait B ou C dans le régime des soins à domicile (personne nécessitant des soins importants);

— avoir droit depuis six mois à un remboursement majoré des frais de kinésithérapie (par exemple, les patients souffrant de sclérose en plaques ou autres personnes qui bénéficient du statut E);

— bénéficier des allocations familiales majorées pour des enfants handicapés;

— remplir les critères pour l'allocation d'intégration des personnes handicapées (catégories II, III ou IV, c'est-à-dire ayant d'importants ou de graves problèmes d'autonomie);

— bénéficier d'une allocation d'aide de tiers dans l'ancien régime des allocations aux handicapés;

(1) Personnes qui ont droit pendant six mois à un remboursement majoré pour des prestations de kinésithérapie, comme les patients souffrant de sclérose en plaques.

— Parkinsonpatiënten: 62 153 frank;

— patiënten met E-statuut(1): 79 248 frank;

— 2 × 15 000 frank remgelden bereikt in 2 of 3 jaar: 83 592 frank.

Het gaat hier om diverse uitgaven, dat wil zeggen zowel medische als paramedische kosten (behandelingen en hulpmiddelen), alsook hulpverlening aan huis.

Het is duidelijk dat zich een bijzondere inspanning voor de chronische patiënten opdrong, omdat de bestaande beschermingsmechanismen onvoldoende zijn.

Een hele reeks maatregelen traden in werking in juni 1998.

Forfaitaire vergoeding bij hoge gezondheidskosten

Er wordt een forfaitaire tegemoetkoming van 10 000 frank per jaar toegekend aan chronisch zieken die geconfronteerd worden met hoge gezondheidsuitgaven. Om hiervan te genieten moet worden voldaan aan twee voorwaarden:

1. Gedurende twee opeenvolgende jaren moet men zelf als rechthebbende meer dan 10 000 frank remgelden betaald hebben. Een gerechtigde die zelf niet chronisch ziek is, maar van wiens gezin een chronisch zieke deel uitmaakt, kan hiervan eveneens genieten, maar op voorwaarde dat de totaliteit van de remgelden van het gezin gedurende twee opeenvolgende jaren 15 000 frank bereikt.

2. Bovendien moet de rechthebbende zich in één van de volgende situaties bevinden:

— gedurende drie maanden aanspraak maken op een forfait B of C in de thuisverpleging (zwaar zorgbehoevend);

— gedurende zes maanden aanspraak maken op een hogere terugbetaling voor kinesitherapie (bijvoorbeeld multiple sclerosepatiënten, of andere personen die genieten van het zogenaamde E-statuut);

— genieten van de verhoogde kinderbijslag voor gehandicapte kinderen;

— voldoen aan de criteria voor de integratietegemoetkoming voor gehandicapten (categorieën II, III of IV, dit wil zeggen grote tot zware zelfredzaamheidsproblemen);

— genieten van een tegemoetkoming voor hulp van derden in het oude stelsel van de tegemoetkomingen voor gehandicapten;

(1) Personen die gedurende zes maanden aanspraak maken op een hogere terugbetaling voor kinesitherapie, bijvoorbeeld multiple sclerose patiënten.

— remplir les critères nécessaires pour avoir droit à une allocation d'aide aux personnes âgées, catégorie III ou IV;

— bénéficier d'une allocation de maladie ou d'invalidité majorée pour l'aide de tiers;

— bénéficier d'une allocation forfaitaire pour l'aide de tiers en faveur des chefs de famille ayants droit.

Allocation forfaitaire pour l'aide de tiers en faveur des chefs de famille handicapés

À l'heure actuelle, seuls les handicapés isolés et cohabitants qui nécessitent l'aide de tiers peuvent bénéficier d'une indemnité majorée d'incapacité de travail. À cet effet, ils doivent atteindre au moins 11 points sur l'échelle d'évaluation de l'autonomie.

Dorénavant, les chefs de famille handicapés avec une perte d'autonomie identique pourront aussi en bénéficier; ils auront droit à une allocation forfaitaire supplémentaire de 5 000 francs par mois. Cette mesure entrera en vigueur par phases.

Intervention forfaitaire dans les frais de matériel de traitement de l'incontinence

Une allocation mensuelle de 10 000 francs est prévue pour les personnes qui ont pu prétendre durant quatre mois à une intervention pour soins à domicile (forfait B ou C avec un score de 3 ou 4 pour le critère d'incontinence). Cette intervention est destinée à alléger les frais requis par le matériel.

Mesures afférentes à une maladie

Outre les mesures exposées ci-dessus, une série de mesures spécifiques ont également été prises pour trois pathologies.

Pour les personnes souffrant d'affections neuro-musculaires (2 000 patients), on s'efforce d'améliorer le remboursement de fauteuils roulants. Des centres de référence seront aussi créés pour veiller à la qualité des soins et des prescriptions.

De même, pour les personnes souffrant d'affections du métabolisme (1 000 patients), des centres de référence seront créés. Il y aura aussi une intervention dans les frais en cas d'alimentation spéciale.

Enfin des mesures ont été prises en faveur des patients souffrant de mucoviscidose (1 500 patients), une maladie héréditaire et parfois mortelle qui affecte les voies respiratoires. Des centres de référence sont également créés à cet égard. Parallèlement, une série de prestations particulières donneront lieu à une intervention comme le cas d'un traitement aux antibiotiques à suivre à domicile sur prescription médicale.

— voldoen aan de criteria voor een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, categorie III of IV;

— genieten van een verhoogde invaliditeits- of ziekteuitkering wegens behoefte aan hulp van derden;

— genieten van een forfaitaire tegemoetkoming voor andermans hulp voor gerechtigde gezinshoofden.

Forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden aan gehandicapte gezinshoofden

Nu kunnen alleenstaande en samenwonende gehandicapten die hulp van derden behoeven van een verhoogde arbeidsongeschiktheidsuitkering genieten. Daartoe moeten minstens 11 punten behaald worden op de schaal van de evaluatie van de zelfredzaamheid.

Voortaan zullen ook gehandicapte gezinshoofden met eenzelfde zelfredzaamheidsverlies hiervan kunnen genieten; zij krijgen recht op een supplementaire forfaitaire tegemoetkoming van 5 000 frank per maand. Deze maatregel zal gefaseerd worden doorgevoerd.

Forfaitaire tussenkomst in de kosten van incontinentiemateriaal

Een forfaitaire tegemoetkoming van 10 000 frank per jaar is voorzien voor personen die gedurende 4 maanden aanspraak konden maken op een tussenkomst voor thuisverpleging (forfait B of C met de score 3 of 4 voor het criterium incontinentie). Deze tussenkomst moet de benodigde materiaalkosten verlichten.

Ziektegebonden maatregelen

Naast de hiervoor uiteengezette maatregelen zijn ook een reeks specifieke maatregelen getroffen voor drie pathologieën.

Voor personen getroffen door neuro-musculaire aandoeningen (2 000 patiënten) wordt gewerkt aan een betere terugbetaling van de rolstoelen. Ook zullen referentiecentra worden opgericht, die moeten waken over de kwaliteit van de zorg en de voorschriften.

Voor personen met metabole aandoeningen (1 000 patiënten) zullen eveneens referentiecentra opgericht worden. Ook zal worden tussengekomen in de kosten voor speciale voeding.

Ten slotte zijn er maatregelen voor patiënten die lijden aan mucoviscidose (1 500 patiënten), een erfelijke en levensbedreigende ziekte met aantasting van de ademhalingswegen. Ook hier worden referentiecentra opgericht. Tegelijk zal worden tussengekomen in een aantal bijzondere verstrekkingen, zoals een antibioticatherapie thuis op medisch voorschrift.

Fauteuils roulants

Un groupe de travail a élaboré une proposition détaillée visant à garantir une meilleure couverture par l'assurance maladie, dont les principaux bénéficiaires devraient être les malades chroniques et les handicapés. Cette proposition doit encore être affinée plus avant. À titre d'exemple, mentionnons les mesures suivantes :

— aucun supplément pour les fauteuils roulants standard;

— définition plus large des accessoires pour fauteuils roulants non standard;

— assouplissement des conditions d'attribution de fauteuils roulants électroniques.

Médicaments

On propose de diminuer le ticket modérateur pour les médicaments de la catégorie B (médicaments à haute valeur thérapeutique) pour les malades chroniques. Cette mesure est toutefois reportée à 1999 pour des raisons techniques.

TVA sur le matériel médical

La TVA est réduite de 21% à 6% pour certains produits médicaux. Cette mesure concerne entre autres le matériel anti-escarres, les aérosols, les pompes anti-douleur et les accessoires pour malvoyants.

Tableau 7

Aperçu des mesures en faveur des malades chroniques

	Personnes	Montant (en millions)
Forfait 10 000 (remboursement frais de soins de santé)	52 000	520
Forfait 5 000/mois (chefs de famille handicapés)	5 100	310
Forfait 10 000/an (personnes incontinentes)	22 000	220
Intervention fauteuils roulants	?	110
Réduction du taux de TVA	?	60
Affections spécifiques	4 500	288
Total	83 600	1 508

Source : calculs UNMS, extrapolation nationale.

Rolwagens

Een werkgroep heeft een gedetailleerd voorstel uitgewerkt om te komen tot een betere dekking vanuit de ziekteverzekering, wat vooral de chronisch zieken en gehandicapten ten goede moet komen. Eén en ander moet nog verder worden verfijnd. Bij wijze van illustratie vermelden wij de volgende maatregelen :

— geen supplementen voor standaardrolwagens;

— ruimere omschrijving van het toebehoren voor niet-standaardrolwagens;

— versoepeling van de toekenningsvoorwaarden voor elektronische rolwagens.

Geneesmiddelen

Er wordt voorgesteld een remgeldvermindering door te voeren op de geneesmiddelen van categorie B (geneesmiddelen met een grote therapeutische waarde) voor chronisch zieken. Deze maatregel wordt om technische redenen echter verschoven naar 1999.

BTW voor medisch materiaal

De BTW voor bepaalde medische producten wordt verlaagd van 21% naar 6%. Deze maatregel heeft onder meer betrekking op anti-decubitusmateriaal, aërosols, pompen voor pijnbestrijding en hulpmiddelen voor slechtzienden.

Tabel 7

Overzicht maatregelen chronische zieken

	Personen	Bedrag (in miljoenen)
Forfait 10 000 (gezondheidskostenvergoeding)	52 000	520
Forfait 5 000/maand (invalide gezinshoofden)	5 100	310
Forfait 10 000/jaar (incontinente personen)	22 000	220
Tussenkomst rolstoelen	?	110
Verlaging BTW-tarief	?	60
Specifieke aandoeningen	4 500	288
Totaal	83 600	1 508

Bron : berekeningen NVSM, nationale extrapolatie.

2.7. Combien de personnes sont-elles concernées ?

Tableau 8

Aperçu global de l'incidence des récentes mesures d'accessibilité au niveau national

2.7. Hoeveel mensen werden hiermee bereikt ?

Tabel 8

Globaal overzicht effect recente toegankelijkheidsmaatregelen op nationaal vlak

	Personnes — *Personen*	Montant — *Bedrag*	Budget (en millions) — *Budget (in miljoenen)*
Franchise sociale. — *Sociale franchise*	94 000	14 153	1 213
Franchise fiscale. — *Fiscale franchise*	155 075	14 437	2 227
Extension régime préférentiel. — *Uitbr. voorkeurregeling*	131 758	6 224	821
Forfait remboursement des frais. — *Forfait kostenvergoeding*	52 000	10 000	520
H3 invalides cdf. — *H3 invalide gzh*	5 100	5 000	310
Forfait incontinence. — *Incontinentieforfait*	22 000	10 000	220
Fauteuils roulants. — *Rolstoelen*			110
Taux TVA. —*BTW-tarief*			60
Affections spécifiques. — *Specifieke aandoeningen*	4 500		
Nouvelle assurabilité. — *Nieuwe verzekerbaarheid*	12 000		
Total. — *Totaal*	476 500		5 769

Source : évaluation UNMS, extrapolation nationale.

Bron : schattingen NVSM, nationale extrapolatie.

* Le calcul est vite fait : depuis 1994, les mesures sociales de correction évoquées ci-dessus ont, d'une manière ou d'une autre, procuré un avantage financier à environ 500 000 personnes.

* Rien qu'au niveau des franchises fiscale et sociale, les mutualités socialistes ont déjà couvert 70 000 ménages qui ont bénéficié d'un remboursement moyen de 14 500 francs par an. Les frais sont élevés surtout pour les personnes handicapées. Celles-ci retouchent en moyenne 28 167 francs par an. Mais il y a aussi des handicapés qui retouchent plus de 100 000 francs.

* 38 000 ménages affiliés aux Mutualités socialistes ont bénéficié d'un élargissement du régime préférentiel VIPO.

* Plusieurs milliers de ménages ont bénéficié d'un accès plus souple à l'assurance maladie.

* 30 000 malades de longue durée affiliés aux Mutualités socialistes peuvent bénéficier des nouvelles mesures visant à améliorer la situation d'assurance des malades chroniques.

Notre assurance maladie est l'une des meilleures du monde. Mais, comme de nombreuses mesures d'économie ont été prises ces dernières années, le patient a été mis à contribution, ce qui a engendré un problème du fait que les personnes qui sont confrontées à d'importantes dépenses de santé ne sont plus en mesure de payer. Autrement dit : l'accessibilité du système est compromise.

* De rekening is vlug gemaakt : sinds 1994 hebben om en bij de 500 000 mensen op één of andere manier financieel voordeel gehaald uit de hiervoor behandelde sociale correctiemaatregelen.

* Voor de fiscale en sociale franchise samen werden alleen al in de Socialistische Mutualiteit 70 000 gezinnen bereikt, die genoten van een gemiddelde terugbetaling van 14 500 frank per jaar. Vooral bij gehandicapten lopen de kosten hoog op. Gemiddeld wordt aan hen 28 167 frank terugbetaald. Maar er zijn ook gehandicapten die meer dan 100 000 frank terugbetaald krijgen.

* 38 000 nieuwe gezinnen aangesloten bij de Socialistische Mutualiteit konden genieten van de verruiming van de WIGW-voorkeurregeling.

* Verscheidene duizenden gezinnen verkregen een soepelere toegang tot de ziekteverzekering.

* 30 000 langdurig zieken aangesloten bij de Socialistische Mutualiteit komen in aanmerking voor de nieuwe maatregelen ter verbetering van de verzekeringsituatie van chronisch zieken.

Onze ziekteverzekering behoort tot de betere ter wereld. Maar de voorbije jaren werden tal van besparingsmaatregelen getroffen, waartoe ook de patiënt zijn steentje moest bijdragen. Aldus is een probleem ontstaan. Mensen met hoge gezondheidsuitgaven kunnen de rekening niet meer betalen. Met andere woorden : de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van het systeem kwamen in het gedrang.

3. Quid pour l'avenir ?

Le gouvernement a fait savoir récemment qu'un crédit d'un milliard et demi de francs prélevé sur le budget 1999 de l'assurance maladie serait affecté aux initiatives nouvelles en matière d'accessibilité. Selon nous, ce montant doit être affecté en priorité à l'amélioration des interventions en faveur des malades chroniques. En outre, nous sommes partisans de l'attribution complète du régime préférentiel aux chômeurs de longue durée plus âgés (sans emploi depuis plus d'un an).

3.1. Augmentation du remboursement des médicaments B

Outre l'augmentation du remboursement des dépenses de santé des malades chroniques, l'on pourrait envisager une augmentation du remboursement des médicaments nécessaires (les médicaments de catégorie B).

Simulations :

1. Abaissement du coût des médicaments B :

— ramener de 15 à 10 % le ticket modérateur pour les bénéficiaires du régime préférentiel;

— ramener de 25 à 15 % le ticket modérateur pour les autres affiliés.

Tableau 9

Abaissement du ticket modérateur médicaments B régime préférentiel — autres

	Ticket modérateur médicaments B* — *Remgeld geneesmiddelen B**	Nouveau ticket modérateur — *Nieuw remgeld*	Coût UNMS — *Kost NVSM*	Extrapolation Belgique entière — *Extrapolatie nationaal*
Régime préférentiel. — *Voorkeurregeling.*	699 114 179	466 076 119	233 038 060	832 278 785
Autres affiliés. — *Niet-voorkeurregeling*	2 897 465 355	1 738 479 213	1 158 986 142	4 139 236 221
Total. — *Totaal*	3 596 579 534	2 204 555 332	1 392 024 202	4 971 515 006

* Uniquement pour les membres UNMS, calcul basé sur les données Farmanet de juin 1997/juin 1998.

Cette mesure n'est pas réalisable sur le plan budgétaire, sauf si l'on se limite au régime préférentiel.

2. Abaissement du coût des médicaments B pour les patients dont la carte SIS les rattache à la notion de « franchise sociale » :

L'avantage est que le patient bénéficie de l'exonération du ticket modérateur directement chez le pharmacien. Des scénarios intermédiaires sont envisageables (dispense totale ou partielle).

3. Wat voor de toekomst ?

De regering deelde recent mee dat in de begroting 1999 van de ziekteverzekering 1,5 miljard zal worden voorzien voor nieuwe initiatieven inzake de toegankelijkheid. Voor ons moet dit bedrag prioritair besteed worden aan een verdere verbetering van tussenkomsten voor de chronisch zieken. Daarnaast zijn wij voorstander van een volledige toekenning van de voorkeurregeling aan de oudere langdurig werklozen (langer dan één jaar).

3.1. Betere terugbetaling van de geneesmiddelen B

Naast het optrekken van de gezondheidskostenvergoeding voor chronisch zieken, kan gedacht worden aan een betere terugbetaling voor de noodzakelijke geneesmiddelen (de geneesmiddelen categorie B).

Simulaties :

1. Kostprijs geneesmiddelen B verlagen :

— van 15 % naar 10 % remgeld voor de voorkeurregeling;

— van 25 % naar 15 % remgeld voor de niet-voorkeurregeling.

Tabel 9

Remgeldverlaging geneesmiddelen B voorkeurregeling — niet voorkeurregeling

* Enkel voor NVSM-leden berekend op farmanetgegevens juni 1997-juni 1998.

Budgettair is deze maatregel niet realiseerbaar, tenzij men zich beperkt tot de voorkeurregeling.

2. Kostprijs geneesmiddelen B verlagen voor de patiënten met notie « sociale franchise » op de SIS-kaart :

Het voordeel is dat de patiënt bij de apotheker rechtstreeks geniet van vrijstelling van remgeld. Intermediaire scenario's zijn mogelijk (gehele of gedeeltelijke vrijstelling).

Selon les calculs réalisés sur la base des données Farmanet, le ticket modérateur moyen sur les médicaments B s'élève à 1 904 francs pour les personnes bénéficiant du régime préférentiel et à 1 317 francs pour les autres. Le ticket modérateur moyen pour le patient bénéficiant de la « franchise sociale » est impossible à calculer parce que l'on ne dispose d'aucune donnée d'identification.

Tableau 10

Pas de ticket modérateur pour les médicaments B, patients franchise sociale

Ticket modérateur*	Nombre en franchise** sociale	Coût
3 000	120 000	360 000 000
3 000	125 000	375 000 000
3 000	130 000	390 000 000
3 000	135 000	405 000 000
3 000	140 000	420 000 000

* Hypothèse dans laquelle un patient « franchise sociale » consomme en moyenne plus de médicaments B que les bénéficiaires du régime préférentiel, simulation avec ticket modérateur de 3 000 francs.

** En 1995 : 94 000 personnes au niveau national; ensuite, augmentation par l'incorporation des chômeurs > 6 mois.

3. Abaissement du coût des médicaments B pour les patients dont la carte SIS les rattache à la notion de « malade chronique ».

Bien que cette possibilité ne soit pas prévue au niveau réglementaire, il est théoriquement possible d'inscrire sur la carte SIS la notion de « malade chronique », telle que définie pour le forfait frais de santé. Selon cette définition, le nombre de forfaits frais de santé peut être estimé à 56 000 (au niveau national).

Tableau 10

Pas de ticket modérateur pour les médicaments B, malades chroniques

Ticket modérateur* moyen	Nombre de malades chroniques	Coût
5 000	56 000	280 000 000
10 000	56 000	560 000 000
15 000	56 000	840 000 000

* Ici encore, pas de données individualisées dans Farmanet.

4. Incorporation du ticket modérateur des médicaments B dans le montant de la franchise (franchise sociale et franchise fiscale).

Uit de farmanetgegevens kunnen we berekenen dat het gemiddelde remgeld voor de geneesmiddelen B 1 904 frank bedraagt voor de voorkeurregeling en 1 317 frank voor de niet-voorkeurregeling. Wat een gemiddelde « sociale franchise » patiënt aan remgeld betaalt is niet te achterhalen omdat wij niet beschikken over identificatiegegevens.

Tabel 10

Geen remgeld voor de geneesmiddelen B, sociale franchise-patiënten

Remgeld*	Aantal sociale** franchise	Kost
3 000	120 000	360 000 000
3 000	125 000	375 000 000
3 000	130 000	390 000 000
3 000	135 000	405 000 000
3 000	140 000	420 000 000

* Veronderstelling dat een sociale franchise-patiënt meer geneesmiddelen B verbruikt dan het gemiddelde VKR, simulatie met 3 000 frank remgeld.

** in 1995 : 94 000 personen nationaal, daarna is er een toename door de opname van de werklozen > 6 maand.

3. Kostprijs geneesmiddelen B verlagen voor de patiënten met notie « chronisch zieke » op de SIS-kaart :

Alhoewel het reglementair niet voorzien is, is het theoretisch mogelijk om de notie « chronisch zieke », zoals gedefinieerd voor het gezondheidskostenforfait, te vermelden op de SIS-kaart. Volgens de definitie schatten we het aantal gezondheidskostenforfaits op 56 000 (nationaal).

Tabel 10

Geen remgeld voor de geneesmiddelen B, chronisch zieken

Gemiddeld remgeld*	Aantal chronisch zieken	Kost
5 000	56 000	280 000 000
10 000	56 000	560 000 000
15 000	56 000	840 000 000

* Ook hier geen geïndividualiseerde gegevens van Farmanet.

4. Opname van de remgelden van de geneesmiddelen B in de franchiseteller (sociale franchise en fiscale franchise).

L'impact budgétaire de cette mesure n'est pas encore connu. Les principales inconnues sont :

1. le ticket modérateur des médicaments par individu;

2. le nombre de personnes qui atteindront ainsi le seuil de 15 000 francs de ticket modérateur (franchise sociale) ou le seuil variable (franchise fiscale);

3. le ticket modérateur total que ces personnes paient.

Sans doute une telle mesure aura-t-elle une incidence budgétaire trop forte.

3.2. Octroi d'un statut préférentiel aux chômeurs de longue durée

Actuellement, les chômeurs chefs de ménage et les chômeurs isolés ont droit au régime préférentiel en cas d'hospitalisation. Selon les calculs de l'INAMI, l'extension du régime préférentiel aux soins ambulatoires engendrerait un coût de 1,1 milliard de francs pour 392 160 personnes concernées.

Si l'on se limite aux chômeurs âgés (> 50 ans, 49 532 chefs de ménage et personnes à charge, 29 458 isolés), ce coût supplémentaire retombe à 330 millions de francs, ce qui paraît entrer dans les faisabilités budgétaires.

B. Échange de vues

Un membre demande à l'intervenant quels seront les effets éventuels de l'échelonnement des soins de santé sur l'accès à ceux-ci.

M. Van der Meeren répond que la médecine de famille est traditionnellement la porte d'accès aux soins de santé. En augmentant le capital de confiance du patient dans le médecin de famille et en garantissant des soins de qualité à ce niveau, on pourra éviter certains frais d'hôpitaux et, partant, les quote-parts personnelles y afférentes, ce qui abaissera le seuil financier d'accès aux soins de santé.

Par ailleurs, on constate que l'augmentation progressive du ticket modérateur élève le seuil d'accès à la médecine générale. En 1994 par exemple, le nombre des consultations des médecins traitants a baissé d'environ 0,5 million. Ce chiffre n'est cependant pas très parlant si on ne le ventile pas par groupes de patients.

De nombreuses questions ont été posées notamment au sujet des VIPO. Les VIPO bénéficiant du régime préférentiel voient leur médecin traitant environ 12 fois par an, dont 8 ou 9 fois à domicile. Les VIPO

De budgettaire impact van deze maatregel is tot nog toe niet berekend. De belangrijkste onbekenden zijn :

1. het remgeld voor geneesmiddelen per individu;

2. het aantal personen dat hierdoor de remgelddrempel van 15 000 frank zal bereiken (sociale franchise) of de variërende remgelddrempel (fiscale franchise);

3. het totale remgeld dat deze personen betalen.

Wellicht zal een dergelijke maatregel budgettair te hoog gegrepen zijn.

3.2. Voorkeurstatuut aan de langdurig werklozen

Vandaag hebben de werkloze gezinshoofden en de alleenstaande werklozen recht op de voorkeurregeling in geval van hospitalisatie. Volgens RIZIV-berekeningen zou de uitbreiding van de voorkeurregeling naar ambulante zorgen 1,1 miljard kosten. Het betreft 392 160 personen.

Wanneer men zich beperkt tot oudere werklozen (> 50 jaar, 49 532 gezinshoofden en personen ten laste, 29 458 alleenstaanden), wordt de meerkost gereduceerd tot 330 miljoen. Dit lijkt budgettair haalbaar.

B. Gedachtewisseling

Een lid vraagt wat men volgens de spreker op het vlak van de toegang tot de hulpverlening mag verwachten van de echelonnering van de gezondheidszorg.

De heer Van der Meeren antwoordt dat de huisartsgeneeskunde traditioneel de toegangspoort tot de gezondheidszorg is. Indien men het vertrouwen van de patiënten in de huisarts kan doen toenemen en indien men een kwaliteitsvolle hulpverlening op dit niveau kan garanderen, dan kunnen bepaalde ziekenhuiskosten en dus ook eigen aandelen hierin worden vermeden, wat de financiële drempel tot de gezondheidszorg verlaagt.

Anderzijds stelt men vast dat door de geleidelijke verhoging van het remgeld, de drempel tot de huisartsgeneeskunde precies wordt verhoogd. In 1994 bijvoorbeeld daalde het aantal consultaties van de huisarts met ongeveer 0,5 miljoen eenheden. Dit cijfer zegt echter niet veel indien het niet wordt uitgesplitst over de groepen van patiënten.

Met name ten aanzien van de WIGW's waren er nogal wat vragen. De WIGW's met voorkeurregeling hebben ongeveer 12 keer per jaar contact met de huisarts, waarvan 8 à 9 huisbezoeken. De WIGW's zonder

ne bénéficiant pas du régime préférentiel voient leur médecin traitant 8 fois par an, dont 5 ou 6 fois à domicile. Or, un examen de l'évolution de ces chiffres au cours des années 1988 à 1994 permet de constater pour ce dernier groupe, dont les moyens financiers sont quelque peu plus élevés, une légère augmentation du nombre des consultations. Pour les VIPO-100 par contre, on a constaté, pour la même période, une légère diminution. Bien que cette dernière évolution ne soit pas spectaculaire, il convient néanmoins de se poser la question de savoir s'il n'y a pas, dans ce groupe, une tendance à la sous-consommation.

À la question de savoir si un échelonnement complet bouleverserait l'accès aux soins de santé, il est impossible de répondre catégoriquement par l'affirmative. La plupart des problèmes en ce qui concerne l'accessibilité aux soins se situent dans des secteurs tels que les soins intra-muros, les technologies et les médicaments onéreux, les implants, les prothèses de la hanche, les stimulateurs cardiaques, etc. C'est dans ces secteurs que les interventions personnelles ne cessent de croître et ce n'est pas en valorisant les soins de première ligne, quelque louable que soit cette initiative en soi, que l'on résoudra le problème.

Une autre membre fait remarquer que M. Van der Meeren a suggéré dans son exposé de régler la franchise fiscale aux guichets. Pourtant, on a déjà souligné les problèmes qu'une telle façon de faire pourrait poser quant à la protection de la vie privée. On pourrait en outre objecter qu'au moment où le patient se présente au guichet, seul son revenu d'il y a deux ans est connu du fisc.

M. Van der Meeren répond que le même problème se pose pour contrôler le plafond de revenus de 456 000 francs dans le cadre du régime préférentiel. On utilise en l'occurrence une déclaration sur l'honneur pour les personnes qui, deux ans auparavant, remplissaient les conditions d'accès au régime. Cette déclaration peut être contrôlée ultérieurement. On peut supposer que le revenu du groupe qui entre en ligne de compte pour la franchise fiscale ne subit pas d'augmentation spectaculaire au fil des ans.

Quoi qu'il en soit, il reste d'avis que la franchise fiscale est un mécanisme de correction trop lent.

Un membre fait remarquer que l'offre en matière de soins à domicile reste actuellement limitée et ne propose qu'un éventail restreint de services. Étoffer cette offre permettrait de réduire les soins *intra-muros*. S'il est indéniable qu'une telle évolution servirait le bien-être des patients, serait-elle aussi génératrice d'une diminution des coûts ?

M. Van der Meeren estime que si une telle évolution permettrait effectivement de réaliser des économies, on doit néanmoins se garder de les exagérer. On constate que du fait de la réduction de la durée des

voorkeurregeling zien hun huisarts 8 keer per jaar waarvan 5 à 6 huisbezoeken. Wanneer men echter de evolutie van deze cijfers over de jaren 1988 tot 1994 bekijkt, stelt men voor deze laatste groep, die iets kapitaalkrachtiger is, een lichte stijdging van het aantal consultaties vast. Voor de WIGW's-100 daarentegen was er over dezelfde periode een lichte daling. Hoewel deze laatste evolutie niet spectaculair is, moet men zich toch de vraag stellen of er in deze groep geen tendens tot onderconsumptie is.

Op deze vraag of een volledige echelonnering belangrijke effecten zou hebben voor de toegang tot de gezondheidszorg, kan men niet zonder meer bevestigend antwoorden. De problemen inzake betaalbaarheid van de hulp zijn immers in belangrijke mate gesitueerd in de sectoren zoals de intramurale hulpverlening, de dure technologieën en geneesmiddelen, de implantaten, de heupporthesen, de pacemakers, etc. Het is in deze sectoren dat de persoonlijke aandelen toenemen en dit probleem lost men niet op door een herwaardering van de eerste lijn, hoe waardevol dit op zichzelf ook zou zijn.

Een volgende spreekster merkt op dat de heer Van der Meeren in zijn uiteenzetting de suggestie heeft gedaan om de fiscale franchise te verrekenen aan de loketten. Hijzelf heeft hierbij al gewezen op mogelijke problemen van een dergelijke werkwijze wat de bescherming van het privé-leven betreft. Een ander bezwaar dat men hiertegen zou kunnen inroepen is het feit dat op het ogenblik dat de patiënt zich bij het loket aanbiedt, alleen zijn inkomen van twee jaar voordien bij de fiscus gekend is.

De heer Van der Meeren antwoordt dat hetzelfde probleem zich voordoet met de inkomenstoets van 456 000 frank in de voorkeurregeling. Hier werkt men met een verklaring op eer voor de mensen die zich twee jaar voordien in de voorwaarden voor de regeling bevonden. Deze verklaring kan later worden gecontroleerd. Men mag ervan uitgaan dat het inkomen van de groep die voor de fiscale franchise in aanmerking komt, over de jaren heen geen spectaculaire stijgingen kent.

Hoe dan ook blijft hij van oordeel dat de fiscale franchise niet snel genoeg corrigeert.

Een lid merkt op dat het aanbod in de thuiszorg momenteel nog beperkt is en slechts een beperkte waaier aan diensten omvat. Een uitbreiding van dit aanbod zou een daling van de intramurale zorg tot gevolg kunnen hebben. Een dergelijke verschuiving is ongetwijfeld positief voor het welzijn van de patiënten, maar zou zij ook kostenverlagend werken ?

De heer Van der Meeren is van oordeel dat een dergelijke verschuiving inderdaad een besparend effect zou hebben, maar dat men dit ook niet mag overdrijven. Men stelt vast dat door de verkorting van de lig-

hospitalisations, les situations que l'on rencontre dans le secteur des soins à domicile sont de plus en plus graves. Dans certains cas, on pourrait même parler d'hospitalisations à domicile. Actuellement, ces soins sont toujours indemnisés aux tarifs ordinaires des soins infirmiers à domicile, mais si cette tendance perdure, on devra aussi octroyer des indemnités majorées dans ce secteur pour certaines prestations.

Il estime personnellement que le développement des soins à domicile sera largement conditionné par deux phénomènes: la multiplication des services et l'extension de l'assurance dépendance. Les soins à domicile restent en effet largement ciblés sur le groupe des personnes âgées.

Un autre intervenant constate que, selon le préopinant, il est possible de fixer un coût moyen pour certaines affections chroniques, étant donné que les besoins de toutes les personnes qui en souffrent sont plus ou moins identiques. Par ailleurs, il considère comme malades chroniques les patients qui dépassent la franchise sociale pendant deux années d'affilée. Reste à savoir si ces deux critères permettent de cibler tous les malades chroniques ou s'il faut en prévoir d'autres.

M. Van der Meeren convient qu'il y a en l'espèce un problème, dont l'INAMI reconnaît d'ailleurs l'existence. En ce qui concerne la définition de la notion de maladie chronique, on n'en est qu'au stade initial. Un groupe de travail aura précisément pour mission d'affiner les définitions à cet égard.

Un membre note qu'à cause de l'informatisation croissante de l'assurance maladie, les personnes sont de moins en moins nombreuses à se présenter aux guichets des mutualités. Il devient par conséquent beaucoup plus difficile de cerner ces personnes et leurs besoins.

On en arrive ainsi à des situations où des collectes d'argent sont organisées à l'occasion de kermesses au profit des patients souffrant de pathologies graves. Ils pourraient peut-être faire appel au Fonds spécial de solidarité, mais comme la mutualité ignore leur problème, ils ne savent pas comment bénéficier de l'aide de ce fonds.

M. Van der Meeren confirme que les contacts entre les mutualités et leurs affiliés sont devenus impersonnels. Le rôle de détection du guichetier est passé au second plan, mais a été repris en partie par les centres d'aide sociale. Par contre, cette évolution a ceci de positif que l'on s'attaque aux problèmes d'une manière plus professionnelle et moins caritative.

Un membre fait remarquer qu'une des principales évolutions que connaît actuellement le secteur des hôpitaux est la tendance à coopérer ou à fusionner. Il s'ensuit des fermetures de départements, voire parfois d'hôpitaux tout entiers, ce qui fait que le patient doit

duur in de ziekenhuizen, de thuiszorg met steeds zwaardere situaties wordt geconfronteerd. In bepaalde gevallen zou zelfs kunnen worden gesproken van thuishospitalisatie. Deze hulpverlening wordt nu nog vergoed aan de gewone tarieven voor thuisverpleging, maar indien de tendens zich doorzet, zal men ook in deze sector voor bepaalde verstrekkingen hogere vergoedingen moeten gaan toekennen.

Persoonlijk meent hij dat de verdere uitbouw van de thuiszorg in belangrijke mate zal worden geconditioneerd door twee fenomenen: de uitbreiding van de diensten en de uitbouw van de zorgverzekering. De thuiszorg blijft immers in belangrijke mate gericht op de groep van de bejaarden.

Een ander lid stelt vast dat volgens de spreker voor bepaalde chronische aandoeningen een gemiddelde kostprijs kan worden vastgesteld, aangezien de behoeften van alle personen die aan deze ziekten lijden, min of meer gelijklopend zijn. Daarnaast beschouwt hij de patiënten die twee jaar na elkaar de sociale franchise overschrijden, als chronische patiënten. Het is de vraag of men langs deze twee wegen alle chronische patiënten kan bereiken. Zijn er nog andere criteria?

De heer Van der Meeren beaamt dat er wat dit betreft een probleem is, dat overigens binnen het RIZIV wordt onderkend. Wat de omschrijving van het begrip chronische ziekte betreft staat men nog maar in een beginstadium. Een werkgroep zal precies tot taak hebben de definities in dit verband te verfijnen.

Een lid stipt aan dat door de toenemende informatisering van de ziekteverzekering steeds minder mensen zich aan de loketten van het ziekenfonds aanbieden. Daardoor worden zijzelf en hun behoeften blijkbaar een stuk minder zichtbaar.

Men komt zo in situaties terecht waarbij op kermissen geld wordt verzameld voor patiënten met een zware pathologie. Zij zouden misschien een beroep kunnen doen op het bijzonder solidariteitsfonds, maar vinden de weg hier naartoe niet omdat het ziekenfonds geen weet heeft van hun problemen.

De heer Van der Meeren beaamt dat de contacten van de ziekenfondsen met hun leden een stuk minder persoonlijk geworden zijn. De detectiefunctie van de loketbediende is verminderd maar werd wel voor een deel overgenomen door de centra voor maatschappelijk werk. Een voordeel van deze evolutie is dan weer dat de problemen op een meer professionele en minder caritatieve wijze worden aangepakt.

Een lid merkt op dat een van de belangrijkste evoluties in de ziekenhuissector momenteel de tendens tot samenwerking en fusie is. Dit geeft aanleiding tot sluiting van afdelingen of soms zelfs hele campussen, waardoor de afstand tussen de patiënt en de zorgver-

aller plus loin pour trouver un dispensateur de soins. A-t-on déjà étudié l'incidence de ce phénomène sur certains groupes de patients, comme les personnes âgées ?

M. Van der Meeren répond qu'aucune étude spécifique n'a été réalisée sur la question. Les affiliés des mutualités socialistes sont en majorité des citadins, pour qui la disparition d'un département ou d'un hôpital ne constitue pas un problème insurmontable quant à la distance les séparant du dispensateur de soins. S'il devait y avoir des difficultés sur ce plan c'est surtout à la campagne qu'elles devraient se poser.

L'intervenant précédent acquiesce sur ce dernier point, d'autant plus que ce sont avant tout les petits hôpitaux en dehors des centres urbains qui sont les premières victimes des fusions. On peut par ailleurs se poser la question de savoir quelles économies ces fusions permettront de réaliser. En pratique, les institutions tentent à cet égard, d'une manière assez compréhensible, d'obtenir le régime financier le plus avantageux possible, avec les prix de la journée d'entretien de l'hôpital coopérant le plus cher et avec l' indemnité de reconversion la plus élevée possible. Ce sont les petits hôpitaux, dont les prix de la journée d'entretien sont bas, qui sont supprimés.

III. AUDITION DE L'UNION NATIONALE DES MUTUALITES LIBERALES (1)

M. Hanon remarque que les conceptions des diverses fédérations nationales, qui se rencontrent assez régulièrement dans le collège des médecins-directeurs au sein de l'INAMI, sont assez similaires. Il est évident que plus la consommation médicale augmente, plus le coût pour la collectivité est élevé. Il faut dès lors veiller en permanence à ce que le groupe relativement restreint de patients qui ont les plus grands besoins reste couvert d'une manière adéquate. Ces patients ne peuvent être les victimes du système tel qu'il fonctionne aujourd'hui.

On ne peut en effet nier, en toute honnêteté, que, dans la structure actuelle de l'INAMI, il est très difficile de définir des concepts globaux comme celui de malade chronique. Étant donné que l'on travaille avec des budgets fermés, tous les intéressés cherchent dans une certaine mesure à garder pour eux les ressources propres au détriment d'une approche plus générale. La «sectarisation» au niveau de l'INAMI rend particulièrement difficile une politique globale.

M. Wouters admet que, alors que le patient devrait être l'élément central des soins de santé, les discussions au sein des diverses commissions de l'INAMI

(1) Audition du 17 novembre 1998 du docteur André Hanon et de M. Gilbert Wouters.

lening toeneemt. Is er reeds onderzoek gebeurd naar de implicaties hiervan voor bepaalde groepen patiënten, zoals de ouderen ?

De heer Van der Meeren antwoordt dat rond deze vraag geen specifiek studiewerk gebeurd is. De leden van de socialistische mutualiteiten wonen voornamelijk in de steden waar het wegvallen van een afdeling of een ziekenhuis geen onoverkomelijke problemen oplevert wat de afstand tot de zorgverstrekking betreft. Indien er op dit vlak moeilijkheden zouden zijn, zullen die zich voornamelijk op het platteland voordoen.

De vorige spreker is het met dit laatste eens, temeer omdat vooral de kleine ziekenhuizen buiten de stadscentra de eerste slachtoffers zijn van de fusieoperaties. Men kan zich overigens de vraag stellen wat de besparing van deze fusieoperaties zal zijn. In de praktijk trachten de instellingen hierbij begrijpelijkerwijze een zo voordelig mogelijke financiële regeling uit de brand te slepen, met de ligdagprijzen van het duurste ziekenhuis dat in de samenwerking wordt betrokken en een zo hoog mogelijke reconversievergoeding. Het zijn de kleine ziekenhuizen met lage ligdagprijzen die wegvallen.

III. HOORZITTING MET DE LANDSBOND VAN LIBERALE MUTUALITEITEN (1)

De heer Hanon merkt op dat de opvattingen binnen de diverse landsbonden, die elkaar op zeer geregelde basis ontmoeten in het College van geneesheren-directeurs binnen het RIZIV, vrij gelijklopend zijn. Het is duidelijk dat naarmate de medische consumptie toeneemt, de kosten voor de samenleving en voor de zieke verhogen. Het moet dan ook een voortdurende bekommernis zijn dat de relatief kleine groep van patiënten met de grootste behoeften op een behoorlijke wijze gedekt blijft. Deze patiënten mogen niet het slachtoffer worden van het systeem zoals dat nu werkt.

Wie eerlijk is, kan immers niet ontkennen dat het in de huidige structuur van het RIZIV zeer moeilijk is om globale concepten zoals dat van de chronisch zieke te definiëren. Aangezien met gesloten budgetten wordt gewerkt, trachten alle betrokkenen in zekere mate de eigen middelen bij zich te houden ten nadele van een meer algemene benadering. De «sectarisering» op het niveau van het RIZIV maakt een meer globaal beleid bijzonder moeilijk.

De heer Wouters beaamt dat waar de patiënt in de gezondheidszorg centraal zou moeten staan, de discussies in de diverse commissies binnen het RIZIV

(1) Hoorzitting van 17 november 1998 met Dr. André Hanon en de heer Gilbert Wouters.

sont souvent dominées par des préoccupations financières et budgétaires qui ne répondent pas toujours aux besoins des patients. Une gestion globale consisterait à inventorier tous les besoins, à fixer des priorités et à partager les budgets en fonction de cela. Ce n'est que de cette façon que l'on peut mener une bonne politique de santé.

Depuis 1994, la Belgique connaît le système de la franchise sociale et de la franchise fiscale, ayant pour but d'aider les personnes qui sont confrontées à une consommation médicale élevée. La question peut être posée de savoir si les deux mesures touchent les patients nécessitant des soins lourds. On constate en effet dans la pratique que les personnes qui ont de grands besoins et ne disposent que de revenus limités ne se font pas ou pas suffisamment soigner parce que le seuil financier de l'aide est trop élevé pour elles. Ici aussi, il faudrait par conséquent vérifier en profondeur où se situent les besoins et axer les incitations financières là-dessus.

Deux ans à peine après l'adoption des deux mesures, les pouvoirs publics ont d'ailleurs déjà prévu des restrictions pour en limiter l'impact budgétaire, qui s'élevait à 1,5 milliard de francs.

L'année dernière, un nouveau système a été instauré pour répondre aux besoins de quelques catégories spécifiques de patients nécessitant des soins lourds. En soi, ce n'est pas une mauvaise chose, mais il faut bien être conscient que plus on se montre sélectif, plus d'autres groupes de patients sont délaissés.

C'est pourquoi l'Union nationale des mutualités libérales plaide pour une approche globale dans laquelle toute personne qui a besoin de soins est soumise à un ticket modérateur suivant sa capacité financière. Lorsque le budget n'est pas suffisant, on doit pouvoir accepter que des charges un peu plus lourdes soient imposées aux patients qui peuvent les supporter, de manière à dégager une plus grande marge de manœuvre financière pour d'autres qui ont plus de difficultés. Un moyen de le faire pourrait consister à créer un nouveau statut qui tiendrait le milieu entre le statut VIPO et le ticket modérateur normal.

Un membre ne peut en principe approuver l'idée de faire supporter les charges des soins de santé suivant la capacité financière. Quelle est cependant la voie la plus adéquate pour y parvenir dans la pratique ?

M. Wouters répond que notre système connaît actuellement, *grosso modo*, deux «tarifs»: le statut VIPO et le tarif normal. À côté de cela, il y a la franchise sociale et fiscale. La personne qui rentre dans la bonne catégorie va recevoir une allocation supplémentaire lorsque les tickets modérateurs dépassent

vaak worden overheerst door financiële en budgettaire bekommernissen die niet altijd beantwoorden aan de behoeften van deze patiënten. Een globaal beheer zou erin bestaan dat alle behoeften worden geïnventariseerd, prioriteiten vastgelegd en de beschikbare budgetten in het licht hiervan worden verdeeld. Alleen op deze wijze kan een gedegen gezondheidsbeleid worden gevoerd.

Sinds 1994 kent België het systeem van de sociale en de fiscale franchise, dat tot doel heeft de mensen met een hoge medische consumptie te helpen. De vraag kan worden gesteld of de beide maatregelen de zwaar zorgbehoevende patiënten bereiken. Men stelt immers in de praktijk vast dat mensen met zeer grote behoeften en een beperkt inkomen zich niet of onvoldoende laten verzorgen omdat de financiële drempel tot de hulpverlening voor hen te hoog ligt. Ook hier geldt derhalve dat grondig zou moeten worden nagegaan waar de behoeften liggen en dat de financiële stimuli hierop zouden moeten worden gericht.

Amper twee jaar na het instellen van de beide maatregelen is de overheid overigens reeds restricties gaan inbouwen om de budgettaire impact, die 1,5 miljard frank bedroeg, te beperken.

Vorig jaar werd dan weer een nieuw stelsel ingevoerd om tegemoet te komen aan enkele specifieke zwaar zorgbehoevende categorieën. Op zich is dit geen slechte zaak, maar men dient er zich van bewust te zijn dat naarmate men selectiever tewerk gaat, er meer andere groepen van patiënten in de kou blijven staan.

Vandaar dat de Landsbond van Liberale Mutualiteiten pleit voor een globale benadering waarbij iedereen die zorgbehoevend is, onderworpen wordt aan een remgeld naar zijn vermogen. Wanneer het budget niet toereikend is, moet men kunnen aanvaarden dat iets zwaardere lasten worden gelegd bij de patiënten die ze kunnen dragen, zodat er meer financiële ruimte komt voor anderen die het moeilijker hebben. Een mogelijke weg om dit te realiseren zou bijvoorbeeld kunnen bestaan in het creëren van een nieuw statuut dat gesitueerd is tussen het WIGW-statuut en het normale remgeld.

Een lid kan het in principe eens zijn met de idee dat de lasten van de gezondheidszorg meer moeten worden gedragen volgens vermogen. Wat is echter de meest aangewezen weg om dit in de praktijk te bereiken ?

De heer Wouters antwoordt dat ons stelsel momenteel *grosso modo* twee «tarieven» kent: het WIGW-statuut en het normaal tarief. Daarnaast is er de sociale en fiscale franchise. Wie in het juiste sociale vakje past, gaat een bijkomende tegemoetkoming krijgen wanneer de remgelden 15 000 frank per jaar

15 000 francs par an. On pourrait mieux moduler ce montant en fonction du revenu et des besoins.

Par ailleurs, on pourrait adapter l'ensemble des secours sur lesquels la franchise est appliquée. À l'heure actuelle, les médicaments B ne sont pas inclus dans la franchise, bien qu'ils représentent pour beaucoup de patients la majeure partie de leurs dépenses médicales. Les patients ayant besoin de soins lourds pourraient tirer avantage de l'intégration de ces médicaments dans l'ensemble. Afin de préserver l'équilibre du système, cela devrait probablement coïncider avec une révision des montants limites. En procédant de la sorte, le système serait toutefois plus en prise sur les besoins médicaux réels.

Un membre est en principe d'accord avec l'orateur précédent qui plaide pour l'intégration des médicaments B dans la franchise. Il est moins d'accord avec l'affirmation selon laquelle la franchise sociale ne toucherait pas le groupe qui a le plus de besoins. La franchise de tickets modérateurs n'est accordée qu'après le paiement de 15 000 francs à ce titre, ce qui n'est pas peu en termes de consultations de médecins.

M. Wouters est du même avis. On ne peut toutefois se former une idée des besoins réels que lorsque les médicaments sont également inclus dans la franchise. Celui qui dépense 15 000 francs en visites doit dans la plupart des cas débourser un multiple de ce montant en médicaments et moyens auxiliaires et c'est principalement dans ce domaine que les problèmes de l'accès aux soins de santé se posent. Le système répondrait par conséquent mieux à ses objectifs si les médicaments B étaient pris en compte, en y ajoutant une révision des plafonds.

Un orateur constate que les deux orateurs plaident pour une plus grande sélectivité, en axant davantage les interventions financières sur les groupes qui en ont vraiment besoin, au détriment de ceux qui peuvent supporter les charges personnellement. Ne craignent-ils pas qu'une sélectivité trop poussée puisse saper la base du système? Les personnes qui, d'une part, contribuent au financement de l'assurance maladie mais qui, d'autre part, voient augmenter démesurément leur part personnelle dans les coûts ne vont-elles pas décrocher et chercher d'autres formes de couverture? En d'autres mots, ne faut-il pas maintenir, dans un tel système, un équilibre entre la solidarité obligatoire et le principe de l'assurance?

M. Hanon peut comprendre cette préoccupation. L'Union nationale des mutualités libérales, comme du reste toutes les mutualités, continue de croire fermement en une solidarité générale, indépendamment du revenu. Cette solidarité n'est cependant pas nécessairement affectée en dirigeant davantage les

overschrijden. Men zou dit bedrag beter kunnen moduleren volgens het inkomen en volgens de behoeften.

Daarnaast zou men het pakket hulpverlening waarop de franchise wordt toegepast, kunnen aanpassen. Momenteel worden de geneesmiddelen B niet in de franchise opgenomen, hoewel zij voor veel patiënten de hoofdmoot van medische uitgaven vormen. Patiënten met zware behoeften zouden er voordeel kunnen bij hebben dat deze geneesmiddelen wel in het pakket worden opgenomen. Om het financieel evenwicht van het stelsel te bewaren, zou dit waarschijnlijk moeten samengaan met een herziening van de grensbedragen. Door aldus tewerk te gaan, zou het evenwel meer op de werkelijke medische behoeften worden afgestemd.

Een lid is het in principe eens met de vorige spreker wanneer die pleit voor het opnemen van de geneesmiddelen B in de franchise. Waar hij meer aan twijfelt, is de bewering dat de sociale franchise niet terecht zou komen bij de groep die de meeste behoeften heeft. De vrijstelling van remgelden wordt pas toegekend nadat 15 000 frank aan remgelden is betaald, wat in termen van artsenconsultaties zeker niet weinig is.

De heer Wouters is het hiermee eens. Men krijgt evenwel slechts een beeld van de werkelijke behoeften wanneer ook de geneesmiddelen in de franchise worden opgenomen. Wie 15 000 frank aan doktersbezoek geeft, moet in de meeste gevallen een veelvoud van dit bedrag betalen voor medicatie en hulpmiddelen en het is voornamelijk in dit domein dat de problemen in verband met de toegang tot de gezondheidszorg zich voordoen. Het systeem zou daarom meer aan zijn doelstellingen beantwoorden indien de geneesmiddelen B in rekening worden gebracht, gepaard gaand met een herziening van de grensbedragen.

Een spreekster stelt vast dat de beide sprekers pleiten voor een grotere selectiviteit, waarbij de financiële tussenkomsten meer worden gericht op de groepen die ze echt nodig hebben, ten nadele van hen die de lasten zelf kunnen dragen. Vrezen zij niet dat een te ver doorgedreven solidariteit de basis van het stelsel kan aantasten? Zullen de mensen die enerzijds bijdragen voor de financiering van de ziekteverzekering, maar anderzijds het eigen aandeel in de kosten bovenmaats zien toenemen, niet gaan afhaken en naar andere vormen van dekking zoeken? Moet er met andere woorden in een dergelijk stelsel geen evenwicht blijven tussen de verplichte solidariteit en het verzekeringsbeginsel?

De heer Hanon kan begrip opbrengen voor deze bekommernis. De Landsbond van Liberale Mutualiteiten, zoals overigens alle ziekenfondsen, blijft sterk geloven in een algemene solidariteit, ongeacht het inkomen. Deze solidariteit wordt echter niet noodzakelijk aangetast door de inspanningen meer te gaan

efforts vers certains groupes ayant des besoins plus grands, qu'ils ne peuvent satisfaire eux-mêmes. De plus, une évaluation et une correction du système s'imposent en permanence. Le transfert des handicapés du Fonds national à l'INAMI est par exemple perçu par les intéressés, sur certains points, comme un pas en arrière et de telles affaires doivent pour le moins être examinées.

Un membre constate que, selon les orateurs, les conventions sont de nos jours excessivement négociées sur la base de budgets historiques, si bien qu'il y a une marge insuffisante pour procéder à une redistribution des moyens, qui serait mieux réglée sur la prise en charge des maladies chroniques.

M. Hanon peut se rallier à cette constatation. À titre d'exemple, il se réfère à l'accord conclu avec les centres de réadaptation fonctionnelle pour la prise en charge de la réadaptation multidisciplinaire de patients entre la phase aiguë et la fin de la phase chronique. Ces prestations peuvent également être prescrites par la voie monodisciplinaire, par prestation, par le biais de la nomenclature. Il semble impossible de réunir toutes les parties autour de la table pour trouver une solution globale, centrée sur les besoins du patient et non sur les intérêts financiers des prestataires. Chaque type de prestataire souhaite préserver son propre budget et choisit la solution qui lui est la plus favorable.

Un membre remarque qu'un des principaux problèmes pour le patient présentant une pathologie lourde est l'augmentation des dépenses pour les médicaments non remboursables et partiellement remboursables. Plusieurs raisons sont avancées : surconsommation, comportement prescripteur, formation des prix, mauvais accords avec l'industrie pharmaceutique, etc.

Comment les mutualités libérales voient-elles cette explosion des coûts ?

M. Wouters répond que tous les éléments cités par l'orateur précédent ont une influence sur l'augmentation des coûts des médicaments. La reconnaissance des médicaments et la formation des prix échappent en majeure partie au contrôle de l'INAMI. On voit ici aussi que, dès que le pouvoir de décision dans une telle matière est partagé entre différents départements et organismes, il devient particulièrement difficile de définir une politique générale à l'égard du secteur.

Bien évidemment, la hausse du ticket modérateur ne peut pas non plus être dissociée de la limitation de l'enveloppe financière avec laquelle l'AMI doit travailler.

Un orateur pense que c'est précisément là que réside une des questions essentielles de ce débat. Les frais élevés des patients sont-ils provoqués par le fait qu'on dépense trop en soins de santé ou sont-ils dus

richten op bepaalde groepen die een grotere behoefte hebben en die zelf niet kunnen invullen. Bovendien is er permanent evaluatie en bijsturing van het stelsel nodig. De overgang van de gehandicapten van het Nationaal Fonds naar het RIZIV bijvoorbeeld, wordt door de betrokkenen op een aantal vlakken als een achteruitgang ervaren en dergelijke zaken moeten op zijn minst worden onderzocht.

Een lid stelt vast dat volgens de sprekers de conventies thans te zeer worden onderhandeld in het licht van historische budgetten, waardoor er onvoldoende ruimte is om te komen tot een nieuwe verdeling van de middelen, die beter afgesteld zou zijn op de tenlasteneming van chronische ziekten.

De heer Hanon beaamt dit. Als voorbeeld verwijst hij naar het akkoord met de centra voor functionele readaptatie, wat de tenlasteneming van multidisciplinaire readaptatie van patiënten betreft tussen de acute fase van de ziekte en het einde van de chronische fase. Deze verstrekkingen kunnen ook langs monodisciplinaire weg, per prestatie, via de nomenclatuur worden voorgeschreven. Het lijkt onmogelijk iedereen rond de tafel te krijgen om tot een globale oplossing te komen waarbij de behoeften van de patiënt en niet de financiële belangen van de zorgverstrekkers centraal staan. Ieder soort verstrekkers wenst zijn eigen budget veilig te stellen en kiest de voor hem voordeligste oplossing.

Een lid merkt op dat een van de belangrijkste problemen voor de patiënt met een zware pathologie, de stijging van de uitgaven voor niet-terugbetaalbare en gedeeltelijk terugbetaalde geneesmiddelen is. Hiervoor worden verschillende redenen aangehaald : de overconsumptie, het voorschrijfgedrag, de prijszetting, slechte afspraken met de farmaceutische industrie enz.

Hoe staan de liberale ziekenfondsen tegenover deze kostenexplosie ?

De heer Wouters antwoordt dat wellicht alle elementen die door de vorige spreker werden aangehaald, een invloed hebben op de verhoging van de kosten voor geneesmiddelen. De erkening van geneesmiddelen en de prijszetting ontsnappen voor het grootste deel aan de controle van het RIZIV. Men ziet ook hier weer dat, zodra de beslissingsbevoegdheid in een dergelijke materie verspreid is over verschillende departementen en instaties, een algemeen beleid ten aanzien van de sector bijzonder moeilijk wordt.

Vanzelfsprekend kan de stijging van het remgeld evenmin los worden gezien van de bespreking van de financiële enveloppe waarmee de ZIV moet werken.

Een spreekster meent dat hier een van de belangrijkste vragen in dit debat ligt. Worden de hoge kosten van de patiënten veroorzaakt door het feit dat er teveel wordt uitgegeven aan gezondheidszorg of

au fait que les besoins réels ne sont plus couverts par l'enveloppe financière mise à la disposition par les pouvoirs publics ?

M. Wouters estime que si les choses restent en l'état, les moyens disponibles seront de toute façon insuffisants. Sans vouloir prétendre d'emblée qu'il n'y a pas le moindre problème de financement, il demeure persuadé que de nombreux problèmes pourraient être résolus si la politique était menée dans une optique plus globale. Aussi longtemps que chacun restera accroché à son budget, il y aura en tout cas des distorsions : certains recevront trop de moyens par rapport à leurs besoins, et d'autres devront s'accommoder de budgets trop restreints.

M. Hanon déclare, pour ce qui concerne les prix des médicaments, qu'ils sont certes fixés par le ministère des Affaires économiques, mais que l'INAMI décide s'ils seront remboursés ou non. Par cette voie, il est possible d'exercer une certaine influence sur la formation des prix. Lors de la décision relative au remboursement, des efforts sont effectivement accomplis pour commercialiser les produits à un prix aussi bas que possible.

Il faut toutefois admettre qu'à ce niveau aussi le phénomène du lobbying agit. Toute personne qui connaît le secteur sait qu'il existe des médicaments dont la valeur thérapeutique peut être mise en question, mais qui sont néanmoins remboursés parce que cela arrange le producteur. Parfois, on voit d'ailleurs que ces produits sont retirés sans problèmes de la nomenclature dès qu'ils sont devenus commercialement moins intéressants pour la firme en cause. On peut difficilement affirmer qu'une vision générale des besoins du patient est à la base des décisions de rembourser ou non les médicaments.

De tous les secteurs, l'industrie pharmaceutique est du reste la seule à tirer profit d'un prix élevé des médicaments. Les bénéfices que les pharmaciens font sur un produit sont en effet limités par la loi.

Au-delà de la formation des prix, la maîtrise des dépenses pour médicaments serait également servie par une vision plus globale du comportement des médecins en matière de prescriptions. Sur ce point, on peut à juste titre placer beaucoup d'espoirs dans les nouveaux instruments de politique, tels que Farmanet ou l'introduction d'un dossier médical général. Un meilleur enregistrement permettra de vérifier où ce comportement s'écarte des moyennes régionales et d'engager une discussion à ce sujet.

Comme il a déjà été dit, les hausses des dépenses dans le secteur des médicaments sont attribuables à plusieurs facteurs. Pour y remédier, il est dès lors nécessaire de travailler à différents niveaux. Même si

worden zij veroorzaakt door het feit dat de reële behoeften niet langer zijn gedekt door de financiële enveloppe die door de overheid beschikbaar wordt gesteld ?

De heer Wouters is van oordeel dat, indien de zaken blijven lopen zoals dat nu het geval is, de beschikbare middelen hoe dan ook ontoereikbaar zullen zijn. Zonder meteen te willen beweren dat er helemaal geen probleem is met de financiering, blijft hij er toch van overtuigd dat veel problemen zouden kunnen worden opgelost indien het beleid vanuit een meer globale optiek zou worden gevoerd. Zolang iedereen aan zijn budget blijft vasthouden, komen er immers hoe dan ook scheeftrekkingen, waarbij sommigen te veel middelen krijgen in verhouding tot de behoeften, ten nadele van anderen die het met te kleine budgetten moeten stellen.

De heer Hanon verklaart in verband met de prijzen van geneesmiddelen dat zij weliswaar door het ministerie van Economische Zaken worden vastgesteld, maar dat het RIZIV beslist over het al dan niet terugbetalen ervan. Langs deze weg kan wel een zekere invloed op de prijszetting worden uitgeoefend. Bij de beslissing over terugbetaling worden wel degelijk inspanningen gedaan om de producten aan een zo laag mogelijke kostprijs op de markt te krijgen.

Toch moet men toegeven dat ook op dit niveau de lobbying haar werk doet. Iedereen die de sector kent, heeft wel weet van geneesmiddelen waarvan de therapeutische waarde in vraag kan worden gesteld, maar die toch worden terugbetaald omdat dit de producent goed uitkomt. Soms ziet men overigens dat deze producten zonder problemen uit de nomenclatuur worden gehaald zodra zij voor de betrokken firma commercieel minder interessant zijn geworden. Men kan moeilijk beweren dat aan de beslissingen over het al dan niet terugbetalen een algemene visie op de behoeften van de patiënt ten grondslag ligt.

Van alle sectoren is de geneesmiddelenindustrie overigens de enige die baat heeft bij een hoge prijs voor de geneesmiddelen. De winsten die de apothekers op een product kunnen maken, zijn immers wettelijk begrensd.

Naast de prijszetting zou de beheersing van de uitgaven voor geneesmiddelen ook gebaat zijn bij een meer globale kijk op het voorschrijfgedrag van de geneesheren. Wat dit betreft mag men terecht hoge verwachtingen koesteren van nieuwe beleidsinstrumenten zoals Farmanet of de invoering van een algemeen medisch dossier. Een betere registratie zal het mogelijk maken na te gaan waar het voorschrijfgedrag afwijkt van regionale gemiddelden en hierover een gesprek aan te gaan.

Zoals reeds werd gezegd, zijn de uitgavenstijgingen in de geneesmiddelensector te wijten aan verschillende factoren. Om hieraan wat te doen is het dan ook noodzakelijk dat op verschillende niveaus wordt

l'influence de l'INAMI sur la formation des prix est limitée, l'institut peut contribuer à maintenir les dépenses sous contrôle.

Un membre se réfère à des auditions antérieures, au cours desquelles il est apparu que les dépenses pour tickets modérateurs s'élèvent à 62 milliards et celles pour médicaments non remboursables à 64 milliards. Cette dernière catégorie, qui est extrêmement lourde pour certains patients, n'est en fait soumise à aucun contrôle des prix et l'utilisation n'est pas non plus enregistrée par Farmanet. C'est une situation singulière. On peut même se demander si les producteurs de médicaments n'ont pas intérêt, quelquefois, à ce que certains produits soient classés dans la catégorie D. En théorie, il doit pourtant être possible d'enregistrer également l'utilisation de ces médicaments.

M. Hanon répond que la Belgique affiche un taux élevé d'utilisation de médicaments et que la surconsommation se situe probablement, en bonne partie, dans le secteur des médicaments non remboursables. Actuellement, l'INAMI n'a en effet aucune vue sur la vente de ces moyens par le biais des pharmacies.

Un orateur suivant demande quelle est l'attitude des mutualités libérales face aux médicaments génériques et aux préparations magistrales. Le gouvernement mène en ce domaine une politique assez contradictoire, et c'est un euphémisme. D'une part, on entend régulièrement dire qu'il faut promouvoir l'emploi des médicaments génériques, mais, d'autre part, il signe des traités internationaux portant prorogation des droits de brevet sur les médicaments. Il a aussi fait l'impossible pour retirer les préparations magistrales du marché.

M. Hanon répond que l'Union nationale est effectivement un partisan convaincu des médicaments génériques et des préparations magistrales, dans la mesure où ceux-ci sont moins chers que les spécialités. Dans ce contexte, il plaide aussi pour le droit de substitution du pharmacien, qui se heurte cependant à une forte résistance de la part du corps médical, entre autres. Néanmoins, il serait possible de faire beaucoup de choses par cette voie. Les mutualités socialistes, notamment, disposent de listes dont peuvent faire usage les médecins qui veulent prescrire les produits les moins coûteux à leurs patients.

Le membre déplore que l'autorité publique n'intervienne pas avec plus de sévérité en cette matière. Celui qui suit l'actualité sait en effet que le prix des spécialités pharmaceutiques est influencé par un grand nombre d'éléments qui n'ont pas grand-chose à voir avec les coûts de production. Les prix sont en effet déterminés la plupart du temps à partir d'une position monopolistique et les vastes campagnes de promotion doivent être imputées d'une manière ou d'une autre.

gewerkt. Ook al is de invloed van het RIZIV op de prijszetting beperkt, toch kan de instelling het hare bijdragen om de uitgaven onder controle te houden.

Een lid verwijst naar eerdere hoorzittingen, waar is gebleken dat de uitgaven voor remgelden 62 miljard bedragen en die voor niet-terugbetaalbare geneesmiddelen 64 miljard. Deze laatste categorie, die voor bepaalde patiënten zeer zwaar weegt, is in feite aan geen enkele prijscontrole onderworpen en ook het gebruik wordt niet geregistreerd door Farmanet. Dit is een merkwaardige toestand. Men kan zich zelfs de vraag stellen of de geneesmiddelenproducenten er in bepaalde gevallen geen belang bij heeft dat sommige producten in de categorie D worden ondergebracht. Theoretisch moet het toch mogelijk zijn ook het gebruik van deze geneesmiddelen te registreren.

De heer Hanon antwoordt dat België een zeer hoog geneesmiddelengebruik kent en dat de overconsumptie wellicht voor een groot deel in de sector van de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen gesitueerd is. Momenteel heeft het RIZIV inderdaad geen enkel zicht op de verkoop van deze middelen via de apotheken.

Een volgende spreekster vraagt wat het standpunt van de liberale ziekenfondsen is ten aanzien van de generische geneesmiddelen en de magistrale bereidingen. De regering voert wat dit betreft een op zijn zachtst gezegd nogal tegenstrijdig beleid. Enerzijds hoort men geregeld dat het gebruik van generische geneesmiddelen moet worden gepromoot, maar anderzijds ondertekent zij internationale verdragen waarin de octrooirechten op geneesmiddelen worden verlengd. Zij heeft ook al het mogelijke gedaan om de magistrale bereidingen zoveel mogelijk van de markt te halen.

De heer Hanon antwoordt dat de landsbond inderdaad een sterk voorstander is van het gebruik van generische geneesmiddelen en magistrale bereidingen, in de mate dat deze goedkoper zijn dan de specialiteiten. Hij bepleit in dit kader ook het substitutierecht van de apotheker, dat echter op sterke weerstand stuit van onder meer het geneesherenkorps. Nochtans zou langs deze weg volgens hem heel wat mogelijk zijn. Onder meer de socialistische ziekenfondsen beschikken over lijsten waarvan artsen die hun patiënten de goedkoopste producten willen voorschrijven, gebruik kunnen maken.

Het lid betreurt dat de overheid terzake niet strenger optreedt. Wie de actualiteit volgt, weet immers dat de prijs van farmaceutische specialiteiten wordt beïnvloed door tal van zaken die weining te maken hebben met de productiekosten. De prijzen worden immers meestal bepaald vanuit een monopoliepositie en ook de uitgebreide promotiecampagnes moeten op een of andere wijze worden verrekend.

M. Hanon répète qu'on peut effectivement, dans un certain nombre de cas, s'interroger sur la façon dont les spécialités pharmaceutiques sont reconnues et leur prix est formé. Il arrive que des produits soient présentés au remboursement à un prix inacceptable et il est parfois difficile de résister à la pression que cela comporte.

Dans le même temps, on ne peut cependant pas faire du tort au secteur. Les campagnes publicitaires agressives, qui accordaient directement des avantages à des médecins, ont diminué dans de fortes proportions et les firmes qui s'y adonnent encore peuvent être considérées comme des exceptions. On ne peut toutefois pas perdre de vue que certains médicaments sont chers, il est vrai, mais qu'ils donnent aussi des résultats spectaculaires. Le coût des médicaments est par conséquent élevé, mais ils apportent également une énorme contribution à la santé et permettent souvent de faire des économies dans d'autres domaines.

IV. AUDITION DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DES MUTUALITÉS NEUTRES (1)

Un membre accueille M. Van Oycke et le docteur Lefèvre, de la Fédération nationale des mutualités neutres.

M. Van Oycke remercie la commission de l'avoir invité à participer à ce débat. Étant donné que la commission a déjà entendu un exposé sur les cotisations des patients dans le secteur des soins de santé et sur les mesures qui ont déjà été prises à l'égard des malades chroniques, il ne s'y attardera pas.

En ce qui concerne l'accès aux soins de santé des groupes de patients en butte à des difficultés, les mutualités neutres pensent que la politique devrait se polariser sur trois aspects :

— L'intégration des médicaments dans la franchise sociale. Ceux-ci représentent en effet une dépense de plus en plus lourde pour les patients et ne sont pas pris en compte pour la franchise des tickets modérateurs au-delà du montant fixé.

— L'élaboration d'une assurance de dépendance. Il résulte des données statistiques que l'espérance de vie de la population belge croît d'un mois par an. Le groupe des personnes âgées, et des personnes âgées nécessitant des soins, continuera d'augmenter. Bien qu'il ne s'agisse pas nécessairement de patients chroniques, c'est un des groupes de patients socialement les plus faibles, qui ont un grand besoin de secours mais pour qui le seuil financier est souvent trop élevé. Quoique l'assurance soins de santé soit une matière

(1) Audition du 10 novembre 1998 de M. Van Oycke et du docteur Lefèvre.

De heer Hanon herhaalt dat men inderdaad in een aantal gevallen vragen kan stellen bij de wijze waarop de erkenning en de prijszetting van farmaceutische specialiteiten tot stand komen. Het gebeurt dat producten voor terugbetaling worden aangeboden tegen een prijs die onaanvaardbaar hoog is en het is soms moeilijk tegen de druk die hiermee gepaard gaat, in te gaan.

Tegelijk echter mag men de sector geen onrecht doen. De agressieve reclamecampagnes, waarbij rechtstreeks voordelen werden toegekend aan artsen, zijn in sterke mate afgenomen. De firma's die zich hieraan nog bezondigen mogen als uitzonderingen beschouwd worden. Men mag echter niet uit het oog verliezen dat bepaalde geneesmiddelen weliswaar duur zijn, maar dat zij ook spectaculaire resultaten opleveren. De kostprijs van de geneesmiddelen is derhalve hoog, maar zij leveren ook een enorme bijdrage tot de gezondheid en leiden vaak tot besparingen op andere terreinen.

IV. HOORZITTING MET DE LANDSBOND VAN NEUTRALE ZIEKENFONDSEN (1)

Een lid verwelkomt de heer Van Oycke en dokter Lefèvre van de Landsbond van neutrale ziekenfondsen.

De heer Van Oycke dankt de commissie voor de uitnodiging om aan dit debat deel te nemen. Aangezien de commissie reeds eerder een uiteenzetting heeft gekregen over de bijdrage van de patiënten in de gezondheidszorg en over de maatregelen die reeds werden genomen ten aanzien van de chronisch zieken, zal hij hier niet nader op ingaan.

Wat de toegang tot de gezondheidszorg voor groepen patiënten die het moeilijk hebben betreft, zijn de neutrale ziekenfondsen van oordeel dat het beleid zich in eerste instantie zou moeten richten op drie zaken :

— De integratie van de geneesmiddelen in de sociale franchise. Deze vertegenwoordigen voor de patiënt immers een alsmaar grotere uitgave en worden nu niet in rekening gebracht voor de vrijstelling van remgelden boven het vastgestelde bedrag.

— De uitbouw van een afhankelijkheidsverzekering. Uit de statistische gegevens blijkt dat de levensverwachting van de Belgische bevolking per jaar met één maand toeneemt. De groep van ouderen, en van zorgbehoevende ouderen, zal blijven toenemen. Hoewel het hier niet noodzakelijk chronische patiënten betreft, is dit één van de sociaal zwakkere groepen in onze samenleving die een grote behoefte heeft aan hulpverlening, maar voor wie de financiële drempel hiervan vaak te hoog is. Hoewel de zorgverzekering

(1) Hoorzitting van 10 november 1998 met de heer Van Oycke en dokter Lefèvre.

très sensible sur le plan communautaire, une discussion sur ce thème devrait pour le moins être entamée sans retard.

— Enfin, la politique devrait accorder plus d'attention et de moyens aux soins en fin de vie. Quelques expérimentations de soins palliatifs sont certes en cours, mais les mutualités neutres estiment que ce secteur doit encore être développé.

Mme Lefèvre ajoute qu'effectivement, beaucoup de patients ne comprennent pas pourquoi les médicaments n'entrent pas en ligne de compte pour la franchise sociale. Pour un malade chronique, en particulier, l'essentiel des dépenses va à une médication vitale.

Un membre demande s'il peut en conclure que l'organisation met en discussion la classification de certains médicaments.

Mme Lefèvre répond qu'un abaissement du coût des médicaments indispensables peut être atteint par plusieurs voies. Les médicaments peuvent être intégrés dans la franchise, on peut opter pour une réduction générale du ticket modérateur sur les médicaments de la catégorie B ou on pourrait, pour des produits spécifiques qui sont essentiels pour les malades, envisager un changement de catégorie.

Un membre signale que la consommation de médicaments est déjà exceptionnellement élevée en Belgique. Cette consommation ne sera-t-elle pas encore renforcée si les médicaments sont inclus dans la franchise sociale sans mesures d'accompagnement?

M. Van Oycke répond que, pour ce qui est de la consommation de médicaments, une distinction doit être faite entre les pharmaciens d'hôpitaux et les pharmaciens indépendants. Dans les hôpitaux, on planche actuellement sur des systèmes, souvent forgés sur le modèle américain, permettant de mieux maîtriser et diriger l'utilisation des médicaments à travers la création de groupes structurés.

Dans le secteur ambulatoire, il est important que le corps médical soit sensibilisé aux problèmes. Au surplus, les mutualités ont sur ce plan une importante mission d'information et d'« éducation » à remplir vis-à-vis de leurs membres.

Il remarque enfin que les mutualités neutres sont très favorables à la promotion de la consommation de médicaments génériques.

Un membre signale que lors d'auditions antérieures, il est apparu qu'environ 25% de la consommation de médicaments porte sur des produits non remboursables (catégorie D). À l'heure actuelle, le comportement prescripteur à l'égard de ces produits n'est manifestement pas enregistré et n'est donc pas contrôlable. Il n'est pas naïf, dans ce contexte, de s'attendre à ce que l'utilisation puisse être réduite de

op het communautaire vlak zeer gevoelig ligt, zou op zijn minst de discussie hierover meteen moeten worden aangevat.

— Ten slotte zou het beleid meer aandacht en middelen moeten besteden aan de zorgverlening op het einde van het leven. Er lopen al wel enkele experimenten met palliatieve hulpverlening maar de neutrale ziekenfondsen zijn van oordeel dat deze sector verder moet worden uitgebouwd.

Mevrouw Lefèvre voegt hieraan toe dat inderdaad veel patiënten niet begrijpen waarom de geneesmiddelen niet in aanmerking komen voor de sociale franchise. Zeker voor een chronisch zieke vertegenwoordigt levensnoodzakelijke medicatie het grootste deel van de uitgaven.

Een lid vraagt of zij hieruit ook mag besluiten dat de organisatie de classificatie van bepaalde geneesmiddelen ter discussie stelt.

Mevrouw Lefèvre antwoordt dat een verlaging van de kostprijs voor de patiënt van noodzakelijke geneesmiddelen langs verschillende wegen kan worden bereikt. De geneesmiddelen kunnen worden ondergebracht in de franchise, men kan kiezen voor algemene verlaging van het remgeld op de geneesmiddelen van de categorie B of men zou voor specifieke producten die essentieel zijn voor de zieken een verandering van categorie kunnen overwegen.

Een lid stipt aan dat België reeds een uitzonderlijk hoge geneesmiddelenconsumptie kent. Zal deze niet nog worden versterkt indien de medicamenten zonder begeleidende maatregelen in de sociale franchise worden opgenomen?

De heer Van Oycke antwoordt dat men met betrekking tot het geneesmiddelenverbruik een onderscheid dient te maken tussen de ziekenhuisapotheken en de zelfstandige apothekers. In de ziekenhuizen wordt momenteel hard gestudeerd op, vaak op Amerikaanse leest geschoeide, systemen om via de oprichting van gestructureerde groepen het geneesmiddelengebruik beter te beheersen en te richten.

In de ambulante sector is het belangrijk dat het medisch korps wordt gesensibiliseerd voor de problemen in dit verband. Daarnaast hebben de ziekenfondsen op dit vlak een belangrijke informatieve en « opvoedende » opdracht ten aanzien van hun leden.

Hij merkt ten slotte op dat de neutrale ziekenfondsen sterk voorstander zijn van de promotie van het verbruik van generische geneesmiddelen.

Een lid stipt aan dat uit eerdere hoorzittingen is gebleken dat ongeveer 25% van het geneesmiddelenverbruik, bestaat uit de consumptie van niet-terugbetaalbare producten (categorie D). Momenteel wordt het voorschrijfgedrag ten aanzien van deze producten blijkbaar niet geregistreerd en is het dus niet controleerbaar. Is het in deze context niet naïef te verwachten dat het gebruik op ingrijpende wijze kan

manière radicale par une action de sensibilisation des médecins. On n'a en effet aucun moyen de pression.

Un orateur suivant trouve qu'il est trop facile de se débarrasser de ces problèmes en dénonçant le comportement prescripteur injustifiable des médecins. Les causes de la consommation élevée sont probablement plus complexes que cela et il serait inouï de s'en tirer de cette façon.

Un membre demande quelle est, du point de vue de l'accessibilité des soins, la position des mutualités neutres en ce qui concerne les assurances complémentaires.

M. Van Oycke répond qu'il est clair pour tout le monde que le coût des soins de santé augmente d'une manière sensible pour diverses raisons. À cela s'oppose toutefois le fait que le financement s'effectue au moyen d'enveloppes fixes qui ne répondent pas aux hausses des coûts et qui ne peuvent pas être dépassées. Cette situation ne peut que conduire à un gonflement des dépenses mises à charge des patients, ce qui fait croître la demande d'assurances complémentaires. On constate qu'en ce moment, certains organismes mènent des négociations avec les hôpitaux sur les coûts qui excèdent les remboursements de l'INAMI, en vue de les couvrir par le biais d'assurances privées.

En tant que défenseur de l'assurance obligatoire, on ne peut que regretter que les négociations sur le coût des soins pour le patient sont, de la sorte, déplacées progressivement du lieu où elles devraient normalement avoir lieu, à savoir l'INAMI, vers d'autres cénacles. D'autre part, cette évolution est un signe des temps devant lequel on ne peut fermer les yeux.

Quoi qu'il en soit, les mutualités neutres restent absolument favorables à une assurance collective et obligatoire fortement développée. L'assurance complémentaire n'est, comme son nom l'indique, qu'un complément de l'assurance obligatoire.

V. AUDITION DE LA FÉDÉRATION DES MUTUALITÉS INDÉPENDANTES (1)

A. Exposé de M. Guillaume

M. Guillaume fait remarquer que l'exposé qui sera fait par ses collègues et lui-même comporte quatre volets :

1. l'utilisation ou la non-utilisation des instruments légaux existants pour garantir l'accessibilité des soins de santé et ses conséquences pour le patient;

(1) Audition du 3 décembre 1998 de MM. Alexis Wautot, Thierry Steylemans, Joeri Guillaume et Philippe Draps, de l'Union des Mutualités indépendantes.

worden teruggedrongen via sensibilisering van de artsen ? Men heeft immers geen enkele stok achter de deur.

Een volgende spreekster vindt het al te gemakkelijk dergelijke problemen af te doen als onverantwoord voorschrijfgedrag van de artsen. De oorzaken van het hoge gebruik zijn wellicht een stuk complexer dan dit en het zou ongehoord zijn dat het beleid zich hier op deze wijze van afmaakt.

Een lid vraagt wat, vanuit het oogpunt van de toegankelijkheid van de zorgverlening, het standpunt van de neutrale ziekenfondsen is in verband met de aanvullende verzekeringen.

De heer Van Oycke antwoordt dat het voor iedereen duidelijk is dat de kostprijs voor medische hulpverlening om allerlei redenen sterk toeneemt. Hier tegenover staat evenwel dat de financiering gebeurt via vastgestelde enveloppen die niet beantwoorden aan de kostenstijgingen en die niet kunnen worden overschreden. Deze situatie kan er alleen toe leiden dat meer uitgaven ten laste van de patiënt worden gelegd, wat de vraag naar aanvullende verzekeringen doet toenemen. Men stelt vast dat momenteel bepaalde organismen onderhandelingen voeren met ziekenhuizen over de kosten boven hetgeen door het RIZIV wordt terugbetaald, met het oog op de vergoeding hiervan via privé-verzekeringen.

Als verdediger van de verplichte verzekering kan men alleen maar betreuren dat de onderhandelingen over de kostprijs van de hulpverlening voor de patiënt op deze wijze, geleidelijk worden verlegd van de plaats waar ze thuishoren, namelijk het RIZIV, naar andere cenakels. Anderzijds is deze evolutie een teken des tijds waarvoor men de ogen niet mag sluiten.

Hoe dan ook blijven de neutrale ziekenfondsen absoluut voorstander van een sterk uitgebouwde gemeenschappelijke en verplichte verzekering. De aanvullende verzekeringen moeten beantwoorden aan wat hun naam zegt : een aanvulling op de verplichte verzekering.

V. HOORZITTING MET DE LANDSBOND VAN DE ONAFHANKELIJKE ZIEKENFONDSEN (1)

A. Uiteenzetting van de heer Guillaume

De heer Guillaume merkt op dat de uiteenzetting die zijn collega's en hijzelf zullen geven, vier onderdelen omvat :

1. het gebruik of niet-gebruik van de bestaande wettelijke instrumenten om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te garanderen en de consequenties hiervan voor de patiënt;

(1) Hoorzitting van 3 december 1998 met de heren Alexis Wautot, Thierry Steylemans, Joeri Guillaume en dokter Philipe Draps van de Landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen.

2. la cohérence d'un certain nombre de mesures envisagées dans le régime des indépendants avec les mesures générales visant à améliorer l'accès aux soins de santé;

3. les soins infirmiers à domicile et, plus précisément, la question de savoir si le financement des structures y afférentes favorise l'accès des patients chroniques aux soins de santé;

4. la médicalisation de la gestion de l'assurance maladie en tant que clé du succès de la politique en matière d'accessibilité des soins de santé au profit du patient.

La (non-)utilisation des instruments légaux existants et ses conséquences pour le patient

a) La théorie

Sur le plan légal, les dernières années ont été marquées, dans le domaine de l'assurance maladie, par deux évolutions importantes qui ont donné aux pouvoirs publics les instruments nécessaires pour mener une politique volontariste: la loi Moureau de février 1993 et l'introduction de la norme de croissance réelle de 1,5% dans le cadre du plan global de novembre 1993.

Cette norme de croissance signifie en effet *de facto* que l'autorité publique décide seule des moyens qui sont attribués à l'assurance soins de santé (droit de veto du Conseil général de l'INAMI). De son côté, la loi Moureau vise à responsabiliser toutes les parties concernées par l'assurance maladie: financiers, prestataires et mutualités.

b) La pratique

1. Manque de courage des autorités

Dans la pratique, on constate toutefois que les autorités n'ont pas le courage d'utiliser effectivement ces instruments.

En soi, l'instauration d'une norme de croissance ne doit pas être considérée comme négative. La santé n'est en effet qu'une mission de l'État, à côté d'autres comme l'enseignement, la justice, l'infrastructure, etc. Si l'État estime que, dans le cadre d'une politique générale, les dépenses de santé ne peuvent augmenter que de 1,5% au-delà du taux d'inflation, cela peut être un choix politique justifiable.

Ce dont il s'agit cependant, c'est que l'État doit également, dans un tel cas, prendre les mesures d'accompagnement nécessaires pour atteindre cette norme de croissance. Celles-ci peuvent consister en mesures structurelles ou en solutions de facilité.

2. de coherentie van een aantal voorgenomen maatregelen in het stelsel van de zelfstandigen met de algemene maatregelen gericht op een verbeterde toegang tot de gezondheidszorg;

3. de thuisverpleging, meer bepaald de vraag of de financiering van de structuren in dit verband de toegang voor chronische patiënten tot de gezondheidszorg bevordert;

4. de medicalisering van het beheer van de ziekteverzekering als sleutel tot een succesvol beleid inzake toegankelijkheid van de gezondheidszorg ten voordele van de patiënt.

Het (niet-) gebruik van de bestaande wettelijke instrumenten en de consequenties hiervan voor de patiënt

a) De theorie

De jongste jaren hebben wat het beheer van de ziekteverzekering betreft, op het wettelijke vlak twee belangrijke evoluties plaatsgevonden die de overheid de instrumenten hebben gegeven om een voluntaristisch beleid te voeren: de wet-Moureau in februari 1993 en de invoering van een reële groeinorm van 1,5% door het globaal plan in november 1993.

Deze groeinorm betekent inderdaad de facto dat de overheid alleen beslist over de middelen die aan de verzekering voor gezondheidszorg worden toegekend (vetorecht van de Algemene Raad van het RIZIV). De wet-Moureau van haar kant voorziet in de responsabilisering van alle instanties betrokken bij de ziekteverzekering: de financiers, de verstrekkers en de ziekenfondsen.

b) De praktijk

1. Een gebrek aan moed bij de overheid

In de praktijk stelt men evenwel een gebrek aan moed bij de overheid vast om op effectieve wijze gebruik te maken van deze instrumenten.

Op zich moet de instelling van een groeinorm niet noodzakelijk worden geëvalueerd als een negatieve zaak. Gezondheid is immers maar een opdracht van de overheid, naast een aantal andere zoals onderwijs, justitie, infrastructuur,... Indien de overheid vindt dat in het kader van een algemeen beleid, de gezondheidsuitgaven met slechts 1,5% boven de inflatie mogen stijgen dan kan dit een te rechtvaardigen politieke keuze zijn.

Waar het echter om gaat is dat de overheid in een dergelijk geval ook de nodige begeleidende maatregelen moet nemen om deze groeinorm te halen. Deze kunnen bestaan in structurele maatregelen of in gemakkelijkheidsoplossingen.

Les mesures structurelles exigent à l'évidence un certain courage politique. Elles nécessitent un débat social sur la question de savoir quelles formes de soins doivent encore être couvertes par l'assurance maladie-invalidité. Un tel débat doit être mené sur une large échelle, au-delà des acteurs sur le terrain; c'est notamment une tâche du Parlement.

Les mesures structurelles impliquent également qu'un certain nombre d'inefficacités du système soient abordées au moyen d'économies «intelligentes» qui ne touchent pas à l'accessibilité ou à la qualité des soins dispensés, mais à certains intérêts particuliers. Des exemples en sont le secteur des médicaments et la radiologie. Un examen radiologique des vertèbres, par exemple, n'a actuellement plus aucune fonctionnalité parce qu'on passe ensuite à d'autres techniques qui donnent de meilleurs résultats. Ces prestations coûtent cependant encore 1,9 milliard de francs par an à l'INAMI parce que personne ne souhaite porter atteinte aux intérêts du groupe professionnel en cause.

Les solutions de facilité sont des mesures qui frappent le groupe le plus faible et le groupe le moins organisé en ce qui concerne la pression politique, à savoir le patient, en limitant le caractère remboursable des secours. C'est cette dernière solution que les pouvoirs publics ont privilégiée depuis 1994.

Structurele maatregelen vergen vanzelfsprekend enige politieke moed. Zij noodzaken een maatschappelijk debat rond de vraag welke vormen van zorgverlening nog moeten worden gedekt door de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Een dergelijk debat moet op een ruimere schaal dan de actoren in het veld worden gevoerd en is een opdracht voor onder meer het Parlement.

Structurele maatregelen houden ook in dat een aantal inefficiënties van het systeem worden aangepakt via «intelligente» besparingen die niet raken aan de toegankelijkheid of de kwaliteit van de verstrekte zorg, maar wel aan bepaalde particuliere belangen. Voorbeelden hiervan zijn de geneesmiddelensector en de radiologie. Radiologisch onderzoek van de ruggenwervel bijvoorbeeld heeft momenteel vrijwel geen enkele fuctionaliteit meer omdat nadien wordt overgegaan op andere technieken die betere resultaten opleveren. Toch kosten de prestaties in dit verband aan het RIZIV jaarlijks nog 1,9 miljard frank omdat niemand afbreuk wenst te doen aan de belangen van de betrokken beroepsgroep.

Gemakkelijkheidsoplossingen bestaan uit maatregelen die de zwakste en de minst georganiseerde groep wat politieke drukking betreft, namelijk de patiënten, treffen via beperkingen van de terugbetaalbaarheid van hulpverlening. Het is deze laatste oplossing waar de overheid sinds 1994 de voorkeur aan heeft gegeven.

2. Confusion d'intérêts dans l'assurance maladie

Les mutualités politiques sont à la fois assureurs et prestataires de soins, ce qui rend illusoire une répartition objective des moyens, qui sont limités.

Le tableau ci-dessous indique la croissance du budget de l'assurance maladie et de quelques secteurs distincts pour la période 1994-1999:

2. Belangenvermenging in de ziekteverzekering

De politieke ziekenfondsen zijn tegelijk zorgverzekeraars en zorgverstrekkers, wat een objectieve verdeling van de beperkte middelen illusoir maakt.

De hierna volgende tabel geeft voor de periode 1994-1999 de groei van het budget van de ziekteverzekering en van een aantal afzonderlijke sectoren:

Médecins. — *Artsen*	21%	ou/*of 3,9%* par an/*per jaar*
Dentistes. — *Tandartsen*	23%	4,2% par an/*per jaar*
Médicaments (1990-1997) — *Geneesmiddelen (1990-1997)*	65%	7,5% par an/*per jaar*
Soins infirmiers — *Verpleegkunde*	40%	6,9% par an/*per jaar*
MRS/MRPA (soins infirmiers à domicile/maisons de repos) — *MRS/MRPA (thuisverpleging/rustoorden)*	51%	8,6% par an/*per jaar*
INAMI — *RIZIV*	26%	4,7% par an/*per jaar*

On constate que les budgets des trois secteurs qui sont liés à de puissants groupes de pression spécifiques comme les médecins, ou de ceux dans lesquels plusieurs mutualités sont actives, augmentent à un rythme nettement plus rapide que le budget total. Cela signifie qu'ils réclament une part de plus en plus large du gâteau. L'accroissement dans le secteur des soins infirmiers à domicile et dans les maisons de repos s'explique en partie par le vieillissement de la population, mais certainement pas dans une telles mesure. Le bureau du plan évalue l'effet net du vieillissement à 0,4% par an.

3. Mesures pseudo-sociales en faveur du patient

Un exemple typique de solution artificielle d'un faux problème est la loi Vermassen. Pour les dispensateurs de soins en général et les hôpitaux en particulier, les revenus globaux sont importants. Les suppléments d'honoraires en constituent un élément. La plus facile de ces voies est l'assurance obligatoire, où l'on peut laisser tourner le moulin de la facturation.

Un système correct de facturation consiste à éviter les zones grises: les prestations pour lesquelles l'autorité décide qu'elles ne sont pas remboursables ne pourraient pas non plus être facturées dans l'assurance obligatoire. Un exemple est, à cet égard, la discussion sur le remboursement de matériel d'endoscopie et de viscérosynthèse. Alors que certains pensaient que ces frais étaient inclus dans le prix de la journée d'hospitalisation, d'autres, les prestataires, estimaient que ce n'était pas le cas puisque ces éléments n'existaient pas encore au moment de la définition de ce prix. On en arrive ainsi à une situation où le patient ne sait jamais à quoi s'en tenir.

c) Les conséquences pour le patient

L'attitude laxiste des pouvoirs publics a eu pour conséquence que depuis 1994, on assiste à un déplacement considérable des charges vers le patient, et ce à la suite de toute une série de mesures linéaires:

— la sélectivité (1994), par laquelle les tickets modérateurs pour la consultation de généralistes et de spécialistes ont été sensiblement majorés;

— le relèvement des parts personnelles pour les soins en milieu hospitalier et l'introduction de plusieurs forfaits pendant la période 1994-1996;

— la diminution linéaire des honoraires de 2 à 3% fin 1996-début 1997.

Cette politique est compensée quelque peu mais pas totalement, loin de là, par:

— la franchise sociale et fiscale;

Men stelt vast dat de budgetten van de drie sectoren die samenhangen met sterke drukkingsgroepen zoals de geneesmiddelenindustrie of die waarin een aantal ziekenfondsen actief zijn, beduidend sneller stijgen dan de gemiddelde stijging van het totale budget. Dit betekent dat zij een alsmaar groter stuk van de koek opeisen. De toename in de sector van de thuisverpleegkunde en de rusthuizen is voor een deel verklaarbaar door de vergrijzing van de bevolking, maar zeker niet in deze mate. Het Planbureau schat het nettoeffect van de vergrijzing op 0,4% per jaar.

3. Pseudo-sociale maatregelen ten behoeve van de patiënt

Een typisch voorbeeld van een kunstmatige oplossing voor een vals probleem is de wet-Vermassen. Voor de zorgverstrekkers in het algemeen en de ziekenhuizen in het bijzonder zijn de globale inkomsten van belang. De ereloonsupplementen vormen hiervan een onderdeel. Indien men hierop gaat inwerken zullen de verstrekkers deze trachten te compenseren via andere wegen. De gemakkelijkste van deze wegen is de verplichte verzekering waar men de facturatiemolen kan laten draaien.

Een correct systeem van facturatie bestaat erin dat grijze zones worden vermeden: prestaties waarvoor de overheid beslist dat ze niet terugbetaalbaar zijn, mogen ook niet kunnen worden gefactureerd in de verplichte verzekering. Een voorbeeld in dit verband is de discussie rond de terugbetaling van endoscopisch en viscerosynthesemateriaal. Waar sommigen van oordeel waren dat dit in de verpleegdagprijs vervat zit vonden anderen, de verstrekkers, dat dit niet het geval was, aangezien deze elementen nog niet bestonden toen de verpleegdagprijs gedefinieerd werd. Op deze wijze komt men in een situatie waarbij de patiënt nooit weet waar hij aan toe is.

c) De consequenties voor de patiënt

De lakse houding van de overheid heeft tot gevolg gehad dat sinds 1994 een aanzienlijke verschuiving van de lasten naar de patiënt heeft plaatsgehad en dit ten gevolge van een hele reeks lineaire maatregelen:

— de selectiviteit (1994) waarbij de remgelden voor de consultatie van huisartsen en specialisten aanzienlijk werden verhoogd;

— de verhoging van de persoonlijke aandelen bij ziekenhuisverzorging en de invoering van verschillende forfaits in de periode 1994-1996;

— de lineaire vermindering van de honoraria met 2 à 3% eind 1996-begin 1997.

Dit beleid wordt enigszins, doch verre van helemaal, gecompenseerd door:

— de sociale en fiscale franchise;

— l'extension du statut VIPO;

— l'extension de l'assurabilité;

— les mesures en faveur des malades chroniques.

d) Conclusions

De ce qui précède, on peut conclure qu'il existe dès maintenant une panoplie d'instruments légaux permettant d'améliorer l'accessibilité des soins de santé, sans devoir prendre de mesures spécifiques à cet effet. Ces instruments ne sont cependant pas utilisés pour une double raison:

— manque de courage politique;

— confusion d'intérêts dans le chef des mutualités politiques.

B. Exposé de M. Steylemans sur la cohérence d'une série de mesures prévues dans le secteur des indépendants

M. Steylemans déclare que son exposé aborde un problème plus spécifique, mais néanmoins très actuel, parce qu'il fait l'objet de deux articles de la loi portant des dispositions sociales, examinée en ce moment au Parlement: la prise en charge, par l'assurance obligatoire, des médicaments qui sont administrés à des indépendants dans le cadre d'une hospitalisation de jour.

Ce problème, qui fait actuellement l'objet d'un différend entre les mutualités indépendantes et l'INAMI, concerne la question de savoir si les médicaments qui sont facturés à un indépendant dans le cadre d'une hospitalisation de jour doivent être pris en charge par l'assurance obligatoire des gros risques ou par le malade lui-même comme une dépense pour petits risques.

1. Point de vue de l'Union des mutualités indépendantes

L'Union des mutualités indépendantes estime que ces médicaments doivent être supportés par l'assurance obligatoire, aussi bien pour des raisons de nature réglementaire que dans l'intérêt de l'assurance maladie.

a) Sur le plan réglementaire

L'arrêté royal du 30 août 1964 dispose que les médicaments administrés pendant un séjour dans un établissement hospitalier rentrent dans la catégorie des prestations pour gros risques. La notion de «séjour» en hôpital est naturellement encore utilisée dans un grand nombre d'autres textes de loi et conventions. Il n'est pas spécifié, en l'occurrence,

— de uitbreiding van het WIGW-statuut;

— de uitbreiding van de verzekerbaarheid;

— de maatregelen ten voordele van de chronische zieken.

d) Conclusies

Uit het voorgaande kan worden besloten dat er nu reeds een hele reeks wettelijke instrumenten bestaan om de toegankelijkheid van de medische hulpverlening te verbeteren, zonder dat hiervoor specifieke maatregelen dienen te worden genomen. Deze instrumenten worden echter niet gebruikt:

— door een gebrek aan politieke moed;

— door de belangenvermenging in hoofde van de politieke ziekenfondsen.

B. Uiteenzetting van de heer Steylemans over de coherentie van een aantal voorgenomen maatregelen in de sector van de zelfstandigen

De heer Steylemans verklaart dat zijn uiteenzetting handelt over een meer specifiek probleem, dat echter erg actueel is aangezien het onderwerp uitmaakt van twee artikels in de wet houdende sociale bepalingen die momenteel wordt behandeld in het Parlement: de tenlasteneming door de verplichte verzekering, van geneesmiddelen die aan zelfstandigen worden toegediend in het kader van een daghospitalisatie.

Dit probleem, dat momenteel het voorwerp is van een geschil tussen de onafhankelijke ziekenfondsen en het RIZIV, betreft de vraag of de geneesmiddelen die in het kader van een daghospitalisatie aan een zelfstandige worden aangerekend, ten laste moeten worden genomen van de verplichte verzekering voor grote risico's of door de zieke zelf als een uitgave voor kleine risico's.

1. Standpunt van de Landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen

De Landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen is van oordeel dat deze geneesmiddelen moeten worden gedragen door de verplichte verzekering en dit zowel om een aantal redenen van reglementaire aard als in het belang van de ziekteverzekering.

a) Op reglementair vlak

Het koninklijk besluit van 30 augustus 1964 bepaalt dat geneesmiddelen toegediend tijdens een verblijf in een ziekenhuisinstelling behoren tot de categorie van de verstrekkingen voor grote risico's. De notie «verblijf» in een ziekenhuis wordt vanzelfsprekend nog gehanteerd in tal van andere wetteksten en overeenkomsten. Daarbij wordt niet bepaald dat

qu'il ne peut être question de séjour que lorsque le patient a passé une nuit à l'hôpital.

b) Intérêt pour l'assurance maladie

Du point de vue économique, les pouvoirs publics ont tout intérêt à ce que l'hospitalisation de jour soit encouragée au maximum.

Environ quarante pour cent des indépendants, et ce ne sont pas nécessairement les plus fortunés, ne sont pas assurés contre les petits risques. Lorsque les médicaments ne sont pas remboursés lors d'une hospitalisation de jour, ils sont obligés de passer une nuit à l'hôpital s'ils veulent éviter les charges supplémentaires des médicaments.

La conséquence en est que l'INAMI supporte finalement ces coûts mais doit payer en outre deux journées de séjour au lieu du forfait de l'hospitalisation de jour. En fin de compte, la mesure coûtera beaucoup plus.

2. Point de vue de l'INAMI

De l'avis de l'INAMI, la notion de «séjour» implique une nuitée à l'hôpital. À défaut, les médicaments administrés ressortissent au régime «petits risques», avec la conséquence qu'ils doivent être supportés par l'assurance complémentaire ou par l'assuré lui-même.

3. Point de vue des tribunaux

Le pouvoir judiciaire s'est prononcé clairement sur ce différend. Le tribunal du travail de Bruxelles (25 juin 1996) et la cour du travail de Bruxelles (3 novembre 1997) ont explicitement déclaré que seule l'inteprétation de l'Union nationale des mutualités indépendantes est conforme à la législation en vigueur.

4. Point de vue du Collège national intermutualiste et des différentes instances de l'INAMI

L'affaire a été soumise au Collège national intermutualiste qui, après un débat, s'est complètement rallié au point de vue déjà exposé par les mutualités indépendantes et a confirmé que ce point de vue préserve les intérêts du système.

Les instances de l'INAMI ont rejeté la proposition de l'INAMI de modifier la réglementation en sens opposé. Une large majorité s'est rangée à l'avis de l'Union nationale des mutualités indépendantes.

slechts van een verblijf sprake kan zijn wanneer de patiënt in het ziekenhuis heeft overnacht.

b) Belang voor de ziekteverzekering

Vanuit economisch standpunt heeft de overheid er alle belang bij dat de daghospitalisatie maximaal wordt gestimuleerd.

Ongeveer 40% van de zelfstandigen, en dit zijn niet noodzakelijk de meest begoeden, hebben geen verzekering tegen kleine risico's. Wanneer de geneesmiddelen bij daghospitalisatie niet worden terugbetaald, worden zij ertoe verplicht een nacht in het ziekenhuis te verblijven indien zij de bijkomende lasten van de geneesmiddelen willen vermijden.

Het gevolg hiervan is dat het RIZIV uiteindelijk toch instaat voor deze kosten maar bovendien twee dagen ziekenhuisverblijf moet betalen in plaats van het forfait voor daghospitalisatie. De maatregel zal de zieketeverzekering uiteindelijk een stuk meer kosten.

2. Standpunt van het RIZIV

Het RIZIV gaat uit van het standpunt dat de notie «verblijf» inhoudt dat tenminste een nacht in het ziekenhuis wordt doorgebracht. Indien dit niet gebeurt ressorteren de toegediende geneesmiddelen onder de regeling «kleine risico's», met als gevolg dat ze moeten worden gedragen door de aanvullende verzekering of door de verzekerde zelf.

3. Standpunt van de rechtbanken

De rechterlijke macht heeft over dit geschil een duidelijke uitspraak gedaan. De arbeidsrechtbank van Brussel op 25 juni 1996 en het arbeidshof van Brussel op 3 november 1997 hebben expliciet verklaard dat alleen de interpretatie van de Landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen in overeenstemming is met de geldende wetgeving.

4. Standpunt van het Nationaal Intermutualistisch College en de verschillende instanties binnen het RIZIV

De zaak werd voorgelegd aan het Nationaal Intermutualistisch College dat zich na een debat volledig achter het eerder uiteengezette standpunt van de onafhankelijke ziekenfondsen schaarde en bevestigde dat dit standpunt de belangen van het stelsel ten goede komt.

De instanties van het RIZIV van hun kant hebben het voorstel van het RIZIV om de reglementering in tegenovergestelde richting te wijzigen, verworpen. Een ruime meerderheid schaarde zich achter het standpunt van de Nationale Unie van onafhankelijke ziekenfondsen.

5. Dispositions du projet de loi portant des dispositions sociales

L'article 104 du projet de loi-programme, qui est actuellement à l'examen à la Chambre des représentants, prévoit que les médicaments administrés dans le cadre d'une hospitalisation de jour ne peuvent pas être mis à charge de l'assurance obligatoire. L'article 105 fixe la date d'entrée en vigueur de cet article au 1er juillet 1996.

Dans les développements de ces dispositions, il est dit qu'elles sont la confirmation de la réglementation existante. Rien n'est cependant moins vrai. Ce qu'elles font, c'est imposer de manière rétroactive l'interprétation de la réglementation, qui a été explicitement rejetée par les tribunaux.

Une importante question porte, à cet égard, sur les conséquences de ces dispositions, et en particulier sur leur caractère rétroactif, pour les assurés. Les montants qui, conformément à l'interprétation des tribunaux, ont été mis à charge de l'assurance obligatoire doivent en être soustraits et

— si l'intéressé a une assurance complémentaire, sont pris en charge par cette dernière;

— si l'intéressé n'a pas d'assurance complémentaire, et 60% des indépendants sont dans ce cas, il devra les rembourser lui-même.

À noter, dans ce contexte, la remarque formulée par la ministre des Affaires sociales au sein de la commission compétente de la Chambre des représentants lors de la discussion de la loi-programme:

«La ministre affirme que les mesures proposées dans les articles 94 et 95 sont nécessaires pour éviter que les mutualités qui ont déjà remboursé de tels frais à partir du 1er juillet 1996, ne puissent les récupérer auprès de leurs membres.» (Doc. parl. Chambre, no 1722/14, 97-98)

Ces propos sont totalement incompréhensibles puisque les deux articles visent exactement l'inverse.

C. Exposé de M. Wautot sur les soins infirmiers à domicile

M. Wautot déclare qu'il approfondira dans on exposé un certain nombre de problèmes relatifs aux soins à domicile et à leur financement.

Aupraravant, il souhaite souligner que l'Union nationale des mutualités indépendantes n'a aucun lien avec une organisation qui fournit des prestations dans ce secteur et se distingue en cela de quelques autres fédérations nationales de mutualités. L'Union n'a dès lors aucun *a priori* à l'égard de ces prestataires, quel que puisse être leur statut et indépendamment de

5. Bepalingen in het wetsontwerp houdende sociale bepalingen

Artikel 104 van het ontwerp van programmawet, dat momenteer ter bespreking ligt in de Kamer van volksvertegenwoordigers, bepaalt dat de geneesmiddelen, toegediend in het kader van een daghopitalisatie niet ten laste kunnen worden gelegd van de verplichte verzekering. Artikel 105 bepaalt de datum van inwerkingtreding van dit artikel op 1 juli 1996.

De toelichting bij deze bepalingen stelt dat zij de bevestiging zijn van de bestaande reglementering. Niets is echter minder waar. Wat zij wel doen, is op retroactieve wijze een interpretatie van de reglementering opleggen, die expliciet door de rechtbanken werd verworpen.

Belangrijk in dit verband is de vraag naar de gevolgen van deze bepalingen, en in het bijzonder het retroactieve karakter ervan, voor de verzekerden. De bedragen die, conform de interpretatie van de rechtbanken ten laste werden gelegd van de verplichte verzekering moeten hieraan worden onttrokken en

— indien de betrokkene een aanvullende verzekering heeft, door deze ten laste worden genomen;

— indien de betrokkene geen aanvullende verzekering heeft, en dit is het geval voor 60% van de zelfstandigen, zal hijzelf ze moeten terugbetalen.

Opmerkelijk in heel dit verhaal is de opmerking van de minister van Sociale Zaken in de bevoegde commissie van de Kamer van volksvertegenwoordigers bij de bespreking van de programmawet:

«De minister stelt dat de in de artikelen 94 en 95 voorgestelde maatregelen nodig zijn om te voorkomen dat de ziekenfondsen die vanaf 1 juli 1996 dergelijke kosten reeds hebben terugbetaald, deze niet op hun leden zouden kunnen verhalen.» (Gedr. Stuk Kamer, nr. 1722/14, 97/98)

Deze uitspraak is totaal onbegrijpelijk aangezien de beide artikelen precies het tegenovergestelde beogen.

C. Uiteenzetting van de heer Wautot over de thuisverpleging

De heer Wautot verklaart dat hij in zijn uiteenzetting nader zal ingaan op een aantal problemen in verband met de thuisverpleging en de financiering hiervan.

Vooraf wenst hij te onderstrepen dat de Landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen geen enkele band heeft met een organisatie die verstrekkingen levert in deze sector en zich hierdoor onderscheidt van een aantal andere landsbonden van ziekenfondsen. De unie heeft dan ook geen enkele *a priori* ten aanzien van deze verstrekkers, wat ook hun statuut moge zijn

la structure dans laquelle ils œuvrent. En pratique, elle travaille du reste aussi bien avec des soignants indépendants qu'avec des structures plus petites et plus grandes qui dispensent des services dans ce secteur.

Dans le Brabant wallon, par exemple, où les mutualités indépendantes sont fortement représentées, les prestations sont fournies, dans le cadre d'un programme général de soins infirmiers à domicile, par la Croix Jaune et Blanche et par des infirmiers indépendants, à raison de 50% environ chacun. La coopération se fait par voie d'accords avec les personnes et les structures concernées. Sur l'ensemble du pays, aucun prestataire n'est exclu de cette forme de service et l'Union n'aurait aucun intérêt à prononcer des exclusives sur ce plan.

Lorsque, par conséquent, des réflexions seront formulées dans l'exposé ci-après à l'égard du service structuré, ce n'est pas parce que l'Union aurait une préférence particulière pour une coopération avec des infirmiers indépendants, mais plutôt parce qu'elle s'inquiète d'un certain nombre d'évolutions en rapport avec le service organisé.

Evolutions récentes dans le secteur

Au cours des dernières années, le secteur des soins infirmiers à domicile s'est trouvé à plusieurs reprises au centre de l'actualité, en raison, notamment, des manifestations des infirmiers et infirmières qui protestaient contre la surcharge de travail. Ces derniers mois ont été marqués par deux faits déterminants pour l'avenir du secteur.

Le premier consiste dans les tables rondes organisées par le ministre de la Santé publique. Une des idées centrales formulées dans ce contexte concernait la révision des qualifications requises du personnel soignant, à savoir le remplacement progressif du brevet par une nouvelle spécialisation, et surtout l'instauration, par l'arrêté royal nº 78, d'une nouvelle catégorie de «soignants» qui travaillent sous la surveillance des infirmiers spécialisés.

La réforme proposée introduirait une logique hospitalière dans les soins à domicile. La grande différence entre les soins à domicile et les soins en hôpital ou maison de repos réside dans le fait que l'infirmier à domicile est plus ou moins seul. Il doit être préparé à affronter une situation imprévue et à réagir de manière rapide et indépendante, contrairement à l'infirmier en milieu hospitalier qui peut toujours s'en remettre au corps médical ou aux infirmiers ayant une qualification spéciale.

en ongeacht de structuur waarbinnen zij werken. In de praktijk werkt zij overigens samen met zowel zelfstandige verplegers als met kleinere en grotere structuren die diensten in deze sector verlenen.

In Waals Brabant bijvoorbeeld, waar de onafhankelijke ziekenfondsen sterk vertegenwoordigd zijn, worden in het kader van een algemeen programma inzake thuisverpleging, ongeveer 50% van de prestaties aan haar leden geleverd door het Wit-Gele Kruis en de andere 50% door zelfstandige verplegers. De samenwerking verloopt via samenwerkingsakkoorden met de betrokken personen en structuren. Over het geheel van het land wordt geen enkele verstrekker van deze vorm van dienstverlening uitgesloten en de Unie zou er geen enkel belang bij hebben op dit vlak exclusieven te gaan formuleren.

Wanneer derhalve tijdens de hierna volgende uiteenzetting een aantal bedenkingen worden geformuleerd ten aanzien van de gestructureerde dienstverlening, dan is dit niet omdat de Unie een bijzondere voorkeur zou hebben voor een samenwerking met zelfstandige verplegers, maar wel omdat zij zich zorgen maakt over een aantal evoluties in verband met de georganiseerde dienstverlening.

Recente evoluties in de sector

De sector van de thuisverpleging is de jongste jaren herhaaldelijk in het nieuws geweest, onder meer door de manifestaties van de verplegers en verpleegsters tegen de hoge werkdruk. De jongste maanden hebben zich twee belangrijke feiten voorgedaan die bepalend zijn voor de verdere evolutie van de sector.

Het eerste bestaat in de ronde-tafelconferenties, georganiseerd door de minister van Volksgezondheid. Een van de centrale gedachten die in dit verband werden geopperd bestond in de herziening van de vereiste kwalificaties van het verplegend personeel, namelijk de geleidelijke vervanging van het brevet door een nieuwe specialisatie, en vooral de invoering van een nieuwe categorie van «verzorgers» in het koninklijk besluit nr. 78 die onder het toezicht van de gespecialiseerde verplegers werken.

Door de voorgestelde hervorming zou in de thuisverzorging een ziekenhuislogica worden ingebracht. Het grote verschil tussen de thuiszorg en het ziekenhuis of het rustoord bestaat erin dat de thuisverpleger min of meer alleen staat. Hij moet voorbereid zijn op onverwachte ontwikkelingen en hierop snel en onafhankelijk kunnen reageren. Dit in tegenstelling tot de ziekenhuisverpleger die steeds kan terugvallen op het artsenkorps of op verplegers met een bijzondere kwalificatie.

À cela s'ajoutaient les problèmes financiers des organisations de services. Ces problèmes, notamment, ont été à l'origine des plaintes du personnel concernant la charge élevée du travail et ont amené les syndicats et les organisateurs de services à alerter ensemble les pouvoirs publics. Résultat: la ministre des Affaires sociales a réuni autour de la table les représentants des mutualités, des syndicats et des organisations de services qui, après concertation, ont proposé toute une série de mesures destinées à assainir le secteur:

— un budget supplémentaire de 300 millions de francs, étalé sur deux ans, pour les cas graves. La commission de convention qui devait décider de l'affectation de ce montant a, en ce qui concerne la première tranche de 150 millions libérée en juillet de cette année, opté pour une revalorisation du forfait C, une solution de facilité qui peut soulever des questions. L'échelle de Katz qui est utilisée pour la détermination d'un «cas grave», prend en compte plusieurs éléments mais ne mesure pas le temps qu'un infirmier passe au chevet d'un malade. Le manque de temps était précisément une des principales plaintes des acteurs sur le terrain. En appliquant cette échelle, certains malades qui nécessitent des soins plus longs restent encore sur la touche.

— l'extension du «Maribel» social qui, à la suite d'une réduction des charges sociales devrait dégager plus de moyens pour l'embauche de personnel soignant. Le probléme est toutefois qu'il y a sur le marché trop peu de personnel soignant pour couvrir les besoins. D'où la proposition de recruter des aides infirmiers, quelque peu comparables aux «soignants» proposés par le ministre de la Santé publique. Ceux-ci travailleraient en équipes avec des infirmiers gradués, et ce dans le cadre des services de soins infirmiers à domicile. De tels services existent dès à présent mais ne sont pas formellement reconnus comme dispensateurs de soins de niveau de l'INAMI.

L'ensemble du dossier est actuellement bloqué par les difficultés concernant la définition précise du «soignant» ou de l'«aide infirmier» et la façon dont ils doivent travailler en équipe avec des infirmiers spécialisés. Du fait que la date limite pour le Maribel social approche, il a été décidé de laisser provisoirement le problème des soignants pour ce qu'il est et de prendre deux mesures: reconnaître formellement les «services de soins infirmiers à domicile» comme dispensateurs de soins et donner la possibilité au ministre d'accorder, sur proposition des instances *ad hoc* de l'INAMI, une subvention additionnelle à ses «services de soins infirmiers à domicile» — dont la définition n'est pas encore connue — pour rembourser un certain nombre de missions spécifiques pour ces services.

Tout cela est réglé par les articles 111 à 113 de la loi portant des dispositions sociales. En soi, ces disposi-

Daarnaast waren er de financiele problemen van de dienstverlenende organisaties. Die lagen mede aan de basis van de klachten bij het personeel over de hoge werkdruk en hadden tot gevolg dat de vakverenigingen en de organisatoren samen naar de overheid zijn gestapt. Dit resulteerde in een tripartiete, georganiseerd door de minister van Sociale Zaken, waarbij de ziekenfondsen, de vakverenigingen en de dienstverlenende organisaties rond de tafel zaten. Tijdens dit overleg werden een hele reeks maatregelen voorgesteld die de sector moesten saneren:

— een bijkomend budget van 300 miljoen frank, gespreid over twee jaar, voor de zware gevallen. De conventiecommissie die over de aanwending van dit bedrag moest beslissen heeft, wat de eerste 150 miljoen frank betreft die in juli van dit jaar vrij kwam, gekozen voor een revalorisering van het forfait C, een gemakkelijkheidsoplossing waarbij men zich vragen kan stellen. De schaal van Katz die voor de bepaling van een «zwaar geval» wordt gehanteerd, neemt een aantal zaken in rekening, maar is geen graadmeter voor de tijd die door een verpleger aan het ziekbed wordt doorgebracht. Dat deze tijd te krap is, was precies een van de belangrijkste klachten in het veld. Door deze schaal te hanteren vallen sommige zieken die veel tijd aan verpleging vergen nog steeds uit de boot.

— de uitbreiding van de sociale maribel waardoor, ten gevolge van een verlaging van de sociale lasten, meer middelen zouden vrijkomen voor de aanwerving van verplegend personeel. Het probleem is hier evenwel dat onvoldoende verplegend personeel op de markt is om de behoeften in te vullen. Vandaar dat het voorstel werd gedaan hulpverplegers aan te trekken, enigszins vergelijkbaar met de «verzorgers» voorgesteld door de minister van Volksgezondheid. Deze zouden in equipes samenwerken met gegradueerde verplegers, en dit binnen «diensten thuisverpleging». Dergelijke diensten bestaan nu reeds in de praktijk, maar zijn formeel niet erkend als zorgverstrekker op het niveau van het RIZIV.

Het hele dossier is momenteel geblokkeerd door de moeilijkheden in verband met de precieze omschrijving van de «verzorger» of «hulpverpleger» en de wijze waarop zij in equipe moeten werken met gespecialiseerde verplegers. Omdat de limietdatum voor de sociale Maribel nadert werd besloten de problematiek van de verzorgers voorlopig te laten voor wat ze is en twee maatregelen te nemen: de formele erkenning van de «diensten thuisverpleging» als zorgverstrekkers en de minister de mogelijkheid te geven om, op voorstel van ad hoc instanties binnen het RIZIV, een bijkomende subsidie toe te kennen aan deze «diensten thuisverpleging» — waarvan de definitie nog niet gekend is — om een aantal specifieke opdrachten voor deze diensten te vergoeden.

Dit alles wordt geregeld in de artikelen 111 tot 113 van het ontwerp van wet houdende sociale bepalin-

tions ne sont pas une mauvaise chose, si ce n'est qu'elles s'accompagnent de quelques incertitudes et effets indésirables.

Récemment, l'INAMI a dégagé un montant de 300 millions de francs sur un bugdet extraordinaire de 1,5 milliard de francs que le gouvernement a mis à disposition pour de nouvelles initiatives. Sans le dire explicitement, cette somme devrait servir à financer les missions des services de soins infirmiers à domicile, pour lesquels des moyens ne sont pas alloués en ce moment.

On a par conséquent libéré un montant de 300 millions au profit de services pour lesquels il n'existe pas encore de critère de reconnaissance et dont les missions n'ont pas encore été définies. Du point de vue de l'accès aux soins de santé dans un secteur aussi important que les soins infirmiers à domicile, on peut se demander si l'affectation d'une telle somme n'aurait pas dû être précisée davantage.

Étant donné qu'il n'existe pas de définition légale de ces prestataires de services, on peut poser la question de savoir si chaque groupement d'infirmiers qui répond à des critères qualitatifs précis pourra être reconnu comme service de soins infirmiers à domicile. Des articles en question de la loi portant des dispositions sociales on ne peut rien en inférer. Si des groupement d'infirmiers indépendants ou des structures plus petites taille où on travaille dans les liens d'un contrat ne peuvent pas être reconnus comme prestataires, certaines régions où les grands services structurés ne sont que peu ou pas représentés risquent de ne pas pouvoir utiliser ces nouvelles formes de services, avec les subventions qui s'y rattachent.

On risque de commettre en cela une erreur qui se produit plus fréquemment lors de la création de nouveaux services. L'attribution des budgets est basée habituellement sur le service actuel des structures fixes opérant dans le domaine concerné, sans faire une évaluation approfondie de la plus-value qu'elles représentent pour le patient, ou d'autres besoins éventuels de ce patient qui ne sont pas satisfaits en ce moment.

En sachant en outre que dans un secteur où on travaille avec des forfaits, comme les soins infirmiers à domicile, la transparence est de toute manière un problème, on peut se demander si les moyens aboutissent effectivement chez les malades qui en ont le plus besoin et correspondent au volume de travail que représentent les soins dispensés à ces malades.

Cette situation soulève une série d'autres questions :

— Si la reconnaissance de ces services n'est pas basée sur les besoins du patient, ne risque-t-on pas de

gen. Op zich zijn deze bepalingen geen slechte zaak, ware het niet dat ze gepaard gaan met een aantal onzekerheden en ongewenste effecten.

Recent werd door het RIZIV een bedrag van 300 miljoen frank vrijgemaakt uit een buitengewoon budget van 1,5 miljard frank dat door de regering ter beschikking is gesteld voor nieuwe initiatieven. Zonder dat dit met zoveel woorden gezegd is, zou dit bedrag moeten dienen om de opdrachten van deze diensten voor thuisverpleging te financieren, waarvoor momenteel geen middelen worden toegekend.

Men heeft derhalve een bedrag van 300 miljoen frank vrijgemaakt voor diensten waarvoor nog geen erkenningscriteria bestaan en voor opdrachten van deze diensten die nog niet zijn omschreven. Vanuit het oogpunt van de toegang tot de gezondheidszorg in een dermate belangrijke sector als de thuisverpleging, kan men zich de vraag stellen of men bij de aanwending van een dergelijk bedrag niet preciezer had moeten zijn.

Aangezien er geen wettelijke omschrijving van deze dienstverleners bestaat, kan de vraag worden gesteld of elke groepering van verplegers die aan bepaalde kwalitatieve criteria voldoet, als thuisverplegingsdienst zal kunnen worden erkend. Uit de betrokken artikelen van de wet houdende sociale bepalingen valt er wat dit betreft niets op te maken. Indien groeperingen van zelfstandige verplegers of kleinere structuren waar in dienstverband wordt gewerkt niet als verstrekker kunnen worden erkend, bestaat het risico dat sommige regio's waar de grote gestructureerde diensten niet of weinig vertegenwoordigd zijn, niet van deze nieuwe vormen van dienstverlening, met de eraan gekoppelde subsidies, gebruik kunnen maken.

Men dreigt hier een fout te maken die bij de oprichting van nieuwe diensten wel meer voorkomt. Als basis voor het toekennen van de budgetten gaat men gewoon uit van de bestaande dienstverlening door de gevestigde structuren die in het betrokken terrein actief zijn, zonder dat een grondige evaluatie wordt gemaakt van de meerwaarde die deze hebben voor de patiënt of van eventuele andere behoeften van deze patiënt die momenteel niet worden ingevuld.

Wanneer men hierbij in acht neemt dat in een sector waar met forfaits wordt gewerkt, zoals de thuisverpleging, de transparantie hoe dan ook een probleem is, kan de vraag worden gesteld of de middelen wel degelijk terecht komen bij de zieken die ze het meest nodig hebben en in overeenstemming zijn met het werkvolume bij de verpleging van deze patiënten.

Daarnaast kunnen nog een reeks andere vragen worden gesteld bij deze situatie :

— Indien de erkenning van deze diensten niet op een gedegen wijze wordt omkaderd vanuit de behoef-

porter atteinte à sa liberté de choix et d'intégrer des discriminations injustifiées dans le système ?

— Bien que cela ne soit pas réalisé à l'heure actuelle, l'idée qui sous-tend les services de soins infirmiers et leur financement est qu'ils vont travailler dans un stade ultérieur avec des « aides infirmiers ». La sécurité et la qualité des services futurs ne seront-elles pas hypothéquées en reconnaissant dès à présent les prestataires et en mettant à leur disposition des moyens sans que l'on ait la moindre certitude sur les qualifications qui seront exigées d'eux ?

— On voit déjà apparaître, en prélude au système, certaines pratiques qui peuvent être cataloguées comme « parasitisme » et « fausse activité d'indépendant ». Une des conditions de la reconnaissance des nouveaux services consisterait à pouvoir facturer sur le même numéro de tiers payant. Les prestataires, principalement indépendants, sont approchés par certains individus qui proposent que l'indépendant fournisse les services et les factures à l'intermédiaire. Ce dernier remet les factures sous un numéro de tiers payant à l'INAMI, en prélevant bien entendu un pourcentage sur les honoraires de l'indépendant. Tant en Flandre qu'en Wallonie, on voit émerger de tels individus qui essaient de tirer habituellement parti de la crainte qu'éprouvent certains prestataires indépendants d'être exclus du nouveau système de services de soins infirmiers à domicile.

— Ces mesures ne sont-elles pas en quelque sorte une boîte de Pandore ? On va encourager la mise en place de nouvelles structures qui réclameront toutes de nouvelles missions, avec les moyens financiers y afférents, alors qu'ils s'agit souvent de nouvelles formes de services qui naîtront de toute façon. C'est ainsi qu'en Flandre, on planche actuellement sur un système d'assurance soins où c'est probablement la consommation qui sera subventionnée et non le prestataire, ce qui rend la création de nouveaux services plus facile que dans un système où l'apparition d'un nouveau prestataire a pour conséquence que les subventions sont partagées entre plusieurs prestataires. Par ailleurs, on constate que les entreprises de travail intérimaire et les organismes d'assurance examinent en ce moment la possibilité de créer leurs propres services de soins infirmiers à domicile.

Du fait que le pouvoir fédéral prévoit des moyens supplémentaires pour des missions qui ne sont pas totalement définies, ce sera un encouragement à la création d'autres services nouveaux qui réclameront le plus possible de ressources publiques additionnelles, sans avoir la moindre certitude que les critères auxquels ils doivent répondre donneront une plus-

ten van de patiënt, loopt men dan niet het risico dat die zijn keuzevrijheid wordt aangetast en dat ongeoorloofde discriminaties in het systeem worden ingebouwd ?

— Hoewel dit momenteel niet is gerealiseerd, blijft aan de basis van de verpleegdiensten en de financiering ervan, de idee liggen dat zij in een later stadium zullen gaan werken met « hulpverplegers ». Legt men geen hypotheek op de veiligheid en de kwaliteit van de toekomstige dienstverlening door nu reeds de verstrekkers te gaan erkennen en hun middelen ter beschikking te stellen, zonder dat er de minste zekerheid is over de kwalificaties die van deze hulpverleners zullen worden geëist.

— Men ziet nu reeds, in de aanloop van het systeem, bepaalde praktijken ontstaan die kunnen worden gecatalogeerd als « parasitisme » en het « werken als valse zelfstandigen ». Een van de vereisten voor de erkenning van de nieuwe diensten zou erin bestaan dat zij moeten kunnen factureren op hetzelfde derdebetalernummer. Verstrekkers, voornamelijk zelfstandigen, worden benaderd door bepaalde individuen met het voorstel dat de zelfstandige de diensten levert en deze factureert aan de tussenpersoon. Laatstgenoemde maakt de facturen onder een derde-betalernummer over aan het RIZIV, met vanzelfsprekend de inhouding van een percentage op het honorarium van de zelfstandige. Men ziet zowel in Vlaanderen als in Wallonië dergelijke individuen opduiken die handig gebruik proberen te maken van de angst bij sommige zelfstandige verstrekkers om in het nieuwe systeem van de thuisverzorgingsdiensten uit de boot te vallen.

— De vraag kan worden gesteld of met deze maatregelen geen budgettaire doos van Pandora wordt geopend. Men gaat de oprichting van nieuwe structuren aanmoedigen die allen aanspraak zullen maken op nieuwe opdrachten met de daaraan gekoppelde financiële middelen, daar waar het vaak nieuwe vormen van dienstverlening betreft die hoe dan ook zullen ontstaan. Zo wordt in Vlaanderen momenteel gewerkt aan de uitbouw van de zorgverzekering waarbij waarschijnlijk de consumptie en niet de verstrekker zal worden gesubsidieerd, wat de oprichting van nieuwe diensten gemakkelijker maakt dan in een systeem waarbij een nieuwe verstrekker tot gevolg heeft dat de subsidies over meer verstrekkers worden verdeeld. Daarnaast stelt men vast dat ook interimbureaus en verzekeringsinstellingen momenteel de mogelijkheden onderzoeken inzake de oprichting van eigen thuisverplegingsdiensten.

Doordat de federale overheid nu extra middelen in het vooruitzicht stelt voor opdrachten die totaal niet omschreven zijn, zal dit een aanmoediging zijn voor de oprichting van nog meer nieuwe diensten die allen aanspraak zullen maken op zoveel mogelijk bijkomende overheidsmiddelen, zonder enige zekerheid dat criteria waaraan ze moeten beantwoorden een

value en ce qui concerne l'offre de secours à ceux qui en ont besoin.

Un élément non négligeable est, à cet égard, la constatation que les dépenses pour le secteur des soins infirmiers à domicile sont passées de 12 milliards de frans en 1996 à 18 milliards de francs en 1998.

Solutions de remplacement

Dans tout cela, on peut se demander si les instruments actuellement disponibles pour faciliter l'accès aux soins infirmiers à domicile sont utilisés au maximum.

— À qui le régime du tiers payant est-il réservé ?

— La demande ou non d'un ticket modérateur n'a actuellement plus rien à voir avec les besoins du patient mais bien avec la concurrence entre les différents prestataires. Il faut oser se demander si le système ne serait pas plus honnête si les tickets modérateurs avaient un caractère obligatoire et si, en même temps, on faisait un usage maximal d'autres mesures comme la franchise sociale et la franchise fiscale.

— Les problèmes des forfaits dans l'art infirmier doivent être abordés d'urgence. La ministre des Affaires sociales a promis de soumettre la nomenclature à une évaluation approfondie, mais jusqu'ici on n'a pas fait grand-chose.

— Pour assurer un accès maximal à ce type de soins, il faut évoluer vers un système consistant à financer les soins dispensés et non les structures qui les dispensent. Si l'on s'en tient malgré tout à ce dernier système, le financement doit se faire sur la base de missions clairement définies et d'un audit externe, et les structures doivent satisfaire à des critères de reconnaissance précis dont il est prouvé qu'ils répondent à un besoin réel.

D. Exposé de M. Draps : une approche médicalisée des maladies chroniques

M. Draps déclare que le message qu'il veut apporter peut se résumer à une plaidoirie en faveur d'une approche médicalisée des affections chroniques dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité.

Lorsqu'un assureur ou l'autorité publique souhaite savoir quelles sont les dépenses pour des patients déterminés, il est essentiel de connaître avec précision la pathologie et son coût. On dispose des factures des prestations fournies et au moyen d'instruments tels que Farmanet on sait qui prescrit quoi et quel est le coût d'une pathologie.

meerwaarde zullen geven wat het aanbod van hulpverlening betreft aan diegenen die deze nodig hebben.

Niet onbelangrijk in dit verband is overigens de vaststelling dat de uitgaven voor de sector van de thuisverpleging gestegen zijn van 12 miljard frank in 1996 tot 18 miljard frank 1998.

Alternatieve oplossingen

Bij dit alles kan men zich de vraag stellen of de bestaande instrumenten om tot een betere toegankelijkheid van de gezondheidszorg in de thuisverpleging te komen, maximaal worden aangewend.

— Voor wie reserveert men de derde betalende regeling ?

— Het al dan niet vragen van remgeld heeft momenteel niets meer te maken met de behoeften van de patiënt, maar wel met de concurrentie tussen de verschillende verstrekkers. Men moet zich de vraag durven stellen of het systeem niet eerlijker zou werken indien de remgelden worden verplicht en tegelijk maximaal gebruik wordt gemaakt van andere maatregelen zoals de sociale en de fiscale franchise.

— De problemen in verband met de forfaits in de verpleegkunde moeten dringend worden aangepakt. De minister van Sociale Zaken heeft beloofd wat dit betreft de nomenclatuur aan een grondige evaluatie te onderwerpen maar tot op heden is hiervan weinig terecht gekomen.

— Om een maximale toegang tot dit soort hulpverlening te verzekeren moet men evolueren naar een stelsel waarbij de verstrekte zorg wordt gefinancierd en niet de structuren die ze toedienen. Indien men toch aan dit laatste systeem blijft vasthouden moet de financiering gebeuren op basis van duidelijke opdrachten op basis van een externe audit en moeten de structuren beantwoorden aan duidelijke erkenningscriteria waarvan bewezen is dat zij aan een reële behoefte beantwoorden.

D. Uiteenzetting van de heer Draps : een gemedicaliseerde benadering van chronische aandoeningen

De heer Draps verklaart dat de boodschap die hij wil brengen kan worden samengevat als een pleidooi voor een gemedicaliseerde benadering van de chronische aandoeningen in het kader van de zieke- en invaliditeitsverzekering.

Wanneer een verzekeraar of de overheid wenst te weten wat de uitgaven zijn voor een bepaalde patiënt, is het van essentieel belang dat zij duidelijk weten over welke pathologie het gaat en wat de kostprijs is. Men beschikt over de facturen van de geleverde prestaties en via instrumenten zoals Farmanet weet men wie wat voorschrijft en wat de uiteindelijke kostprijs van een pathologie is.

Dans un tel système médicalisé, le point de départ est par conséquent le diagnostic. Il n'est guère sensé de partir des patients qui ont les coûts les plus élevés parce que même avec cette méthode il faut vérifier dans un deuxième temps de quelles pathologies ils souffrent et quelles dépenses celles-ci représentent.

Dès lors le coût d'une pathologie est connu, l'on peut déterminer quelle partie est à la charge de l'assurance obligatoire et quelle partie est supportée par le patient.

Actuellement, les mutualités disposent de données diagnostiques qui peuvent être utilisées. Tel est notamment le cas pour les décisions des médecins-conseils dans le contexte d'un diagnostic. Celles-ci comportent entre autres :

— (chapitre IV) les médicaments qui sont prescrits

— les codes de la nomenclature (chirurgie)

— la fin de l'hospitalisation (727)

— l'incapacité de travail primaire pendant les 12 premier mois

— l'invalidité : ici aussi, il est parfaitement possible de représenter la diagnose sous forme codée. Ce codage a lieu au sein de l'INAMI, mais il est dépassé et n'est pas communiqué.

Il est réjouissant de constater que le gouvernement a pris récemment des mesures basées sur le même raisonnement. Ce sont :

— les conventions spéciales relatives à certaines affections :

— mucoviscidose

— affections neuromusculaires

— maladies métaboliques héréditaires rares

— fauteuils roulants

— le remboursement de certains produits alimentaires pour

— le cas visés au chapitre IV*bis*

— les maladies méthaboliques héréditaires rares

Il y a, par ailleurs, l'arrêté royal du 2 juin 1998 qui ne procède absolument pas d'une logistique médicale en instaurant deux forfaits pour incontinence et maladies chroniques. Un des critères qui y sont adoptés sont les forfaits de soins à domicile — type B ou C ou, pour l'incontinence, type 3 ou 4. Ces typologies sont basées sur l'échelle de Katz qui cependant, comme l'a fait remarquer un orateur précédent, ne permet pas de mesurer le besoin en soins et, partant, le coût pour le malade.

In een dergelijke gemedicaliseerde benadering stelsel neemt men als uitgangspunt derhalve de diagnose. Het heeft weinig zin te vertrekken vanuit de patiënten met de hoogste kosten omdat men ook met die werkwijze in tweede instantie moet gaan onderzoeken aan welke pathologieën ze leiden en welke uitgaven deze vertegenwoordigen.

Eenmaal men een inzicht heeft in de kostprijs van een pathologie kan worden uitgemaakt welk gedeelte hiervan ten laste is van de verplichte verzekering en welk deel door de patiënt zelf wordt gedragen.

Momenteel zijn bij de ziekenfondsen een aantal diagnostische gegevens beschikbaar waarvan gebruik kan worden gemaakt. Dit is onder meer het geval voor de beslissingen van de controlegeneesheren in de context van een diagnose. Deze omvatten onder meer :

— (hoofdstuk IV) de geneesmiddelen die zijn voorgeschreven

— de codes van de nomenclatuur (chirurgie)

— het einde van de hospitalisering (727)

— de primaire arbeidsongeschiktheid tijdens de eerste 12 maanden

— de invaliditeit : ook hier is het perfect mogelijk de diagnose in codevorm weer te geven. Deze codering gebeurt binnen het RIZIV, maar is verouderd en wordt niet meegedeeld.

Het is verheugend om vast te stellen dat de regering recent een aantal maatregelen heeft genomen die vanuit dezelfde redenering vertrekken. Zo zijn er :

— de bijzondere overeenkomsten in verband met bepaalde aandoeningen :

— mucoviscidose

— neuromusculaire aandoeningen

— de zeldzame erfelijke metabolische ziekten

— de rolstoelen

— de terugbetaling van bepaalde voedingsproducten

— voor de gevallen bedoeld in hoofdstuk IV*bis*

— de zeldzame erfelijke metabolische ziekten

Anderzijds echter is er het koninklijk besluit van 2 juni 1998 dat helemaal niet vanuit een medische logica vertrekt bij het instellen van twee forfaits voor incontinentie en chronische ziekten. Een van de criteria die hierin worden gehanteerd zijn de forfaits thuisverzorging — type B of C of, voor incontinentie, type 3 of 4. Deze typologieën zijn gebaseerd op de schaal van KATZ die echter, zoals reeds door een vorige spreker werd opgemerkt, geen graadmeter is voor de behoefte aan zorg en dus ook niet voor de kosten die de zieke in dit verband heeft.

En ce qui concerne l'incontinence, par exemple, un patient appartient au type 3 sur l'échelle de Katz s'il souffre régulièrement d'incontinence d'urine durant un jour. Cela ne dit toutefois rien sur son besoin de soins puisqu'un tel patient est généralement en mesure de se soigner lui-même et que le forfait de soins est inutile.

D'où les propositions qui sont actuellement débattues au sein du Collège national des médecins-conseils et de la commission de convention, en vue de définir un critère pour le besoin de soins.

Un autre problème, en matière d'incontinence, est que les patients qui ont besoin de sondes mais qui peuvent les placer eux-mêmes sont repris dans la catégorie 2. Il en résulte que dans le cadre de l'arrêté royal du 2 juin 1998 ils ne peuvent pas prétendre au forfait qui y est accordé, bien qu'ils doivent faire face à de grosses dépenses pour ces sondes.

L'Union des mutualités indépendantes a présenté au comité d'assurance une proposition pour le remboursement de ces sondes, mais ce dossier traîne depuis deux ans, alors qu'il n'implique pas un budget énorme.

Analyse du groupe de patients qui peuvent faire usage du forfait pour soins à domicile

M. Draps procède ensuite à une analyse du groupe de patients qui peuvent faire usage du forfait pour soins infirmiers à domicile (SID). Cette analyse est basée sur une enquête effectuée auprès de 1 657 288 assurés de l'Union. Sur ce nombre, 21% ont plus de 60 ans et, dans ce groupe, 91% ont entre 60 et 84 ans.

Dans le groupe total d'assurés de l'Union il y a 14 037 patients, soit 0,85% de l'ensemble des personnes qui peuvent utiliser le forfait. L'âge moyen de ce groupe est de 77,4 ans. L'espérance de vie étant plus élevée chez les femmes, leur part dans ce groupe représente le double de celle des hommes.

Pour le forfait B (et C) l'âge moyen est de 74 ans. Conclusion: la mesure ne touche pas les patients chroniques mais bien le groupe des personnes âgées dépendantes.

En prenant dans ce groupe de 14 037 patients ceux qui ont plus de 60 ans, on obtient un nombre de 12 837 ou 91,5%. L'âge moyen y est encore plus élevé, soit 80,4 ans. Dans ce cas aussi il ne s'agit pas nécessairement de malades chroniques, que le législateur a pourtant cherché à atteindre avec le forfait soins.

Si on analyse à présent le gourpe de moins de 60 ans, on constate qu'il comprend 1 200 patients

Inzake incontinentie bijvoorbeeld, behoort een patiënt tot het type 3 op de schaal van KATZ wanneer hij gedurende een dag geregeld last heeft van urine-incontinentie. Dit zegt echter niets over zijn zorgbehoevendheid, aangezien een dergelijke patiënt meestal in staat is zichzelf te verzorgen en het zorgforfait overbodig is.

Vandaar de voorstellen die momenteel in bespreking zijn in het Nationaal College van advieserend geneesheren en in de Conventiecommissie met het doel een maatstaf voor de nood aan zorgverlening uit te werken.

Een ander probleem met de incontinentie bestaat erin dat patiënten die behoeften hebben aan sondes, maar deze zelf kunnen plaatsen, in de categorie 2 zijn ondergebracht. Dit heeft tot gevolg dat zij in het kader van het koninklijk besluit van 2 juni 1998 geen aanspraak kunnen maken op hierin toegekende forfait, hoewel zij met hoge uitgaven voor deze sondes geconfronteerd worden.

De Landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen heeft aan het verzekeringscomité een voorstel gedaan voor de terugbetaling van deze sondes, maar dit dossier sleept reeds twee jaar aan, ook al moet hiervoor geen enorm budget worden vrijgemaakt.

Analyse van de groep patiënten die gebruik kan maken van het forfait voor thuiszorg

De heer Draps geeft vervolgens een analyse van de groep patiëten die gebruik kan maken van het forfait voor thuiszorg *(soins infirmiers à domicile — SID)*. Deze analyse is gebaseerd op een onderzoek bij de 1 657 288 verzekerden bij de Landsbond. Hiervan zijn er 21% ouder dan 60 jaar en binnen deze groep is 91% tussen 60 en 84 jaar.

Binnen de toale groep van verzekerden bij de Landsbond zijn er 14 037 patiënten, of 0,85% die van het forfait gebruik kunnen maken. De gemiddelde leeftijd van deze groep bedraagt 77,4 jaar. Gezien de hogere levensverwachting bij vrouwen is hun aandeel in deze groep dubbel zo hoog als dat van mannen.

Voor het forfait B (en C) bedraagt de gemiddelde leeftijd 74 jaar. Conclusie: de maatregel bereikt niet de chronische patiënten maar wel de groep van afhankelijke ouderen.

Wanneer men binnen deze groep van 14 037 patiënten diegenen neemt die ouder zijn dan 60 jaar, komt men op een aantal van 12 837 of 91,5%. De gemiddelde leeftijd ligt hier vanzelfsprekend nog hoger op 80,4 jaar. Ook hier geldt dat het niet noodzakelijk patiënten met een chronische ziekte betreft, die de wetgever nochtans trachtte te bereiken met het zorgforfait.

Wanneer men nu een analyse maakt van de groep die jonger is dan 60 jaar, stelt men vast dat deze 1 200

(pour l'ensemble de la population cela fait 1 200 × 6,5 = 7 800) ayant un âge moyen de 45 ans. Parmi ce groupe, 42% ont le forfait B, ce qui, par extrapolation pour toute la Belgique, correspond à 42% de 7 800 = 3 200 patients âgés en moyenne de 46 ans.

L'arrêté royal du 23 mars 1982

Une autre approche des maladies chronique est celle de l'arrêté royal du 23 mars 1982, qui définit les «pathologies lourdes». Le but de cet arrêté était de réduire les tickets modérateurs sur les prestations des kinésithérapeutes pour certaines affections graves qui n'étaient pas de nature chronique. Un certain nombre de pathologies ont cependant été exclues explicitement des avantages prévus par l'arrêté.

Cet arrêté royal prend comme seul point de départ le diagnostic et ne tient pas compte de l'atteinte fonctionnelle, dont il devrait en fait s'agir. Il offrait la possibilité d'aboutir, en fonction de la volonté du médecin-conseil, à un statut pour la vie. Il ne tenait pas davantage compte de l'utilité du traitement (par exemple les patients atteints de thrombose qui, après un certain temps, n'ont plus besoin de traitements lourds de kinésithérapie).

Exemples d'une approche médicale

M. Draps cite ensuite deux exemples d'une approche médicale de pathologies, au moyen de données qui sont disponibles auprès des organismes assureurs:

— le coût d'un traitement SIDA

— une approche médicalisée des pathologies lourdes.

1. Le coût d'un traitement SIDA

L'étude du coût d'un traitement contre le SIDA couvrait le dépistage, la biologie et le traitement chronique dont le patient a besoin.

Le coût par patient pouvait être estimé en 1994 à 150 000 francs par mois ou 1 800 000 francs par an. Pour 1 500 patients, cela équivaut à 225 000 000 francs par mois ou 2 700 000 000 francs par an.

Pour un patient qui est indépendant et n'est pas hospitalisé, cela signifie qu'il devra payer chaque mois entre 22 000 et 24 000 francs de médicaments. De la répartition des coûts pour la sécurité sociale, il résulte que le traitement par médicaments représentait 38% de la dépense totale, l'hospitalisation envi-

patiënten (voor de ganse bevolking is dit 1 200 × 6,5 = 7 800) omvat met een gemiddelde leeftijd van 45 jaar. Van deze groep heeft 42% het forfait B wat via extrapolatie voor heel België overeenkomt met 42% van 7 800 = ongeveer 3 200 patiënten met een gemiddelde leeftijd van 46 jaar.

Het koninklijk besluit van 23 maart 1982

Een andere benadering van de chronische ziekten is die in het koninklijk besluit van 23 maart 1982, dat «zware pathologieën» definieert. De bedoeling van dit koninklijk besluit bestond er in de remgelden op kine-verstrekkingen te verminderen bij bepaalde ernstige aandoeningen die niet noodzakelijk van chronische aard waren. Een aantal pathologieën werd echter expliciet van de voordelen van dit koninklijk besluit uitgesloten.

Het koninklijk besluit gaat bovendien alleen uit van de diagnose en houdt geen rekening met de «functionele handicap», waar het in feite zou moeten om gaan. Het bood de mogelijkheid om, afhankelijk van de goede wil van de adviserende geneesheer, te komen tot een statuut voor het leven. Het hield ook geen rekening met het nut van de behandeling (bijvoorbeeld trombosepatiënten die na verloop van tijd geen zware kine-behandelingen meer nodig hebben).

Voorbeelden van een medische benadering

De heer Draps geeft vervolgens twee voorbeelden van een medische benadering van pathologieën, via gegevens die bij de verzekeringsorganismen beschikbaar zijn:

— de kostprijs van AIDS

— een gemedicaliseerde benadering van zware pathologieën.

1. De kostprijs van een AIDS-behandeling

De studie inzake de kostprijs van een AIDS-behandeling omvatte zowel de depistage, de biologie en de chronische behandeling die de patiënt nodig heeft.

De kostprijs per patiënt kon in 1994 worden geraamd op 150 000 frank per maand of 1 800 000 frank per jaar. Voor 1 500 patiënten komt dit neer op 225 000 000 frank per maand of 2 700 000 000 frank per jaar.

Voor een patiënt die zelfstandige is en niet gehospitaliseerd wordt, betekent dit dat hij per maand tussen 22 000 en 24 000 frank aan geneesmiddelen dient te betalen. Uit de verdeling van de kosten voor de sociale zekerheid blijkt dat de behandeling met geneesmiddelen 38% van de totale uitgave betekende de hospitali-

ron la moitié. Grâce aux nouvelles méthodes de traitement, ce dernier coût a sans doute baissé de manière sensible récemment.

En se fondant sur ces données, l'Union des mutualités indépendantes a jadis proposé à la ministre des Affaires sociales d'intégrer ces patients dans une catégorie «pathologies de longue durée et graves», quelque peu comparable aux anciennes «maladies sociales», tombées en désuétude. La totalité des coûts pourrait ainsi être prise en charge par des centres et des prestataires reconnus. Aucun progrès n'a cependant été accompli sur ce plan.

2. Approche médicalisée des pathologies graves

D'une part, l'approche était basée sur les divers codes de la nomenclature et les accords des médecins-conseils. D'autre part, quelques pathologies ont été détectées à l'aide de médicaments soumis à l'accord des médecins-conseils, à savoir la maladie de Parkinson, les maladies métaboliques héréditaires, la tuberculose et les tumeurs malignes.

La méthode utilisée a l'avantage d'isoler un certain nombre de pathologies lourdes, mais elle a aussi plusieurs inconvénients, et notamment le fait que l'on part toujours d'une approche minimaliste.

L'étude a abouti à la conclusion que les patients détectés sur la base des codes de la nomenclature représenteraient une dépense de 728 408 594 francs pour 6 590 patients, ce qui constitue un montant considérable.

Les patients détectés sur la base des médicaments représentent une dépense de 33 762 445 francs pour 6 491 patients.

Ces chiffres concernent également les seuls assurés de l'Union. Pour se faire une idée à l'échelon de la Belgique, il faut les multiplier par 6,5. Entre les deux catégories, il y a toutefois une certaine interférence parce que, par exemple, les patients atteints d'un parkinson ou d'un cancer figurent dans les deux.

En conclusion générale de cette étude, on peut affirmer que pour aboutir à une approche médicalisée des patients chroniques en vue de leur prise en charge, il est absolument indispensable de connaître la morbidité des assurés et les coûts qu'entraîne la maladie et qui

— sont à la charge de l'assurance obligatoire;

— sont à la charge du patient.

Ces coûts sont connus des organismes assureurs et, à partir de là, le lien peut être établi entre les deux facteurs (morbidité et coûts).

satie ongeveer de helft. Dankzij de nieuwe behandelingsmethodes is deze laatste kost recent wellicht sterk gedaald.

Op basis van deze gegevens heeft de Landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen indertijd de minister van Sociale Zaken voorgesteld deze patiënten onder te brengen in een categorie «langdurige en zware pathologieën», enigszins vergelijkbaar met de vroegere in onbruik geraakte «sociale ziekten». Dit zou de mogelijkheid bieden van een volledige tenlasteneming van de kosten door erkende centra en prestatiehouders. Er is op dit vlak echter nog geen vooruitgang geboekt.

2. Gemedicaliseerde benadering van een aantal zware pathologieën

Hierbij werd enerzijds uitgegaan van de diverse codes in de nomenclatuur en van de akkoorden van de adviserend geneesheren. Anderzijds werden een aantal zware pathologieën gedetecteerd aan de hand van geneesmiddelen onderworpen aan het akkoord van de adviserend geneesheren, namelijk de ziekte van Parkinson, erfelijke metalobische afwijkingen, tuberculose en kwaadaardige tumoren.

De gebruikte methode heeft het voordeel dat een aantal zware pathologieën kunnen worden afgezonderd, maar ze heeft ook een aantal nadelen, onder meer het feit dat steeds van een minimalistische benadering wordt uitgegaan.

De studie leidde tot de conclusie dat de patiënten gedetecteerd op basis van de codes van de nomenclatuur een uitgave zouden vertegenwoordigen van 728 408 594 frank voor 6 590 patiënten, wat een zeer groot bedrag is.

De patiënten gedetecteerd op basis van de geneesmiddelen vertegenwoordigen een uitgave van 33 762 445 frank voor 6 491 patiënten.

Deze cijfers betreffen eveneens alleen de verzekerden bij de Landsbond. Om een beeld te krijgen voor heel België dient men ze te vermenigvuldigen met 6,5. Tussen de beide categorieën is er wel een zekere interferentie omdat bijvoorbeeld de Parkinson- of de kankerpatiënten in beide voorkomen.

Als algemene conclusie van dit onderzoek kan men stellen dat, om tot een gemedicaliseerde benadering van de chronische patiënten te komen met het oog op hun tenlasteneming, het absoluut noodzakelijk is een inzicht te krijgen in de morbiditeit van de verzekerden en van de kosten die met de ziekte gepaard gaan en

— ten laste zijn van de verplichte verzekering;

— ten laste zijn van de patiënt.

Deze kosten zijn bekend bij de verzekeringsinstellingen en van hieruit kan de band tussen de beide factoren — morbiditeit en kosten — worden gelegd.

La connaissance de la diagnose permet de déterminer exactement quels groupes de personnes ont besoin de moyens financiers et d'utiliser les budgets limités au profit de ces groupes.

Pour un fonctionnement efficace de ces dispositifs, il importe toutefois que la transmission de données par voie électronique soit améliorée, ce qui exige à son tour un meilleur codage dans plusieurs domaines (par exemple le formulaire 727 à la fin d'une hospitalisation). Cela suscite dans certains cas une opposition assez véhémente de la part des médecins, d'une part, pour des raisons de protection de la vie privée, d'autre part, parce qu'ils craignent que les mutualités, qui sont elles-mêmes prestataires de certaines formes de soins, utilisent ces données à leur propre profit.

De kennis van de diagnose maakt het mogelijk exact te bepalen welke mensen nood hebben aan financiële middelen en de beperkte budgetten ten voordele van deze groep aan te wenden.

Om een en ander efficiënt te doen verlopen is het wel noodzakelijk dat de gegevensstromen langs elektronische weg worden verbeterd, wat op zijn beurt op een aantal gebieden betere coderingen vergt (bijvoorbeeld het formulier 727 bij einde hospitalisatie). Hiertegen is er in bepaalde gevallen nogal wat verzet van de artsen, enerzijds om redenen van privacy, anderzijds omdat zij vrezen dat de ziekenfondsen die zelf verstrekker zijn van, bepaalde vormen van hulpverlening, deze gegevens ten eigen bate gaan aanwenden.

PARTIE III

Les médicaments

I. AUDITION DES REPRÉSENTANTS DU MINISTÈREDESAFFAIRESÉCONOMIQUES SUR LE PRIX DES MÉDICAMENTS (1)

A. Exposé de Mme Pierlet, collaboratrice du ministre de l'Économie

Garantir à chacun des chances égales d'accès au médicament, implique de la part des pouvoirs publics de concilier, d'une part, les impératifs économiques et de santé publique et, d'autre part, les exigences budgétaires.

À la suite de l'ouverture du grand marché européen le 1er janvier 1993 et de l'entrée en vigueur de la loi relative à la concurrence le 1er avril 1993, la législation belge en matière de prix a été profondément modifiée en avril 1993.

Cette réforme a pour principe de base la libre fixation des prix des biens, produits et services. Elle ne s'applique toutefois pas au secteur du médicament en raison du manque de concurrence effective. Le libre-choix du patient ne peut y être garanti. En outre, le médicament n'est évidemment pas un bien comme un autre. Il est important que le prix de celui-ci le rende accessible à l'ensemble de la population.

La réglementation des prix relative aux médicaments repose en fait sur deux textes de lois. Le premier concerne les produits susceptibles d'être admis au remboursement dans le cadre de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

La base juridique est la loi-programme du 22 décembre 1989, et plus précisément le Titre VI. Cette loi transpose, en droit belge, la directive européenne 89/105/CEE concernant la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d'application des systèmes nationaux d'assurance maladie.

L'arrêté ministériel d'exécution datant du 29 décembre 1989 détermine la procédure à suivre :

Les prix des nouveaux médicaments ainsi que les hausses de prix des médicaments existants sont sou-

(1) Audition du 17 novembre 1998 de Mme Pierlet, de Mme P'Tito et de M. Wytmeur, collaborateurs du cabinet du ministre de l'Économie.

DEEL III

De geneesmiddelen

I. HOORZITTING MET VERTEGENWOORDIGERS VAN HET MINISTERIE VAN ECONOMISCHE ZAKEN OVER DE PRIJS VAN GENEESMIDDELEN (1)

A. Uiteenzetting van mevrouw Pierlet, medewerkster van de minister van Economie

Het voor iedereen waarborgen van gelijke kansen op de toegang tot het geneesmiddel houdt vanwege de overheid het verzoenen in van enerzijds de economische eisen en deze voor de volksgezondheid met anderzijds de budgettaire vereisten.

Ten gevolge van de openstelling van de grote Europese markt op 1 januari 1993 en van het in voege treden van de wet betreffende de mededinging op 1 april 1993, werd in april 1993 de Belgische wetgeving inzake prijzen grondig gewijzigd.

Deze hervorming heeft als basisprincipe de vrije bepaling van de prijzen van goederen, producten en diensten. Dit beginsel is echter niet van toepassing op de geneesmiddelensector en dit omwille van het gebrek aan effectieve concurrentie. De vrije keuze van de patiënt kan niet worden gewaarborgd. Bovendien is het geneesmiddel geen handelswaar als een ander. Het is belangrijk dat de prijs ervan het toegankelijk maakt voor het geheel van de bevolking.

De reglementering van de prijzen betreffende de geneesmiddelen steunt in feite op twee wetteksten. De eerste betreft de producten vatbaar om toegelaten te worden tot terugbetaling in het kader van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De wettelijke grond is de programmawet van 22 december 1989, en meer bepaald Titel VI. Deze wet zet de Europese Richtlijn 89/105/EEG betreffende de doorzichtigheid van maatregelen ter regeling van de prijsstelling van geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de opneming daarvan in de nationale stelsels van gezondheidszorg om in Belgisch recht.

Het ministerieel uitvoeringsbesluit van 29 december 1989 legt de te volgen procedure vast :

De prijzen van de nieuwe geneesmiddelen evenals de prijsverhogingen van de bestaande geneesmidde-

(1) Hoorzitting van 17 november 1998 met mevrouw Pierlet, mevrouw P'Tito en de heer Wytmeur, kabinetsmedewerkers van de minister van Economie.

mis à l'approbation préalable du ministre de l'Économie.

Pour être recevable, la demande doit, entre autres, contenir :

— la structure de prix proposée et, pour une demande de hausse, la structure de prix actuelle, c'est-à-dire une justification chiffrée précise du prix proposé;

— pour un nouveau médicament, une copie de l'attestation d'enregistrement, de la notice scientifique et de la notice au public;

— pour un médicament existant, la date d'application du prix actuel ainsi que les quantités vendues au cours de la dernière année;

— les conditions de marché et de concurrence et notamment une comparaison avec les prix pratiqués dans les États membres de l'Union européenne;

— une copie des comptes annuels des 3 dernières années et le cas échéant, de la division pharmaceutique;

— lorsqu'une demande n'est pas complète, le demandeur en est aussitôt averti. Le délai d'examen est interrompu jusqu'à la réception des données manquantes;

— avant de prendre une décision, le ministre est tenu de consulter la Commission des prix des spécialités pharmaceutiques, créée par l'arrêté royal du 8 août 1975 (modifié par l'arrêté royal du 4 janvier 1990). Il s'agit d'une commission où sont représentés l'industrie, la distribution (pharmaciens et grossistes), le syndicats, les mutuelles, les intérêts familiaux, les coopératives de consommation. Y participent également en tant qu'experts, un représentant du ministère de la Santé publique et un autre de l'INAMI;

— le ministre dispose d'un délai de 90 jours pour prendre une décision. Celle-ci doit être motivée et reposer sur des critères à la fois objectifs et vérifiables. En l'absence d'une décision dans les 90 jours, le demandeur est habilité à appliquer le prix ou la hausse de prix demandés;

— le prix ou la hausse de prix autorisés peuvent être appliqués dès réception de la décision du ministre;

— toute décision de refus partiel ou total peut, dans les 60 jours de sa notification, faire l'objet d'un recours en annulation au Conseil d'État.

Le ministre est également compétent en matière de fixation de marges maxima. Pour la distribution en gros et la dispensation des médicaments vendues en officine, la marge du grossiste est fixée à 13,1 % de son prix de vente hors TVA, avec un maximum de

len zijn onderworpen aan de voorafgaande goedkeuring van de minister van Economie.

Om ontvankelijk te zijn moet de aanvraag onder andere volgende gegevens bevatten :

— de structuur van de voorgestelde prijs en, voor een prijsverhoging, de huidige prijsstructuur, dit wil zeggen de nauwkeurig becijferde rechtvaardiging van de voorgestelde prijs;

— voor een nieuw geneesmiddel, een afschrift van het registratiebewijs, van de wetenschappelijke bijsluiter en van de bijsluiter voor het publiek;

— voor een bestaand geneesmiddel, de datum van toepassing van de huidige prijs evenals de in België verkochte hoeveelheden tijdens het laatste jaar;

— de markt- en mededingingsvoorwaarden en meer bepaald een vergelijking met de prijzen die worden toegepast in de lidstaten van de Europese Gemeenschap;

— een afschrift van de jaarrekeningen van de laatste drie jaar van de aanvrager en, in voorkomend geval, van de farmaceutische afdeling;

— wanneer een aanvraag niet volledig is, wordt de aanvrager onmiddellijk verwittigd. De onderzoekstermijn wordt onderbroken tot de ontvangst van de ontbrekende gegevens;

— vooraleer een beslissing te nemen is de minister gehouden tot het raadplegen van de Prijzencommissie voor de farmaceutische specialiteiten, opgericht bij koninklijk besluit van 8 augustus 1975 (gewijzigd door het koninklijk besluit van 4 januari 1990). Het gaat om een commissie waar de nijverheid, de distributie (apothekers en groothandelaars), de vakbonden, de ziekenfondsen, de gezinsbelangen, de verbruikerscoöperaties vertegenwoordigd zijn. Een vertegenwoordiger van het ministerie van Volksgezondheid en één van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering nemen eveneens aan de vergaderingen deel als deskundigen;

— de minister beschikt over een termijn van 90 dagen om een beslissing te nemen. Deze moet met redenen omkleed zijn en steunen op criteria die tegelijk objectief en controleerbaar zijn. Bij ontstentenis van een beslissing is de aanvrager gerechtigd de gevraagde prijs of prijsverhoging toe te passen;

— de toegelaten prijs of prijsverhoging kan toegepast worden bij de ontvangst van de beslissing van de minister;

— elke beslissing tot gedeeltelijke of volledige weigering kan, binnen 60 dagen na haar kennisgeving, het voorwerp uitmaken van een beroep tot nietigverklaring bij de Raad van State.

De minister is eveneens bevoegd inzake het vastleggen van de maximummarges. Voor de verdeling in het groot en de terhandstelling van de geneesmiddelen in officina is de marge van de groothandelaar bepaald op 13,1 % van zijn verkoopprijs, BTW niet inbegre-

88 francs par présentation. Pour le pharmacien, la marge est de 31% de son prix de vente hors TVA, avec un maximum de 300 francs par présentation. Ces dernières dispositions ne concernent toutefois pas les médicaments génériques, dont les marges de distribution sont actuellement libres.

Toutefois, lors de l'élaboration du budget de l'INAMI pour 1999, le gouvernement a décidé de promouvoir ce type de médicaments. Une proposition visant à assurer aux pharmaciens, pour les médicaments génériques, une marge identique en valeur absolue à celle dont ils disposent pour la spécialité originale, est actuellement à l'étude.

Des dispositions relatives aux marges en milieu hospitalier sont également prévues.

En ce qui concerne les médicaments non remboursables, la base juridique est la loi du 22 janvier 1945 sur la réglementation économique et les prix. Deux arrêtés d'exécution coexistent. Le premier (arrêté ministériel du 29 décembre 1989 relatif aux prix des médicaments non remboursabless) concerne les médicaments dont au moins une forme est soumise à prescription médicale. L'autre (arrêté ministériel eu 20 avril 1993 portant dispositions particulières en matière de prix) concerne les médicaments non remboursables à délivrance libre.

Par rapport à la procédure décrite ci-desus, quelques différences peuvent être relevées:

1. pour les nouveaux médicaments:

— s'ils sont à délivrance libre, la firme introduit une simple notification de prix au plus tard 10 jours avant sa mise en application. Sauf rejet signifié par le ministre, le produit est admis comme nouveau et le prix accepté;

— s'ils sont soumis à prescription médicale et pour autant que le principe actif et l'indication thérapeutique soient nouveaux, un système de notification est également en place avec cette fois un délai de 30 jours avant l'application du prix proposé.

2. Le ministre doit consulter la Commission pour la régulation des prix créée par l'arrêté royal du 3 juin 1969. Cette commission diffère de la précédente par sa composition moins spécifique. En effet, elle est chargée de rendre un avis non seulement sur les dossiers relatifs aux médicaments mais également sur tous les autres secteurs encore sous contrôle, par exemple les maisons de repos, la distribution d'eau, le pain, les assurances... Ainsi, les mutuelles, les pharmaciens, n'y sont pas représentés.

pen, met een maximum van 88 frank per presentatie. Voor de apotheker is de marge 31% van zijn verkoopprijs, BTW niet inbegrepen, met een maximum van 300 frank per presentatie. Deze laatste bepalingen hebben echter geen betrekking op de generische geneesmiddelen waarvan de distributiemarges op dit ogenblik vrij zijn.

Bij het opmaken van de begroting 1999 van het RIZIV heeft de regering echter besloten dit soort geneesmiddelen te promoten. Een voorstel, dat beoogt voor de generische geneesmiddelen een identieke marge in absolute waarde te verzekeren voor de apothekers aan deze waarover zij beschikken voor de oorspronkelijke specialiteit, is momenteel ter studie.

Bepalingen betreffende de marges in de ziekenhuizen zijn eveneens voorzien.

Wat de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen betreft, is de wettelijke basis de wet van 22 januari 1945 betreffende de economische reglementering en de prijzen. Er bestaan twee uitvoeringsbesluiten naast elkaar. Het eerste (ministerieel besluit van 29 december 1989 betreffende de prijzen van de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen) heeft betrekking op de geneesmiddelen waarvan minstens één vorm onderworpen is aan een doktersvoorschrift. Het andere (ministerieel besluit van 20 april 1993 houdende bijzondere bepalingen inzake prijzen) heeft betrekking op de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen in vrije verkoop.

Ten overstaan van de hiervoor omschreven procedure, kunnen enkele verschillen worden genoteerd:

1. voor de nieuwe geneesmiddelen:

— zo zij in vrije verkoop zijn, dient de firma ten laatste 10 dagen vóór zijn toepassing een eenvoudige prijskennisgeving in. Behoudens verwerping meegedeeld door de minister, wordt het product als nieuw toegelaten en de prijs aanvaard;

— zo zij aan een doktersvoorschrift onderworpen zijn en voor zover het werkzame bestanddeel en de therapeutische indicatie nieuw zijn, is eveneens een kennisgevingssysteem van kracht, met deze keer een termijn van 30 dagen vóór de toepassing van de voorgestelde prijs.

2. De minister moet de Commissie ter regeling van de prijzen raadplegen, opgericht bij koninklijk besluit van 3 juni 1969. Deze commissie verschilt van de vorige door haar minder specifieke samenstelling. Zij is inderdaad gelast niet alleen een advies uit te brengen over dossiers betreffende de geneesmiddelen, maar eveneens over alle andere sectoren die nog onder controle staan, bijvoorbeeld de rusthuizen, de waterdistributie, het brood, de verzekeringen, ... Aldus zijn de ziekenfondsen en de apothekers er niet in vertegenwoordigd.

3. Le délai d'examen des dossiers est réduit à 60 jours pour les médicaments à délivrance libre.

Qu'il s'agisse de médicaments remboursables ou non remboursables, l'examen du dossier et la décision qui en découle restent fondamentalement basés sur des éléments identiques. Ces éléments doivent concilier les impératifs économiques développés par les firmes et ceux d'ordre budgétaires que ce soit dans le chef des patients ou de la Sécurité sociale.

De fait, l'industrie pharmaceutique en raison de l'internationalisation du marché, est soumise à un surcroît de pression concurrentielle. Les efforts des entreprises pour conserver un volume d'activité suffisant sont, dès lors, légitimes. Il s'agit toutefois d'un point sur lequel il faut être vigilant dans la mesure où cela a des conséquences au niveau du budget de l'INAMI. À l'heure actuelle, on doit constater que, dans ce budget, le secteur du médicament dépasse trop souvent l'objectif budgétaire qui lui est assigné.

Un autre élément que l'on ne peut ignorer est celui de l'emploi : le secteur pharmaceutique occupe, de façon directe ou indirecte, un nombre considérable de travailleurs. En 1996, 19 669 personnes étaient directement employées.

Enfin, il faut permettre aux firmes pharmaceutiques d'atteindre un niveau d'activité suffisant leur permettant d'accentuer l'investissement en faveur de la recherche.

Mais, dans le même temps, les médicaments, qu'ils soient ou non remboursables, doivent être accessibles à tous. Il est inacceptable de voir des personnes privées de soins ou insuffisamment prises en charge. Un médicament, vendu à un prix accessible et pris à temps, peut souvent éviter bien des drames.

Les médicaments génériques et les copies, moins chers et de qualité, peuvent en cela contribuer à une accessibilité la plus large possible.

La fixation des prix maxima des produits pharmaceutiques est une compétence du ministre des Affaires économiques. C'est un moyen d'atteindre une partie de l'objectif, tout en tenant compte des impératifs économiques des sociétés.

Dans le cadre de ressources limitées et d'une demande croissante, mais dans un souci de garantir l'acès aux traitements les plus efficaces et de créer un espace budgétaire pour les traitements nouveaux, diverses mesures ont été proposées. Certaines, portant directement sur le prix du médicament remboursable, sont déjà appliquées.

3. De termijn voor het onderzoek van de dossiers wordt teruggebracht tot 60 dagen voor de geneesmiddelen in vrije verkoop.

Of het gaat om al dan niet terugbetaalbare geneesmiddelen blijven het onderzoek van het dossier en de daaruit voortvloeiende beslissing fundamenteel gesteund op identieke elementen. Zij moeten met elkaar de economische voorschriften, ontwikkeld door de firma's, en deze van budgettaire aard verzoenen hetzij in hoofde van de patiënten, hetzij in hoofde van de Maatschappelijke zekerheid.

De farmaceutische nijverheid is de *facto*, omwille van de internationalisering van de markt, onderworpen aan een toename van concurrentiële druk. De inspanningen van de ondernemingen om een voldoende activiteitsvolume te behouden zijn bijgevolg gewettigd. Het gaat echter om een punt waarbij men waakzaam moet zijn in de mate dat dit gevolgen heeft voor het budget van het RIZIV. Op dit ogenblik moet men vaststellen dat, in deze begroting, de sector van de geneesmiddelen te vaak de budgettaire limiet die hem is toegewezen, overschrijdt.

Een ander element dat niet over het hoofd mag worden gezien is dat van de werkgelegenheid : de farmaceutische sector stelt rechtstreeks of onrechtstreeks een aanzienlijk aantal werknemers te werk. In 1996 werden 19 669 mensen rechtstreeks tewerkgesteld.

Tenslotte moet men de farmaceutische firma's toelaten een voldoende activiteitenniveau te halen om het hun mogelijk te maken te investeren ter bevordering van het wetenschappelijk onderzoek.

Maar tegelijk moeten de geneesmiddelen, of zij terugbetaalbaar zijn of niet, toegankelijk blijven voor iedereen. Het is onaanvaardbaar mensen te zien die verstoken blijven van geneeskundige zorgen of waarvoor onvoldoende gezorgd wordt. Een geneesmiddel, dat betaalbaar is en tijdig wordt ingenomen, kan vaak drama's voorkomen.

Generische geneesmiddelen en kopies, die minder duur zijn en van behoorlijke kwaliteit, kunnen daardoor bijdragen tot de meest ruime toegankelijkheid.

Het vastleggen van de maximumprijzen van de farmaceutische producten is een bevoegdheid van de minister van Economische Zaken. Het is een middel om een deel van de doelstelling te bereiken, en tegelijk rekening te houden met de economische voorschriften van de maatschappijen.

In het licht van beperkte middelen en van een toenemende vraag, maar bezorgd om de toegang te waarborgen tot de meest doeltreffende geneeskundige behandelingen en om het scheppen van budgettaire ruimte voor nieuwe behandelingen, werden verschillende maatregelen voorgesteld waarvan sommige, die rechtstreeks op de prijs van het terugbetaalbare geneesmiddel slaan, reeds worden toegepast.

Il s'agit :

— d'un blocage des prix mis en place depuis le 1er janvier 1996;

— d'une réduction linéaire de 2 % intervenue en juin 1996;

— d'une réduction de prix des médicaments dont chaque principe actif fait l'objet d'un remboursement depuis plus de 15 ans.

Une mesure relative à la conclusion de contrats « prix-volume » a été également discutée. Ces contrats concernaient les molécules inovatrices dont le remboursement serait accepté en fonction d'un chiffre d'affaires convenu entre la firme et les autorités publiques. À ce jour, cette mesure n'a pas fait l'objet d'une mise en application.

Il est donc raisonnable de penser que, dans l'avenir, la régulation des dépenses devrait être davantage axée sur les volumes consommés et l'évaluation de la qualité de leur utilisation.

B. Échange de vues

Un membre demande si la loi relative à la concurrence s'applique au secteur du médicament.

Mme Pierlet répond négativement. La loi relative à la concurrence qui est entrée en vigueur le 1er avril 1993, repose sur le principe de la libre fixation des prix des biens, produits et services. Plusieurs secteurs dont celui du médicament, sont exclus de cette libre fixation des prix et sont soumis à un système de réglementation des prix.

L'intervenant précédent fait remarquer que le ministre ne peut prendre une décision sur le prix ou la hausse de prix qu'après que la Commission des prix des spécialités pharmaceutiques a émis un avis sur le dossier. Ce système repond-il aux attentes en ce qui concerne la maîtrise des prix des médicaments ? La Commission connaît-elle les prix de transfert ? Est-il possible de donner pour les trois dernières années un aperçu des décisions du ministre sur le prix d'un médicament qui s'écartent de la proposition de la firme en cause ?

Mme Pierlet pense que la Commission des prix fonctionne comme il convient. La firme qui introduit un dossier pour un nouveau produit doit exposer clairement la structure du prix et, pour une hausse de prix, communiquer la structure actuelle du prix du produit. Pour un produit belge, cela signifie que le prix fait l'objet d'une analyse approfondie et que la part des produits de base utilisés, les salaires, les frais de commercialisation, la marge bénéficiaire, etc. sont communiqués. Le prix auquel le produit est vendu à l'étranger est également précisé. Le dossier comprend également un rapport du ministère de la Santé publi-

Het gaat om volgende maatregelen :

— blokkering van de prijzen die sedert 1 januari 1996 toegepast worden;

— lineaire daling van 2 % in juni 1996;

— prijsdaling van de geneesmiddelen waarvan het werkzame bestanddeel sedert meer dan 15 jaar het voorwerp uitmaakt van een terugbetaling.

Een maatregel betreffende het sluiten van overeenkomsten « prijsvolume » werd eveneens besproken. Deze overeenkomsten zouden betrekking hebben op vernieuwende moleculen. De terugbetaling ervan zou aanvaard worden in functie van een tussen de firma en de overheid overeengekomen zakencijfer. Tot op heden is deze maatregel nog niet van toepassing.

Het is bijgevolg redelijk te denken dat, in de toekomst, de regulering van de uitgaven eerder zou moeten gericht zijn op de verbruikte volumes en op de evaluatie van de kwaliteit van hun gebruik.

B. Gedachtewisseling

Een lid vraagt of de wet betreffende de mededinging van toepassing is op de geneesmiddelensector.

Mevrouw Pierlet antwoordt ontkennend. De wet betreffende de mededinging, die in werking trad op 1 april 1993, heeft als basisprincipe dat de prijzen van goederen, producten en diensten vrij worden bepaald. Een aantal sectoren, waaronder die van de geneesmiddelen, zijn van deze vrije prijsbepaling uitgesloten en hiervoor geldt een systeem van prijsreglementering.

De vorige spreker merkt op dat de minister slechts een beslissing over de prijs of de prijsverhoging kan nemen, nadat de Prijzencommissie voor de farmaceutische specialiteiten over het dossier een advies heeft uitgebracht. Beantwoordt dit systeem aan de verwachtingen die erin werden gesteld wat de beheersing van de prijzen van geneesmiddelen betreft ? Heeft de commissie een zicht op de transferprijzen ? Kan voor de jongste drie jaar een overzicht worden gegeven van de beslissingen van de minister over de prijs van een geneesmiddel, die afwijken van het prijsvoorstel van de betrokken firma.

Mevrouw Pierlet meent dat de Prijzencommissie wel degelijk naar behoren functioneert. De firma die een dossier voor een nieuw product indient, moet duidelijk de structuur van de prijs uiteenzetten en voor een prijsverhoging de huidige prijsstructuur van het product meedelen. Dit betekent voor een Belgisch product dat de prijs volledig wordt ontleed en meegedeeld wat het aandeel is van de basisproducten die werden gebruikt, de lonen, de kosten voor commercialisering, de winstmarge etc. Daarnaast wordt meegedeeld aan welke prijs het product in het buitenland wordt verkocht. In het dossier zit ook een verslag

que sur la formation des prix de produits identiques ou comparables qui se trouvent sur le marché et sur la plus-value que le produit peut avoir sur les médicaments existants, etc.

Les prix de transfert sont régulièrement demandés par le biais des filiales belges des firmes étrangères, mais ils ne sont pas toujours fournis. La maison mère considère souvent ces données comme confidentielles, même à l'égard de ses propres filiales.

Par expérience, elle peut confirmer que le prix accordé par le ministre est rarement celui qui est demandé par la firme, parce que le dossier renferme généralement des données qui justifient une modification. Lorsque le prix n'est pas modifié, cela tient souvent à des situations spécifiques. Pour les médicaments génériques la firme propose par exemple un prix qui est de quelques pour-cent inférieur à celui de la spécialité pharmaceutique à laquelle il est fait référence. Pour les conditionnements de produits existants, les firmes s'alignent souvent sur les prix qui sont déjà adoptés pour le remboursement de l'INAMI, de sorte que le ministre donne la plupart du temps son accord.

Dans d'autres cas, l'évaluation s'effectue très sérieusement et des comparaisons sont par exemple faites avec des médicaments comparables existants, avec les prix pratiqués à l'étranger : le prix du jour par rapport à celui de produits similaires, etc.

Le membre croit savoir que, voici quelques années, l'utilité thérapeutique du médicament devait être indiquée dans le dossier introduit auprès des Affaires économiques. Cette obligation ne serait plus d'application.

Mme Pierlet répond que l'évaluation de l'utilité thérapeutique du médicament se fait lors de l'enregistrement par le ministère de la Santé publique, qui est naturellement l'instance la plus compétente en la matière. Le dossier qui est soumis aux Affaires économiques contient notamment l'attestation d'enregistrement et la notice scientifique. Si la Commision pour la transparence a rendu un avis, celui-ci est également joint au dossier, bien que la loi ne l'impose pas.

Un orateur suivant constate qu'en ce qui concerne la comparaison des prix avec l'étranger, on ne vérifie que le prix auquel le produit est commercialisé dans d'autres États membres de l'Union européenne. Ne serait-il pas intéressant, dans certains cas, d'aller voir ailleurs, par exemple les prix, pratiqués sur le marché américain, des médicaments qui y sont produits ?

Mme Pierlet répond que selon les dispositions de l'arrêté ministériel du 29 décembre 1989, une comparaison de prix avec les autres États membres de l'Union européenne suffit. En pratique, cependant, on vérifie également ce qu'un produit coûte par exem-

van het ministerie van Volksgezondheid over de prijszetting van identieke of vergelijkbare producten die op de markt zijn en over de meerwaarde die het product kan hebben op bestaande geneesmiddelen etc.

De transferprijzen worden geregeld opgevraagd via de Belgische filialen van buitenlandse firma's, maar ze worden niet altijd gegeven. Het moederhuis beschouwt deze gegevens vaak als vertrouwelijk, ook ten aanzien van de eigen filialen.

Uit ervaring kan zij bevestigen dat de prijs die door de minister wordt toegekend, eerder zelden die is welke door de firma werd gevraagd, omdat er meestal wel gegevens in het dossier zijn die een afwijking rechtvaardigen. Wanneer de prijs niet wordt gewijzigd heeft dit vaak te maken met specifieke situaties. Voor generische geneesmiddelen stelt de firma bijvoorbeeld een prijs voor die een aantal procenten lager ligt dan die van de farmaceutische specialiteit waarnaar wordt gerefereerd. Voor conditioneringen van bestaande producten richten zij zich vaak op de prijs die reeds wordt gehanteerd voor de terugbetaling door het RIZIV, zodat de minister meestal akkoord gaat.

In andere gevallen gebeurt de evaluatie zeer ernstig en worden bijvoorbeeld vergelijkingen gemaakt met bestaande vergelijkbare geneesmiddelen, met de prijzen van het product in het buitenland, de dagprijs in vergelijking met die van vergelijkbare producten etc.

Het lid meent te weten dat nog enkele jaren geleden, in het dossier dat bij Economische Zaken wordt ingediend, het therapeutisch nut van het middel moest worden aangegeven. Deze verplichting zou thans niet meer gelden.

Mevrouw Pierlet antwoordt dat de evaluatie van het therapeutisch nut van het middel gebeurt bij de registratie door het ministerie van Volksgezondheid, die terzake vanzelfsprekend de meest competente instantie is. In het dossier dat aan Economische Zaken wordt voorgelegd zitten onder meer het registratiebewijs en de wetenschappelijk nota. Indien de transparantiecommissie een advies heeft uitgebracht wordt ook dit aan het dossier toegevoegd, al is dit laatste niet wettelijk verplicht.

Een volgende spreekster stelt vast dat wat de prijsvergelijking met het buitenland betreft, slechts wordt nagegaan tegen welke prijs het product in andere lidstaten van de Europese Unie op de markt wordt gebracht. Kan het in bepaalde gevallen niet interessant zijn ook verder te gaan kijken, bijvoorbeeld de prijs op de Amerikaanse markt van geneesmiddelen die daar worden geproduceerd ?

Mevrouw Pierlet antwoordt dat volgens de bepalingen van het ministerieel besluit van 29 december 1989, een prijsvergelijking met de andere lidstaten van de Europese Unie volstaat. In de praktijk echter, gaat men geregeld ook na wat een product in bijvoorbeeld

ple en Suisse. Il arrive aussi que l'on s'informe du prix d'un produit sur le marché américain, mais il ne faut pas se faire d'illusions à ce sujet. Les prix des médicaments aux États-Unis sont sensiblement plus élevés qu'en Belgique.

Un membre relève que si les prix des médicaments en Belgique se trouvent effectivement à un niveau normal par comparaison avec l'étranger, la conclusion qui s'impose est que les dépenses substantielles consacrées aux médicaments dans notre pays sont attribuables à une consommation exceptionnellement élevée.

Mme Pierlet répond que pour les nouveaux produits qui arrivent sur le marché, les prix pratiqués en Belgique comptent parmi les plus bas d'Europe. Depuis le 1er janvier 1996, un blocage des prix est du reste mis en place pour les médicaments existants.

Une augmentation des dépenses n'est par conséquent imputable qu'à un accroissement de la consommation ou à un glissement dans les habitudes de consommation, des médicaments anciens et bon marché vers les médicaments nouveaux et plus chers.

Une autre intervenante demande si l'on peut du reste déduire des réponses qui ont déjà été fournies que, pour les nouveaux médicaments qui sont mis sur le marché, une politique plus stricte a été menée, ces dernières années, en matière de fixation des prix.

Mme Pierlet répond que pour les anciens médicaments aussi, lorsqu'ils étaient commercialisés, les prix appliqués en Belgique étaient comparables à ceux des pays environnants. S'il y a actuellement des différences, elles doivent être probablement attribuées à des baisses des prix à l'étranger, soit opérées par les firmes, soit imposées par les pouvoirs publics. Aux Pays-Bas par exemple, où les médicaments étaient nettement plus chers qu'en Belgique, une révision générale du système de fixation des prix a eu lieu il y a deux ans, en fonction des prix de quatre pays de référence dont le nôtre. Cela confirme que la Belgique n'est pas considérée comme un pays cher pour ce qui est des médicaments.

Un membre demande si on a une quelconque idée de la manière dont les frais de recherche sont incorporés dans les prix. Il n'est en effet pas inconcevable que, pour les médicaments qui soit sur le marché international, ces frais soient détournés en premier lieu sur les pays où des fonds sont disponibles dans le cadre d'un régime d'assurance.

Mme Pierlet répond que les frais de recherche pour les médicaments produits en Belgique sont généralement connus. Pour les médicaments fabriqués à l'étranger, par contre, ils font partie des prix de transfert, qui ne sont pas communiqués par la plupart des sociétés mères. Lorsqu'un dossier est examiné, on

Zwitserland kost. Het gebeurt ook dat naar de prijs van een product op de Amerikaanse markt wordt gëinformeerd, maar men moet zich wat dit betreft geen illusies maken. De prijzen voor geneesmiddelen in de Verenigde Staten liggen een pak hoger dan die in België.

Een lid stipt aan dat, indien de prijzen voor geneesmiddelen in België inderdaad op een normaal peil liggen in vergelijking met het buitenland, men alleen tot de conclusie kan komen dat de hoge uitgaven voor geneesmiddelen in ons land, te wijten kunnen zijn aan een uitzonderlijk hoge consumptie.

Mevrouw Pierlet antwoordt dat voor de nieuwe producten die op de markt komen, de prijzen in België zeker tot de laagste van Europa behoren. Sinds 1 januari 1996 geldt voor de bestaande geneesmiddelen overigens een prijsblokkering.

Een verhoging van de uitgaven kan derhalve alleen te wijten zijn aan een toename van de consumptie of aan een verschuiving in het verbruik van oude en goedkope naar nieuwe en duurdere geneesmiddelen.

Een volgende spreekster vraagt of men uit de antwoorden die reeds werden verstrekt mag afleiden dat de jongste jaren voor de nieuwe geneesmiddelen die op de markt komen, een veel stringenter beleid inzake prijszetting wordt gevoerd?

Mevrouw Pierlet antwoordt dat ook voor de oudere geneesmiddelen, toen deze op de markt kwamen, de prijzen in België vergelijkbaar waren met die in de omringende landen. Wanneer er nu toch prijsverschillen zijn, moeten deze waarschijnlijk worden toegeschreven aan prijsdalingen in het buitenland die door de firma's zijn doorgevoerd of die door de overheid zijn opgelegd. In Nederland bijvoorbeeld, waar de geneesmiddelen zeker een stuk duurder waren dan in België, heeft twee jaar geleden een algemene herziening van de prijzen plaatsgevonden. Hierbij werdt uitgegaan van de prijzen in vier refertelanden, waaronder België. Ook dit is weer een aanwijzing dat België ook in het buitenland niet wordt gezien als een duur land wat de geneesmiddelen betreft.

Een lid vraagt of men enig zicht heeft op de wijze waarop de onderzoekskosten in de prijzen verrekend zijn. Het is immers niet ondenkbaar dat, voor geneesmiddelen die op de internationale markt zijn, deze kosten in eerste instantie worden afgewenteld op de landen waar in het kader van een verzekeringsstelsel geld voorradig is.

Mevrouw Pierlet antwoordt dat de researchkosten voor geneesmiddelen in België geproduceerd, doorgaans gekend zijn. Voor in het buitenland geproduceerde geneesmiddelen daarentegen maken zij deel uit van de transferprijzen, die door de meeste moederbedrijven niet worden meegedeeld. Wanneer echter

peut agir de différentes manières sur le prix. Si les frais de recherche sont détournés par exemple sur la Belgique au profit d'autres pays, et cela peut être une importante indication pour un avis de réduction du prix proposé.

II. AUDITION DE REPRÉSENTANTS DE L'INDUSTRIE DU MÉDICAMENT (1)

Mme Van der Wildt observe que, comme il est apparu au cours des auditions précédentes, les médicaments couvrent une fraction importante des dépenses pour soins de santé. Il n'est dès lors que logique que les producteurs de médicaments apportent leur contribution au présent débat.

A. Exposés

M. De Wever précise que l'Association générale de l'industrie du médicament représente 98% des producteurs en Belgique.

Comme la commission l'a demandé, le débat sera axé sur la situation des patients chroniques et sera structuré de la manière suivante :

— l'industrie pharmaceutique en Belgique;

— l'importance des médicaments pour les affections chroniques;

— l'accès aux fournitures pharmaceutiques en Belgique;

• dans une perspective historique;

• dans une perspective internationale (l'AGIM est membre de la Fédération européenne de l'industrie pharmaceutique, qui a fourni les données chiffrées à ce sujet);

— les mesures d'économie à l'égard de l'industrie du médicament, qui ont des conséquences aussi bien sur les plans des prix que pour ce qui concerne l'offre de nouveaux produits;

— le frein à l'innovation; celui-ci est peut-être avantageux du point de vue purement budgétaire, mais hypothèque lourdement l'avenir de la santé publique.

(1) Audition du 3 février 1999 de M. Pierre Claessens, administrateur délégué, de M. Herman Van Eeckout, et du professeur Alain De Wever, président-directeur général de l'Association générale de l'industrie du médicament (AGIM).

een dossier wordt onderzocht, kan via verschillende technieken op de prijs worden ingewerkt. Indien de onderzoekskosten bijvoorbeeld op België worden afgewenteld ten voordele van andere landen, dan zal dit tot uiting komen wanneer men de prijzen in de verschillende landen vergelijkt, en dit kan een belangrijke indicatie zijn om een verlaging van de voorstelde prijs te adviseren.

II. HOORZITTING MET VERTEGENWOORDIGERS VAN DE GENEESMIDDELENINDUSTRIE (1)

Zij merkt op dat, zoals reeds tijdens de voorgaande hoorzittingen is gebleken, de geneesmiddelen een belangrijk deel van de uitgaven voor gezondheidszorg voor hun rekening nemen. Het is dan ook niet meer dan logisch dat de geneesmiddelenproducenten een inbreng hebben in het debat dat momenteel door de commissie wordt gevoerd.

A. Uiteenzettingen

De heer De Wever merkt op dat de Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie 98% van de producenten van geneesmiddelen in België vertegenwoordigt.

De uiteenzetting zal, zoals door de commissie werd gevraagd, gericht zijn op de situatie van de chronische patiënten en is opgebouwd als volgt :

— de farmaceutische industrie in België;

— het belang van de geneesmiddelen bestemd voor chronische aandoeningen;

— de toegang tot farmaceutische verstrekkingen in België;

• in historisch perspectief;

• in internationaal perspectief (de AVGI is lid van de Fédération européenne de l'industrie pharmaceutique, die het cijfermateriaal in dit verband heeft verstrekt);

— de besparingsmaatregelen ten aanzien van de geneesmiddelenindustrie, die gevolgen hebben zowel wat de prijs betreft als inzake het aanbod van nieuwe producten;

— de rem op de innovatie; deze is misschien voordelig vanuit louter budgettair vlak, maar legt een zware hypotheek op de toekomst wat de volksgezondheid betreft.

(1) Hoorzitting van 3 februari 1999 met de heer Pierre Claessens, afgevaardigd beheerder, de heer Herman Van Eeckhout, directeur, en professor Alain De Wever, voorzitter-directeur-generaal van de Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie (AVGI).

1. L'industrie pharmaceutique en Belgique | *1. De farmaceutische industrie in België*

	1995	1996	1997
Chiffre d'affaires marché intérieur (départ usine) (milliards de francs). — *Omzet binnenlandse markt (af-fabriek) (miljarden frank)*	80,0	85,5	88,9
Exportations (milliards de francs). — *Uitvoer (miljarden frank)*	121,5	129,6	171,9
Importations (milliards de francs). — *Invoer (miljarden frank)*	92,4	104,6	126,8
Solde de la balance comerciale (milliards de francs). — *Saldo van de handelsbalans (miljarden frank)*	+ 29,1	+ 25,0	+ 45,1
Emploi (personnes). — *Tewerkstelling (personen)*	19 038	19 669	20 117
Investissements (milliards de francs) — *Investeringen (miljarden frank)*	10,3	11,2	12,7
Dépenses R et D (milliards de francs) — *Uitgaven R en D (miljarden frank)*	13,7	16,3	24,0

M. Van Eeckhout fait remarquer que le chiffre d'affaires sur le marché national s'élevait à 88,9 milliards de francs en 1997. Il s'agit du chiffre «départ usine». Le chiffre d'affaires en termes de distribution tourne autour de 133 milliards de francs. Ces chiffres comprennent à la fois le marché ambulatoire et le marché hospitalier. On constate que la croissance a été plus faible en 1997 qu'en 1996, conséquence principalement de la stabilisation ou même d'une légère régression sur le marché hospitalier.

En 1997, la balance commerciale a présenté un solde positif de 45,1 milliards de francs. La forte progression de ce chiffre par rapport à 1997 est attribuable aux excellents résultats de quelques grandes entreprises établies en Belgique.

Au cours de la même année, l'industrie pharmaceutique occupait 10 117 personnes. Il s'agit en l'occurrence de l'industrie proprement dite, à l'exclusion des entreprises de sous-traitance et de la distribution. L'emploi a du reste affiché un accroissement prononcé au cours des dernières années.

En 1997, les investissements totalisaient 12,7 milliards de francs et les dépenses de recherche et développement, 24 milliards de francs. Ce dernier chiffre est entièrement à mettre sur le compte des quatre entreprises qui font de la recherche fondamentale en Belgique.

Le tableau suivant indique la part de l'industrie pharmaceutique dans les dépenses de l'AMI (données de 1997).

L'industrie représente 11,7 % des dépenses AMI (données 1997)

	Milliards de francs	%
Dépenses totales	429,9	100,0
Fournitures pharmaceutiques	76,6	17,8
dont spécialités	71,5	16,6
Spécialités	71,5	16,6
Dont:		
— TVA	4,0	0,9
— distribution	17,2	4,0
— industrie	50,3	11,7

De heer Van Eeckhout merkt op dat de de omzet op de binnenlandse geneesmiddelenmarkt in 1997 88,9 miljard frank bedroeg. Dit is het cijfer «af-fabriek». De omzet gerekend in distributiecijfers bedraagt ongeveer 133 miljard frank. Deze cijfers omvatten zowel de ambulante markt als de ziekenhuismarkt. Men stelt vast dat de groei in 1997 beperkter is dan in 1996. Dit is voornamelijk het gevolg van de stabilisering of zelfs lichte achteruitgang op de ziekenhuismarkt.

In 1997 was er een positief saldo op de handelsbalans van 45,1 miljard frank. De sterke groei van dit cijfer tegenover 1996 is te danken aan de zeer sterke prestaties van enkele grote bedrijven die in België gevestigd zijn.

In hetzelfde jaar waren in de farmaceutische industrie 20 117 personen tewerkgesteld. Het betreft hier de industrie als dusdanig, niet de toeleveringsbedrijven of de distributie. De tewerkstelling is de jongste 15 à 20 jaar overigens sterk toegenomen.

De investeringen bedroegen in 1997 12,7 miljard frank en de uitgaven voor *research* en *development* bedroegen 24 miljard frank. Dit laatste cijfer komt volledig op rekening van de vier bedrijven die in België aan fundamenteel onderzoek doen.

De volgende tabel geeft het aandeel weer dat de farmaceutische industrie vertegenwoordigt in de uitgaven van de ZIV (gegevens 1997).

De industrie vertegenwoordigt 11,7% van de uitgaven ZIV (gegevens 1997)

	Miljard frank	%
Totale uitgaven	429,9	100,0
Farma. verstrekkingen	76,6	17,8
waarvan specialiteiten	71,5	16,6
Specialiteiten	71,5	16,6
Waarvan:		
— BTW	4,0	0,9
— distributie	17,2	4,0
— industrie	50,3	11,7

Les dépenses totales de l'AMI s'élevaient en 1997 à un peu moins de 430 milliards de francs, dont 76,6 milliards pour fournitures pharmaceutiques. Ce chiffre comprend également les préparations magistrales et d'autres éléments comme les pochettes de sang, de sorte que les spécialités proprement dites représentaient 71,5 milliards de francs ou 16,6% des dépenses totales AMI. L'INAMI rembourse toutefois sur la base du prix public. Une ventilation de ce montant entre ses composantes donne 4 milliards pour la TVA (les médicaments et les implants sont les seules fournitures AMI sur lesquelles la TVA est perçue), 17,2 milliards pour la distribution et 50,3 milliards pour la distribution et 50,3 milliards ou 11,7% du budget AMI total pour l'industrie pharmaceutique.

Cette part est donc beaucoup plus limitée que ce que l'on veut parfois faire croire; en outre, les entreprises pharmaceutiques qui sont établies en Belgique génèrent également un montant d'environ 50 milliards de francs au titre d'impôts et de cotisations à la sécurité sociale.

2. L'importance des médicaments pour les affections chroniques

M. De Wever signale que les affections chroniques présentent une étroite corrélation avec l'âge. Une confirmation en est apportée par le graphique suivant, montrant que le nombre de diagnostics traités au moyen de médicaments augmente en raison directe de l'âge. Bien que les chiffres pour les femmes soient plus élevés que pour les hommes, une forte croissance est constatée pour les deux sexes à partir de 55 ans environ.

Utilisation de médicaments en fonction de l'âge

Nombre de diagnostics traités avec des médicaments par personne (1997) (hors hôpital)

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be)»

De totale uitgaven van de ZIV in 1997 bedroegen een kleine 430 miljard frank, waarvan 76,6 miljard voor farmaceutische verstrekkingen. Dit cijfer omvat ook de magistrale bereidingen en andere zaken zoals bloedzakjes, zodat de eigenlijke specialiteiten 71,5 miljard frank of 16,6% van de totale ZIV-uitgaven vertegenwoordigden. Het RIZIV betaalt evenwel terug op basis van de publieksprijs. Indien men derhalve dit bedrag uitsplitst in zijn componenten, stelt men vast dat 4 miljard hiervan naar de BTW gaat (de geneesmiddelen en de implantaten zijn de enige ZIV-verstrekkingen waarop BTW wordt geheven), 17,2 miljard naar de distributie en 50,3 miljard of 11,7% van het totale ZIV-budget naar de farmaceutische industrie.

Dit aandeel is derhalve veel beperkter dan men soms laat uitschlijnen, bovendien genereren de farmaceutische bedrijven die in België gevestigd zijn genereren aan belastingen en sociale-zekerheidsbijdragen eveneens een bedrag van ongeveer 50 miljard frank.

2. Het belang van de geneesmiddelen voor chronische aandoeningen

De heer De Wever merkt op dat chronische aandoeningen een nauwe samenhang vertonen met de leeftijd. Dit wordt bevestigd door de volgende grafiek waaruit blijkt dat met de toename van de leeftijd ook het aantal diagnoses behandeld met geneesmiddelen toeneemt. Hoewel de cijfers voor de vrouwen hoger liggen dan bij de mannen, wordt er voor beide geslachten een sterke groei vastgesteld vanaf de leeftijd rond 55 jaar.

Gebruik van geneesmiddelen in verhouding tot de leeftijd

Aantal aandoeningen die met geneesmiddelen worden behandeld, per persoon (1997) (ziekenhuizen uitgezonderd)

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be)»

Un tel graphique ne dit cependant pas tout parce que les mêmes types de médicaments peuvent être utilisés aussi bien pour une maladie grave de nature non chronique que pour une affection chronique.

C'est pourquoi le tableau dresse une liste des médicaments qui sont importants pour l'usage chronique.

Ventes de spécialités (hors hôpital)

Importance usage chronique

Classes de médicaments prises en compte
Anti-inflammatoires intestinaux
Enzymes digestifs et eupeptiques
Insulines
Antidiabétiques oraux
Anticoagulants non injectables
Inhibiteurs agrégants plaquettaires
Facteurs de coagulation
Glycosides en cardiothérapie
Anti-arythmiques
Thérapie des coronaires
Nitrés
Antihypertenseurs seuls
Diurétiques
Bêtabloquants
Antagonistes du calcium
IEC
Antagonistes de l'angiotensine II
Anti-épileptiques
Anti-parkinsoniens
Anti-psychotiques
Antivertigineux
B2-stimulants
Réducteurs cholestérol et triglycérides
Produits antipsoriasis locaux
Oestrogènes, excluant G3A, G3E et G3F
Progestogènes, excluant G3A et G3F
Corticoïdes voie générale, seules
Produits thyroïdiens

Een dergelijke grafiek zegt echter niet alles omdat dezelfde soorten geneesmiddelen zowel voor een ernstige ziekte van niet-chronische aard als voor een chronische aandoening kunnen worden gebruikt.

Vandaar dat in de volgende tabel de geneesmiddelen worden afgezonderd die belangrijk zijn bij chronisch gebruik.

Verkoop specialiteiten (ziekenhuizen uitgezonderd)

Belang chronisch gebruik

Categorieën van in aanmerking genomen geneesmiddelen
Ontstekingwerende middelen voor de darmen
Verteringsenzymen en eupeptische enzymen
Insulines
Orale antidiabetica
Niet-injecteerbare anticoagulantia
Middelen tegen de samenklontering van bloedplaatjes
Stollingsfactoren
Hartglycosiden
Anti-aritmica
Coronaire therapie
Nitraten
Enkelvoudige bloeddrukverlagende middelen
Diuretica
Betablokkers
Calciumantagonisten
IEC
Antagonisten van de angiotensine-II-receptoren
Anti-epileptica
Anti-parkinsonmiddelen
Antipsychotica
Middelen tegen duizeligheid
B2-agonisten
Cholesterol- en triglycerideverlagende middelen
Psoriasismiddelen voor lokaal gebruik
Oestrogenen, met uitzondering van G3A, G3E en GEF
Progestagenen, met uitzondering van G3A en G3F
Enkelvoudige corticoïden voor algemeen gebruik
Thyreoïdale middelen

Préparations antithyroïdiennes

Calcitonines

Hormones de croissance

Hormones antidiurétiques

Antiviraux du HIV

Antagonistes hormones cytostatiques

Interférons

Agents immunosuppresseurs

Anti-goutteux

Inhibiteurs résorption osseuse

Analgésiques narcotiques

Dérivés xanthiniques

Inhibiteurs de libération de médiateurs broncho-spasmodiques

Corticoïdes

Combinaisons de stimulants B2 et de anticholinériques

Myotiques et antiglaucomateux

Cette liste par catégorie permet de faire une estimation des dépenses totales pour médicaments à usage chronique au cours des deux dernières années.

Vente de spécialités (marché ambulatoire)

Importance usage chronique
(prix de vente départ usine hors TVA)

1997

	En millions de francs	%	%
Marché total	64 793,4	100,0	
Remboursables . . .	46 688,3	72,1	100,0
Usage chronique . . .	23 689,3		50,7

1998

	En millions de francs	%	%
Marché total	70 078,8	100,0	
Remboursables . . .	51 514,1	73,5	100,0
Usage chronique . . .	26 769,2		52,0

Source : AGIM.

Antithyreoïdale middelen

Calcitonines

Groeihormonen

Antidiuretisch hormoon

Antivirale middelen tegen HIV

Antagonisten van de cytostatische hormonen

Interferonen

Immunosuppressieve middelen

Middelen tegen jicht

Inhibitoren van de botresorptie

Narcotische analgetica

Xanthiumderivaten

Inhibitoren van de vrijstelling van broncho-spasmodische mediatoren

Corticoïden

Samenstelling van B2-agonisten en anticholinergica

Myotica en geneesmiddelen bij glaucoom

Deze lijst per categorie maakt het mogelijk een schatting te maken van de totale uitgaven voor geneesmiddelen bestemd voor chronisch gebruik voor de jongste twee jaren.

Verkoop specialiteiten (ambulante markt)

Belang chronisch gebruik
(Verkoop prijzen af-onderneming exclusief BTW)

1997

	In miljoenen frank	%	%
Totale markt	64 793,4	100,0	
Terugbetaalbaar . . .	46 688,3	72,1	100,0
Chronisch gebruik . .	23 689,3		50,7

1998

	In miljoenen frank	%	%
Totale markt	70 078,8	100,0	
Terugbetaalbaar . . .	51 514,1	73,5	100,0
Chronisch gebruik . .	26 769,2		52,0

Bron : AVGI.

M. Van Eeckhout signale que ce tableau se rapporte aux médicaments vendus sur le marché ambulatoire à des prix départ usine. À prix publics, ce marché totalise environ 100 milliards de francs.

En 1997, les médicaments remboursables représentaient 72,1% du marché, dont la moitié était destinée à un usage chronique. En 1998, on a noté une légère hausse, tant de la part totale des médicaments remboursables que de la part que les médicaments à usage chronique y représentent.

Le tableau porte uniquement sur le groupe de médicaments qui sont remboursables parce qu'il renferme la majeure partie des médicaments contre les affections chroniques. Néanmoins, il y a aussi des produits à usage chronique qui ne sont pas remboursables. Ainsi, certains patients cardiaques prennent régulièrement de faibles doses d'aspirine pendant une longue période.

En gros, on peut dire que les médicaments à usage chronique représentent la moitié de tous les produits remboursés. Les antibiotiques, par exemple, ne rentrent pas dans cette catégorie.

3. L'accessibilité des fournitures pharmaceutiques en Belgique

Évolution du ticket modérateur

M. Van Eeckhout examine ensuite l'évolution du ticket modérateur et l'évolution des prix des médicaments, en faisant entre autres une comparaison avec les autres pays. Les données y afférentes concernent tous les médicaments (remboursables) parce qu'il est difficile d'en isoler les produits à usage chronique. Étant donné que ces derniers représentent environ la moitié de l'ensemble, on peut supposer que les tendances relatives à l'ensemble se retrouvent ici aussi.

Le tableau ci-après donne l'évolution du ticket modérateur pour les bénéficiaires d'allocations primaires, les VIPO préférentiels et non préférentiels et la moyenne de ces trois catégories pour les spécialités remboursées.

De heer Van Eeckhout vestigt er de aandacht op dat deze tabel betrekking heeft op de geneesmiddelen op de ambulante markt aan prijzen af-fabriek. Aan publiekprijzen bedraagt de totale ambulante markt ongeveer 100 miljard frank.

De terugbetaalbare geneesmiddelen vertegenwoordigden in 1997, 72,1% van de markt en hiervan was de helft bestemd voor chronisch gebruik. Men stelt in 1998 een lichte stijging vast van zowel het totale aandeel van de terugbetaalbare geneesmiddelen als van het aandeel hierin van de middelen voor chronisch gebruik.

De tabel heeft alleen betrekking op de groep geneesmiddelen die terugbetaalbaar zijn, omdat hierin het overgrote deel van de middelen tegen chronische aandoeningen voorkomen. Nochtans zijn er ook niet-terugbetaalbare producten die chronisch gebruikt worden. Zo zijn er patiënten met hartkwalen die gedurende een lange periode op regelmatige tijdstippen kleine doses aspirine innemen.

Grosso mode mag men stellen dat de geneesmiddelen voor chronisch gebruik de helft uitmaken van alle terugbetaalde producten. Buiten deze categorie vallen bijvoorbeeld de antibiotica.

3. De toegankelijkheid van farmaceutische verstrekkingen in België

Evolutie van het remgeld

De heer Van Eeckhout gaat hierna in op de evolutie van het remgeld en de evolutie van de prijzen van de geneesmiddelen, onder meer in vergelijking met de andere landen. De gegevens in dit verband hebben betrekking op alle (terugbetaalbare) geneesmiddelen omdat het zeer moeilijk is de producten voor chronisch gebruik af te zonderen. Aangezien deze ongeveer de helft van het totale pakket uitmaken, mag men eran uitgaan dat de tendenzen met betrekking tot het geheel, ook hierin terug te vinden zijn.

De hierna volgende tabel geeft de evolutie van het remgeld voor de primaire uitkeringsgerechtigden, de preferentiële en de niet-preferentiële WIGW en het gemiddelde van deze drie categorieën voor de terugbetaalde specialiteiten.

Spécialités remboursées

Évolution du ticket modérateur (%)

Terugbetaalde specialiteiten

Evolutie remgeld (%)

« Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be) »

« Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be) »

On constate qu'au fil des années le ticket modérateur, exprimé en pourcentage du coût des médicaments, a baissé légèrement en moyenne. C'est une conséquence du fait que les tickets modérateurs pour les médicaments des catégories B et C sont plafonnés, si bien qu'en cas de hausse du coût des produits, leur part dans ce coût diminue.

On note une hausse minime en 1984. Elle résulte de l'introduction, cette année-là, de la catégorie de médicaments CX, remboursés à hauteur de 40 %. (Auparavant, le remboursement était de 100 %, 75 % et 50 % respectivement pour les catégories A, B et C.) En 1989, les contraceptifs pris par voie orale ont été admis au remboursement, ce qui a provoqué une rupture dans la ligne des bénéficiaires d'allocations primaires. Les modifications de 1993 ne sont pas perceptibles parce que les effets se sont compensés mutuellement. En 1997, enfin, une baisse plus marquée peut être observée dans les trois lignes. La raison en est que, cette année-là, un certain nombre de médicaments de la catégorie CX n'ont plus été remboursés. Comme il s'agissait de produits au ticket modérateur le plus élevé, leur retrait a entraîné une diminution de la part moyenne du ticket modérateur dans les autres médicaments.

Le graphique suivant reprend les données du précédent, mais en y ajoutant la part du patient dans tous les médicaments, y compris ceux qui ne sont pas du

Men stelt vast dat in de loop der jaren, het remgeld, uitgedrukt in procenten van de kostprijs van de geneesmiddelen, gemiddeld lichtjes is gedaald. Dit is een gevolg van het feit dat de remgelden voor de geneesmiddelen categorie B en C geplafonneerd zijn, waardoor bij een kostprijsstijging van de producten hun aandeel hierin daalt.

In 1984 is er een zeer lichte stijging vast te stellen. Dit is een gevolg van de invoering in dat jaar van de geneesmiddelencategorie CX, waarvoor een terugbetaling van 40 % geldt. (Voordien golden de terugbetalingscategorieën A-100 %, B-75 %, C-50 %.) In 1989 werden de orale contraceptiva terugbetaalbaar, wat een knik teweeg heeft gebracht in de lijn van de primaire uitkeringsgerechtigden. De wijzigingen van 1993 zijn niet merkbaar omdat de effecten elkaar gecompenseerd hebben. In 1997 ten slotte is er een sterkere daling in de drie lijnen waarneembaar. De reden hiervoor ligt in het feit dat in dit jaar een aantal geneesmiddelen van de categorie CX niet langer voor terugbetaling in aanmerking kwamen. Aangezien het hier de middelen betrof met het hoogste remgeld, heeft de terugtrekking ervan tot gevolg gehad dat het gemiddelde aandeel van het remgeld in de overige geneesmiddelen daalde.

In de volgende grafiek worden de gegevens van de voorgaande hernomen, maar met hieraan toegevoegd het aandeel van de patiënt in alle geneesmiddelen,

tout remboursables. On y voit clairement la rupture résultant des mesures prises en 1993.

Bien qu'il y ait, en dehors du remboursement par le biais de l'INAMI, quelques autres mécanismes qui couvrent une partie des dépenses pour médicaments, ce graphique montre qu'en gros 50% du coût total est à la charge du patient.

Spécialités remboursées

Évolution du ticket modérateur (%)

inclusief die welke helemaal niet terugbetaalbaar zijn. Hier ziet men wel de knik ten gevolge van de maatregelen die in 1993 werden genomen.

Hoewel er naast de normale terugbetaling via het RIZIV nog enkele andere mechanismen zijn die bijdragen in de kosten van de geneesmiddelen, blijkt uit deze grafiek toch dat grosso modo 50 procent van de totale kostprijs voor geneesmiddelen ten laste valt van de patiënt.

Terugbetaalde specialiteiten

Evolutie remgeld (%)

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be)»

Comparaison avec d'autre pays

M. De Wever attire l'attention sur le tableau suivant, qui reprend les dépenses totales et les dépenses publiques pour soins de santé dans un certain nombre de pays de l'OCDE.

Vergelijking met andere landen

De heer De Wever vestigt de aandacht op de volgende tabel waarin de totale uitgaven en de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg per persoon worden weergegeven in een aantal OESO-lidstaten.

Dépenses soins de santé : dépenses totales — dépenses publiques

Uitgaven voor gezondheidszorg : totale uitgaven openbare uitgaven

« Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be) »

« Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be) »

En ce qui concerne les dépenses totales par habitant, la Belgique occupe une position médiane. En revanche, pas moins de 87,7 % de ces dépenses sont prises en charge par les finances publiques, ce qui représente une fraction particulièrement élevée en regard de la plupart des autres pays.

En limitant ces données aux produits pharmaceutiques, on obtient cependant une tout autre situation.

België bevindt zich wat de totale gezondheidsuitgaven per capita betreft in een middenpositie. Hiertegenover staat dat niet minder dan 87,7 % van deze uitgaven ten laste worden genomen door de openbare financiën of door de sociale zekerheid, wat een bijzonder hoog aandeel is in vergelijking met de meeste andere landen.

Wanneer men echter dezelfde gegevens beperkt tot de farmaceutische producten, komt men tot een heel andere situatie.

Dépenses produits pharmaceutiques : dépenses totales — dépenses publiques

Uitgaven farmaceutische producten : totale uitgaven — overheidsuitgaven

« Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be) »

« Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be) »

Les dépenses par habitant sont relativement élevées mais seule une toute petite portion est prise en charge par les pouvoirs publics. Seuls les États-Unis et la Grèce font encore moins bien que la Belgique sur ce plan.

En lisant les deux tableaux simultanément, on ne peut que conclure que la prise en charge de médicaments par les pouvoirs publics est particulièrement faible dans notre pays, comparativement à celle d'autres prestations médicales.

De uitgaven per capita zijn in België relatief hoog, maar hiervan wordt slechts een zeer beperkt gedeelte door de overheid ten laste genomen. Alleen de Verenigde Staten en Griekenland doen het wat dit betreft nog slechter dan België.

Wanneer men de beide tabellen samen leest, kan men alleen maar tot het besluit komen dat de tenlasteneming van geneesmiddelen door de overheid in ons land bijzonder laag is in vergelijking met die van andere geneeskundige verstrekkingen.

Importance dépenses publiques

Soins de santé — Pharma

Omvang overheidsuitgaven

Gezondheidszorg — farmaceutische producten

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be)»

Une importante conclusion peut enfin être tirée du tableau qui suit. À mesure que la part des médicaments dans le total des dépenses pour soins de santé augmente, la part des dépenses de soins de santé totales dans le PIB diminue.

Belangrijk is ten slotte de conclusie die uit de volgende tabel kan worden getrokken. Naarmate het aandeel van de geneesmiddelen in het totaal van de gezondheidsuitgaven toeneemt, daalt het aandeel van de totale uitgaven voor gezondheidszorg in het BBP.

Corrélation dépenses pharmaceutiques — dépenses totales soins de santé

Verhouding farmaceutische uitgaven — totale uitgaven voor gezondheidszorg

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be)»

En Belgique, la part des médicaments dans les dépenses totales pour soins de santé est de 17,5% environ. Aux Pays-Bas, cette part est beaucoup plus faible, mais les dépenses totales pour soins de santé rapportées au PIB sont nettement plus élevées qu'en Belgique.

M. Van Eeckhout fournit ensuite quelques données relatives aux prix des médicaments. Le tableau suivant compare le PIB par habitant dans plusieurs pays de l'OCDE. La Belgique se situe largement au-dessus de la moyenne et peut par conséquent être considérée comme un des pays les plus riches de ce groupe.

In België bedraagt het aandeel van de geneesmiddelen in de totale uitgaven voor gezondheidszorg ongeveer 17,5%. In Nederland is dit aandeel een stuk lager maar de totale uitgaven voor gezondheidszorg liggen als procent van het BBP een stuk hoger dan in België.

De heer Van Eeckhout verstrekt vervolgens een aantal gegevens met betrekking tot de prijzen van geneesmiddelen. De volgende tabel vergelijkt een aantal Europese OESO-landen wat het BBP per capita betreft. België situeert zich hier duidelijk boven het gemiddelde en mag derhalve beschouwd worden als een van de rijkere landen van deze groep.

PIB/habitant

BBP/capita

« Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be) »

« Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be) »

Le tableau suivant ajoute à ces données le prix moyen des médicaments. La Belgique occupe en cela une place médiane. En comparant cependant le prix avec la richesse des différents pays, le rapport entre les deux est particulièrement favorable pour notre pays. En Grande-Bretagne, en Espagne et en Grèce, les prix sont beaucoup plus bas qu'en Belgique, mais rapportés au PIB par habitant, ils sont sensiblement plus élevés. Un Portugais devra travailler plus longtemps qu'un Allemand pour acheter ses médicaments, même si les prix sont plus bas au Portugal qu'en Allemagne.

De volgende tabel zet naast deze gegevens de gemiddelde prijs van de geneesmiddelen. België neemt hier een middenpositie in. Wanneer men echter de prijs vergelijkt met de rijkdom van de verschillende landen, ligt de verhouding tussen beide voor België bijzonder gunstig. In Groot-Brittannië, Spanje en Griekenland mogen de prijzen dan al een stuk lager liggen dan in België, in verhouding tot het BBP per capita liggen zij een stuk hoger. Een inwoner van Portugal zal langer moeten werken om zijn geneesmiddelen te kunnen kopen dan een inwoner van Duitsland, ook al liggen de prijzen in Portugal lager dan in Duitsland.

PIB/habitant et prix des médicaments

BBP/capita en prijzen geneesmiddelen

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be)»

4. Mesures d'économie

M. Van Eeckhout attire l'attention sur le graphique suivant, où les prix des médicaments sont comparés avec l'indice des prix à la consommation.

Mesures d'économie : indice des prix médicaments remboursables

« Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be) »

Il apparaît clairement que, dans les années nonante, les prix des médicaments n'ont pas évolué de la même manière que les prix à la consommation. On peut cependant en déduire quelques mesures adoptées récemment par les pouvoirs publics :

• en 1993 un blocage des prix des médicaments;

• en 1996 un blocage des prix et une baisse linéaire des prix de 2 %;

• en 1997 un blocage des prix et une baisse de 4 % des prix de spécialités de plus de 15 ans;

• en 1998 un blocage des prix et une baisse des prix de certaines spécialités;

• en 1999, nouveau blocage des prix et une baisse de 4,2 % des prix des spécialités de plus de 15 ans.

4. Besparingsmaatregelen

De heer Van Eeckhout vestigt de aandacht op de volgende grafiek, waarin de evolutie van de prijzen van geneesmiddelen worden vergeleken met de index der consumptieprijzen.

Besparingsmaatregelen : indexprijzen terugbetaalbare geneesmiddelen

« Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be) »

Het is meteen duidelijk dat de prijzen van de geneesmiddelen in de jaren negentig niet dezelfde evolutie hebben gekend als de consumptieprijzen. Men kan echter hierin een aantal maatregelen aflezen die de overheid recent heeft genomen :

• in 1993 een prijsblokkering van de geneesmiddelen;

• in 1996 een prijsblokkering en een lineaire prijsdaling met 2 %;

• in 1997 een prijsblokkering en een prijsdaling van 4 % voor de specialiteiten ouder dan 15 jaar;

• in 1998 een prijsblokkering en een prijsdaling voor sommige specialiteiten;

• in 1999 opnieuw een prijsblokkering en een prijsdaling met 4,2 % voor specialiteiten ouder dan 15 jaar.

Les deux à trois dernières années, en particulier, sont marquées par une tendance à la baisse des prix des médicaments.

Le tableau suivant reprend toutes les mesures d'économie qui ont été effectivement prises depuis 1990. Au total, leur impact peut être estimé à un montant de 26,236 milliards de francs.

Mesures d'économie :
26 milliards de francs depuis 1990

Mesures décidées et mises en œuvre	Impact (Mio francs)
Impôts spéciaux 1990	991,6
Impôts spéciaux 1991	842,5
Impôts spéciaux 1992	919,5
Mesures du conclave budgétaire avril 1992	4 282,0
Impôts spéciaux 1993	1 105,8
Mesures du conclavre budgétaire avril 1993	300,0
Mesures du conclave budgétaire juillet 1993	355,0
Impôts spéciaux 1994	1 169,0
Mesures du conclave budgétaire juillet 1994	200,0
Impôts spéciaux 1995	1 189,3
Mesures du conclave budgétaire septembre 1995	1 650,0
Impôts spéciaux 1996	1 889,3
Mesures du conclave budgétaire septembre 1996	4 520,0
Mesures du conclave budgétaire décembre 1996	100,0
Impôts spéciaux 1997	2 622,0
Mesures du conclave budgétaire septembre 1997	1 400,0
Impôts spéciaux	2 700,0
Total	26 236,0

5. Le frein à l'innovation

M. De Wever fait remarquer que la Belgique est actuellement considérée comme un pays où l'accès aux nouveaux médicaments est limité. Une première raison doit en être cherchée dans la longueur des délais d'enregistrement. Ceux-ci son fixés à 210 jours au niveau européen. Pour certaines molécules qui sont encore enregistrées en Belgique, on ne parvient pas à atteindre un délai d'enregistrement de moins de 500 jours.

Zeker de jongste twee à drie jaar is er een dalende tendens in de prijzen van de geneesmiddelen.

De volgende tabel geeft alle besparingsmaatregelen die sinds 1990 effectief werden doorgevoerd. In totaal kan de weerslag ervan worden geraamd op een bedrag van 26,236 miljard frank.

Besparingsmaatregelen :
26 miljard frank sinds 1990

Besliste en uitgevoerde maatregelen	Impact (Mio frank)
Bijzondere belastingen 1990	991,6
Bijzondere belastingen 1991	842,5
Bijzondere belastingen 1992	919,5
Maatregelen begrotingsconclaaf april 1992	4 282,0
Bijzondere belastingen 1993	1 105,8
Maatregelen begrotingsconclaaf april 1993	300,0
Maatregelen begrotingsconclaaf juli 1993	355,0
Bijzondere belastingen 1994	1 169,0
Maatregelen begrotingsconclaaf juli 1994	200,0
Bijzondere belastingen 1995	1 189,3
Maatregelen begrotingsconclaaf september 1995	1 650,0
Bijzondere belastingen 1996	1 889,3
Maatregelen begrotingsconclaaf september 1996	4 520,0
Maatregelen begrotingsconclaaf december 1996	100,0
Bijzondere belastingen 1997	2 622,0
Maatregelen begrotingsconclaaf september 1997	1 400,0
Bijzondere belastingen 1998	2 700,0
Totaal	26 236,0

5. De rem op de innovatie

De heer De Wever merkt op dat België momenteel wordt beschouwd als een land waar de toegang tot nieuwe geneesmiddelen beperkt is. Een eerste reden hiervoor moet worden gezocht in de lengte van de registratietermijnen. Die zijn op Europees vlak vastgesteld op 210 dagen. Een aantal moleculen worden nog in België geregistreerd en hier slaagt men er niet in een registratietermijn van minder dan 500 dagen te halen.

Délais procédures (en jours) : enregistrement

Termijn van de procedures (in dagen) : registratie

« Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be) »

« Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be) »

Depuis que la plupart des enregistrements se font au niveau européen, ce problème est relativement limité. La situation est plus grave en ce qui concerne les procédures de fixation des prix et de reconnaissance pour le remboursement. Ce dernier aspect doit précisément garantir l'accessibilité de chacun au produit.

Du tableau qui suit il résulte que le délai de 90 jours pour la fixation du prix a toujours été respecté au cours des dernières années. Il n'en va pas de même, loin de là, de la décision concernant l'admission au remboursement de l'INAMI, pour laquelle les délais suivent une ligne ascendante. En 1998, la fixation du prix et la décision de remboursement prenaient au total 506 jours.

Sinds de meeste registraties in Europees verband gebeuren is dit probleem relatief beperkt. Erger is het gesteld met de procedures inzake prijsbepaling en erkenning voor terugbetaling. Deze laatste moet precies de toegankelijkheid van iedereen tot het product garanderen.

Uit de volgende tabel blijkt dat de termijn van 90 dagen voor het bepalen van de prijs de jongste jaren steeds gerespecteerd is. Dit is echer helemaal niet het geval voor de beslissing over de opname in het terugbetalingspakket van de ZIV. Waar de termijnen in stijgende lijn gaan. In 1998 namen de prijsbepaling en de beslissing over de terugbetaling samen 506 dagen in beslag.

Délais procédures (en jours) : prix et remboursement

Duur van de procedures (in dagen) : prijs en terugbetaling

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be)»

Ces données sont ventilées dans le tableau suivant.

Ici aussi, il apparaît que le problème se situe au niveau du remboursement. En 1998, 271 jours s'écoulaient avant que l'avis définitif de la Commission technique des spécialités pharmaceutiques soit connu. Il fallait encore y ajouter 90 jours pour l'avis du comité de l'assurance et 62 jours pour la publication au *Moniteur belge*. On en arrive évidemment à des délais qui sont fort éloignés de la limite européenne de 180 jours.

Deze gegevens worden uitgesplitst in de volgende tabel.

Ook hier blijkt dat het probleem gesitueerd is op het niveau van de terugbetaling. In 1998 verliepen 271 dagen voor het definitieve advies van de Technische Commissie voor farmaceutische specialiteiten bekend was. Daar kwamen nog eens 90 dagen bij voor het advies van het verzekeringscomité en 62 dagen voor de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad*. Men komt zo vanzelfsprekend op termijnen die de Europese limiet van 180 dagen zelfs niet benaderen.

Délais procédures (en jours) : prix et remboursement

Duur van de procedures (in dagen) : prijs en terugbetaling

	1995	1996	1997	1998
Fixation prix. — *Vaststellen van de prijs*				
— Décision MAE. — *Besluit Min. Econ. Zaken*	76	75	85	83
Délai européen max. — *Europese maximumtermijn*	90	90	90	90
Admission remboursement. — *Goedkeuring terugbetaling*				
— Avis définitif CTSP. — *Definitief advies TCFS*	139	300	207	271
— Avis Comité de l'assurance. — *Advies verzekeringscomité*	90	110	103	90
— Entrée en vigueur. — *Inwerkingtreding*	91	101	100	62
Remboursement : total. — *Terugbetaling : totaal*	320	511	410	423
Total général. — *Algemeen totaal*				
— Prix et remboursement. — *Prijs en terugbetaling*	396	586	495	506
Délai européen max. — *Europese maximumtermijn*	180	180	180	180

Cette situation est évidemment très néfaste pour l'industrie pharmaceutique, mais aussi pour les patients qui n'ont pas accès aux nouveaux médicaments apparaissant sur le marché. Le délai de 180 jours a été inscrit dans une loi récente. L'AGIM est toutefois convaincue qu'avec les procédures actuelles, il est impossible de respecter ce délai. À cet effet, une réforme du processus décisionnel au sein du conseil technique des spécialistes pharmaceutiques est notamment requise. L'industrie pharmaceutique n'est d'ailleurs pas encore représentée dans ce conseil.

Un autre élément important, également du point de vue budgétaire, en ce qui concerne la distribution des nouveaux médicaments, est qu'ils peuvent prévenir l'intervention chirurgicale. Tel est actuellement le cas de certaines affections de la prostate qui, d'ici cinq ans, devraient pouvoir être guéries par médication dans une proportion de 90 %. Il en résulterait une économie non seulement en journées d'hospitalisation et honoraires de médecins, mais aussi en médicaments administrés en milieu hospitalier.

Un autre exemple sont les médicaments contre le sida. La maladie s'est propagée au début des années 80. Les premiers médicaments ont été développés en 1986 et sont arrivés sur le marché au début des années 90. La trithérapie qui est appliquée de nos jours est considérée comme très onéreuse. Néanmoins, son application a entraîné une diminution spectaculaire du coût des soins parce que le séjour en hôpital, qui se révélait très couteux pour ces patients, a été réduit au strict minimum.

Dans tout cela, il n'est pas encore tenu compte d'autres coûts sociaux, par exemple le fait que l'usage de médicaments permet de raccourcir sensiblement la période d'inactivité du patient par rapport à un traitement en hôpital.

B. Échange de vues

Un membre conclut que la reconnaissance de nouveaux médicaments se fait dans des délais raisonnables dans notre pays, mais qu'il n'en va pas encore de même pour ce qui est de la décision de remboursement. Il ne faut cependant pas oublier qu'il s'agit de deux choses différentes. La reconnaissance est dans une importante mesure une question médico-technique. C'est aussi vrai, en partie, pour la demande de remboursement, mais un important aspect social y est également attaché. On ne peut concevoir que chaque produit mis sur le marché doit être remboursé d'emblée par la collectivité.

M. De Wever souscrit à ces propos. L'industrie pharmaceutique ne demande pas non plus que tous les médicaments soient systématiquement remboursés

Deze situatie is vanzelfsprekend erg nadelig voor de farmaceutische industrie, maar evenzeer voor de patiënten die geen toegang krijgen tot nieuwe geneesmiddelen die op de markt verschijnen. De termijn van 180 dagen werd in een recente wet ingeschreven. De AVGI is er evenwel van overtuigd dat met de huidige procedures, deze onmogelijk kan worden gerespecteerd. Hiervoor is onder meer een hervorming van de besluitvorming in de Technische Raad voor farmaceutische specialiteiten vereist. In deze Raad is de farmaceutische industrie overigens nog steeds niet vertegenwoordigd.

Belangrijk, ook vanuit budgettair oogpunt, in verband met de verspreiding van nieuwe geneesmiddelen, is dat zij heelkundig ingrijpen kunnen voorkomen. Dit is momenteel bijvoorbeeld het geval voor bepaalde prostaataandoeningen, waarvan men verwacht dat ze over vijf jaar voor negentig procent via medicatie kunnen worden genezen. Hierdoor spaart men niet alleen ligdagen en artsenhonoraria uit, maar ook geneesmiddelen die in ziekenhuisverband worden toegediend.

Een ander voorbeeld zijn de geneesmiddelen tegen AIDS. De ziekte is zich begin jaren tachtig gaan verspreiden. De eerste geneesmiddelen werden ontwikkeld in 1986 en deze kwamen begin jaren negentig op de markt. De tritherapie die momenteel wordt toegepast, wordt als bijzonder duur beschouwd. Nochtans heeft de toepassing ervan een spectaculaire daling van de kosten voor de verzorging van AIDS-patiënten tot gevolg gehad omdat het ziekenhuisverblijf, dat voor deze patiënten ook zeer duur was, tot het uiterste minimum werd beperkt.

Bij dit alles wordt dan nog geen rekening gehouden met andere sociale kosten, bijvoorbeeld het feit dat via het gebruik van medicatie de periode van inactiviteit van de patiënt sterk wordt verkort in vergelijking met een behandeling in het ziekenhuis.

B. Gedachtewisseling

Een lid concludeert dat de erkenning van nieuwe geneesmiddelen in ons land binnen redelijke termijnen verloopt, maar dat dit niet het geval is wat de beslissing over de terugbetaling betreft. Men moet er anderzijds toch rekening mee houden dat het hier twee verschillende zaken betreft. De erkenning is in belangrijke mate een medisch-technische aangelegenheid. Voor de vraag naar de terugbetaling is dit gedeeltelijk ook het geval maar hier is eveneens een belangrijk maatschappelijk aspect aan verbonden. Het kan niet zo zijn dat elk product dat op de markt komt, meteen ook door de gemeenschap wordt terugbetaald.

De heer De Wever is het hiermee eens. De farmaceutische industrie vraagt ook niet dat alle geneesmiddelen meteen worden terugbetaald en het is de samen-

et c'est la collectivité qui doit décider ce qu'elle souhaite prendre en charge ou non.

Lorsque, cependant, un médicament est admis au remboursement, nul n'a intérêt à ce que la procédure y afférente dure plusieurs années. Pour le patient chronique qui doit faire face à de grosses dépenses, cela peut en effet signifier qu'il n'a pas accès aux nouveaux produits pour la simple raison qu'il ne peut pas les payer. Pour la collectivité, cela implique qu'il faut recourir plus longtemps à des traitements alternatifs également remboursables, et plus chers.

La situation devient encore plus difficile lorsqu'un trop grand écart se creuse, à l'échelon international, dans les délais de fixation des prix et de remboursement entre les différents pays. Cela favorise les mécanismes d'évasion et les importations parallèles.

Un membre demande s'il est possible de donner plus de précisions sur les chiffres du solde de la balance commerciale figurant au tableau «L'industrie pharmaceutique en Belgique». En 1996, il y a une diminution de ce solde par rapport à 1995, mais en 1997, le surplus augmente brusquement de plus de 20 milliards de francs. Une différence aussi grande doit avoir une cause spécifique.

M. Van Eeckhout répond que les bons résultats de 1997, qui semblent du reste se confirmer en 1998, doivent s'expliquer par la hausse des exportations des médicaments produits en Belgique. Une importante donnée est, à cet égard, le développement de nouveaux vaccins par des firmes établies en Belgique. Il ne faut pas perdre de vue, dans ce contexte, que les exportations de certaines entreprises absorbent jusqu'à 97% de la production dans notre pays.

L'orateur précédent fait remarquer que d'après les informations communiquées, les fournitures pharmaceutiques représentent 17,8% des dépenses totales AMI. On peut déduire du tableau des dépenses pour produits pharmaceutiques par habitant que celles-ci sont assez élevées en Belgique et, par exemple, nettement supérieures à celles des Pays-Bas. Cela confirme une fois de plus l'allégation souvent entendue, selon laquelle on consomme beaucoup trop de médicaments chez nous. Jusqu'à présent, il est cependant difficile d'en donner une explication convaincante.

M. De Wever est d'avis que cela tient, dans une importante mesure, à une différence de culture. Des études montrent qu'aux Pays-Bas, la personne qui se rend chez son médecin avec une angine se voit prescrire huit à dix jours de repos. En Belgique, les médecins sont plus enclins à recourir à la médication dans de tels cas. Aux Pays-Bas, la dépense par habitant au titre de médicaments sera par conséquent plus modeste, mais elle s'accompagne d'autres frais (indemnité maladie) qui ne sont pas toujours portés en compte.

leving die moet beslissen wat zij al dan niet ten laste wenst te nemen.

Wanneer er echter een middel voor terugbetaling in aanmerking komt, heeft niemand er belang bij dat de procedure die hierbij wordt gevolgd, jaren aansleept. Voor de chronische patiënt die met hoge uitgaven wordt geconfronteerd, kan dit immers betekenen dat hij geen toegang heeft tot nieuwe producten, gewoonweg omdat hij ze niet kan betalen. Voor de gemeenschap houdt dit in dat langer beroep moet worden gedaan op eveneens terugbetaalbare, en duurdere, alternatieve behandelingen.

De situatie wordt nog moeilijker wanneer er internationaal een al te grote discrepantie groeit tussen de termijnen voor prijszetting en terugbetaling in de verschillende landen. Daardoor werkt men ontwijkingsmechanismen en parallelle import in de hand.

Een lid vraagt of een meer precieze verklaring kan worden gegeven voor de cijfers met betrekking tot het saldo op de handelsbalans in de tabel «De farmaceutische industrie in België». In 1996 is er een daling van dit saldo tegenover 1995, maar in 1997 stijgt het overschot plots met meer dan 20 miljard frank. Voor een dermate groot verschil moet er toch een duidelijk aanwijsbare oorzaak zijn.

De heer Van Eeckhout antwoordt dat de goede resultaten in 1997, die overigens lijken te worden bevestigd in 1998, moeten worden verklaard door de stijging van de export van in België geproduceerde middelen. Een belangrijk gegeven in dit verband is de ontwikkeling van nieuwe vaccins door in België gevestigde firma's. Men moet hierbij rekening houden met het feit dat de uitvoer van sommige bedrijven in ons land tot 97 procent van de productie bedraagt.

De vorige spreker merkt op dat de blijkens de verstrekte informatie, de farmaceutische verstrekkingen 17,8 procent uitmaken van de totale ZIV-uitgaven. Uit de tabel met de uitgaven voor farmaceutische producten per capita blijkt dat deze in België vrij hoog liggen en bijvoorbeeld een heel stuk hoger dan in Nederland. Dit bevestigt andermaal de veelgehoorde stelling dat bij ons (te) veel geneesmiddelen worden geconsumeerd. Totnogtoe is het echter moeilijk hiervoor een overtuigende verklaring te geven.

De heer De Wever is van oordeel dat dit in belangrijke mate te maken heeft met een cultuurverschil. Uit studies blijkt dat wie in Nederland naar de huisarts gaat met een angina, doorgaans acht à tien dagen rust voorgeschreven krijgt. In België zijn de artsen meer geneigd in dergelijke gevallen naar medicatie te grijpen. In Nederland zal derhalve de uitgave per hoofd voor geneesmiddelen lager liggen, maar dit gaat wel gepaard met andere kosten (ziekteuitkeringen) die niet altijd in rekening worden gebracht.

Bien que l'on ne puisse pas affirmer qu'une telle différence de culture soit totalement inexistante entre la Flandre et la Wallonie, elle est malgré tout minime. Les mêmes caractéristiques se retrouvent plus ou moins, sur ce plan, dans toute la Belgique.

M. Van Eeckhout y ajoute que les médecins généralistes néerlandais prescrivent effectivement moins de médicaments, mais qu'ils renvoient plus vite que leurs collègues belges à une aide de seconde ligne. Cela signifie du même coup que le patient doit recourir à une forme de traitement plus coûteuse.

M. De Wever ajoute que c'est précisément pour cette raison que les données relatives au rapport entre la consommation de médicaments et les dépenses totales pour soins de santé donnent des résultats intéressants. À mesure que la part des médicaments dans les dépenses totales pour soins de santé augmente, la part de ces dépenses totales dans le PIB diminue. Ce dernier point est une simple constatation et non une évaluation de la situation dans l'un ou l'autre pays.

Un membre constate qu'au cours de l'exposé, il a été souligné que les délais pour la fixation des prix par le ministère des Affaires économiques sont bien respectés, mais que ce n'est pas du tout le cas de la demande de remboursement introduite auprès des Affaires sociales.

Peut-être cette situation s'explique-t-elle d'une certaine manière par le fait que si le département des Affaires économiques fixe le prix des produits, il ne doit pas le payer lui-même. De plus, on peut se demander sur la base de quels éléments ce prix est fixé. D'auditions précédentes il est déjà résulté que l'on a en définitive peu de prise sur le processus de fixation des prix par les firmes. Pour les produits en provenance de l'étranger on ignore le plus souvent la composition des prix de transfert.

La décision des Affaires sociales a d'importantes conséquences budgétaires et il est dès lors logique qu'elle demande plus de temps.

M. Van Eeckhout répond que, dans ce contexte, un important élément joue aussi un rôle et qu'on ne doit pas le perdre de vue. Sur le plan de la fixation des prix, une sanction est prévue. En l'absence d'une décision des Affaires économiques dans un délai de 90 jours, la firme peut appliquer le prix qu'elle a proposé.

Cette sanction n'existe pas au niveau des Affaires sociales. Si les dossiers traînent auprès d'un des organes consultatifs, c'est bien dommage pour le patient, mais il n'y a formellement aucun moyen de forcer une décision.

Au demeurant, le contrôle des prix en Belgique n'est pas aussi lâche que l'a suggéré l'orateur précédent. Notre pays a en ce domaine une tradition qui

Al kan men niet beweren dat een dergelijk cultuurverschil tussen Vlaanderen en Wallonië volledig onbestaande is, blijft dit toch zeer beperkt. Men vindt over heel België grosso modo wat dit betreft dezelfde kenmerken terug.

De heer Van Eeckhout voegt hieraan toe dat Nederlandse huisartsen inderdaad over het algemeen minder medicatie voorschrijven, maar dat zij vlugger dan Belgische artsen doorverwijzen naar tweedelijnshulp. Dit betekent meteen dat wordt doorverwezen naar een duurdere vorm van geneeskundige verzorging.

De heer De Wever vervolgt dat precies hierom de gegevens met betrekking tot de verhouding van het geneesmiddelenverbruik tot de totale uitgaven voor geneeskundige verzorging, interessante resultaten opleveren. Naarmate het aandeel van de geneesmiddelen in de totale uitgaven voor gezondheidszorg stijgt, dalen deze totale uitgaven als aandeel van het BBP. Dit laatste is een loutere vaststelling en geen evaluatie van de toestand in een of ander land.

Een lid stelt vast dat tijdens de uiteenzetting werd gewezen op het feit dat de termijnen de prijsbepaling door Economische Zaken goed worden gerespecteerd, maar dat dit voor de terugbetalingsprocedure bij Sociale Zaken veel minder het geval is.

Misschien is deze toestand enigszins verklaarbaar door het feit dat bij Economische Zaken wel de prijs van de producten wordt vastgesteld, maar dat het departement zelf niet moet betalen. Bovendien kan men zich de vraag stellen op basis van welke elementen deze prijs wordt vastgesteld. Uit voorgaande hoorzittingen is reeds gebleken dat men al bij al weinig vat heeft op de prijszetting door de firma's. Voor producten die uit het buitenland komen heeft men meestal geen inzicht in de samenstelling van de transferprijzen.

De beslissing van sociale zaken daarentegen heeft belangrijke budgettaire consequenties en het is dan ook logisch dat zij meer tijd vergt.

De heer Van Eeckhout antwoordt dat hierbij één belangrijk gegeven, dat ook een rol speelt, niet uit het oog mag worden verloren. Op het vlak van de prijszetting is er voorzien in een sanctie. Indien er op Economische Zaken geen beslissing is genomen binnen een termijn van 90 dagen, mag de firma de door haar voorgestelde prijs toepassen.

Deze sanctie is er niet op het niveau van sociale zaken. Indien de dossiers in een van de adviesorganen blijven slepen, dan is dit jammer voor de patiënt, maar er is formeel geen middel om een beslissing af te dwingen.

Overigens is de prijscontrole in België niet zo vrijblijvend als door de vorige spreker gesuggereerd werd. België heeft op dit vlak een traditie die terug-

remonte au moins jusqu'au milieu des années septante. Lors du contrôle des Affaires économiques, on procède non seulement à une analyse de la composition du prix de revient, mais aussi à une comparaison avec le prix de vente dans d'autres pays. Il suffit d'ailleurs de comparer les prix des médicaments en Europe pour constater que ceux-ci sont nettement plus bas dans les pays où un système de contrôle des prix est appliqué.

Un membre estime que les prix des médicaments sont tout compte fait peu transparents en Belgique. Les comparaisons avec l'étranger, auxquelles il est souvent fait référence, sont toujours relatives parce que la présentation et les conditionnements sont généralement très différents d'un pays à l'autre.

Il s'agit là d'une donnée importante si l'on envisage d'accroître la part des médicaments dans le total des prestations remboursables.

Par ailleurs, si le remboursement des médicaments était renforcé, cela ne doit pas nécessairement se faire de manière linéaire. Les problèmes concernant l'accessibilité des soins de santé sont concentrés dans une importante mesure dans certaines catégories sociales et certaines pathologies. Les données chiffrées en termes de moyennes ne disent par conséquent pas tout.

Cela vaut également pour la surconsommation. Il se peut que dans les différents pays une part élevée de médicaments dans les dépenses totales pour soins de santé s'accompagne d'une part modeste de ces dépenses totales dans le PIB. Il n'empêche que dans un pays comme la Belgique, il faut s'attaquer au problème de la surconsommation de certains produits comme les calmants.

Lorsque l'on plaide pour une plus grande part des médicaments dans le remboursement des soins de santé, il convient de tenir compte de ce type de paramètres.

M. De Wever souhaite revenir sur le problème des délais pour la fixation des prix et la demande de remboursement. Une des difficultés réside selon lui dans le fait qu'aux Affaires économiques, un prix est fixé en connaissance de cause, sur la base d'un dossier bien étoffé, mais que ce prix est souvent totalement remis en question lors des discussions sur le remboursement, en se fondant la plupart du temps sur des articles parus dans des journaux étrangers et d'autres éléments similaires, d'où il devrait résulter que les prix dans les pays voisins sont plus bas qu'en Belgique.

L'industrie pharmaceutique ne s'opposerait pas à un système de fixation des prix basé sur le prix moyen des produits dans les pays environnants.

gaat tot minstens het midden van de jaren zeventig. Bij de controle op Economische Zaken wordt niet alleen de samenstelling van de kostprijs ontleed, maar er wordt ook een vergelijking gemaakt met de verkoopprijs in andere landen. Het volstaat overigens de prijzen van geneesmiddelen in Europa te vergelijken om vast te stellen dat deze beduidend lager liggen in de landen waar er een stelsel van prijscontrole bestaat.

Een lid is van oordeel dat de prijzen van geneesmiddelen in België al bij al weinig transparant zijn. De vergelijkingen met het buitenland, waar vaak naar wordt verwezen, zijn altijd relatief omdat zowel de presentatie als de verpakkingen in de onderscheiden landen vaak erg verschillend zijn.

Dit moet een belangrijk gegeven zijn, indien men zou overwegen het aandeel van de geneesmiddelen in het totaal van de terugbetaalbare verstrekkingen te verhogen.

Daarbij komt dat, indien de terugbetaling voor geneesmiddelen zou worden versterkt, dit niet noodzakelijk op lineaire wijze dient te gebeuren. De problemen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg zijn in belangrijke mate geconcentreerd bij bepaalde sociale categorieën en bij bepaalde pathologieën. Cijfergegevens in termen van gemiddelden zeggen derhalve niet alles.

Dit geldt ook op het vlak van de overconsumptie. Het kan zo zijn dat in de verschillende landen een hoog aandeel van geneesmiddelen in de totale kosten voor gezondheidszorg, gepaard gaat met een laag aandeel van deze totale ziektekosten in het BBP. Dit neemt echter niet weg dat in een land als België iets moet worden gedaan aan de overconsumptie van bepaalde producten zoals kalmeringsmiddelen.

Wanneer men pleit voor een groter aandeel van de geneesmiddelen in de terugbetaling van gezondheidszorg moet men toch met dit soort parameters rekening houden.

De heer De Wever wenst vooreerst terug te komen op de problematiek van de termijnen inzake prijszetting en terugbetaling. Een van de problemen in dit verband is volgens hem het feit dat binnen economische zaken, op basis van een goed gestoffeerd dossier met kennis van zaken een prijs wordt vastgesteld, maar dat deze vaak helemaal opnieuw in vraag wordt gesteld bij de discussies over de terugbetaling. Dit gebeurt dan nog vaak op basis van artikelen in buitenlandse kranten en dergelijke meer, waaruit zou moeten blijken dat de prijzen in buurlanden lager liggen dan in België.

De farmaceutische industrie zou geen bezwaar hebben tegen een systeem van prijszetting, waarbij wordt uitgegaan van de gemiddelde prijs van de producten in de omringende landen.

Les organes consultatifs de l'INAMI pourraient travailler sur la base de ce prix incontestable. Personne, et certainement pas l'industrie pharmaceutique, ne conteste que dans leur appréciation concernant le remboursement dans le cadre de l'assurance soins de santé, ils se laissent guider par des considérations thérapeutiques et sociales. C'est en cela précisément que réside leur mission.

M. De Wever ne nie pas qu'il y a surconsommation pour certains produits, comme il y a sous-consommation pour d'autres. Avec la mise en place du système Farmanet, le débat sur ce thème pourra enfin être mené sur la base de données objectives. Chacun a intérêt à ce que les médicaments soient utilisés aussi correctement que possible et l'industrie est certainement disposée, à partir des données de Farmanet, à en discuter avec les médecins.

M. Van Eeckhout ajoute que par le biais de Farmanet, il serait également possible de répondre dans une importante mesure aux préoccupations d'une commissaire. Le système permet de préciser où se situent les dépenses élevées en matière de tickets modérateurs. La politique pourrait s'en inspirer, par exemple en incluant des médicaments bien précis dans la franchise sociale.

Le système donnera également aux médecins la possibilité de faire une auto-évaluation de leur comportement prescripteur et de le corriger.

Une membre relève qu'il est régulièrement fait référence aux médicaments génériques en tant qu'instrument de maîtrise des coûts des soins de santé, tant pour les pouvoirs publics que pour les patients. D'après certaines sources, l'usage de ces produits serait relativement faible en Belgique au regard de l'étranger.

M. De Wever déclare que l'industrie pharmaceutique comme telle n'est pas opposée à l'usage des médicaments génériques. Il faut cependant bien se rendre compte qu'un choix unilatéral de ces produits peut faire obstacle au développement de médicaments nouveaux et de meilleure qualité. À l'heure actuelle, 16 % en moyenne du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique est affecté à la recherche. Ce chiffre ne peut être maintenu que si une certaine partie du marché des médicaments est constituée de spécialités.

M. Claessens ajoute que le débat sur les médicaments génériques est très complexe. Le fait que dans notre pays on prescrit moins ces produits est probablement en partie lié à des facteurs culturels. De par leur formation, nos médecins sont en effet profondément conscients de la nécessité de la recherche scientifique.

Sur cela se greffent cependant des facteurs de marché. Les prix des médicaments étant bas en Belgi-

Op basis van een dergelijke onbetwistbare prijs zouden dan de adviesorganen binnen het RIZIV hun werk kunnen doen. Niemand, en zeker de farmaceutische industrie niet, betwist dat zij in hun beoordeling over de terugbetaling in het kader van de verzekering voor gezondheidszorg uitgaan van therapeutische en sociale afwegingen. Hier ligt precies hun opdracht.

De heer De Wever ontkent niet dat er voor bepaalde producten een zekere mate van overconsumptie is, zoals er voor andere onderconsumptie bestaat. De discussie in dit verband zal met de uitbouw van Farmanet eindelijk op basis van objectieve gegevens kunnen worden gevoerd. Iedereen heeft er belang bij dat geneesmiddelen op een zo correct mogelijke wijze worden gebruikt en de industrie is zeker bereid op basis van de gegevens van Farmanet, hierover een gesprek met de artsen aan te gaan.

De heer Van Eeckhout voegt hieraan toe dat via Farmanet ook in belangrijke mate tegemoet zou kunnen worden gekomen aan de bekommernissen van een commissielid. Het systeem biedt de mogelijkheid nauwkeurig te omschrijven waar de hoge uitgaven inzake remgelden gesitueerd zijn. Het beleid zou hierop kunnen worden gericht via bijvoorbeeld de opname van welbepaalde geneesmiddelen in de sociale franchise.

Het systeem zal de artsen ook de mogelijkheid bieden aan auto-evaluatie over hun voorschrijfgedrag te doen en dit bij te sturen.

Een lid merkt op dat geregeld naar de generische geneesmiddelen wordt verwezen als een instrument om de kosten van geneeskundige zorgverstrekking in de hand te houden, zowel voor de overheid als voor de patiënten. Volgens sommige bronnen zou het gebruik van deze middelen in België relatief laag liggen in vergelijking met het buitenland.

De heer De Wever verklaart dat de farmaceutische industrie als dusdanig niet tegen het gebruik van generische geneesmiddelen is. Tegelijk echter moet men zich ervan bewust zijn dat een eenzijdige keuze voor deze middelen, de vooruitgang in de ontwikkeling van nieuwe en betere geneesmiddelen in de weg kan staan. Momenteel gaat gemiddeld 16% van de omzet van de farmaceutische industrie naar onderzoek. Dit cijfer kan alleen worden gehandhaafd indien een zeker deel van de geneesmiddelenmarkt bestaat uit specialiteiten.

De heer Claessens voegt toe dat het debat over de generische geneesmiddelen zeer complex is. Het feit dat in ons land minder van deze middelen worden voorgeschreven, heeft voor een deel wellicht te maken met culturele factoren. Vanuit hun opleiding is er bij onze artsen immers een sterk bewustzijn van de noodzaak van wetenschappelijk onderzoek.

Daarnaast zijn er echter ook marktfactoren. Door de lage prijzen voor geneesmiddelen in België zijn de

que, les marges sur les produits génériques sont devenues si étroites que les firmes qui en font leur spécialités émigrent vers d'autres pays. Il faut d'ailleurs tout voir dans sa juste proportion. En Belgique les prix des spécialités sont inférieurs à ceux des médicaments génériques aux États-Unis.

Comme il a déjà été dit, l'industrie pharmaceutique comme telle n'est pas opposée à l'usage des produits génériques. Elle s'inscrit toutefois en farouche adversaire de la substitution de médicaments parce que celle-ci constitue une atteinte à la relation de confiance entre le médecin et le patient. Les deux choses sont souvent confondues.

M. De Wever signale que les pays où les médicaments génériques absorbent une grande partie du marché, par exemple l'Allemagne, sont souvent aussi les pays où le prix moyen des médicaments est le plus élévé.

Un membre admet que le comportement prescripteur des médecins est sans doute déterminé en partie des facteurs culturels. Elle se demande si précisément l'industrie pharmaceutique ne joue pas en cela de son influence, en recommandant avec plus de conviction les spécialités que les produits génériques auprès du corps médical.

M. De Wever le nie catégoriquement. La promotion des deux types de médicaments obéit aux mêmes structures. Il y a d'ailleurs des firmes qui commercialisent uniquement des produits génériques.

winstmarges op generische producten zo klein geworden dat de firma's die zich hierin specialiseren, uitwijken naar andere landen. Men moet alles trouwens in zijn juiste verhouding zien. In België liggen de prijzen voor specialiteiten lager dan die voor de generica in de Verenigde Staten.

Zoals reeds gezegd is de farmaceutische industrie als dusdanig niet tegen het gebruik van generische producten. Zij is wel uitgesproken tegenstander van de substitue van geneesmiddelen om dat deze een inbreuk vormt op de vertrouwensrelatie tussen de arts en de patiënt. De beide zaken worden vaak door elkaar gehaald.

De heer De Wever stipt aan dat de landen waar de generische geneesmiddelen een grote deel van de markt innemen, bijvoorbeeld Duitsland, vaak ook de landen zijn waar de gemiddelde prijs van de geneesmiddelen het hoogst ligt.

Een lid beaamt dat het voorschrijfgedrag van geneesheren wellicht voor een deel door culturele factoren bepaald wordt. Zij stelt zich de vraag of precies de farmaceutische industrie hier niet haar invloed laat gelden, door de specialiteiten met meer overtuiging bij het artsenkorps aan te prijzen dan dit voor de generische middelen het geval is.

De heer De Wever ontkent dit ten stelligste. De promotie voor de beide soorten producten gebeurt volgens dezelfde structuren. Er zijn overigens firma's die alleen generische middelen op de markt brengen.

PARTIE IV

Les prestataires de soins

I. AUDITIONDEREPRÉSENTANTSDEL'ASSOCIATION PHARMACEUTIQUE BELGE (1)

A. Exposés de MM. Bernard Bailleux et Dirk Broecks

M. Bailleux souligne que l'Association pharmaceutique belge représente 87% des pharmacies de Belgique. Les cinq représentants ici présents sont en outre tous des pharmaciens indépendants. Les 13% restants se composent de pharmacies coopératives réunies au sein de l'OPHACO.

L'on peut difficilement prétendre que l'accès aux soins de santé dans le secteur des médicaments ne pose aucun problème. À travers l'ensemble du pays, mais surtout dans les régions économiquement défavorisées, force est de constater que les patients demandent à leur pharmacien d'opérer une sélection parmi les médicaments prescrits parce qu'ils ne sont pas en mesure d'acheter l'ensemble de la prescription. Le pharmacien est ainsi placé devant un choix difficile. Dans une telle situation, le pharmacien n'a pas d'autre solution que de contacter le médecin traitant. Cette tendance s'accentue ces dernières années.

Autre phénomène que l'on constate dans tous les types de pharmacies: les comptes non honorés. En fonction de la situation économique de la région, ceux-ci peuvent atteindre, à la fin du mois, lorsque le minimex ou les allocations de remplacement sont versés, 100 000 à 150 000 francs pour une seule pharmacie.

Différentes causes expliquent cette évolution. L'une est incontestablement le prix des médicaments. Ces dernières années, ce prix a suivi la courbe ascendante, parfois de façon exponentielle, ce qui se traduit par une augmentation du chiffre d'affaires des pharmacies publiques. Pour la période 1995-1997, ce chiffre s'élevait à près de 10 milliards de francs. Parallèlement à cela, l'on constate pour la même période une diminution des revenus de ces pharmacies, qui devaient travailler avec des marges bénéficiaires légalement imposées, de quelque 700 millions de francs. Il va sans dire que cette augmentation du chiffre d'affaires n'a pas fait que du bien à l'INAMI. De son côté, le patient a vu sa participation aux frais réduite d'une infime partie seulement.

(1) Audition du 8 décembre 1998 avec MM. Bernard Bailleux, président, Jean-Marc Sabaux et Dirk Broecks, secrétaires généraux, Jan Denecker, vice-président, et Guiseppe Dal Mas, membre du comité de direction de l'Association pharmaceutique belge.

DEEL IV

De zorgverstrekkers

I. HOORZITTING MET VERTEGENWOORDIGERS VAN DE ALGEMENE PHARMACEUTISCHE BOND (1)

A. Uiteenzettingen van de heren Bernard Bailleux en Dirk Broecks

De heer Bailleux merkt op dat de Algemene Pharmaceutische Bond 87% van het Belgische apotheken vertegenwoordigt. De vijf vertegenwoordigers die hier aanwezig zijn, zijn overigens allen zelfstandig apotheker. De overige 13% zijn als coöperatieve apotheken verenigd in OPHACO.

Men kan moeilijk beweren dat er in de sector van de geneesmiddelen geen problemen zijn wat de toegang tot de gezondheidszorgen betreft. Overal te lande, maar vooral in de economisch achergestelde gebieden, stelt men vast dat patiënten hun apotheker vragen een selectie te maken tussen de voorgeschreven geneesmiddelen omdat zij niet in staat zijn het volledige pakket te betalen. De apotheker wordt hier voor een moeilijke keuze geplaatst en hij heeft in dergelijke gevallen geen andere mogelijkheid dan contact op te nemen met de behandelende arts. Men ziet deze tendens met de jaren toenemen.

Een ander fenomeen dat men, in alle soorten van apotheken, vaststelt is dat van de openstaande rekeningen. Naargelang de economische toestand van de streek kunnen deze tegen het einde van de maand, wanneer het bestaansminimum of de vervangingsuitkeringen worden uitbetaald, in één apotheek oplopen tot 100 000 à 150 000 frank.

Aan de basis van deze evolutie liggen verschillende oorzaken, waarvan één belangrijke ongetwijfeld de prijs van de geneesmiddelen is. Deze is de jongste jaren gestaag en soms op exponentiële wijze toegenomen, wat tot uiting komt in de omzetstijging van openbare apotheken. Deze bedraagt voor de periode 1995-1997 bijna 10 miljard frank. Hiertegenover staat echter in dezelfde periode een daling van de inkomsten van deze apotheken, die met wettelijk opgelegde winstmarges werken, met om en bij 700 miljoen frank. Het spreekt voor zich dat deze omzetverhoging ook de uitgaven van het RIZIV geen goed heeft gedaan. De patiënt van zijn kant, heeft zijn aandeel in de kosten met een zeer miniem deel zien dalen.

(1) Hoorzitting van 8 december 1998 met de heren Bernard Bailleux, voorzitter, Jean-Marc Sabaux en Dirk Broecks, secretarissen-generaal, Jan Denecker, ondervoorzitter en Guiseppe Dal Mas, lid van het directiecomité van de Algemene Pharmaceutische Bond.

Autre évolution: les emballages sont de plus en plus grands. Des emballages suffisant pour deux à trois mois de consommation médicamenteuse ne favorisent assurément pas une consommation de médicaments plus responsable. Du point de vue financier, de tels emballages sont également préjudiciables. Depuis plusieurs années, les pharmacies-officines peuvent collecter les médicaments périmés. Parmi ceux-ci, il n'est pas rare de retrouver certains médicaments qui ont coûté 2 000 à 3 000 francs et dont une infime partie seulement a été consommée.

Pour ce qui est de l'évolution du ticket modérateur sur les médicaments, l'on constate que celui-ci représentait en 1996 un montant de 12 190 000 000 francs, par rapport à 11 258 000 000 francs en 1997. Face à cette diminution en chiffres absolus, on note également une diminution relative de 25,09 % des dépenses totales en 1996 pour arriver à 22,2 % en 1997. Les projections pour cette année confirment la supposition que le montant des tickets modérateurs, avec 11 268 000 000 de francs, restera plus ou moins stable par rapport à 1997. La quote-part des patients dans le prix de revient des médicaments n'a pas diminué de façon spectaculaire, mais elle n'a pas davantage augmenté.

Enfin, citons également le problème de la surconsommation de médicaments. Il est clair que la façon dont les prescriptions sont utilisées peut être améliorée. Le 11 novembre dernier, une table ronde de la pharmacie a été clôturée. Celle-ci avait été convoquée à l'initiative du ministre de la Santé publique. Les pharmaciens avaient pu y soumettre leur profession à une évaluation critique et approfondie. Les pharmaciens ont clairement affirmé qu'ils souhaitaient jouer un rôle de premier plan au niveau de l'utilisation responsable des médicaments. En effet, une enquête récente à mis en lumière que 27 % seulement des patients prenaient les médicaments prescrits de façon correcte.

Dans le cadre de cette mission, le protocole de la première délivrance est actuellement en cours d'élaboration. La première fois qu'un médicament est délivré pour une maladie chronique ou grave, le patient se voit remettre une note très claire contenant les explications requises pour une utilisation responsable, les indications ainsi que les éventuelles mesures de précaution qu'il est tenu de respecter. Ce n'est en aucune façon comparable au contenu de certaines notices, constituant une énumération horrible des contre-indications.

Par ailleurs, un protocole de renouvellement de prescription est également en préparation. Ce protocole explique aux patient comment l'utilisation prolongée d'un médicament doit se dérouler dans les meilleures conditions.

Een andere evolutie is die naar steeds grotere verpakkingen. Verpakkingen die volstaan voor twee à drie maanden geneesmiddelenverbruik dragen zeker niet bij tot een meer verantwoorde geneesmiddelenconsumptie, maar zijn ook vanuit financieel oogpunt erg nadelig. Sinds enkele jaren verzamelen de officina-apotheken vervallen geneesmiddelen en hierbij worden pakketten teruggevonden die 2 000 à 3 000 frank gekost hebben, maar waarvan slechts een zeer miniem deel is geconsumeerd.

Wat de evolutie van de remgelden op geneesmiddelen betreft stelt men vast dat deze in 1996 een bedrag van 12 190 000 000 frank vertegenwoordigden tegenover 11 258 000 000 frank in 1997. Tegenover deze daling in absolute cijfers staat ook een relatieve daling van 25,09% van de totale uitgaven in 1996 tot 22,2% in 1997. De projecties voor dit jaar wettigen het vermoeden dat de remgelden met 11 268 000 000 frank min of meer stabiel blijven tegenover 1997. Het aandeel van de patiënten in de kostprijs van de geneesmiddelen is derhalve niet spectaculair gedaald maar ook niet toegenomen.

Ten slotte zijn er de vragen inzake de overconsumptie van geneesmiddelen. Het is een feit dat de wijze waarop voorschriften worden gebruikt doorgaans voor verbetering vatbaar is. Op 11 november jongstleden werd de rondetafel van de apotheek afgesloten, die op initiatief van de minister van Volksgezondheid was samengeroepen en waar de apothekers hun beroep aan een grondige en kritische evaluatie hebben onderworpen. Hierbij hebben de apothekers duidelijk gesteld dat zij een vooraanstaande rol wensen te vervullen wat het verantwoord gebruik van geneesmiddelen betreft. Uit een recent onderzoek is immers gebleken dat slechts 27% van de patiënten de voorgeschreven geneesmiddelen op een correcte wijze inneemt.

In het kader van deze opdracht wordt momenteel het protocol van eerste aflevering (protocol de première délivrance) uitgewerkt. De eerste maal dat een geneesmiddel voor een chronische of een ernstige aandoening wordt afgeleverd, krijgt de patiënt een duidelijke nota met de nodige uitleg over het verantwoord gebruik, de indicaties en de eventuele voorzorgen die hij moet nemen. Dit is iets helemaal anders dan sommige bijsluiters, die beperkt zijn tot een horrorverhaal van tegenindicaties.

Daarnaast komt er een protocol van hernieuwing (protocol de renouvellement de prescription), waarin aan de patiënt wordt uiteengezet hoe de verlenging van het gebruik van een geneesmiddel in de beste omstandigheden dient te verlopen.

M. Broecks embraie ensuite sur la politique générale du gouvernement dans le secteur des médicaments. Selon ce dernier, un besoin cuisant de dialogue ouvert entre toutes les parties concernées, en ce compris le gouvernement, se fait sentir en la matière. Les pharmaciens en sont demandeurs depuis longtemps. Ils sont disposés à adopter une position constructive. C'est par ailleurs dans un tel esprit que l'APB a préparé la table ronde, avec un résultat positif à la clé.

Un évaluation de la politique gouvernementale dans le domaine des médicaments nous enseigne qu'elle est entre autres axée sur une diminution du prix des médicaments plus anciens. Cela entraîne paradoxalement une augmentation du prix moyen par médicament délivré de 2% l'an dernier, et de près de 4% cette année. C'est d'autant plus remarquable que l'ensemble des produits commercialisés sur le marché font l'objet d'un gel des prix.

Ce phénomène s'explique uniquement par le fait que la diminution tarifaire pour certains produits va de pair avec un glissement, au niveau du comportement prescriptif, vers des produits plus onéreux. Normalement, l'industrie n'a pas vraiment intérêt à promouvoir de plus belle des produits dont le prix est à la baisse alors qu'il existe des alternatives plus onéreuses sur le marché.

Autre option politique: la diminution tarifaire des nouveaux produits entraînant un chiffre d'affaires important. Sur ce plan, un départ constructif a été pris avec la réorganisation des Spécialistess du Conseil Technico-Pharmaceutique de l'INAMI. Ce départ a toutefois été particulièrement lent, et menace la faisabilité à court terme de cet objectif stratégique.

Troisième option stratégique: la promotion des médicaments génériques. Problème: les rumeurs les plus contradictoires circulent au sujet de la politique de l'an prochain. De nombreuses zones d'ombre planent sur:

• les marges dont bénéficieront les pharmaciens sur ces produits, celles-ci faisant de plus en plus l'objet de pressions;

• l'attitude qu'adoptera le gouvernement en matière de substitution des médicaments;

• la documentation portant sur les équivalences, demandée de longue date, ainsi que la définition des responsabilités.

Quoi qu'il en soit, les pharmaciens sont disposés à promouvoir en douceur ces produits à condition que vis-à-vis des patients, les médecins et les pharmaciens puissent se voir offrir la garantie que le système sera mené à bien.

Une substitution dure, dans laquelle le pharmacien modifie la prescription d'une spécialité en produit

De heer Broecks gaat vervolgens in op het algemene beleid van de regering in de sector van de geneesmiddelen. Zijns inziens is er wat dit betreft een grote nood aan een open dialoog tussen alle betrokken partijen, inclusief de overheid. De apothekers vragen al lang een dergelijk overleg en zijn bereid hierbij een constructieve houding aan te nemen. Het is overigens in een dergelijke geest dat de APB de rondetafel heeft voorbereid, met een positief resultaat.

Een evaluatie van het regeringsbeleid in het domein van de geneesmiddelen leert dat dit onder meer gericht is op een daling van de prijs van de oudere geneesmiddelen. Dit leidt echter, paradoxaal genoeg, tot een verhoging van de gemiddelde prijs per afgeleverd geneesmiddel, vorig jaar met 2% en dit jaar met ongeveer 4%. Dit is des te merkwaardiger omdat er voor alle producten die op de markt zijn een prijsblokkering bestaat.

Dit fenomeen kan alleen worden verklaard door het feit dat de prijsdaling voor bepaalde producten gepaard gaat met een verschuiving in het voorschrijfgedrag naar duurdere producten. De industie heeft er normaliter weinig belang bij, producten die in prijs worden verlaagd te blijven promoten wanneer er duurdere alternatieven op de markt zijn.

Een andere beleidsoptie bestaat in de prijsverlaging van nieuwe producten met een grote omzet. Wat dit betreft werd een constructieve start genomen met de reorganisatie van de Technisch-Farmaceutische Raad-Specialiteiten van het RIZIV. Deze verloopt echter bijzonder traag, wat de haalbaarheid op korte termijn van deze beleidsdoelstelling in het gedrang brengt.

Een derde beleidsoptie bestaat in de promotie van generische geneesmiddelen. Het probleem hierbij is dat over het beleid voor volgend jaar de meest tegenstrijdige berichten de ronde doen en dat er de grootste onduidelijkheid heerst over:

• de marges die de apothekers op deze producten zullen hebben en die steeds meer onder druk komen te staan;

• de houding die door de overheid zal worden aangenomen inzake de substitutie van geneesmiddelen;

• de reeds lang gevraagde documentatie inzake equivalentie en het bepalen van de verantwoordelijkheden.

De apothekers zijn alleszins bereid op een zachte wijze promotie te gaan doen voor deze producten op voorwaarde dat ten aanzien van de patiënten, de artsen en de apothekers zelf, de garantie kan worden geboden dat het systeem in goede banen wordt geleid.

Een harde substitutie, waarbij de apotheker een voorschrift voor een specialiteit wijzigt in een gene-

générique ne semble pas réalisable dans les conditions actuelles. Par contre, une sélection entre des produits de même nature lorsque le médecin prescrit un médicament générique ou une copie semble possible. Cela pourrait quoi qu'il en soit améliorer sensiblement la gestion des stocks de ce médicament ainsi que sa disponibilité.

Pour ce qui est du contrôle sur le comportement en matière de prescription, les rumeurs les plus folles circulent. Voici deux ans, l'APB avait formulé une proposition consistant en la délivrance d'un document 705 en lieu et place de la vignette détachable. Cette proposition implique que, lorsqu'un patient se présente avec une prescription pour un médicament dont il n'a normalement pas besoin directement, le pharmacien établit un document permettant au patient de s'en procurer ultérieurement une partie. Côté tarification, une facture n'est établie qu'au moment où le médicament est effectivement retiré. Un tel système serait non seulement efficace et applicable à court terme; il permettrait également aux pharmaciens de respecter la réglementation existante tout en tenant compte au maximum des besoins du patient. L'introduction de la vignette aurait pour conséquence que tous les stocks existants devraient d'abord être épuisés, les emballages étant adaptés par la suite. Il faut en outre tenir compte d'un délai de quatre à cinq ans avant que ce système puisse être opérationnel.

En ce qui concerne l'accès aux soins, M. Broecks tient à formuler deux observations:

• Les pharmaciens sont confrontés à des conditionnements de plus en plus grands, sur lesquels ils ont une marge plafonnée à 300 francs. Ce n'est pas suffisant pour assurer le préfinancement d'un système de tiers-payant pour les produits plus onéreux. Résultat: la disponibilité de ces produits est menacée. Pour éviter cela, l'organisation a élaboré une proposition constructive impliquant l'octroi d'une marge plafonnée: il s'agit d'une petite marge sur la partie du prix public excédant le plafond déterminé.

• Régulièrement, d'aucuns prétendent que les pharmaciens pourraient constituer un frein à l'élaboration de Farmanet. En réalité, les données statistiques, indispensables pour alimenter le système «Peer Review», sont communiquées par les officines depuis le 1er janvier 1996 déjà.

Elles recevront, par le biais des caisses d'assurance maladie et de l'INAMI, les tableaux de bord ainsi que le premier envoi pour le second semestre de 1996. Pour information, on peut affirmer que l'on dispose d'ores et déjà de chiffres jusqu'en 1998 par le biais de l'institut de pharmaco-épidémiologie. L'on pourrait dès lors accélérer l'ensemble du processus, moyennant un investissement limité.

risch product, lijkt in de huidige omstandigheden niet realiseerbaar. Wat wel tot de mogelijkheden lijkt te behoren, is een selectie tussen gelijkaardige producten wanneer de arts een generisch geneesmiddel of een kopie voorschrijft. Dit zou alleszins het stockbeheer van deze middelen en de beschikbaarheid ervan aanzienlijk kunnen verbeteren.

Over de controle van het aflevergedrag doen de wildste geruchten de ronde. Reeds twee jaar geleden heeft de APB een voorstel gedaan dat bestaat in het afleveren van een «document 705» als alternatief voor het afscheurbare vignet. Dit voorstel houdt in dat, wanneer een patiënt zich aanbiedt met een voorschrift voor geneesmiddelen die hij niet allemaal direct nodig heeft, de apotheker een document opmaakt dat de patiënt toelaat een deel hiervan later op te halen. Bij de tarifering wordt pas een factuur opgemaakt op het ogenblik dat de geneesmiddelen effectief worden afgehaald. Een dergelijk systeem zou niet alleen efficiënt zijn en op zeer korte termijn kunnen worden ingevoerd, maar de apotheker tevens de mogelijkheid bieden om de bestaande reglementering te respecteren en tegelijk maximaal rekening te houden met de behoeften van de patiënt. De invoering van het vignet zou tot gevolg hebben dat eerst alle bestaande stocks moeten worden uitgeput en nadien alle verpakkingen aangepast. Men moet derhalve rekenen op een termijn van vier à vijf jaar vooraleer dit systeem zou kunnen werken.

In verband met de toegankelijkheid tot de zorgverlening heeft de heer Broecks ten slotte nog twee opmerkingen:

• de apothekers worden geconfronteerd met steeds grotere verpakkingen waarop zij een geplafonneerde marge van 300 frank hebben. Dit is voor de duurdere producten niet meer voldoende om de prefinanciering in het derde-betalerstelsel te verzekeren, met als gevolg dat de beschikbaarheid van deze producten in het gedrang komt. Om dit te verhelpen heeft de organisatie een constructief voorstel uitgewerkt dat de toekenning van een geplafonneerde marge inhoudt, dit is een kleine marge op het gedeelte van de publieksprijs dat boven het vastgestelde plafond ligt.

• geregeld hoort men het verwijt dat de apothekers een remmende factor zouden zijn in de uitbouw van Farmanet. In werkelijkheid is het echter zo dat statistische gegevens, noodzakelijk voor het voeden van het systeem van peer review, reeds sinds 1 januari 1996 worden doorgegeven vanuit de officina's.

Zij zullen nu via de ziekenfondsen en het RIZIV de boordtabellen en de eerste zending voor het tweede semester van 1996 toegezonden krijgen. Ter informatie kan worden meegedeeld dat men via het instituut farmaco-epidemiologie nu reeds over cijfers beschikt tot 1998. Er zijn derhalve mogelijkheden om, mits een kleine investering de hele processus te versnellen.

M. Broecks évoque ensuite plusieurs pistes de réflexion méritant d'être suivies selon l'APB.

Tout d'abord, nous avons besoin d'un budget et de mesures réalistes. D'aucuns prétendent qu'une telle chose n'est possible que si toutes les parties impliquées d'une manière ou d'une autre dans les médicaments se mettent autour d'une table pour entamer des discussions. Une réunion de la «Commission Peers» s'est récemment tenu ici même. C'était la première fois depuis quatre à cinq ans que tous les intéressés étaient réunis à la même table. Ce fait a été considéré par la quasi-totalité des participants comme un signe intrinséquement positif. Il en est ressorti qu'un vaste consensus était possible sur toute une série de points.

L'un de ces points, et c'est la seconde option stratégique par ordre d'importance, c'est la revalorisation de l'ensemble des dispensateurs de soins dans leur mission visant l'utilisation rationnelle et optimale des moyens disponibles. Notre gouvernement s'efforce trop souvent d'atteindre cet objectif par le biais de mesures tarifaires. L'influence d'un petit pays comme la Belgique dans un marché organisé au niveau international demeurera toutefois toujours limitée. Voilà pourquoi une politique axée sur une plus grande responsabilisation des pharmaciens et des médecins, proches des patients, s'avérerait plus efficace qu'une simple politique tarifaire. Ceux-ci peuvent, rationnellement, déterminer si un médicament s'avère indispensable et, dans l'affirmative, ils peuvent optimalement veiller à ce que, au niveau de l'utilisation du médicament, la thérapie soit respectée.

Enfin, des objectifs clairs, concrets et mesurables s'imposent en matière de santé. Cela suppose une politique allant plus loin que les simples économies. Les dispensateurs de soins sur le terrain doivent avoir des responsabilités clairement définies et pouvoir travailler dans le cadre d'objectifs stratégiques précis, y compris sur le plan de la consommation de médicaments. La meilleure manière d'arriver à de tels objectifs consiste une fois encore à réunir l'ensemble des intéressés au niveau local et national afin d'amorcer un dialogue ouvert.

M. Broecks aborde ensuite la franchise sociale et fiscale. À ce jour, le médicament n'a pas été repris dans celle-ci, en raison du fait qu'il n'existe aucun système de collecte permettant de répertorier les sommes dépensées dans ce cadre. Lorsqu'on totalise l'ensemble des médicaments vendus, l'on constate que les catégories A et B constituent en valeur la plus grande partie. Les produits A sont gratuits pour le patient. L'APB a déjà proposé de séparer à court terme un groupe dans les produits B et de l'incorporer dans la franchise. Cela est d'ores et déjà possible.

De heer Broecks gaat ten slotte in op een aantal mogelijke beleidspistes die volgens de APB dienen te worden gevolgd.

Vooreerst is er nood aan een realistisch budget en realistische maatregelen. Eerder werd reeds gezegd dat dit alleen mogelijk is vanuit een gesprek tussen alle partijen die op een of andere wijze bij het geneesmiddel betrokken zijn. Zopas heeft in dit huis een vergadering plaatsgevonden van de «commissie Peers». Dit was de eerste maal sinds vier à vijf jaar dat alle betrokkenen rond de tafel zaten. Dit feit op zich al, werd door zowat alle deelnemers als een positief gegeven beschouwd, maar bovendien bleek dat over een hele reeks aangelegenheden een ruime consensus mogelijk was.

Een van deze aangelegenheden, en dit is een tweede belangrijke beleidsoptie, is de herwaardering van alle zorgverstrekkers in hun opdracht naar het rationeel en optimaal gebruik van de beschikbare middelen. Onze overheid tracht hiertoe al te vaak te komen via prijsmaatregelen. De invloed van een klein land als België in een dermate internationaal georganiseerde markt, zal echter altijd beperkt blijven. Vandaar dat een beleid gericht op een grotere verantwoordelijkheid van de apotheker en de arts, die dicht bij de patiënt staan, een stuk efficiënter zou zijn dan een louter prijsbeleid. Zij kunnen — rationeel — bepalen of een geneesmiddel noodzakelijk is en, zo ja, welk geneesmiddel en — optimaal — ervoor zorgen dat bij het gebruik van het geneesmiddel de therapietrouw wordt gerespecteerd.

Ten slotte is er nood aan duidelijke, concrete en meetbare gezondheidsobjectieven. Dit veronderstelt een beleid dat verder gaat dan louter besparingen. De zorgverstrekkers op het terrein moeten duidelijke verantwoordelijkheden krijgen en kunnen werken binnen precies omschreven beleidsobjectieven, ook op het vlak van het geneesmiddelengebruik. De beste manier om tot dergelijke objectieven te komen bestaat er — nogmaals — in alle betrokkenen op het terrein lokaal en nationaal samen te brengen en een open gesprek aan te gaan.

De heer Broeks gaat vervolgens in op de sociale en fiscale franchise. Tot op heden werd het geneesmiddel hierin niet opgenomen, mede omdat er geen collectesysteem is om de sommen die in dit verband worden besteed te repertoriëren. Wanneer men alle verkochte geneesmiddelen samen neemt, stelt men vast dat de categorieën A en B in waarde hierin het grootste deelpakket vormen. De A-producten zijn gratis voor de patiënt. De APB heeft reeds eerder voorgesteld om op korte termijn binnen de B-producten een groep af te zonderen en in de franchise onder te brengen. Dit behoort nu reeds tot de mogelijkheden.

À long terme, il sera indispensable que le Farmanet suive la voie des factures. Depuis des années, les pharmaciens insistent pour qu'on accélère le second volet du système. Toutefois, cela ne semble pas réussir pour différents raisons.

L'objectif initial de Farmanet consistait à alimenter l'évaluation par les pairs; en d'autres termes, contrôler le comportement des médecins individuels au niveau des prescriptions. Dans ce cadre, il n'était pas nécessaire de collecter des renseignements sur les patients.

En même temps, le gouvernement, mais aussi les caisses d'assurance-maladie, ont formulé le souhait que le système puisse être utilisé pour informatiser la facturation. Actuellement, cette facturation est encore entièrement réalisée sur papier.

Au début des années quatre-vingt-dix, un accord a été atteint en matière de passage aux supports magnétiques via un système à deux voies. La première voie est déjà opérationnelle. La seconde se compose de l'enregistrement du montant des médicaments délivrés par patient et de la catégorie de remboursement dans laquelle ils se situent. Pour protéger la vie privée du patient, le nom du médicament même n'est pas enregistré.

Des nouvelles questions sont apparues en ce qui concerne ce dernier point. Les pharmaciens sont d'avis que ce point doit être traité par la commission pour la protection de la vie privée. Pour le reste, ils ne voient aucune objection de principe à ce que toutes ces données soient réunies dans une facture.

Il est clair que ce n'est qu'au moment où toutes ces données seront disponibles que l'on disposera des moyens nécessaires pour incorporer les médicaments dans la franchise sociale. L'un des instruments techniques nécessaires est le contrôle de l'assurabilité. Celle-ci existe à présent sous la forme de la carte SIS, l'APB ayant joué un rôle constructif lors de sa mise en service. Un autre instrument actuellement à l'étude est le développement de mécanismes de contrôle adaptés aux techniques modernes du traitement et de la transmission des informations. Les négociations avec les caisses d'assurance-maladie vont bon train, mais l'INAMI semble parfois éprouver des difficultés à abandonner les procédures existantes.

B. Échange d'idées

À une question portant sur le groupe de travail de M. Peers, M. Broecks répond que celui-ci a été convoqué par le gouvernement dans le but de faire toute la lumière sur les soins de santé. Pour le secteur des médicaments, étaient représentés l'industrie pharmaceutique, les médecins, pharmaciens (APB et

Op langere termijn zal het in dit verband noodzakelijk zijn dat het Farmanet factuurspoor wordt opgestart. De apothekers vragen al jaren dat dit tweede luik van het systeem wordt bespoedigd, maar om allerhande redenen lijkt dit niet te lukken.

De initiële doelstelling van Farmanet bestond erin de «peer review» te voeden, met andere woorden het voorschrijfgedrag van de individuele artsen na te gaan. In dit kader was het niet noodzakelijk ook gegevens over patiënten te verzamelen.

Tegelijk werd door de overheid, maar ook door de ziekenfondsen, de wens geuit dat het systeem zou worden aangewend om de facturering te informatiseren. Momenteel gebeurt deze nog volledig op papier.

In het begin van de jaren negentig werd een akkoord bereikt inzake de overgang naar de magnetische dragers via een tweesporensysteem. Het eerste spoor is derhalve reeds in werking. Het tweede spoor bestaat in de registratie van het bedrag aan geneesmiddelen dat per patiënt wordt afgeleverd en in welke terugbetalingscategorie deze gesitueerd zijn. Ter bescherming van het privé-leven van de patiënt wordt niet geregistreerd om welke geneesmiddelen het precies gaat.

Precies wat dit laatste betreft zijn er nieuwe vragen gerezen. De apothekers zijn van oordeel dat dit een zaak is die moet worden uitgemaakt door de commissie voor de bescherming van het privé-leven. Voor het overige hebben zij er geen principieel bezwaar tegen dat al deze gegevens in een factuurspoor worden samengebracht.

Het is alleszins een feit dat slechts op het ogenblik dat al deze gegevens beschikbaar zullen zijn, men over de nodige middelen beschikt om de geneesmiddelen onder te brengen in de sociale franchise. Een van de technische instrumenten die hiervoor noodzakelijk zijn, is de verzekerbaarheidscontrole. Deze komt er nu in de vorm van de SIS-kaart, bij de invoering waarvan de APB een constructieve rol heeft vervuld. Een ander instrument dat nog volop in onderzoek is, is de uitbouw van controlemechanismen die aangepast zijn aan de moderne technieken van informatieverwerking en overdracht. De onderhandelingen met de ziekenfondsen op dit vlak schieten goed op, maar bij het RIZIV lijkt het soms moeilijker om van de bestaande procedures af te stappen.

B. Gedachtewisseling

Op een vraag in verband met de werkgroep van dokter Peers, antwoordt de heer Broecks dat die door de regering werd samengeroepen met als doel een volledige doorlichting van de gezondheidszorg te doen. Voor de sector van de geneesmiddelen waren vertegenwoordigd: de farmaceutische industrie, de

OPHACO), les pharmaciens d'hôpitaux et les fournisseurs de matériel médical (UNAMEC).

Toutes les parties ont été invitées à faire part de leur vision sur le secteur et sur les problèmes auxquels elles sont confrontées. Par ailleurs, elles ont été invitées à formuler des propositions sur les réformes possibles. Dans ce cadre, le plus détaillé, l'APB a tenu les propos qu'elle tient également devant cette commission. Elle eut pour une bonne partie des retombées dans les résultats de la conférence de la table ronde.

Un membre souligne que la tarification des médicaments est soumise à une réglementation, ce qui implique entre autres un avis de la commission tarifaire du département des Affaires économiques. A-t-on une idée, chez les pharmaciens, de la façon dont ces prix sont définis? Il n'est pas rare d'entendre que les dossiers présentés à la commission tarifaire ne sont pas toujours particulièrement fournis sur le plan économique. Ainsi, n'a-t-on bien souvent aucune idée des prix de transfert, ce qui entrave toute évaluation économique réaliste.

M. Broecks répond que ce ne sont pas les pharmaciens qui «enjolivent» sur le plan économique les dossiers pour la commission tarifaire. Ils doivent certes donner leur avis et il est vrai que dans certains cas, les prix de transfert sont mentionnés de façon relativement opaque. D'autre part, l'on pourrait se demander, en tant qu'observateur, dans quelle mesure il est possible de rendre ces prix de transfert véritablement transparents. Ainsi, qui va décider, de l'extérieur, si les coûts portés en compte pour la recherche concernant effectivement les études spécifiques réalisées pour le médicament même et dans quelle mesure les recherches en cours ont été prises en compte?

Le précédent intervenant fait observer que le contrôle tarifaire a pratiquement disparu pour l'ensemble des produits commercialisés sur le marché. Les médicaments sont l'une des rares exceptions en la matière. Au cas où l'on serait dans l'impossibilité d'obtenir une image correcte de tous les facteurs économiques déterminant les prix, ne vaudrait-il pas mieux laisser jouer la libre concurrence dans ce secteur au lieu de maintenir en place un système artificiel rendant impossible tout contrôle objectif?

M. Bailleux observe tout d'abord que cette matière doit être abordée de façon nuancée. Les médicaments commercialisés sur le marché belge ne sont certainement pas onéreux comparés aux autres pays et leur prix de revient n'est pas plus élevé que la moyenne européenne. La presse publie parfois des articles qui ne correspondent pas toujours avec la réalité.

Il n'empêche que plusieurs éléments du prix des médicaments sont difficilement contrôlables. Outre les frais de recherche précités, l'on peut également

artsen, de apothekers (APB en OPHACO), de ziekenhuisapothekers en de leveranciers van medisch materiaal (UNAMEC).

Aan alle aanwezige partijen werd gevraagd hun visie te geven op de sector en op de problemen waarmee die volgens hen te kampen heeft. Daarnaast werden zij uitgenodigd voorstellen te doen voor mogelijke hervormingen. De APB bracht in dit kader, zij het meer gedetailleerd, het verhaal dat zij ook in deze commissie heeft gebracht en dat voor een groot deel een neerslag heeft gevonden in de resultaten van de rondetafelconferentie.

Een lid merkt op dat de prijszetting van geneesmiddelen onderworpen is aan de prijsreglementering, wat onder meer een advies van de prijzencommissie van het departement Economische Zaken inhoudt. Heeft men aan de zijde van de apothekers enig inzicht in de wijze waarop deze prijzen tot stand komen? Men hoort immers vaak dat de dossiers die aan de prijzencommissie worden voorgelegd, economisch niet altijd even sterk gestoffeerd zijn. Zo is er vaak geen inzicht in de transferprijzen, wat een realistische economische evaluatie hoe dan ook bijzonder moeilijk maakt.

De heer Broecks antwoordt dat het niet de apothekers zijn die de dossiers voor de prijzencommissie economisch stofferen. Zij moeten hier wel een advies over geven en het is inderdaad zo dat de transferprijs in bepaalde gevallen een vrij opaak gegeven is. Anderzijds kan men zich als buitenstaander de vraag stellen in welke mate het mogelijk is deze transferprijs echt transparant te maken. Wie gaat voor de research, bijvoorbeeld, van buitenaf uitmaken of de aangerekende kosten effectief betrekking hebben op het specifieke onderzoek voor het geneesmiddel zelf, dan wel in welke mate hier ook de ongoing research in verrekend is?

De vorige spreker merkt op dat de prijzencontrole vrijwel voor alle producten die op de markt zijn, is verdwenen. De geneesmiddelen zijn een van de weinige uitzonderingen in dit verband. Indien men echter toch geen correct beeld kan krijgen van alle economische factoren die deze prijs bepalen, zou het dan niet beter zijn ook in deze sector de vrije concurrentie te laten spelen in plaats van een artificieel systeem in stand te houden dat geen objectieve controle mogelijk maakt?

De heer Bailleux merkt vooreerst op dat men deze aangelegenheid met de nodige zin voor nuance dient te benaderen. De geneesmiddelen op de Belgische markt zijn in internationaal perspectief zeker niet duur en hun kostprijs ligt zeker niet hoger dan het Europese gemiddelde. Er duiken in de pers wat dit betreft nogal wat verhalen op die niet altijd met de werkelijkheid overeenstemmen.

Dit neemt niet weg dat een aantal elementen van de prijs van geneesmiddelen inderdaad moeilijk te controleren zijn. Naast de reeds genoemde researchkos-

mentionner les frais de commercialisation. L'on peut ainsi se poser certaines questions par rapport à d'autres produits. Le médicament «Zocor» par exemple est commercialisé sur le marché dans des emballages de 28 et 56 comprimés. Le prix du produit «ex-usine» serait deux fois plus élevè en grand conditionnement que dans un petit emballage. De telles situations suscitent des interrogations.

Pour un petit marché comme celui de la Belgique, il n'est pas été aisé d'imposer une politique tarifaire à des entreprises internationales actives dans ce secteur. Comme nous l'avons déjà affirmé, ces prix ne sont pas anormalement élevés, même si des cas concrets démontrent qu'il est bon de demander à l'industrie de se montrer responsable.

M. Broecks ajoute que les pharmaciens ne constituent qu'une partie du secteur des médicaments et que ce n'est pas à eux de déterminer si les prix doivent ou non être libéralisés. Pour rappel, le système belge n'a pas entraîné des prix supérieurs à ceux des autres pays européens et certainement pas supérieurs aux prix des États-Unis.

En outre, au cas où la tarification libre était introduite, elle devrait être appliquée à tous les échelons du secteur. Notre système de soins de santé est un compromis entre la médicine non conventionnée d'une part et la médecine conventionnée de l'autre. Entre une régulation tarifaire totale et un marché entièrement libre, de nombreux maillons sont encore possibles et il s'agit de trouver le bon équilibre.

L'économie médicale est un secteur à peine sorti des limbes qui progresse rapidement. Il serait toutefois bon que dans une telle optique, chacun se mette autour d'une table et évalue les moyens pouvant être acceptés pour procéder aux remboursements sur la base de la valeur du médicament pour le patient et pour le système des soins de santé. Une telle approche est davantage axée sur l'utilisation du médicament que sur son prix sur lequel la politique est peut-être trop axée à l'heure actuelle.

Un membre répond que la suppression de la réglementation tarifaire ne doit pas obligatoirement signifier que la tarification serait incontrôlable dans la pratique. Outre la piste de la réglementation tarifaire, la Belgique peut encore suivre celle du remboursement. On constate à présent que la réglementation tarifaire, qui se déroule selon des critères particulièrement opaques, est décisive pour le prix remboursé par l'INAMI. L'ensemble du système pourrait être un peu plus honnête si cette première étape était supprimée et que l'on confiait à la caisse d'assurance-maladie le soin de déterminer la valeur de remboursement d'un médicament.

M. Broecks souligne que l'on fait ici référence à l'un des facteurs modérateurs du système actuel, à savoir le fait que les négociations tarifaires ont lieu

ten kunnen in dit verband ook de uitgaven voor commercialisering worden vermeld. Ten aanzien van een aantal producten kunnen dan ook vragen worden gesteld. Het geneesmiddel «Zocor» bijvoorbeeld werd op de markt gebracht in verpakkingen van 28 en 56 tabletten. De prijs van het product «Ex-usine» zou in de grote verpakking dubbel zo hoog zijn als in de kleine. Dergelijke situaties roepen op zijn zachtst gezegd vragen op.

Zeker in een kleine markt als de Belgische is het niet gemakkelijk de internationale ondernemingen die in deze sector actief zijn, een prijsbeleid te gaan opleggen. Zoals reeds gezegd, is deze prijs overigens niet abnormaal hoog maar concrete gevallen tonen toch aan dat het goed is de industrie te vragen om zich te verantwoorden.

De heer Broecks vervolgt dat de apothekers maar één partij vormen in de sector van de geneesmiddelen en het is niet aan hen om te gaan bepalen of de prijzen al dan niet dienen te worden vrijgelaten. Zoals reeds gezegd, heeft het Belgische stelsel zeker niet geleid tot hogere prijzen dan in de meeste andere Europese landen en zeker niet dan in de Verenigde Staten.

Daarbij komt dat indien de vrije prijszetting wordt ingevoerd, dit zou moeten gebeuren op alle echelons van de sector. Ons stelsel van gezondheidszorg is een compromis tussen vrije geneeskunde enerzijds en een conventiesysteem anderzijds. Tussen een totale prijsregulering en een volledig vrije markt zijn er derhalve nog heel wat schakels mogelijk en het komt erop aan hier het juiste evenwicht te vinden.

De gezondheidseconomie is een sector die nog in de kinderschoenen staat maar die sterke vooruitgang boekt. Het zou goed zijn dat vanuit een dergelijke optiek iedereen rond de tafel gaat zitten en op basis van de waarde van het geneesmiddel voor de patiënt en voor het gezondheidssysteem gaat evalueren welke middelen kunnen worden aanvaard voor terugbetaling. Een dergelijke benadering is meer gericht op het gebruik van het middel dan op de prijs, waar het beleid nu misschien iets te veel op gericht is.

Een lid antwoordt hierop dat de afschaffing van de prijsreglementering niet noodzakelijk hoeft te betekenen dat in de praktijk de prijszetting oncontroleerbaar wordt. België heeft naast het spoor van de prijsreglementering immers nog dat van de terugbetaling. Men stelt nu vast dat de prijsreglementering, die volgens zeer ondoorzichtige criteria verloopt, bepalend is voor de prijs die door het RIZIV wordt terugbetaald. Misschien zou het hele systeem een stuk eerlijker worden indien deze eerste stap wordt afgebouwd en het aan de ziekteverzekering wordt overgelaten te bepalen wat een middel waard is voor terugbetaling.

De heer Broecks merkt op dat hier wordt gewezen op een van de remmende factoren in het huidige stelsel, namelijk het feit dat de prijsonderhandeling twee

deux fois : au niveau des Affaires économiques et au sein de l'INAMI. Les procédures pourraient peut-être être accélérées si le prix déterminé à un seul niveau (les Affaires économiques), tandis que l'autre niveau (l'INAMI) pourrait déterminer sur le produit peut être remboursé à ce prix.

À une question portant sur l'enregistrement, M. Broecks répond que cette pratique est quasiment tombée en désuétude pour les produits novateurs diffusés à l'échelle internationale. En la matière, la Belgique est rarement une référence. En Belgique, seuls sont encore enregistrés les articles d'autogestion de la santé et autres produits de ce genre.

L'on constate en outre pour les produits enregistrés en Europe que les prix convergent dans les différents pays. En cas de différence, celle-ci peut s'expliquer de façon objective. Dans les pays au pouvoir d'achat moins élevé comme le Portugal ou la Grèce, les prix seront généralement moins élevés que dans les États membres plus nantis.

Une membre pense pouvoir conclure que les pays pouvant se prévaloir d'un système d'assurance sociale fortement développé font œuvre de « coopération au développement » vis-à-vis des autres États membres, ce qui, en tant que tel, n'est peut-être pas une mauvaise chose.

Un autre membre est d'avis qu'une discussion sérieuse doit en tout état de cause être amorcée au sujet de la tarification des produits pharmaceutiques. Il appert que les dépenses en la matière dépassent les bornes. Pour les produits remboursés, le patient paie actuellement une partie des 64 milliards de francs par an. Pour les médicaments non remboursés, il convient encore d'ajouter 55 milliards de francs. S'ajoutent à cela les médicaments délivrés sans ordonnance.

Au cas où l'on ne stopperait pas la spirale des coûts, on peut craindre que l'on soit occupé à scier la branche sur laquelle nous sommes assis.

Une autre intervenante rappelle une audition antérieure, de laquelle il est apparu que le nombre d'officines en Belgique par tête d'habitant est très élevé en comparaison avec les autres pays européens. Chacun sait que les prix de rachat des pharmacies sont particulièrement élevés et que ces montants doivent être récupérés par le chiffre d'affaires. Ces deux phénomènes ne favoriseraient-ils pas la consommation élevée de médicaments dans notre pays ?

M. Bailleux souligne à cet égard que 70 à 75 % des ventes en officine se composent de spécialités délivrées sur ordonnance. Une diminution du nombre de pharmacies n'aurait aucune incidence.

M. Broecks souligne que la Belgique dispose, après la Grèce, du réseau de pharmacies le plus dense. En page 18 et suivantes du rapport de la table ronde, vous

maal gebeurt : bij Economische Zaken en binnen het RIZIV. De zaken zouden wellicht sneller gaan indien op één niveau (Economische Zaken) de prijs wordt vastgesteld en op het andere (het RIZIV) wordt uitgemaakt of het product aan deze prijs voor terugbetaling in aanmerking kan komen.

Op een vraag in verband met de registratie merkt hij op dat deze, voor de innovatieve producten die op internationale schaal verspreid worden, op sterven na dood is. België is op dit vlak nog zelden een referentieland. Wat in België nog geregistreerd wordt, zijn voornamelijk de lokale zelfzorgartikelen en dergelijke meer.

Men stelt overigens voor de producten die Europees geregistreerd worden, vast dat de prijzen in de verschillende landen naar elkaar toegroeien of dat, indien er verschillen zijn, deze objectief verklaarbaar zijn. In minder koopkrachtige landen zoals Portugal of Griekenland zullen de prijzen doorgaans lager zijn dan in de rijkere lidstaten.

Een lid meent hieruit te mogen besluiten dat de landen die zich een sterk uitgebouwd sociale-zekerheidssysteem kunnen veroorloven, een stuk « ontwikkelingswerk » doen naar de andere lidstaten toe, wat als dusdanig misschien geen slechte zaak is.

Een ander lid is van oordeel dat er hoe dan ook een ernstige discussie op gang moet worden gebracht over de prijszetting van farmaceutische producten. Uit alle gegevens blijkt dat de uitgaven in dit verband de pan uitrijzen. Voor de terugbetaalbare producten betaalt de patiënt momenteel zelf een aandeel van 64 miljard frank per jaar. Voor de niet-terugbetaalbare middelen komt hier nog eens 55 miljard frank bij. Hier bovenop komen nog eens de geneesmiddelen die zonder voorschrift worden afgeleverd.

Indien deze kostenspiraal niet wordt stopgezet mag worden gevreesd dat men bezig is de tak af te zagen waarop men zit.

Een volgende spreekster herinnert aan eerdere hoorzittingen, waaruit is gebleken dat het aantal officina's in België per hoofd van de bevolking zeer hoog ligt in vergelijking met andere Europese landen. Iedereen weet dat de overnameprijzen voor apotheken bijzonder hoog liggen en dat deze bedragen via de omzet moeten worden gerecupereerd. Zijn dit geen twee fenomenen die voor een deel de hoge geneesmiddelenconsumptie in ons land in de hand werken ?

De heer Bailleux merkt in dit verband op dat 70 à 75 % van de van de verkoop in de officina's bestaat uit specialiteiten die op voorschrift worden afgeleverd. Een vermindering van het aantal apotheken zou hier geen invloed op hebben.

De heer Broecks voegt hieraan toe dat België na Griekenland het dichtste net aan apotheken heeft. Op bladzijde 18 en volgende van het verslag van de

trouverez des exemples de ce que l'APB et l'OPHACO souhaitent réaliser en la matière.

L'on s'y base sur une norme standard qui, pour les communes de plus de 30 000 habitants, prévoit une pharmacie pour 3 000 habitants. Pour les plus petites communes, ce chiffre passe, en fonction du nombre d'habitants, à 1 pour 2 000. Pour les noyaux vraiment isolés, pratiquement disparus en Belgique, l'on peut se baser sur 1 pour 1 500 habitants. Sur la base de cette norme, on compte actuellement un nombre trop élevé d'officines dans les grands centres. Pour ramener ce chiffre à la norme établie sur une période de 10 à 15 ans, l'on propose une politique encourageant en douceur la fusion des officines.

La norme ici proposée correspond par hasard aux normes en vigueur en France. La répartition dans ce pays est généralement considérée comme une bonne moyenne, tant pour ce qui est de la qualité de vie que des stocks disponibles de médicaments et leur accessibilité.

M. Bailleux ajoute qu'il convient de faire preuve de prudence en ce qui concerne les comparaisons internationales. La Belgique compte en effet 5 200 pharmacies (1 pour 1 900 habitants) pour 1 500 aux Pays-Bas. Dans ce pays, près de 1 000 médecins délivrent des médicaments et 2 000 à 3 000 drogueries peuvent également vendre des médicaments. Lorsqu'on tient compte de tous ces éléments, on arrive à un total de près de 5 500 points de vente.

Un membre constate que les pharmaciens estiment que l'évolution vers les plus grands emballages est négative, en raison du fait qu'une bonne partie de ces médicaments est retrouvée lors des collectes de produits non consommés.

L'objectif de ces grands emballages était toutefois de diminuer le coût des médicaments pour les patients atteints de maladies chroniques. Ils évitent les consultations médicales et le prix moyen du produit devait normalement diminuer. Doit-on en conclure que les grands emballages n'aboutissent pas chez les patients pour lesquels ils sont destinés ou s'agit-il d'autres médicaments ?

M. Bailleux répond que l'on retrouve toutes sortes de médicaments lors de la collecte. Il existe certains médicaments consommés de façon chronique et néanmoins vendus dans des emballages de 15 comprimés. Lorsqu'on en retrouve 14, des questions se posent. La Belgique pourrait peut-être s'inspirer du système allemand, où les patients reçoivent d'abord des emballages pour une première utilisation. L'on prescrit d'abord aux patients atteints d'une maladie chronique une petite quantité de médicaments et ce n'est qu'après avoir constaté que le patient supporte le produit que l'on passe à la taille supérieure. L'évolution vers les grands emballaages telle qu'on la connaît actuellement en Belgique n'est certainement pas à l'avantage du budget de l'INAMI.

rondetafel staan de voorstellen die de APB en OPHACO in dit verband wensen te doen.

Hierbij wordt uitgegaan van een standaardnorm, die voor gemeenten met meer dan 30 000 inwoners, één apotheek per 3 000 inwoners bedraagt. Voor kleinere gemeenten stijgt dit cijfer naar gelang van het inwonersaantal tot 1 op 2 000. Voor de echt afgelegen kernen, die in België vrijwel niet meer voorkomen, kan men gaan tot 1 op 1 500 inwoners. Uitgaande van deze norm zijn er, vooral in de grote centra, momenteel te veel officina's. Om deze op een periode van 10 à 15 jaar terug te brengen tot de voorgestelde norm, wordt een beleid voorgesteld dat de fusie van officina's zachtjes aanmoedigt.

De norm die hier wordt voorgesteld komt, toevalligerwijze, overeen met de normen die ook in Frankrijk worden gehanteerd. De spreiding in dit land wordt algemeen gezien als een goed gemiddelde, zowel wat de leefbaarheid betreft als inzake de beschikbare stocks aan geneesmiddelen en de bereikbaarheid.

De heer Bailleux vervolgt dat men overigens voorzichtig moet zijn met internationale vergelijkingen. België heeft inderdaad 5 200 apotheken (1 per 1 900 inwoners) tegenover 1 500 in Nederland. In dit land zijn er echter bijna 1 000 artsen die geneesmiddelen afleveren en 2 000 à 3 000 drogisterijen die ook farmaceutische producten mogen verkopen. Wanneer men dit samentelt, komt men op een totaal van om en bij 5 500 verkooppunten.

Een lid stelt vast dat de apothekers de evolutie naar grotere verpakkingen als negatief ervaren, mede omdat een groot deel hiervan wordt teruggevonden bij de inzameling van niet-gebruikte producten.

De bedoeling van deze grotere verpakkingen bestond er echter precies in de kosten voor chronische patiënten te verminderen. Zij sparen raadplegingen uit en de gemiddelde kostprijs van het product zou normaliter moeten dalen. Moet men uit het voorgaande dan besluiten dat de grote verpakkingen niet terecht komen bij de patiënten op wie ze gericht zijn of gaat het hier om andere geneesmiddelen ?

De heer Bailleux antwoordt dat men bij de inzameling alle soorten geneesmiddelen terugvindt. Er zijn voorbeelden van geneesmiddelen die chronisch worden ingenomen en worden verkocht in verpakkingen van 15 tabletten. Wanneer er hiervan 14 opnieuw worden ingeleverd, roept dit vragen op. Misschien zou België zich kunnen spiegelen aan het Duitse systeem waar men verpakkingen voor eerste gebruik kent. Er wordt aan de chronische patiënt eerst een kleine hoeveelheid van een middel voorgeschreven en pas wanneer is vastgesteld dat hij het product verdraagt en hierop is ingesteld, wordt overgegaan tot grotere modellen. De evolutie naar grotere verpakkingen zoals die in België momenteel voordoet, is zeker niet voordelig voor het budget van het RIZIV.

M. Broecks ajoute qu'en marge de l'aspect «première délivrance», il convient également de mentionner le suivi thérapeutique. Les patients auxquels on prescrit des médicaments contre l'hypertension ou des médicaments diminuant le taux de lipides ne sentiront pas directement une différence lorsqu'ils prennent ces produits. Bien souvent, ils sont par conséquent tentés de stopper la thérapie, même si cela n'est pas souhaitable d'un point de vue médical. Voilà pourquoi d'aucuns plaident pour qu'on ne délivre plus de quantité de médicaments dépassant un mois de consommation. Cela oblige également le patient à contacter régulièrement son médecin ou son pharmacien, ce qui permet également d'évaluer la thérapie.

Voilà pourquoi, au risque de se répéter, en plus du protocole de première délivrance, l'on travaille actuellement à un protocole de «répétition», dans lequel on pose au patient d'autres questions et où ce dernier est invité à fournir d'autres informations (effets secondaires, la façon dont le patient supporte le produit et autres).

L'évolution vers les emballages plus grands est également favorisée par différents éléments. L'un d'entre eux est le plafonnement du ticket modérateur. Le fait que ce dernier soit le même sur un grand emballage et sur un petit peut inciter les médecins à prescrire d'emblée de grandes quantités.

Un membre souhaite savoir quel pourrait être le rôle du médicament magistral dans le cadre d'une gestion responsable de l'assurance maladie-invalidité. Dans un passé récent, plusieurs mesures ont été prises vis-à-vis de ces médicaments en causant pas mal de remous.

Voici plusieurs années déjà, lorsque l'actuel premier ministre était encore ministre des Affaires sociales, des études indiquaient que le remplacement des 20 spécialités les plus prescrites par des préparations magistrales auraient pu permettre de substantielles économies à la fois pour le malade et pour les assurances.

Tant que l'on est aux solutions de remplacement, il n'y a aucune raison de ne pas impliquer les préparations magistrales à ce niveau.

Un autre intervenant souligne que cette question porte également sur la revalorisation de la profession de pharmacien. Est-il un «vendeur de médicaments» ou a-t-il une fonction particulière et irreemplaçable dans le système des soins de santé?

M. Bailleux fait référence en premier lieu aux résultats de la table ronde pour ce qui est de la revalorisation de la profession de pharmacien. Depuis un an environ, les représentants des pharmaciens entretiennent des contacts avec les organisations médicales de toutes tendances afin de déterminer la façon d'améliorer le rapport qualité-prix des soins de santé de base.

De heer Broecks voegt hieraan toe dat er naast het aspect «eerste afgifte», ook dat van de therapietrouw is. Patiënten die middelen tegen hoge bloeddruk of «lipidenverlagende» medicamenten voorgeschreven krijgen, zullen niet direct een verschil voelen wanneer zij deze producten innemen. Vaak zijn zij dan ook geneigd na een zekere periode met de therapie te stoppen, ook al is dit vanuit medisch standpunt niet wenselijk. Precies in het licht hiervan wordt ervoor gepleit geen verpakkingen af te leveren die meer dan een maand gebruik overspannen. Dit maakt op geregelde tijdstippen een contact tussen de patiënt en zijn arts of zijn apotheker noodzakelijk, waarbij de therapie kan worden geëvalueerd.

Vandaar dat zoals reeds gezegd, naast het protocol eerste afgifte, momenteel wordt gewerkt aan een protocol «herhaling» waarbij aan de patiënt andere vragen worden gesteld en informatie wordt gegeven (nevenwerkingen, verdragen van het product en dergelijke meer).

De evolutie naar grote verpakkingen wordt overigens door verschillende zaken in de hand gewerkt. Eén hiervan is de plafonnering van de remgelden. Het feit dat het remgeld op een grote verpakking hetzelfde is als op een kleine, kan voor de artsen een stimulans zijn om meteen grotere modellen voor te schrijven.

Een lid vraagt wat volgens de sprekers de rol van het magistrale geneesmiddel kan zijn in het kader van een verantwoord beheer van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. In het recente verleden werden er ten aanzien van deze middelen een aantal maatregelen genomen die nogal wat stof hebben doen opwaaien.

Reeds enkele jaren geleden, toen de huidige eerste minister nog minister van Sociale Zaken was, wezen studies uit dat de vervanging van de 20 meest voorgeschreven specialiteiten door magistrale bereidingen, zowel voor de zieke als voor verzekering een aanzienlijke besparing zou hebben opgeleverd.

Indien men het overigens over substitutie heeft, is er geen enkele reden om ook hier de magistrale bereidingen niet bij te betrekken.

Een andere spreekster stipt aan dat deze vraag ook betrekking heeft op de herwaardering van het beroep van de apotheker. Is deze een «verkoper van geneesmiddelen» of heeft hij een bijzondere en onvervangbare functie in het stelsel van gezondheidszorg?

De heer Bailleux verwijst wat de herwaardering van het beroep van de apotheker betreft in eerste instantie naar de resultaten van de rondetafel. Sinds ongeveer een jaar hebben de afgevaardigden van de apothekers contacten met de huisartsenorganisaties van alle strekkingen rond de vraag hoe de prijs-kwaliteitverhouding van de basisgezondheidszorg kan worden verbeterd.

La responsabilité des pharmaciens se situe naturellement au niveau du médicament et ils ne peuvent pas intervenir dans les domaines relevant de la responsabilité du corps médical. Il n'empêche que l'on planche sur de nouvelles structures que l'on pourrait dénommer, par analogie avec les GLEM, les GLEP (groupes locaux d'évaluation pharmaceutique). Cela pourrait signifier que les médecins et les pharmaciens se réunissent une ou deux fois par an au niveau local pour se concerter. D'ici, peu, les données de Farmanet seront accessibles aux médecins. Le pharmacien pourrait jouer un rôle constructif là où cela s'avère nécessaire, rechercher des solutions alternatives de concert avec les médecins pour certaines formes de comportement prescriptif.

Pour ce qui est des préparations magistrales, il est indéniable que la façon dont elles ont été massacrées par le gouvernement est loin d'avoir été une bonne chose pour l'accessibilité des soins de santé. Pour bon nombre d'affections «anodines» (refroidissements, toux...), le patient est dans l'obligation d'acheter la totalité d'un sirop, alors qu'une préparation magistrale s'avère presque toujours moins onéreuse. Le coût des médicaments pour cette sorte d'affection sont bien souvent minimalisés, mais dans les familles avec enfants en bas âge et aux revenus limités, ils peuvent peser lourd dans le budget.

M. Bailleux explique enfin que l'APB s'est prononcée voici un an environ en faveur de la substitution-sélection et depuis, chacun ou presque en a pris pour son grade. L'industrie pharmaceutique a littéralement fulminé, tandis que les médecins aussi se montrent hypersensibles.

D'aucuns ont l'impression, dans le cadre de cette discussion, que certains souhaiteraient en effet positionner à l'avenir certains groupes de pharmaciens comme de simples distributeurs de médicaments. C'est loin d'être le cas. En marge de son rôle de conseiller du patient, le pharmacien doit également voir sa fonction reconnue dans l'économie médicale. On a déjà évoqué la flambée des dépenses pour les médicaments, mais l'on ne peut perdre de vue qu'en marge de cette flambée, nous assistons à une diminution du nombre d'unités vendues.

M. Broecks ajoute que les préparations magistrales réalisées avant la ronde d'économies de février 1997 ont représenté pour l'INAMI une dépense de 3,6 milliards de francs sur base annuelle. À présent que cette somme est réduite de moitié, passant ainsi en deçà de la masse critique indispensable pour maintenir le secteur. À force de négociations particulièrement âpres, le secteur est parvenu à permettre le remboursement in extremis de 16 nouvelles molécules qui devraient permettre des économies directes. On constate d'ores et déjà que l'Association générale de l'industrie du médicament, à l'exception d'une firme déterminée, a fait appel auprès du Conseil d'État sur des bases procédurielles.

De verantwoordelijkheid van de apothekers ligt vanzelfsprekend op het vlak van het geneesmiddel en zij mogen niet ingrijpen in de domeinen die tot de verantwoordelijkheid van het medisch korps behoren. Dit neemt niet weg dat wordt nagedacht over nieuwe structuren die men naar analogie van de GLEM, de GLEP (groupes locales d'évaluation pharmaceutique) zou kunnen noemen. Dit zou betekenen dat één of twee keer per jaar de artsen en de apothekers op lokaal niveau samenkomen om overleg te plegen. Binnen afzienbare tijd zijn de gegevens van Farmanet voor de artsen beschikbaar. De apotheker zou een constructieve rol kunnen vervullen door, waar dit nodig is, samen met de artsen naar alternatieven te zoeken voor bepaalde vormen van voorschrijfgedrag.

Wat de magistrale bereidingen betreft is het een feit dat de wijze waarop deze door de overheid gemassacreerd zijn, een alles behalve goede zaak geweest is voor de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg. Voor tal van «goedaardige» aandoeningen (verkoudheid, hoest, ...) wordt de patiënt verplicht de totaliteit te betalen van een siroop, daar waar een magistrale bereiding vrijwel steeds goedkoper komt. De kostprijs van geneesmiddelen voor dit soort aandoeningen worden vaak geminimaliseerd, maar in gezinnen met kleine kinderen en een beperkt inkomen kunnen zij zeer zwaar wegen.

De heer Bailleux verklaart ten slotte dat de APB zich ongeveer een jaar geleden principieel uitgesproken heeft voor substitutie — selectie en sindsdien zowat iedereen in de nek heeft gekregen. De farmaceutische industrie heeft zeer zwaar uitgehaald en ook de artsen zijn wat dit betreft hypergevoelig.

Men krijgt in het kader van deze discussie de indruk dat een aantal groepen de apotheker voor de toekomst inderdaad zonder meer willen positioneren als een verdeler van geneesmiddelen. Dit is geenszins het geval. Naast zijn rol als raadgever van de patiënt moet ook zijn functie binnen de gezondheidseconomie meer erkenning krijgen. Er is reeds verwezen naar de snel stijgende uitgaven voor geneesmiddelen, maar men mag niet uit het oog verliezen dat hier een daling van het aantal verkochte eenheden tegenover staat.

De heer Broecks voegt hieraan toe dat de magistrale bereidingen vóór de besparingsronde van februari 1997 voor het RIZIV een uitgave van 3,6 miljard frank op jaarbasis vertegenwoordigden. Nu is dit bedrag ongeveer gehalveerd, waarmee het is gedaald onder de kritische massa, noodzakelijk om de sector in stand te houden. De sector is er wel met hard onderhandelen in geslaagd op de valreep 16 nieuwe moleculen die een directe besparing zouden opleveren, terugbetaalbaar te maken. Men stelt nu vast dat de Algemene Vereniging geneesmiddelenindustrie en één bepaalde firma zelfs hiertegen op proceduriële gronden beroep hebben ingesteld bij de Raad van State.

D'autre part, il est vrai qu'au cours des prochaines années, une nouvelle série de molécules, pouvant être délivrées sous le forme de préparations magistrales, ne seront plus protégées par brevet. On peut d'ores et déjà affirmer que ces molécules, sous la forme de préparations magistrales, seront nettement meilleur marché que les spécialités correspondantes. Selon toute évidence, l'industrie pharmaceutique considère cela comme une menace sérieuse.

La politique de l'APB a toujours été de maintenir une quantité viable de préparations magistrales (6 à 7% du total). Cela suffit pour accorder aux préparations magistrales une fonction d'indicateur tarifaire en marge de la spécialité.

La loi interdit expressément la substitution des spécialités par des préparations magistrales. Ces dernières ne peuvent par conséquent être prescrites que par un médecin en lieu et place d'un autre médicament. Malheureusement, la formation des médecins présente des lacunes sur ce plan et en la matière, des discussions sérieuses entre le gouvernement et les universités s'imposent.

Un membre explique que l'une des questions n'ayant pas encore reçu de réponse à l'issue de cette première série d'auditions est celle portant sur les répercussions des médicaments non remboursables sur les budgets familiaux. Les pharmaciens semblent les mieux placés pour pouvoir apporter une réponse.

M. Broecks répond que les totaux des médicaments remboursables et non remboursables correspondent à peu de choses près en valeur. Toutefois, en ce qui concerne le nombre de prestations, le rapport est de 1 pour 3. Près d'un quart des prestations sont remboursées. Pour les trois autres quarts, ce n'est pas le cas. Cela signifie grosso modo qu'un médicament non remboursable coûte en moyenne le tiers d'un produit remboursable. Il s'agit bien souvent de médicaments plus simples proposés dans de petits emballages répondant mieux aux besoins des patients.

Second aspect de cette matière : la supposition que pour un certain nombre de familles, le coût des médicaments est insupportablement élevé parce que certains de ces médicaments ne sont pas remboursés. Les conséquences peuvent être néfastes. De par le fait que les antitussifs ne sont plus remboursés, on a tendance à recourir à des antibiotiques remboursables pour de petites affections. Plus aucun antidouleur simple n'entre en ligne de compte pour le remboursement. Résultat : pour des raisons financières, d'aucuns ont tendance à recourir inutilement à des médicaments plus lourds. Il est clair que, de ce fait, une partie de l'effet d'économie est neutralisée, mais qui plus est, cette situation est loin d'être idéale du point de vue de la santé publique.

Anderzijds is het zo dat in de eerstkomende jaren opnieuw een reeks moleculen, die onder de vorm van een magistrale bereiding kunnen worden afgeleverd, vrij zal komen van brevet. Men kan nu stellen dat die onder de vorm van magistrale bereidingen stukken goedkoper zullen zijn dan de overeenkomstige specialiteit op dit ogenblik. Blijkbaar wordt dit door de farmaceutische industrie als een ernstige bedreiging gezien.

Het beleid van de APB heeft er altijd in bestaan een leefbare hoeveelheid magistrale bereidingen aan te houden (6 à 7% van het totaal). Dit volstaat om het magistrale een functie te geven als prijsindicator naast de specialiteit.

De wet verbiedt uitdrukkelijk de substitutie van specialiteiten door magistrale bereidingen. Deze laatste kan derhalve alleen door de arts als een alternatief voor andere geneesmiddelen worden voorgeschreven. Jammer genoeg schiet de artsenopleiding wat dit betreft erg tekort en is er op dit vlak een ernstig gesprek met de overheid en de universiteiten noodzakelijk.

Een lid verklaart dat een van de vragen waarop de commissie na deze eerste reeks hoorzittingen nog geen antwoord heeft gekregen, die is naar de weerslag van de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen op de gezinsbudgetten. De apothekers lijken het best geplaatst om hierover meer gegevens te verstrekken.

De heer Broecks antwoordt dat de totalen van de terugbetaalde en de niet terugbetaalde geneesmiddelen in waarde ongeveer overeenstemmen. Wat het aantal prestaties betreft echter, staan zij in een verhouding van 1 tot 3. Ongeveer een kwart van de prestaties is terugbetaald en voor drie kwart is dit niet het geval. Dit wil zeggen dat, ruw geschat, een niet-terugbetaalbaar geneesmiddel gemiddeld een derde kost van een terugbetaalbaar product. Het gaat meestal om eenvoudigere geneesmiddelen in kleinere verpakkingen die beter afgestemd zijn op hetgeen de patiënt nodig heeft.

Een tweede aspect van deze aangelegenheid bestaat in het vermoeden dat voor een aantal gezinnen de geneesmiddelenkost ondraagbaar hoog is omdat bepaalde middelen niet meer worden terugbetaald. Dit kan nefaste gevolgen hebben. Door het feit dat hoestbedarende middelen niet meer worden terugbetaald is er een neiging om ook voor kleinere aandoeningen naar antibiotica te grijpen die wel worden terugbetaald. Van de eenvoudige pijnstillers komt er geen enkele meer voor terugbetaling in aanmerking, wat ertoe kan leiden dat om financiële redenen naar onnodig zware middelen wordt gegrepen. Het hoeft geen betoog dat hierdoor niet alleen een deel van het besparingseffect wordt geneutraliseerd maar dat deze toestand tegelijk verre van ideaal is vanuit het oogpunt van de volksgezondheid.

Aussi, serait-il bon que l'on examine à nouveau la situation, certainement pour ce qui est des antidouleurs, surtout du point de vue des patients plus démunis comme les VIPO. Les pharmaciens se battent pour cela, entre autres dans le cadre des discussions relatives aux préparations magistrales. Toutefois, dans ce dossier, l'INAMI et le gouvernement font preuve d'une parallélisme aveugle. Ce qui n'est pas remboursable en tant que spécialité ne peut également l'être en tant que préparation magistrale.

Un membre souhaite savoir dans quelle mesure la rumeur selon laquelle ce seraient les spécialistes qui prescrivent des médicaments non remboursables est conforme à la réalité.

M. Broecks ne voit pas de corrélation directe en la matière. Il est certes vrai que l'on retrouve des produits lourds, comme des tranquillisants par exemple, dans les médicaments non remboursables mais selon lui, rien ne permet d'affirmer que les spécialistes auraient plus recours aux médicaments non remboursables que les autres médecins.

Une autre intervenante explique que durant les auditions antérieures, d'aucuns ont plaidé pour une approche du remboursement davantage axée sur la pathologie, de façon un tant soit peu comparable avec les anciennes pathologies sociales. Les patients souffrant d'une maladie grave ou chronique reconnue comme telle devraient bénéficier du remboursement pour les produits pour lesquels les autres patients ne bénéficient pas du remboursement. La techonogie de la carte SIS devrait être un instrument important.

M. Broecks estime qu'il n'est pas souhaitable, dans les circonstances actuelles, de faire figurer des donnés médicales ou thérapeutiques sur la carte SIS. Il pourrait éventuellement être possible, à terme, d'affirmer les catégories sociales sur cette carte.

Un système de sélection existe déjà par le biais du système d'attestatations du chapitre IV, en vertu duquel les produits sont remboursés dans certaines circonstances. Le système est soumis à d'importantes tensions administratives. Les médecins conseils sont à ce point submergés par les demandes que l'on peut se demander comment ils peuvent encore remplir leur tâches de façon correcte.

Un troisième système pourrait exister sous la forme d'une franchise. On en revient au Farmanet. Si les discussions stériles relatives à la seconde piste Farmanet ne s'étaient pas éternisées, l'on aurait déjà disposé d'un instrument permettant de détecter les patients caractérisés par des coûts exceptionnellement élevés de médicaments, à l'exception des produits non remboursables, non enregistrés dans le système.

M. Sabaux souligne qu'il convient de faire preuve de prudence avec la notion de « maladies sociales », car l'on peut trop aisément établir le lien avec certains

Het zou daarom goed zijn dat, zeker voor de pijnstillers, de zaken opnieuw worden bekeken, vooral vanuit het oogpunt van de minder draagkrachtige patiënten, zoals de WIGW's. De apothekers strijden hiervoor, onder meer in het kader van de discussies over de magistrale bereidingen. Het RIZIV en de overheid hanteren in dit dossier echter een blind parallellisme. Wat niet-terugbetaalbaar is als specialiteit, mag dit ook niet zijn als magistrale bereiding.

Een lid vraagt in welke mate het gerucht dat vooral de specialisten niet-terugbetaalbare geneesmiddelen voorschrijven, met de werkelijkheid overeenstemt.

De heer Broecks ziet terzake niet direct een correlatie. Het is wel zo dat ook bij de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen zware producten, bijvoorbeeld tranquillizers, voorkomen, maar er is volgens hem geen reden om aan te nemen dat de specialisten zich in hun voorschrijfgedrag meer dan andere artsen zouden richten op niet-terugbetaalbare middelen.

Een volgende spreekster verklaart dat tijdens voorgaande hoorzittingen door sommigen is gepleit voor een meer pathologiegerichte benadering van de terugbetaling, enigszins vergelijkbaar met de vroegere sociale pathologieën. Patiënten die lijden aan een zware of chronische aandoening die als zodanig is erkend, zouden dan terugbetaling genieten voor producten die in hoofde van andere patiënten niet-terugbetaalbaar zijn. De technologie van de SIS-kaart zou hiertoe een belangrijk instrument kunnen zijn.

De heer Broecks acht het niet wenselijk in de huidige omstandigheden, medische of therapeutische gegevens op de SIS-kaart te gaan aanbrengen. Wel zou het op termijn eventueel mogelijk zijn de sociale categorieën op deze kaart te verfijnen.

Er is nu reeds een selectiesysteem via het attestensysteem van hoofdstuk IV, waarbij producten onder bepaalde omstandigheden worden terugbetaald. Dit leidt overigens tot enorme administratieve spanningen in het stelsel. De adviserend geneesheren worden overspoeld door aanvragen in die mate, dat men zich kan afvragen hoe zij hun taak nog naar behoren kunnen vervullen.

Een derde systeem zou kunnen bestaan in de vorm van een franchise. Hier komt men terug bij Farmanet. Indien de contraproductieve discussie over het tweede Farmanet-spoor niet zolang had aangesleept, had men nu reeds een instrument gehad om bepaalde patiënten met uitzonderlijk hoge kosten inzake geneesmiddelen te detecteren, met uitzondering van de niet-terugbetaalbare producten, die niet in het systeem geregistreerd worden.

De heer Sabaux stipt aan dat men wel voorzichtig moet zijn met de verwijzing naar de « sociale ziekten » omdat hierbij al te gemakkelijk de band kan worden

comportements à risque, ce qui va à l'encontre des principes de notre système de soins de santé. On pourrait ainsi y trouver un argument pour ne pas prendre en charge les patients du SIDA.

Un membre explique qu'un remboursement reposant sur la pathologie ne doit pas prendre comme critère les causes de cette pathologie, ce qui en effet serait inacceptable. Le critère pour un remboursement plus élevé serait naturellement les coûts pour le patient découlant de cette maladie.

En effet, il est apparu des auditions antérieures que 80% à 90% des dépenses totales pour les soins de santé étaient concentrées dans 5% des patients lesquels sont naturellement confrontés à des coûts élevés. Il convient de détecter ce groupe et manifestement, ce n'est possible que sur la base de critères médicaux.

M. Denecker est d'avis que cette piste de réflexion mérite d'être suivie. C'est d'ailleurs ce que l'on a fait au niveau des soins palliatifs.

Ce que l'on ne peut perdre de vue dans le débat axé sur l'accès aux soins de santé, c'est que les problèmes financiers qui se présentent sont étroitement liés à plusieurs aspects qualitatifs. Dans des secteurs comme les soins palliatifs, les soins à domicile et la collaboration, cette corrélation est particulièrement forte. Les soins à domicile sont particulièrement onéreux pour le patient et pour peu qu'il préfère ce type de soins, il se verra dans l'obligation, pour des raisions financières, de recourir aux soins en milieu hospotalier, où les coûts sont à charge du gouvernement.

Ceci explique entre autres les résultats à première vue contradictoires des enquêtes, lesquelles font apparaître que 75% des patients (plus âgés) souhaitent être soignés à domicile, tandis que 75% se font soigner à l'hôpital.

Il est clair que d'autres facteurs jouent également un rôle, comme le fait que les familles dans lesquelles les deux parents travaillent peuvent difficilement prendre en charge un patient à la maison, la transparence limitée du système de soin pour les patients etc. Une fois le patient hospitalisé, il lui est difficile de passer au système de soins à domicile.

Quoi qu'il en soit, les personnes seront de plus en plus nombreuses, à l'avenir, à vouloir couler de vieux jours de façon digne et la société devra s'efforcer de formuler une réponse. Cette réponse devra entre autres comprendre le développement des équipes de soins à domicile, la réalisation d'un meilleur équilibre dans le financement des soins à domicile et en hôpital, ainsi qu'une description précise des tâches incombant aux différents dispensateurs de soins. En ce qui concerne ces derniers, la concurrence au sein d'un

gelegd met bepaald sociaal risicogedrag, wat tegen de beginselen van ons stelsel van gezondheidszorg is. Men zou hierin bijvoorbeeld een argument kunnen vinden om AIDS-patiënten aan hun lot over te laten.

Een lid verklaart dat een terugbetaling op basis van de pathologie niet als criterium de oorzaken van deze pathologie hoeft te nemen, wat inderdaad onaanvaardbaar zou zijn. Het criterium voor een verhoogde terugbetaling zouden vanzelfsprekend de kosten voor de patiënt zijn die het gevolg zijn van deze ziekte.

Uit eerdere hoorzittingen is immers gebleken dat 80 à 90% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg geconcentreerd zijn bij 5% van de patiënten, die vanzelfsprekend met enorme kosten geconfronteerd worden. Het komt erop aan deze groep te detecteren en waarschijnlijk is dit alleen mogelijk op basis van medische criteria.

De heer Denecker meent dat deze denkrichting zeker het onderzoeken waard is. Op het vlak van de palliatieve zorgverlening is men overigens deze richting uitgegaan.

Wat men in het debat rond de toegang tot de gezondheidszorg niet uit het oog mag verliezen, is dat de financiële problemen die zich in dit verband voordoen, nauw samenhangen met een aantal kwalitatieve aspecten. Precies in sectoren zoals de palliatieve verzorging, de thuiszorg en de transmurale samenwerking is deze verwevenheid zeer sterk. De thuisverzorging is voor de patiënt erg duur en hoewel hij hier de voorkeur aan geeft zal hij om financiële redenen toch kiezen voor verzorging in het ziekenhuis waar de lasten voor de overheid zijn.

Dit verklaart onder meer de op het eerste gezicht tegenstrijdige resultaten van enquêtes, waaruit blijkt dat 75% van de (oudere) patiënten thuis wenst verzorgd te worden, maar dat tegelijk 75% zich in het ziekenhuis laat verzorgen.

Er zijn hier vanzelfsprekend nog andere factoren die een rol spelen, zoals het feit dat het voor tweeverdieners moeilijk is een patiënt thuis op te vangen, de beperkte transparantie van het systeem van hulpverlening voor de patiënt en dergelijke meer. Eenmaal een patiënt in het ziekenhuis beland is, is het voor hem moeilijk over te stappen naar een systeem van thuisverpleging.

Hoe dan ook zal de vraag naar een menswaardige oude dag in de toekomst alleen maar toenemen en de maatschappij zal hier een antwoord moeten op trachten te formuleren. Dit antwoord zal onder meer moeten bestaan in een verdere uitbouw van de equipes voor thuiszorg, het tot stand brengen van een beter evenwicht in de financiering van thuiszorg en ziekenhuiszorg en een duidelijke taakomschrijving van de verschillende zorgverstrekkers. Wat dit laatste betreft kan concurrentie binnen een beroepsgroep, zoals dat

groupe professionnel peut s'avérer salutaire, comme c'est le cas pour les pharmaciens, mais la concurrence entre les différents groupes est, elle, néfaste pour le système des soins de santé.

Comment peut-on envisager le rôle du pharmacien sur ce plan ? D'un manière générale, les pharmaciens devraient être représentés dans l'ensemble des groupes de discussion ayant trait aux soins de santé étant donné qu'ils ont une mission spécifique à remplir à ce niveau. Pour ce qui est des soins à domicile, il est souhaitable que le pharmacien soit mis au fait de la fiche de médication. Dans les soins à domicile aussi, le patient est soumis à des changemnts de médicaments et le pharmacien peut à ce niveau remplir une fonction consultative.

Sur le plan des soins transmuraux, l'APB propose d'introduire la notion de « pharmacien de maison ». Il s'agit du pharmacien auquel le patient s'adresse le plus souvent et qui devrait être enregistré dans le dossier du patient lors de son admission et de sa sortie de l'hôpital. Cela permettrait un contact sérieux entre l'hôpital et le pharmacien ambulant.

Pour ce qui est de la procédure de sortie de l'hôpital, les pharmaciens souhaitent que pour les patients de catégorie C, à savoir les patients qui, après leur sortie de l'hôpital, doivent être suivis de près et de façon coordonnée, tous les prestataires de soins ambulants soient avertis deux jours avant la sortie du patient. Il s'agit entre autre des infirmiers, médecins traitants, pharmaciens, kinésithérapeutes etc.

Enfin, il convient encore d'améliorer le système des soins palliatifs à domicile. La concertation entre les dispensateurs de soins laisse beaucoup à désirer dans ce cadre. Le financement aussi doit être amélioré.

Un membre fait référence aux exposés liminaires desquels il est apparu que de nombreux pharmaciens avaient à faire face à des retards de paiement. Ont-ils une idée du groupe concerné ?

M. Denecker répond qu'il s'agit bien souvent des personnes plus faibles sur le plan social, ayant recours à la polypharmacie. Ce groupe présente les caractérises suivantes :

- femmes isolées avec enfants
- formation limitée
- personnes âgées (plus de 70 ans)
- personnes socialement isolées
- etc.

Les conditions économiques jouent également un rôle important. Le phénomène se présente avec plus d'intensité dans les régions caractérisées par un taux de chômage élevé.

voor de apothekers het geval is, heilzaam werken, maar concurrentie tussen de verschillende groepen is nefast voor het gezondheidssysteem.

Hoe kan men de rol van de apotheker op dit vlak zien ? In het algemeen zouden de apothekers vertegenwoordigd moeten zijn in alle gespreksgroepen in verband met de gezondheidszorg, aangezien zij op dit vlak een specifieke opdracht te vervullen hebben. Wat de thuiszorg betreft is het wenselijk dat de apotheker in kennis wordt gesteld van de medicatiefiche. De patiënt is ook in de thuiszorg onderworpen aan een wisselend medicatiepatroon en de apotheker kan hierbij een adviserende functie vervullen.

In verband met de transmurale zorg stelt de APB voor dat de notie « huisapotheker » wordt ingevoerd. Dit is de apotheker waartoe de patiënt zich doorgaans richt en die in het dossier geregistreerd zou moeten worden bij de opname en het ontslag uit het ziekenhuis. Dit zou een ernstig contact mogelijk maken tussen het ziekenhuismidden en de ambulante apotheker.

Met betrekking tot de ontslagprocedure uit het ziekenhuis vragen de apothekers dat voor de patienten categorie C, dit zijn de patiënten die na hun ontslag van zeer nabij en op een gecoördineerde wijze begeleid moeten worden, twee dagen voor het ontslag alle ambulante hulpverleners op de hoogte worden gebracht. Dit zijn onder meer de verpleger, de huisarts, de apotheker, de kinesist, enz.

Ten slotte moet er worden gewerkt aan het stelsel van de palliatieve thuiszorg. Het overleg tussen de hulpverleners in dit kader laat zeer te wensen over en ook aan de financiering dient dringend te worden gesleuteld.

Een lid verwijst naar de inleidende uiteenzettingen waar werd gewezen op het feit dat nogal wat apothekers met betalingsachterstand te maken hebben. Hebben zij enig beeld van de groep waar het hier om gaat ?

De heer Denecker antwoordt dat het meestal sociaal zwakkeren zijn die polyfarmacie gebruiken. In deze groep vindt men vaak de volgende kenmerken terug :

- alleenstaande vrouwen met kinderen
- een geringe opleiding
- ouderen (boven 70 jaar)
- sociaal geïsoleerden
- etc.

Daarnaast spelen de economische omstandigheden een belangrijke rol. Het fenomeen doet zich duidelijk sterker voor in streken met een hoge werkloosheidsgraad.

Un autre intervenant se range à cet avis, mais tient également à attirer l'attention sur le danger de situer uniquement la problématique de l'accès financier aux soins de santé sous l'angle des personnes « marginalisées ».

Une famille disposant de revenus raisonnables avec plusieurs enfants peut connaître de graves difficultés lorsqu'elle est confrontée, pour une raison ou une autre, à des dépenses de 20 000 francs par mois pour des médicaments. Il en va de même pour un indépendant après une faillite ou pour les personnes se retrouvant sans revenus après un divorce. Ce sont bien souvent ces groupes qui hésitent à s'adresser directement au CPAS. L'on constate également que ces personnes, sachant qu'elles ne peuvent payer, envoient leurs enfants chez le pharmacien. Ce dernier est alors confronté à un choix délicat. Dans la majeure partie des cas toutefois, il s'efforcera de régler les choses à l'avantage de la famille.

Il est difficile de prétendre que le gouvernement n'a fourni aucun effort pour ces patients. Le problème majeur toutefois est que l'aide financière, la franchise sociale et fiscale, est accordée *post factum*. Il va sans dire qu'un contrôle s'impose, mais l'on devrait s'efforcer de jouer plus serré. Dès que l'on reconnaît qu'un patient a des problèmes — que l'on qualifie cela de maladie sociale ou non — il devrait pouvoir accéder plus facilement aux soins de santé et aux facilités de remboursement.

M. Broecks ajoute que les lois sont nécessaires, mais que tout ne peut être réglé par ce biais. Les pharmaciens et autres dispensateurs de soins sont bien souvent placés dans des situations sur le terrain dans lesquelles ils doivent donner priorité à leur fonction sociale. Ils sont assurément disposés à prendre en charge cette mission sociale, inhérente à la profession, mais souhaitent également qu'on les reconnaisse. Bien souvent, les médecins et les pharmaciens sont dépeints comme des profiteurs du système, dont le but principal est de ratisser le plus possible de deniers publics. Qui connaît la situation sur le terrain sait pertinemment que rien n'est moins vrai.

M. Denecker souligne que le pharmacien est bien placé pour détecter les difficultés financières en rapport avec les soins de santé et il n'est pas rare qu'il signale certains problèmes au CPAS. Toutefois, il va de soi que de telles choses doivent se passer avec la plus grande discrétion et avec l'approbation du patient. En effet, tous ne souhaitent pas frapper à la porte du CPAS.

Un membre est disposé à croire tout cela, mais d'autres constatations semblent dépeindre une situation différente. L'on constate ainsi que certains hôpitaux du CPAS refusent d'administrer des soins à certains patients en raison de factures non honorées.

Een volgende spreker kan dit bijtreden, maar tegelijk wenst hij ervoor te waarschuwen dat men de problemen in verband met de financiële toegang tot de gezondheidszorg louter gaat situeren in de hoek van de « marginalen ».

Een gezin met een redelijk inkomen dat een aantal kinderen heeft, kan in ernstige moeilijkheden komen wanneer het om een of andere reden plots voor een uitgave van 20 000 frank per maand voor geneesmiddelen staat. Hetzelfde kan gelden voor een zelfstandige na een faillissement of voor mensen die zonder inkomen vallen na een echtscheiding. Het zijn vaak deze groepen bij wie er een zekere weerstand is om zich onmiddellijk tot het OCMW te wenden. Men stelt ook vast dat zij, wetende dat zij niet kunnen betalen, hun kinderen naar de apotheker zenden. Die staat dan voor een moeilijke keuze maar zal in de overgrote meerderheid van de gevallen toch de zaken trachten te regelen in het voordeel van het gezin.

Men kan moeilijk gaan beweren dat de overheid geen inspanningen heeft gedaan voor deze patiënten. Het grote probleem is echter dat de financiële hulp, bijvoorbeeld de sociale en fiscale franchise, *post factum* wordt toegekend. Er moet vanzelfsprekend controle zijn, maar men zou toch moeten proberen dichter op de bal te spelen. Zodra erkend is dat een patiënt problemen heeft — of men dit nu sociale ziekte noemt of niet — zou hij toch op een gemakkelijker wijze toegang tot hulpverlening en terugbetalingsfaciliteiten moeten krijgen.

De heer Broecks voegt hieraan toe dat wetten nodig zijn, maar dat langs deze weg niet alles kan worden geregeld. De apothekers en ook andere hulpverleners worden op het terrein vaak in situaties geplaatst waarbij zij voorrang moeten geven aan hun sociale functie. Zij zijn zeker bereid deze sociale opdracht, die eigen is aan het beroep, ten volle op te nemen, maar vragen wat dit betreft ook enige erkenning. Al te vaak worden artsen en apothekers immers afgeschilderd als profiteurs van het systeem, wie het er vooral om te doen is zoveel mogelijk overheidsgeld binnen te rijven. Wie de toestand op het terrein kent weet maar al te goed dat niets minder waar is.

De heer Denecker stipt aan dat de apotheker overigens goed geplaatst is om financiële moeilijkheden in verband met de gezondheidszorg te detecteren en het gebeurt dat hij het OCMW bepaalde problemen signaleert. Het spreekt echter voor zich dat dit met de grootste discretie en met de toestemming van de patiënt dient te gebeuren. Niet alle patiënten wensen bij het OCMW te gaan aankloppen.

Een lid wil dit alles best geloven, maar hier staan ook andere vaststellingen tegenover. Zo stelt men vast dat zelfs OCMW-ziekenhuizen aan patiënten hulpverlening weigeren omdat zij openstaande facturen hebben.

Par ailleurs, il convient de mentionner l'aspect structurel. Pour un pharmacien situé dans un quartier mieux situé, jouer un rôle social ne pose vraisemblablement aucun problème. Un pharmacien déployant ses activités dans une région reculée, par contre, pourra éprouver des difficultés à remplir ce rôle. Ainsi, en dépit du rôle social incontestable des dispensateurs de soins, le gouvernement ne peut en aucun cas écarter le problème.

M. Broecks abonde dans ce sens. D'autre part, il est vrai que les problèmes sociaux sont davantage répartis. Les difficultés de paiement en matière de soins de santé ne sont assurément pas l'apanage des quartiers socialement défavorisés. L'on peut toutefois craindre que ce problème ne puisse se régler à coups de lois et de règles. Pour atteindre ce groupe-cible, l'on sera presque dans l'obligation d'examiner la problématique sociale des patients ou de leur famille au cas par cas et s'efforcer de déterminer une catégorie de ce qui a déjà été qualifié de « maladie sociale ». Pour ces personnes, on sera presque forcé d'imposer une responsabilité au médecin et au pharmacien. On mettra ainsi à leur disposition un système permettant de mettre à la charge de la société un montant supérieur à ce qui est normalement remboursable.

Comme il a déjà été affirmé, il est très difficile de régler ce problème à coups de règles rigides. Voilà pourquoi il conviendrait de confier au médecin un objectif général en vertu duquel le patient dans le besoin se verrait prescrire des médicament de la façon la plus rationnelle qui soit, étant entendu que les produits indispensables seraient remboursés au maximum.

Une membre répond qu'il faut à tout prix éviter un système dual de soins de santé dans lequel l'on prescrirait de façon « rationnelle » à certains patients et de façon « irrationnelle » aux patients plus nantis. On créerait ainsi un double circuit dans lequel certains patients recevraient des soins de moins bonne qualité que le reste de la société.

M. Broecks répond que son objectif n'est pas d'arriver à un comportement « rationnel » et « irrationnel » en matière de prescription. Même si c'est toutefois ce que l'on constate dans la pratique. Aucun texte de loi n'oblige un médecin à prescrire des médicaments de façon rationnelle. Le gouvernement établit toutefois une liste des médicaments remboursables. Cela a pour résultat que le médecin est forcé, vis-à-vis des patients plus démunis, à ne pas prescrire de la façon la plus rationnelle du point de vue médical. Il est principalement obligé de se laisser guider par ce qui est remboursable pour le patient.

La preuve est donc faite que, aussi regrettable que cela soit, il existe déjà une médecine à deux vitesses, dans laquelle seuls les plus nantis peuvent actuellement se voir prescrire des médicaments de la façon la

Daarnaast is er het structurele aspect. Voor een apotheker in een beter gesitueerde wijk is het waarschijnlijk geen probleem om zijn sociale rol op te nemen. Een apotheker in een achtergestelde regio daarentegen zal dit wellicht onmogelijk kunnen kunnen volhouden. Dit maakt dat, ondanks de sociale rol die de zorgverstrekkers ongetwijfeld hebben, de overheid de problemen nooit op hen mag op afschuiven.

De heer Broecks is het met dit laatste eens. Het is anderzijds wel zo dat de sociale problemen meer verspreid raken. Betalingsmoeilijkheden in de gezondheidszorg zijn zeker geen prerogatief van de sociaal achtergestelde wijken. Het valt echter te vrezen dat men dit probleem niet alleen kan vatten in wetten en regels. Om de doelgroep te bereiken zal men bijna per geval de sociale problematiek van de patiënt of zijn gezin moeten gaan onderzoeken en streven naar een categorie van wat hier reeds eerder « sociale ziekten » is genoemd. Voor deze mensen zal men, bijna per geval, een verantwoordelijkheid moeten gaan leggen bij de arts en de apotheker, waarbij men hun een systeem aanreikt dat het mogelijk maakt meer dan hetgeen normaal terugbetaalbaar is, ten laste kunnen leggen van de gemeenschap.

Zoals reeds gezegd, is het zeer moeilijk dit in strikte regels te vatten. Vandaar dat aan de arts een algemene doelstelling zou moeten worden meegegeven waarbij de patiënt die sociaal behoevend is, zo rationeel mogelijk wordt voorgeschreven, maar met dien verstande dat wat nodig is, maximaal zou worden terugbetaald.

Een lid antwoordt hierop dat men absoluut een duaal systeem van gezondheidszorg, waarbij voor sommigen « rationeel » en voor de meer vermogenden « niet rationeel » wordt voorgeschreven, dient te vermijden. Men creëert aldus een dubbel circuit waarbij sommigen gezondheidszorg krijgen van een minder goede kwaliteit dan de rest van de samenleving.

De heer Broecks antwoordt dat het niet zijn bedoeling is te komen tot een « rationeel » en een « niet rationeel » voorschrijfgedrag. Wat stelt men echter in de praktijk vast. Er is geen enkele wettelijke tekst die de arts opdracht geeft rationeel voor te schrijven. Wel geeft de overheid een lijst van middelen die terugbetaalbaar zijn. Dit leidt ertoe dat de arts wordt gedwongen ten aanzien van de minder vermogende patiënten , niet op de vanuit medisch oogpunt meest rationele wijze te gaan voorschrijven, maar dat hij zich in belangrijke mate moet laten leiden door de vraag wat terugbetaalbaar is en dus door de patiënt kan worden gedragen.

Dit bewijst dat, hoe jammer dit ook is, er momenteel al een geneeskunde met twee snelheden bestaat, waarbij alleen een toplaag de mogelijkheid heeft zich op de medisch meest rationele wijze te laten verzor-

plus rationnelle sur le plan médical. Il plaide également pour que, vis-à-vis des patients éprouvant des difficultés financières, le médecin puisse également prescrire, sur des critères purement médicaux, dans un système de remboursement plus large. Le médecin bénéficie alors d'une certaine liberté et n'est plus lié, au niveau des prescriptions, par les besoins financiers de son patient.

Dans un tel système, les plus démunis bénéficient ainsi d'une protection maximale.

Par ailleurs, plusieurs mesures gouvernementales récentes vont en ce sens, comme celles visant certaines maladies chroniques comme les affections héréditaires du métabolisme. Ce que les centres agréés estiment indispensable pour les patients est remboursé par les assurances-maladie, sans que des listes de ce qui est remboursable et non remboursable doivent être établies. Pour certains groupes, il pourrait bien s'agir de la politique de l'avenir.

Une question se pose d'emblée : comment contrôler et maîtriser un tel système généralisé ? Pour ce faire, il existe la technique de l'évaluation par les pairs. On confie à l'ensemble d'une profession la mission (et la responsabilité) de veiller à ce que les soins administrés aux patients individuels le soient dans un cadre de référence bien précis.

Un membre fait observer que le peer review surgit à tort et à travers ces dernières années, mais que ses résultats se font encore rares.

M. Broecks répond que tout est question de moyens disponibles. Le gouvernement confie aux médecins le soin de développer un tel système sans leur donner les instruments nécessaires. Concrètement, la commission d'évaluation en matière de comportement prescriptif de médicaments (la commission Farmanet) souhaite depuis deux à trois ans qu'on mette à sa disposition plusieurs dizaines de millions pour alimenter le peer review avec des chiffres actualisés et bien structurés. Ces structures existent, mais l'on manque d'argent pour faire fonctionner le système. Actuellement, on travaille avec des chiffres portant sur la situation d'il y a deux ans.

L'expérience dans les autres pays, où l'on travaille de façon concertée au niveau local, prouve que c'est la bonne voie à suivre.

gen. Waar hij voor pleit is, dat ten aanzien van de patiënten die het financieel moeilijk hebben, de arts de mogelijkheid heeft ook op zuiver medische criteria voor te schrijven in een ruimere terugbetalingsregeling te voorzien. De arts krijgt dan een zekere vrijheid en is in zijn voorschrijfgedrag niet gebonden door financiële noden van de patiënt.

In een dergelijk systeem krijgt het minst begoede deel van de bevolking een maximale bescherming.

Overigens gaan een aantal recente regeringsmaatregelen in deze richting, bijvoorbeeld die ten aanzien van bepaalde chronische ziekten zoals de metabole aandoeningen. Wat door de hiertoe erkende centra noodzakelijk voor de patiënt wordt geacht, wordt ook door de ziekteverzekering terugbetaald, zonder dat hierbij allerhande lijstjes worden gemaakt van wat terugbetaalbaar is en wat niet. Voor een aantal groepen moet dit misschien het beleid van de toekomst worden.

Meteen duikt de vraag op hoe een dergelijk veralgemeend systeem kan worden gecontroleerd en beheersbaar blijft. Hiertoe bestaat de techniek van de peer review. Aan de beroepsgroep in zijn totaliteit geeft men de opdracht (en verantwoordelijkheid) erop toe te zijn dat de verzorging van de individuele patiënt binnen een bepaald referentiekader gebeurt.

Een lid merkt op dat de peer review de jongste jaren te pas en te onpas opduikt, maar dat hiervan tot nog toe weinig resultaten te zien zijn.

De heer Broecks antwoordt dat dit alles te maken heeft met de beschikbare middelen. De overheid geeft de artsen de opdracht een dergelijk systeem uit te werken, maar stelt hun terzake geen enkel instrument ter beschikking. Concreet is er binnen de evaluatiecommissie inzake voorschrijfgedrag van geneesmiddelen (de zogenaamde Farmanetcommissie) al twee tot drie jaar een vraag om enkele tientallen miljoenen ter beschikking te stellen om de peer review te voeden met actuele en goed gestructureerde cijfers. De structuren zijn aanwezig maar er is geen geld om het systeem te doen functioneren. Momenteel wordt gewerkt met cijfers over de toestand twee jaar geleden.

De ervaring in andere landen, waar met een degelijk lokaal overleg wordt gewerkt, bewijst dat dit de juiste weg is.

II. AUDITION DES REPRÉSENTANTS DE L'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES BANDAGISTES ET ORTHOPÉDISTES DE BELGIQUE (1)

A. Exposé de M. Weyn, secrétaire général de l'association professionnelle

1. Proposition de la profession

La profession de bandagiste, orthopédiste-bandagiste compte parmi les plus anciennes professions du monde. Il existe des illustrations datant de l'antiquité égyptienne sur lesquelles on aperçoit des personnes portant des prothèses. Par ailleurs, le tsar de Russie avait élaboré une nomenclature pour les amputations, principalement militaires.

La profession traite 80 % de maladies chroniques, à savoir des patients ayant constamment besoin de soins.

Le champ d'action englobe :

• les bandages et fauteuils roulants (colostomie, ceinture abdominale etc.);

• Orthèses : accompagnement du tronc ou des membres;

• Prothèses : remplacement des membres manquants.

Les fournitures ont également une incidence directe sur :

• la diminution des jours d'alitement;

• la diminution des soins à domicile et l'amélioration du confort;

• l'intégration sociale plus rapide;

• une reprise du travail plus rapide;

• la diminution du nombre de traitements médicaux et paramédicaux.

2. Gestion du budget

En 1993, une réactualisation complète de la nomenclature a été introduite. L'objectif de cette nouvelle nomenclature était :

Une plus grande transparence

Une description plus précise et plus ciblée des fournitures par le biais de la délimitation des topographies; en d'autres termes : quel appareil entre en ligne de compte pour telle affection.

(1) Audition du 3 décembre 1998 de MM. Weyn, secrétaire général, et Duchesne, de l'Association professionnelle des bandagistes et orthopédistes de Belgique.

II. HOORZITTING MET VERTEGENWOORDIGERS VAN DE BEROEPSVERENIGING DER BANDAGISTEN EN ORTHOPEDISTEN VAN BELGIË (1)

A. Uiteenzetting van de heer Weyn, secretaris-generaal van de beroepsvereniging

1. Voorstelling van het beroep

Het beroep van bandagist, orthesist-bandagist behoort tot de oudste ter wereld. Er bestaan afbeeldingen uit de Egyptische oudheid waarop personen met prothesen te zien zijn en de Russische tsaar vaardigde een nomenclatuur uit voor amputaties, vooral bij militairen.

Het beroep verzorgt voor 80 % chronische ziekten, dit wil zeggen patiënten die blijvende verzorging nodig hebben.

Het werkterrein omvat :

• Bandages en rolwagens : collo, buikgordels, enz.;

• Orthesen : begeleiding van romp of lidmaat;

• Prothesen : vervanging van ontbrekende lichaamsdelen.

De verstrekkingen hebben tevens een directe invloed op :

• de vermindering van ligdagen;

• de vermindering van thuisverzorging en verbetering van het comfort;

• snellere sociale integratie;

• vluggere werkhervatting;

• vermindering van het aantal medische en paramedische behandelingen.

2. Beheer van het budget

In 1993 werd een volledige upgrading van de nomenclatuur doorgevoerd. De doelstelling hiervan was :

Meer transparantie

Een betere en meer gerichte omschrijving van de verstrekkingen via afbakening van de topografieën, met andere woorden welk apparaat komt in aanmerking voor welke aandoening.

(1) Hoorzitting van 3 december 1998 met de heren Weyn, secretaris-generaal, en Duchesne van de Beroepsvereniging der bandagisten en orthopedisten van België.

Économique

En scindant les fournitures en préfabriqué, IMF et sur mesure :

Reflet d'une nécessité thérapeutique, une répartition de la nomenclature en fonction des besoins a été réalisée et divisée en quatre catégories : les fournitures d'une nécessité absolue, une nécessité sérieuse, une nécessité modérée et une nécessité relative.

Classe I : Indications absolues

ex. fracture cervicale, paraplégie, amputation

Classe II : Indications sérieuses

ex. névralgies paralytiques, instabilité du genou

Classe III : Indications modérées

ex. lumbago, torticolis

Classe IV : Indications relatives

ex. syndrome de douleur cervicale

Les fournitures en question ont à nouveau été calculées en fonction du prix. Ce calcul a été effectué par un bureau de réviseurs indépendant. Résultats :

Bezuinigend

Door het opsplitsen in prefab, IMF en maatwerk :

Dit gereflecteerd op een therapeutische noodzakelijkheid werd een indeling van de bestaande nomenclatuur naar behoefte gemaakt, verdeeld in vier klassen : de verstrekkingen met een absolute noodzaak, een minder grote noodzaak, een noodzaak en een relatieve noodzaak.

Class I : Absolute indications

e.g. cervical fracture, paraplegia, amputation

Class II : Serious indications

e.g. paralytic ischias, knee instability

Class III : Moderate indications

e.g. lumbago, torticollis

Class IV : Relative indications

e.g. cervical pain syndrome

De desbetreffende verstrekkingen werden opnieuw prijsmatig berekend. Dit gebeurde door een extern onafhankelijk revisorenkantoor en gaf als resultaat :

a) en 1963 :

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be)»

a) in 1963 :

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be)»

b) juste avant l'introduction de la nouvelle nomenclature le 1er février 1993:

b) net voor het invoeren van de nieuwe nomenclatuur op 1 februari 1993:

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be)»

L'on constate d'importantes différences au niveau de la composition du prix de revient selon qu'il s'agit de sur-mesure, d'IMF ou de préfabriqué. Dans cette dernière catégorie par exemple, les coûts représentent une part nettement plus importante que dans le cas du sur-mesure, où les coûts de main-d'œuvre sont naturellement plus élevés.

c) après l'introduction de la nouvelle nomenclature en 1993:

Men stelt vast dat er grote verschillen zijn in samenstelling van de kostprijs naar gelang het maatwerk, IMF of prefab betreft. In deze laatste groep bijvoorbeeld neemt het aandeel van de kost voor het materiaal een veel groter aandeel in beslag dan bij maatwerk, waar vanzelfsprekend de loonkosten hoger liggen.

c) na de invoering van de nieuwe nomenclatuur in 1993:

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be)»

Le prix des fournitures est encore plus scindé et, dans l'illustration, l'on part du principe que le prix des matériaux équivaut à 100. Ce nouveau système présente le grand avantage qu'en cas de hausse soit des prix, soit des salaires, des matériaux ou autres, il faut uniquement agir sur la partie exprimée en pourcentage prévue dans le coefficient Walckiers. En cas de hausse des salaires de un pour cent par exemple, cela signifiera uniquement, en ce qui concerne le prix de revient, une hausse de un pour cent de la partie salaires, et non du prix total. Ce système est plus objectif que la méthode qui est trop souvent appliquée, malheureusement, dans les assurances maladie, et qui tient compte de toute une tendance. Une augmentation salariale de un pour cent entraîne bien souvent une augmentation de un pour cent du prix de revient total.

Il n'est pas étonnant que l'introduction de ce système ait permis de substantielles économies.

Par ailleurs, cette répartition de la nomenclature a permis de diversifier en fonction de l'opportunité des produits consommés. Le graphique suivant illustre la consommation des quatre types de produits dont il était question ci-avant.

De prijs van de verstrekkingen wordt hier nog meer uitgesplitst en in de voorstelling wordt uitgegaan van een materiaalprijs gelijk aan 100. Dit nieuwe systeem geeft als groot voordeel dat bij prijsverhogingen hetzij van lonen, materialen of andere, enkel dient te worden ingegrepen op het procentuele gedeelte voorzien in het coëfficiënt Walckiers. Wanneer bijvoorbeeld de lonen met één procent stijgen zal dit wat de kostprijs betreft alleen betekenen dat het aandeel lonen hierin met één procent toeneemt en niet de totale kostprijs. Dit systeem is een stuk objectiever dan de methode die helaas al te veel in de ziekteverzekering wordt toegepast en waarbij een trend wordt berekend. Een verhoging van de lonen met één procent staat hier vaak gelijk met een verhoging van de totale kostprijs met één procent.

Het hoeft niet te verwonderen dat de invoering van dit systeem tot zeer grote bezuinigingen heeft geleid.

Tevens geeft deze nomenclatuurindeling de mogelijkheid te diversifiëren naar opportuniteit van de geconsumeerde producten. De volgende grafiek geeft de consumptie weer van de vier types van producten waarvan eerder sprake was.

« Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be) »

« Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be) »

L'on note sur la base de ce graphique, principalement pour les catégories 3 et 4, une augmentation des dépenses en 1993. Cette augmentation n'est toutefois pas le résultat d'une augmentation de la consommation, mais résulte du fait que le secteur a été transféré du comité paritaire additionnel au comité paritaire de la transformation du cuir et de la cordonnerie (128.06), où les salaires sont plus élevés. Au sein de ce comité paritaire, une propre classification salariale a été instaurée pour le secteur.

Résultat: dans le budget, 0,75 % seulement des dépenses totales au niveau de l'assurance maladie, soit une progression de 365 millions de francs.

Cette nouvelle approche a toutefois bien vite fait apparaître un résultat non équivoque:

Men stelt op basis van deze grafiek vooral voor de categorieën 3 en 4 een stijging van de uitgaven vast in 1993. Deze zijn echter niet het gevolg van een verhoogde consumptie, maar van het feit dat de sector werd overgeheveld van het aanvullend paritair comité naar het paritair comité van de lederbewerking en schoennijverheid (128.06), waar de lonen hoger liggen. Binnen dit paritair comité werd intussen een eigen loonclassificatie voor de sector opgebouwd.

Een en ander had wel tot gevolg dat in het budget, dat slechts 0,75 van de totale uitgaven voor de ziekteverzekering uitmaakt, een sprong van 365 miljoen frank werd gemaakt.

De nieuwe aanpak gaf echter zeer snel een duidelijk resultaat:

	1993	1994	1995	1996	1997
BD orthopédie — *BD orthopedie* . .	1 521 700 000	1 625 600 000	1 755 300 000	2 195 800 000	2 154 000 000
BD bandagisterie — *BD bandagisterie*	1 332 100 000	1 448 500 000	1 329 200 000	1 486 800 000	1 369 300 000
	2 853 800 000	**3 074 100 000**	**3 084 500 000**	**3 682 600 000**	**3 523 300 000**
Dép. orthopédie — *Uitg. orthopedie* .	1 587 439 617	1 274 085 757	1 985 847 241	2 118 433 636	2 047 831 643
Dép. bandagisterie — *Uitg. bandagisterie*	1 233 375 393	1 755 765 466	1 344 741 342	1 427 089 457	1 331 386 601
	2 820 815 010	**3 029 851 223**	**3 330 588 583**	**3 545 523 093**	**3 379 218 244**
Solde ORT — *Saldo ORT*	65 739 617	–351 514 243	230 547 241	–77 366 364	–106 168 357
Solde BAN — *Saldo BAN*	–98 724 607	307 265 466	15 541 342	–59 710 543	–37 913 399
Solde — *Saldo*	**–32 984 990**	**–44 248 777**	**246 088 583**	**–137 076 907**	**–144 081 756**
% solde ORT — *% Saldo ORT* . .	2,3 %	–11,4 %	7,5 %	–2,1 %	–3,0 %
% solde BAN — *% Saldo BAN* . .	–3,5 %	10,0 %	0,5 %	–1,6 %	–1,1 %
% solde — *% Saldo*	–1,2 %	–1,4 %	8,0 %	–3,7 %	–4,1 %

À partir de 1993, un excédent sur le budget estimé a été réalisé, à l'exception de l'année 1995, qui a eu pour résultat une surconsommation. Après enquête, il est toutefois apparu que la cause était uniquement imputable au glissement de la facturation par les compagnies d'assurance. En fait, il s'agissait de la rectification d'une situation indésirable. Jusqu'en 1993, les factures étaient enregistrées avec un retard d'environ 3 mois. Depuis cette année, la situation a été rectifiée, avec pour résultat que l'on a facturé beaucoup plus et que bon nombre de secteurs ont dépassé les budgets octroyés.

Pour les autres années, on constate toutefois que les excédents allaient de 32 984 990 francs à 144 081 756 francs. Sur la base des données déjà connues, l'on peut supposer que l'excédent en 1998 dépassera les 200 millions de francs.

Il est donc clair qu'un système dans lequel les dépenses sont évaluées sur la base des frais réels porte clairement ses fruits. Le point de départ selon lequel les honoraires sont revus à la baisse ou limités lorsque les budgets sont dépassés est un mauvais point de départ. En effet, dans un tel système, le dispensateur s'efforcera de compenser des pertes de revenus par un

Vanaf 1993 werd een overschot op het geraamde budget verwezenlijkt, met uitzondering van het jaar 1995, dat een overconsumptie als resultaat gaf. Na onderzoek bleek echter dat dit enkel en alleen te wijten was aan een verschuiving van de facturatie door de verzekeringsinstellingen. In feite betrof het hier het rechtzetten van een onwenselijke situatie. Tot het jaar 1993 werden de facturen geregistreerd met een achterstand van ongeveer 3 maanden. Sinds dat jaar werd dit rechtgetrokken met als gevolg dat er veel meer werd gefactureerd en tal van sectoren boven het hun toegekende budget uitkwamen.

Voor de andere jaren stelt men echter vast dat er overschotten waren van 32 984 990 frank tot 144 081 756 frank. Op basis van de nu reeds gekende gegevens mag men ervan uitgaan dat het overschot in 1998 meer dan 200 miljoen frank zal bedragen.

Het is duidelijk dat een systeem waarbij de uitgaven worden geraamd op basis van reële kosten duidelijk vruchten afwerpt. Het uitgangspunt dat de honoraria worden verminderd of beperkt wanneer de budgetten worden overschreden is een verkeerd uitgangspunt. De verstrekker zal in een dergelijk systeem immers trachten zijn verlies aan inkomsten te com-

nombre accru de prestations. Chaque prestation supplémentaire ne signifie toutefois qu'un petit revenu supplémentaire pour le dispensateur, alors que toute une série d'autres coûts additionnels y sont systématiquement liés. Les revenus du dispensateur ne représentent en effet qu'une petite partie du prix de revient total de la fourniture.

On peut également constater que ce procédé permet de réaliser à la longue des économies de plus en plus importantes.

Dernière chose mais non des moindres: les bandagistes mènent une politique drastique, reposant exclusivement sur des arguments économiques, dans le secteur de la colo-incontinence, dont le budget total a suivi la courbe ascendante en raison de l'attitude monopolisatrice des sous-traitants.

penseren via meer prestaties. Iedere meerprestatie betekent echter slechts een kleine meerwinst voor de verstrekker maar er zijn telkens wel een reeks andere meerkosten aan verbonden. Het inkomen van de verstrekker is immers slechts een klein onderdeel van de totale kostprijs van de verstrekking.

Tevens kan worden vastgesteld dat deze werkwijze in tijd een steeds groter wordende besparing oplevert.

Last but not least, voerden de bandagisten een drastische politiek, zuiver gesteund op economische argumenten, door in de sector collo-incontinentie, waarvan het budget totaal uit zijn verhouding groeide door de monopoliserende houding van de toeleveringsbedrijven.

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be)»

Ce graphique fait clairement apparaître la disproportion dans l'évolution d'un certain nombre d'interventions par rapport au budget. À la suite de la diminution des remboursements INAMI de 10%, couplée à une approche commerciale au lieu d'une approche administrative de ces sous-traitants (industrie pharmaceutique) par les dispensateurs, nous sommes parvenus à faire diminuer le prix d'achat des matériaux de ce même pourcentage durant une période de 6 mois. Résultat: la patient pouvait à nouveau acheter son matériel au prix INAMI et des économies de 65 millions de francs, soit 13% du budget colo 1997, ont pu être réalisées.

L'objectif était de réinvestir cet argent économisé dans des dossiers particulièrement importants sur le plan social dans le traitement des patients chroniques.

Uit deze grafiek blijkt duidelijk de wanverhouding in de evolutie van een aantal ingrepen tegenover het budget. Door de vermindering van de terugbetaling RIZIV met 10% gekoppeld aan een commerciële aanpak in plaats van een administratieve aanpak ten opzichte van deze toeleveringsbedrijven (farmaceutische nijverheid) door de verstrekkers, slaagden wij erin de aankoop materiaalprijs in een periode van zes maanden te doen dalen met een zelfde percentage. Dit had tot gevolg dat de patiënt zijn materiaal opnieuw aan RIZIV-prijs kon aankopen en leverde een bezuiniging van 65 miljoen frank of 13% op tegenover het voorziene budget collo 1997.

Het was de bedoeling dit gespaarde geld te herinvesteren in dossiers met een grote sociale noodzaak binnen de behandeling van de chronische patiënten.

Malheureusement, la commission budgétaire de l'INAMI était d'un avis différent et a pénalisé le patient ainsi que ce modeste secteur en imposant des économies supplémentaires de l'ordre de 75 millions de francs. Comme nous le verrons, ce montant est indispensable pour l'amélioration du remboursement des prothèses mammaires. Ce n'est pas stimulant de devoir constater que les secteurs enregistrant de bons résultats voient leur budget amputé de 75 millions de francs au profit de secteurs moins performants.

La commission budgétaire refuse catégoriquement de traiter les secteurs avec leurs budgets bandagisterie et orthopédie respectifs comme un seul et même budget.

Néanmoins, il est clair qu'il s'agit des mêmes dispensateurs de soins. Qui plus est, dans environ 20% des cas, les matières bandagisterie/orthopédie se chevauchent, de sorte que la procédure de feu clignotant se déclenchera par secteur partiel et que, par conséquent,

— on se limite où la consommation est excédentaire;

— on se limite à terme où la consommation est insuffisante, en oubliant que ces deux secteurs se complètent et sont complémentaires.

Cette arme est à double tranchant.

B. Exposé de M. Duchesne

1. Le budget actuel

M. Duchesne aborde en premier lieu quelques chiffres en rapport avec l'évolution budgétaire.

Évolution des salaires durant la période allant d'octobre 1992 à 1994. On constate à ce niveau pour les trois catégories de travailleurs une augmentation de 5% sur une période relativement courte.

Jammer genoeg oordeelt de budgetcommissie RIZIV hierover anders en bestraft zij zowel de patiënt als deze kleine sector met een supplementaire bezuiniging van 75 miljoen frank. Zoals verder zal blijken, is dit bedrag noodzakelijk voor de verbetering van de terugbetaling van borstprothesen. Het is niet erg stimulerend wanneer men in de verzekeringsraad moet vaststellen dat voor de sectoren die het goed doen, het budget zonder meer met 75 miljoen frank kan worden verlaagd ten voordele van de sectoren die minder goed presteren.

De budgetcommissie weigert pertinent de sectoren met hun respectieve budget bandagisterie en orthopedie als één budget te behandelen.

Nochtans is het duidelijk dat het om dezelfde prestatiehouders gaat en meer nog dat de materies bandagisterie/orthopedie zich voor ongeveer 20% totaal overlappen waardoor de knipperlichtprocedure per deelsector gaat functioneren en men bijgevolg:

— daar beperkt waar er teveel consumptie is;

— op termijn daar beperkt waar ondergeconsumeerd wordt, vergetende dat deze beide sectoren elkaar aanvullen en complementair zijn.

Dit mes snijdt dubbel.

B. Uiteenzetting door de heer Duchesne

1. Het huidige budget

De heer Duchesne gaat vooreerst in op enkele cijfers in verband met de budgetevolutie.

Evolutie van de lonen in de periode oktober 1992 tot en met 1994. Men stelt hier voor drie categorieën werknemers een stijging vast met 5% op relatief korte termijn.

Évolution des salaires dans la CP 128.06 (31.12.1992 = 100 %)

Evolutie van de lonen in het PC 128.06 (31.12.1992 = 100 %)

« Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be) »

« Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be) »

Évolution du budget orthopédie de 1986 à 1996. On note clairement une augmentation des produits bon marché IMF et Préfabriqués tandis que le sur mesure affiche une diminution marquée en chiffres relatifs.

Evolutie van het budget orthopedie in de periode 1986-1996. Opmerkelijk hierbij is een duidelijke stijging van de goedkopere producten IMF en Prefab terwijl het maatwerk in relatieve cijfers een duidelijke daling vertoont.

Dépenses pour les soins de santé ambulatoires pour les appareils orthopédiques en Belgique (1986-1996)

Ambulatory Health Care Expenditures for Orthopaedic Devices in Belgium (1986-1996)

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be)»

À partir de 1994, on note un affaiblissement très clair de la courbe de croissance du budget, une tendance qui se poursuit également après 1996. L'augmentation des dépenses est de ce fait mieux contrôlée.

Vanaf 1994 kan een duidelijke afzwakking van de stijgingscurve van het budget worden vastgesteld, een trend die zich ook na 1996 heeft doorgezet. De stijging van de uitgaven wordt derhalve duidelijk beter onder controle gehouden.

Dépenses de soins de santé pour les appareils orthopédiques en Belgique 1986-1996 (BEF 1996)

Health Care Expenditures for Orthopedic devices in Belgium 1986-1996 (BEF 1996)

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be)»

L'évolution des dépenses trimestrielles met en lumière un problème au niveau de la définition de la tendance, une tendance utilisée pour adapter les budgets. Le graphique suivant illustre les dépenses par trimestre pour la période 1991-1996. Prédire l'évolution des dépenses pour le quatrième trimestre de 1996 relève de la gageure.

Een probleem om de trend te bepalen, een trend die gebruikt wordt om de budgetten aan te passen, blijkt duidelijk uit de evolutie van de trimesteriële uitgaven. De volgende grafiek geeft de uitgaven per trimester voor de periode 1991-1996. Het is moeilijk om uit te maken hoe de uitgaven in het vierde trimester van 1996 zullen evolueren.

Dépenses trimestrielles pour l'orthopédie et la bandagisterie (INAMI 1991-1996 T3)

Trimestriële uitgaven Orthopedie en Bandagisterie (RIZIV 1991-1996 T3)

« Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be) »

« Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be) »

Il appert du graphique suivant qu'une importante augmentation s'est produite durant ce quatrième trimestre 1996. Toutefois, cette augmentation a d'emblée été suivie par une diminution aussi importante ou presque durant le premier trimestre 1997.

Uit de volgende grafiek blijkt dat er zich in dit vierde trimester van 1996 een enorme stijging heeft voorgedaan, die echter meteen is opgevolgd door een bijna even grote daling in het eerste trimester van 1997.

Dépenses trimestrielles pour l'orthopédie et la bandagisterie (INAMI 1991-1998 T1)

Trimestriële uitgaven Orthopedie en Bandagisterie (RIZIV 1991-1998 T1)

«Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (http://www.senate.be)»

«Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (http://www.senate.be)»

Cela confirme une fois de plus la difficulté de déterminer une tendance au niveau des dépenses. L'affaiblissement de la définition des besoins, calculé au moyen d'une tendance pouvant être définie par la commission budgétaire de l'INAMI, serait encore acceptable. L'imposition unilatérale au budget partiel badagisterie, au moyen d'un vote au sein du conseil des assurances, de la remise de 75 millions de francs, devant manifestement servir uniquement à compléter les secteurs plus importants, dépasse les bornes. Qui plus est, cette mesure remet en question le financement de la nouvelle nomenclature pour les prothèses mammaires.

2. Nouveaux dossiers

M. Weyn observe que l'association professionnelle avait caressé l'espoir que les moyens économisés auraient permis de financer de nouveaux dossiers. Il s'agit en l'occurrence de fournitures répondant absolument à une nécessité sociale, mais qui, en raison de l'abaissement imposé du budget, sont remises en question.

Dit bevestigt nogmaals hoe moeilijk het is een trend in de uitgaven te bepalen. Het afzwakken van de behoeftebepaling, berekend aan de hand van de mogelijk te bepalen trend, door de budgetcommissie RIZIV zou nog aanvaardbaar zijn. Het eenzijdig opleggen aan het deelbudget bandagisterie — door middel van stemming binnen de Verzekeringsraad — van een inlevering van 75 miljoen frank, welke blijkbaar zuiver moet dienen om de grote sectoren aan te vullen, kan voor ons niet door de beugel. Meer nog, deze maatregel zet de financiering van de nieuwe nomenclatuur borstprothesen op de helling.

2. Nieuwe dossiers

De heer Weyn merkt op dat de beroepsvereniging had gehoopt met de middelen die werden bezuinigd een aantal nieuwe dossiers te kunnen financieren. Het betreft hier verstrekkingen die absoluut aan een sociale noodzaak beantwoorden, maar die ten gevolge van de opgelegde verlaging van het budget in het gedrang komen.

Pour inclusion immédiate

Il s'agit ici de dossiers déjà introduits ou prêts à l'être. Ils peuvent être financés sur la base du budget existant et déjà revu à la baisse pour cette année, exception faite des 75 millions de francs indûment prélevés sur le secteur.

a) Dossier prothèses mammaires

Ce dossier a été introduit l'an dernier avec la proposition suivante: si le gouvernement et la commission budgétaire étaient d'accord que le montant économisé en 1997 ne soit pas déduit du budget, cet argent pourrait être utilisé pour le financement de ces fournitures représentant une dépense de quelque 85 millions de francs sur une base annuelle. Toutefois, le budget a bel et bien été amputé de 75 millions de francs.

Il s'agit pourtant d'une dépense qui se justifie pleinement d'un point de vue social. Les remboursements aux patientes ayant une prothèse mammaire sont effectués suivant les tarifs déterminés voici 10 à 15 ans et ne tiennent nullement compte des développements technologiques du secteur. Les patientes souhaitant bénéficier des fournitures modernes doivent à présent payer la quasi-totalité du prix des prothèses de leur poche.

b) Dossiers décubitus — matériels de prévention

L'association professionnelle est convaincue qu'une politique de prévention efficace permet de réaliser de substantielles économies sur les frais de traitement des patients en décubitus. Deux budgets ont été introduits à l'INAMI: un budget pour une utilisation permanente par les patients ayant un problème ou un risque continus et un second budget pour l'utilisation temporaire, lequel est naturellement moins élevé. Cette tendance au niveau des soins va dans le sens d'un raccourcissement des séjours hospitaliers accompagnés de soins à domicile plus intensifs. Pour ce faire, certains appareils doivent être temporairement loués. Dans le secteur des soins palliatifs aussi, ce besoin de mise à disposition de fournitures se fait sentir.

c) Dossier chaussures préfabriquées pour diabétiques avec semelles sur mesure

En travaillant de façon préventive au niveau des patients diabétiques, de nombreuses économies peuvent être réalisées, entre autres sur les chaussures orthopédiques sur mesure particulièrement onéreuses ou sur les amputations. Voilà pourquoi un dossier a été introduit en la matière auprès de l'INAMI. Partant de la supposition que 1 000 patients ont été indemni-

Voor onmiddellijke opname

Het betreft hier dossiers die ingediend zijn of die klaar liggen om te worden ingediend. Zij kunnen uit het bestaande reeds ingekorte budget voor dit jaar worden gefinancierd, behoudens de 75 miljoen frank die ten onrechte van de sector werd afgenomen.

a) Dossier borstprothesen

Dit dossier werd vorig jaar ingediend met het voorstel dat, indien de overheid en de budgetcommissie ermee akkoord zouden gaan dat het in 1997 bezuinigde bedrag niet aan het budget zou worden onttrokken, deze gelden zouden worden gebruikt voor de financiering van deze verstrekkingen die een uitgave van ongeveer 85 miljoen frank op jaarbasis vertegenwoordigen. Zoals reeds werd meegedeeld werd het budget echter wel degelijk met 75 miljoen frank verminderd.

Het betreft hier nochtans een uitgave die meer dan verantwoord is vanuit sociaal oogpunt. De terugbetalingen aan patiënten met een borstprothese gebeuren nog steeds op basis van tarieven die 10 à 15 jaar geleden zijn vastgelegd en waarbij op geen enkele wijze rekening wordt gehouden met de technologische ontwikkelingen in deze sector. De patiënten die van de modernere verstrekkingen gebruik willen maken moeten dit nu vrijwel volledig uit eigen zak betalen.

b) Dossier decubitus — preventiematerialen

De beroepsvereniging is ervan overtuigd dat door een efficiënt preventiebeleid heel wat kan worden bespaard op de behandelingskosten van decubituspatiënten. Bij het RIZIV werden twee budgetten ingediend: één voor permanent gebruik voor de patiënten die een continu probleem of risico hebben en één voor tijdelijk gebruik dat vanzelfsprekend een stuk lager ligt. De tendens in de verzorging gaat in de richting van korter ziekenhuisverblijf met een intensievere nazorg thuis. Dit vereist dat bepaalde apparatuur tijdelijk wordt gehuurd. Ook in de sector van de palliatieve zorg is er behoefte aan het tijdelijk ter beschikking stellen van deze verstrekkingen.

c) Dossier prefab diabetesschoeisel met op maat vervaardigde diabeteszolen

Door preventief te werken ten aanzien van diabetespatiënten kan zeer veel bespaard worden, onder meer op orthopedische schoenen op maat die zeer duur zijn of amputaties. Vandaar dat terzake een dossier bij het RIZIV werd ingediend uitgaande van de veronderstelling dat het eerste jaar 1 000 patiënten worden vergoed. Dit zou een budgettaire weerslag

sés la première année, les répercussions budgétaires pourraient s'élever à 9 219 880 francs. L'association professionnelle est toutefois convaincue que cette dépense pourrait en fin de compte entraîner une économie de 10 millions de francs.

Ce dossier est bloqué depuis septembre de l'année dernière au sujet de la question: les médecins peuvent-ils prescrire de telles fournitures. Ces fournitures doivent-elles être intégrées dans le volet revalidation de l'hôpital ou l'endocrinologue, chargé de soigner le diabétique, peut-il prescrire la fourniture? Il est particulièrement regrettable que ce soit le patient qui doive faire les frais de tels arguties. Par ailleurs, on constate en pratique que les patients sont dans l'obligation d'opter pour un volet revalidation afin de pouvoir obtenir gratuitement certaines fournitures. Il va sans dire qu'une telle situation est loin d'être avantageuse du point de vue financier pour l'INAMI.

d) Dossier oxygénothérapie

Ce dossier a été établi sur la base des réflexions suivantes:

— augmentation du nombre d'affections respiratoires chroniques (ex. BPCO, etc.)

— procédure relativement encombrante actuellement pour appliquer l'oxygénothérapie chez les patients: oxygène liquide stocké dans d'imposants conteneurs lourds, mobilité réduite, etc.

Les propositions suivantes ont été formulées:

* Aérosols: descriptions adaptées aux nouvelles technologies, adaptation des appareils actuellement repris.

* Oxygénoconcentrateur: appareil mobile et moderne concentrant l'oxygène de l'air ambiant pour atteindre le niveau souhaité de 95 % à 98 % d'oxygène pur. Résultat: économies sur les dépenses récurrentes pour l'oxygène liquide.

* Appareil NCPAP: appareil permettant de soulager ou de supprimer les problèmes respiratoires durant le sommeil.

En raison du nombre croissant de patients confrontés à cette problématique, nous serons en mesure d'éviter un nombre important de traitements externes par le biais des traitements à domicile. De la sorte, les patients pourront demeurer plus longtemps et surtout de façon plus confortable à domicile.

e) Dossier révision des prothèses

La révision du dossier des prothèses de la jambe a été entamée il y a deux ans.

Dans l'intervalle, la prothèse myo-électrique a été incluse dans la nomenclature.

hebben van 9 219 880 frank. De beroepsvereniging is er echter van overtuigd dat deze uitgave uiteindelijk zou leiden tot een bezuiniging van 10 miljoen frank.

Dit dossier is geblokkeerd sinds september vorig jaar rond de vraag of de artsen de verstrekking mogen voorschrijven. Moeten de verstrekkingen worden ondergebracht in een revalidatiepakket binnen het ziekenhuis of kan ook de endocrinoloog, die de verzorger van de diabeticus is, voorschrijven? Het is zeer betreurenswaardig dat de patiënt het slachtoffer moet worden van dergelijke betwistingen. Men stelt overigens in de praktijk vast dat de patiënten verplicht zijn in een revalidatiepakket te stappen om bepaalde verstrekkingen kosteloos te kunnen krijgen. Het spreekt voor zich dat een dergelijke situatie ook voor de ZIV alles behalve voordelig is vanuit financieel oogpunt.

d) Dossier zuurstoftherapie

Dit dossier werd opgesteld vanuit volgend oogpunt:

— toenemend aantal chronische ademhalingsaandoeningen (voorbeeld CARA, enz.)

— momenteel vrij omslachtige procedure om zuurstoftherapie bij de patiënt thuis toe te passen: vloeibare zuurstof in grote, zware containers, beperkte mobiliteit, enz.

Volgende toestellen worden voorgesteld:

* Aerosolapparaten: aangepaste omschrijvingen aan de nieuwe technologiën, aanpassing van de momenteel opgenomen toestellen.

* Zuurstofconcentrator: modern, mobiel toestel dat de zuurstof uit de omgevingslucht concentreert tot het gewenste niveau van 95 % tot 98 % zuivere zuurstof. Resultaat: besparing op steeds weerkerende uitgaven vloeibare zuurstof.

* NCPAP - toestel: toestel dat ervoor zorgt dat de ademhalingsproblemen die zich tijdens de slaap voordoen, worden onderdrukt of opgeheven.

Met het oog op het groeiend aantal patiënten dat met deze problemen geconfronteerd wordt, zullen wij via de aan huisbehandelingen een groot aantal externe behandelingen kunnen vermijden, alsook de patiënt langer en vooral comfortabeler in zijn thuissituatie kunnen laten verblijven.

e) Dossier aanpassing prothesen

Sedert twee jaar werd gestart met de hernieuwing van het dossier beenprothesen.

De Myo-elektrische prothese werd ondertussen reeds opgenomen in de nomenclatuur.

Le dossier des prothèses de la jambe est en préparation depuis 1997 et sera introduit dans le courant de 1999. Ce dossier est fondé sur une approche nouvelle et révolutionnaire de la problématique en question: jusqu'ici, on offrait à tous les patients un éventail limité de possibilités, sans chercher à savoir si ceux-ci pouvaient ou non utiliser pleinement le produit final fourni.

Dans le nouveau concept, on procédera préalablement à une évaluation des possibilités thérapeutiques, de l'âge, des conditions de vie, de l'environnement, etc. Les patients seront répartis en quatre catégories et recevront une prothèse en fonction de l'usage prévu. Cette prothèse correspondra à l'une des quatre catégories, en fonction des possibilités physiques du patient.

On pourra ainsi économiser sur les prothèses suroptimalisées pour certains patients, ce qui dégagera des moyens à investir dans des prothèses plus optimalisées pour les patients dont le taux d'activité est plus élevé. De cette manière, l'utilisation de techniques plus modernes pour ceux des patients qui en ont besoin, pourra désormais être financée dans le cadre du budget, moyennant une légère adaptation.

Pour plus tard

a) Dossier bas thérapeutiques

En raison des restrictions budgétaires et de la demande des fonds nécessaires à cet effet, lesquels dépasseront largement les 500 millions (estimation effectuée en comparaison avec les Pays-Bas et l'Allemagne en fonction du nombre total d'habitants), nous avons placé cette matière sur la liste d'attente.

Néanmoins, dans tous les pays environnants, les bas thérapeutiques sont compris dans l'enveloppe de remboursement de l'assurance maladie.

Il convient de souligner que l'absence de remboursement en la matière constitue une carence sociale grave. Et ce, principalement envers les personnes financièrement assistées.

Les problèmes vasculaires et lymphoedématiques graves ne peuvent en effet être traités que par l'application conjuguée de ces bas thérapeutiques.

Le prix de ces bas oscille entre 2 000 francs et 8 000 francs, lorsque du travail sur mesure s'impose.

Par conséquent, nous constatons sur le terrain que de nombreux patients n'ont pas les moyens d'acquérir de tels bas. Une telle situation débouche sur des dépenses importantes au niveau tant des soins à domicile que des traitements médicaux et de l'hospitalisation.

On peut considérer qu'il est nécessaire, d'un point de vue social et médical, de prévoir une intervention pour ces bas thérapeutiques à partir de la classe II.

Het dossier beenprothesen is sedert 1997 in voorbereiding en zal in de loop van 1999 worden ingediend. Het benadert deze problematiek uit een totaal nieuwe en revolutionnair standpunt: tot heden toe was een beperkt waaier van mogelijkheden open naar alle patiënten, zonder beschouwing of deze al dan niet van het geleverde eindproduct volledig gebruik kon maken.

In dit nieuwe concept zal vooraf een evaluatie van de therapeutische mogelijkheden, leeftijd, levensomstandigheden, werksfeer, enz. worden gemaakt. De patiënten zullen worden ingedeeld in vier categorieën en zullen in verhouding tot het voorziene gebruik een prothese ontvangen, beantwoordend met één van deze vier categorieën, naargelang zijn of haar fysische mogelijkheden.

Dit heeft tot gevolg dat geld kan worden bespaard op over-geoptimaliseerde prothesen ten opzichte van bepaalde patiënten, wat dan opnieuw kan worden geïnvesteerd in meer geoptimaliseerde prothesen voor patiënten met een hogere activiteitsgraad. Aldus zal het toepassen van meer up to date technieken voor deze patiënten die hieraan behoefte hebben financieerbaar worden binnen het licht aangepast budget.

Voor later

a) Dossier therapeutische kousen

Gezien de budgetbeperkingen en de aanvraag van de hiervoor nodige fondsen, welke een budget van 500 miljoen ruimschoots zullen overschrijden (raming in vergelijking met Nederland en Duitsland in verhouding tot het aantal inwoners) hebben wij deze materie op de wachtlijst geplaatst.

Nochtans is de therapeutische kous in al de ons omringende landen begrepen binnen het terugbetalingspakket ziekteverzekering.

Het dient opgemerkt dat het ontbreken van deze terugbetaling een ernstige sociale tekortkoming is. Dit dan vooral tegenover de financieël minst bedeelden.

Ernstige vaat- en lymfoedeem-problemen kunnen inderdaad slechts worden behandeld door de medetoepassing van deze therapeutische kousen.

De kostprijs van deze kousen gaat van 2 000 frank tot 8 000 frank, dit laatste vooral wanneer maatwerk noodzakelijk is.

Wij stellen op het terrein dan ook vast dat voor vele patiënten dit buiten de financiële mogelijkheden ligt en bijgevolg tot ernstige uitgaven leidt zowel qua thuiszorg als qua medische behandeling en hospitalisatie.

Een tussenkomst voor deze therapeutische kousen vanaf klasse II kan worden beschouwd als een sociale en medische noodzaak.

b) Dossier soins à domicile

Trois budgets ont été déposés en ce qui concerne ce dossier.

Le premier permet de satisfaire d'une manière optimale les besoins immédiats qui existent au sein du secteur des soins à domicile. Cela nécessite une dépense de 449 millions de francs.

Le deuxième concerne les fournitures secondaires et s'élève à 304 millions de francs.

Le troisième concerne les fournitures moins indispensables et s'élève à 380 millions de francs.

Il ressort de ces chiffres que, si l'on veut que le secteur des soins à domicile soit bien couvert, ce que tout le monde répète actuellement, les crédits affectés à ce secteur devront doubler. Aussi est-il impossible que le secteur lui-même génère ces moyens, comme c'est le cas en ce qui concerne les cinq dossiers précités.

III. AUDITION DES REPRÉSENTANTS DES ORGANISATIONS DE MÉDECINS ABSYM ET « LE CARTEL » (1)

A. Exposé de MM. Roex et Van De Meulebroeke, du « Cartel »

M. Roex souligne qu'assurer l'accessibilité des soins médicaux constitue l'une des pierres angulaires des soins de santé accessibles pour tous. En effet, plus les obstacles entravant l'accès aux soins sont nombreux, plus les risques d'inégalité socio-économique dans la distribution des soins sont élevés. À son tour, cette inégalité entraînera par la suite des coûts plus élevés pour la communauté, en raison de l'apparition d'une pathologie plus lourde induite par un manque de soins.

L'accessibilité aux soins doit être une préoccupation constante des décideurs politiques et cette accessibilité devrait être réévaluée à chaque nouvelle mesure.

1. Obstacles administratifs

De nombreuses personnes sont empêtrées dans des procédures administratives et ne sont pas assurées. Quelques exemples :

— lors du passage du chômage au travail à temps partiel, les formalités administratives concernant la mutualité et les allocations familiales ne sont pas négligeables;

(1) Audition du 10 février 1999 de Milan Roex, Karel Van De Meulebroeke et Jean-Michel Melis du « Cartel » et de Michel Vermeylen, de l'Association belge des Syndicats médicaux.

b) Dossiers thuisverzorging

Voor dit dossier werden drie budgetten ingediend.

Budget één gaat uit van de invulling van de optimale invulling van de onmiddellijke behoeften die binnen de thuiszorg bestaan. Dit vereist een uitgave van 449 miljoen frank.

Budget twee heeft betrekking op de meer relatieve zaken en bedraagt 304 miljoen frank.

Budget drie betreft de minder noodzakelijke verstrekkingen en bedraagt 380 miljoen frank.

Hieruit blijkt dat een ernstige dekking van de thuisverzorging, waar momenteel iedereen de mond van vol heeft, een verdubbeling van het budget voor deze sector zou betekenen. Het is derhalve onmogelijk dat deze middelen door de sector zelf zouden worden opgebracht zoals dat voor de vijf eerder vermelde dossiers wel het geval is.

III. HOORZITTING MET VERTEGENWOORDIGERS VAN DE ARTSENORGANISATIES BVAS EN « HET KARTEL » (1)

A. Uiteenzetting van de heren Roex en Van De Meulebroeke van « Het Kartel »

Dr. Roex merkt op dat het verzekeren van de toegankelijkheid tot de medische verzorging een van de hoekstenen van een gezondheidszorg voor allen is. Inderdaad, hoe meer hindernissen in de toegang tot de zorg, hoe meer kans op socio-economische ongelijkheid in de distributie van de zorg. Op haar beurt zal deze ongelijkheid op een later ogenblik hogere kosten voor de gemeenschap induceren, door het ontstaan van een zwaardere pathologie ten gevolge van het ontbreken van zorg.

De toegankelijkheid van de zorg moet dus een voortdurende bezorgdheid zijn van de beleidsmakers en deze toegankelijkheid zou bij iedere nieuwe maatregel opnieuw moeten worden geëvalueerd.

1. Administratieve hindernissen

Vele mensen geraken verstrikt in het administratieve kluwen en geraken niet verzekerd. Enkelen voorbeelden :

— bij een afwisseling van werkloosheid met tijdelijk werk is de administratieve rompslomp betreffende mutualiteit en kinderbijslag niet te overzien;

(1) Hoorzitting van 10 februari 1999 met dr. Milan Roex, dr. Karel Van De Meulebroeke en dr. Jean-Michel Melis van « Het Kartel » en dr. Michiel Vermeylen van de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten.

— le changement du statut d'indépendant à celui de salarié et vice-versa;

— l'analphabétisme;

— les cachets avec quelques interruptions;

— la problématique des réfugiés;

— une famille peut compter des personnes assurées et d'autres qui ne le sont pas.

Nous avons eu vent de personnes qui se laissaient mourir en appelant à l'aide trop tard par peur des conséquences !

Les mesures (la suppression du temps d'attente, l'élargissement du statut VIPO, et autres) prises par la ministre De Galan sont positives mais leur application était et demeure délicate. Les caisses d'assurance maladie attendent que les assurés font une demande active. À défaut de celle-ci, la loi n'est pas appliquée !

Par ailleurs, on n'insistera jamais assez sur le fait que les mesures administratives ne règlent qu'une partie seulement des problèmes. Si les tickets modérateurs continuent à augmenter dans d'autres domaines ou si le remboursement disparaît totalement (dentisterie ou médicaments), l'assurabilité ou le statut VIPO est un avantage négligeable.

2. Obstacles financiers

a) Le prix ou le prix supposé des soins de santé rebute les patients. Certains malades n'ont pas l'argent comptant demandé pour leurs soins et se contentent de les reporter. Il en va de même pour l'achat de médicaments ou les traitements de kinésithérapie et pour les prothèses et autres soins dentaires.

Il en va de même pour le report de l'aide familiale et de l'aide aux personnes âgées en raison du « prix de revient ». Ce phénomène entraîne également ultérieurement des frais pour la communauté.

b) En raison de l'incertitude au niveau du prix de revient d'une hospitalisation, de nombreuses personnes hésitent à recourir aux soins. Le patient n'a aucune emprise sur les actes qu'il aura à subir.

La majeure partie des patients ne comprend rien à la franchise sociale ou fiscale. On ne comprend pas ce à quoi on a droit et pourquoi l'on perd l'avantage. Le remboursement par la franchise fiscale n'intervient qu'au moment où le patient n'a plus besoin de l'avantage, à la suite de l'amélioration de son état ou en cas de décès. Le remboursement intervient au moment où le problème financier est réglé ou lorsque des ravages ont déjà eu lieu. En outre, les médicaments ne sont pas inclus dans la franchise sociale et fiscale. Ce sont précisément ces médicaments qui constituent une charge lourde pour les patients chroniques. Il n'est pas rare que les dépenses pour des médicaments représentent 10 % des revenus familiaux.

— de overgang van een zelfstandigenstatuut naar een werknermersstatuut en omgekeerd;

— analfabetisme;

— stempelen met enkele onderbrekingen;

— de problematiek van de vluchtelingen;

— in één gezin kan men verzekerden en niet-verzekerden vinden.

Wij hebben mensen weten sterven omdat ze te laat hulp inriepen uit vrees voor de gevolgen !

De maatregelen (het opheffen van de wachttijd, uitbreiding van het WIGW-statuut, en andere) getroffen door minister De Galan, zijn positief maar de toepassing was en blijft moeilijk. De ziekenfondsen wachten tot de verzekerde een actieve aanvraag doet. Indien er geen actieve aanvraag is, wordt de wet niet toegepast !

Anderzijds kan men er nooit voldoende nadruk op leggen dat de administratieve maatregelen slechts een deel van de problemen oplossen. Indien de remgelden blijven stijgen in andere domeinen of de terugbetaling totaal verdwijnt (tandheelkunde of geneesmiddelen), betekent verzekerbaarheid of WIGW-statuut een verwaarloosbaar voordeel.

2. Financiële hindernissen

a) De prijs of de veronderstelde prijs van de gezondheidszorg doet de patiënten afzien van verzorging. Er zijn zieken die de veronderstelde contante geldsom die betaald moet worden, niet hebben en verzorging uitstellen. Hetzelfde geldt voor het aankopen van medicatie of het laten verrichten van kine-behandelingen en voor protheses, tandverzorging.

Idem voor het uitstellen vanwege de « kostprijs » van gezins- en bejaardenhulp. Ook dit jaagt de gemeenschap in een later stadium op kosten.

b) De onzekerheid over de kostprijs van een hospitalisatie doet heel wat mensen twijfelen om de stap tot verzorging te zetten. De patiënt heeft geen enkele vat op de akten die hij zal moeten ondergaan.

Het merendeel van de patiënten begrijpt niets van de sociale of fiscale franchise. Men begrijpt niet waarom men er recht op heeft en men begrijpt niet waarom het voordeel verloren gaat. De restitutie door de fiscale franchise komt dan op een ogenblik dat de patiënt het voordeel niet meer nodig heeft, door verbetering van zijn toestand of door overlijden. De restitutie komt op een ogenblik dat het financiële probleem ofwel verwerkt is, of zijn ravage reeds heeft verricht. Bovendien zijn de geneesmiddelen niet in de sociale en fiscale franchise begrepen. Precies deze vormen een zeer zware last voor de chronische patiënten. Het is niet ongewoon dat de uitgaven voor geneesmiddelen 10 % van het gezinsinkomen uitmaken.

c) Les factures élevées des hôpitaux sont devenues un fléau pour les revenus modestes. Maladie = catastrophe ! Il faut se rendre compte qu'un pensionné ou un minimexé ayant un revenu de 32 000 francs doit économiser pendant deux ans sur tous les postes de dépense pour payer de sa poche 38 000 francs d'une facture d'hôpital par exemple.

Les jeunes familles devant hospitaliser leurs enfants à plusieurs reprises sont handicapées de nombreuses années durant sur le plan financier.

d) Le paiement comptant est, certainement dans les villes, une raison de l'affluence dans les services d'urgence, bien souvent utilisés comme dispensaire gratuits ouverts 24 heures sur 24. Le règlement actuel du tiers payant stimule parfois l'utilisation d'un soin plus onéreux au détriment d'un soin (de première ligne) meilleur marché, bien souvent plus proche des gens.

Le ticket modérateur, par exemple chez le médecin, freine bien souvent ce qu'il ne doit pas. Les soins nécessaires ne doivent pas être freinés. La politique actuelle en matière de ticket modérateur englobe souvent des mesures linéaires aveugles destinées à freiner la surconsommation sans toutefois qu'elles y parviennent. Le prix de ce ticket modérateur oblige un certain groupe à reporter les soins (nécessaires !) ce qui entraîne ultérieurement des coûts plus élevés.

e) Le remboursement différé des prestations, que de nombreuses caisses d'assurance maladie ont introduit pour des raisons de sécurité (après remise d'une attestation pour les soins prodigués, l'argent est versé ultérieurement sur le compte en banque), met les patients dans l'embarras et empêche certains patients d'acheter les médicaments nécessaires.

f) Les assurances additionnelles ou privées (des caisses d'assurance maladie ou autres) apportent aux patients et dispensateurs de soins une certaine sécurité et confiance mais affaiblissent la solidarité et excluent toute réflexion approfondie sur la nécessité des dépenses assurées et des réformes indispensables.

3. Obstacles psychologiques

Bien souvent, les gens ont un certain préjugé vis-à-vis d'une certaine forme de soin et n'y ont pas recours pour cette raison. Ils consultent une structure plus onéreuse ou non adaptée à leur problème. Le patient finit par perdre confiance dans les soins. Les expériences passées en ce qui concerne les conséquences des factures impayées (*cf.* agences de recouvrement, embargo sur les soins pour certains patients dans certains hôpitaux) en rebutent plus d'un. Nombreux sont ceux qui ne reviennent que lorsque des dommages irréparables ont été commis, avec, pour conséquence, des frais plus élevés pour la communauté.

c) De hoge ziekenhuisfacturen zijn voor de kleine inkomens een gesel geworden. Ziekte = catastrofe ! Men moet zich inbeelden dat een gepensioneerde of bestaansminimumtrekker met een inkomen van ca. 32 000 frank, een persoonlijke bijdrage op een ziekenhuisfactuur moet betalen ter hoogte van bijvoorbeeld 38 000 frank, gedurende twee jaar moet besparen op alle uitgaven.

Jonge gezinnen die enkele ziekenhuisopnames hebben voor hun kinderen zijn gedurende jaren financieel gehandicapt.

d) De contante betaling is zeker in de steden een reden voor de toeloop op de spoedgevallendiensten, die vaak gebruikt worden als zogenaamd kosteloze 24-uurdispensaria. De huidige regeling « derde betalende » stimuleert soms het gebruik van een duurdere zorg ten nadele van een goedkopere (eerstlijns)zorg, die vaak nog dichter bij de mensen staat.

Het remgeld, bijvoorbeeld bij de huisarts, remt vaak wat het niet moet remmen. De nodige zorg moet niet geremd worden. De huidige remgeldenpolitiek behelst vaak blinde lineaire maatregelen om overconsumptie af te remmen en slaagt daar vaak niet in. De prijs van dit remgeld maakt dat voor een beperkte groep de (nodige !) zorg uitgesteld wordt en later in veel hogere kosten resulteert.

e) De uitgestelde terugbetaling van de prestaties, die vele ziekenfondsen om veiligheidsreden ingesteld hebben (na het afgeven van het attest voor verstrekte zorgen, krijgt men het geld later op zijn bankrekening gestort), brengt patiënten in verlegenheid en verhindert hen soms om de nodige medicatie aan te kopen.

f) De bijkomende of private verzekeringen (van ziekenfondsen of anderen) geven zowel patiënten en zorgenverstrekkers enige zekerheid en vertrouwen, maar verzwakken de solidariteit en stellen een grondige reflexie over de noodzakelijkheid van de verzekerde uitgaven en over de noodzakelijke hervormingen uit.

3. Psychologische hindernissen

Vaak hebben mensen een bepaald vooroordeel ten aanzien van een bepaalde vorm van zorg en spreken ze deze om die reden niet aan en raadplegen een andere duurdere structuur of niet aangepaste structuur voor het type probleem dat ze vertonen. Deze ervaring brengt de patiënt ertoe zijn vertrouwen in de zorg te verliezen. De vroegere ervaring met de gevolgen van onbetaalde facturen (*cf.* incassobureaus, zorgembargo ten overstaan van bepaalde patiënten in bepaalde ziekenhuizen) doen velen afzien van verzorging en doen velen slechts terugkomen wanneer onherstelbare schade is toegebracht, met grotere kosten voor de gemeenschap als gevolg.

Certains groupes de la population ne sont que trop peu familiarisés avec notre système de soins de santé pour en faire une bonne utilisation: comme dans certains pays, ils ont uniquement recours aux soins hospitaliers. Cette culture existe également dans certains quartiers.

4. Obstacles matériels

La distance qui sépare le patient de l'endroit où sont dispensés les soins peut inciter celui-ci à reporter les soins: accessibilité avec les transports en commun, à vélo, en voiture ...

Les heures d'ouverture des différents segments du soin doivent correspondre d'une manière suffisante aux besoins du groupe cible qu'on souhaite atteindre.

La disponibilité de certains services médicaux est insuffisamment connue de certains patients.

On peut également se demander si les services de garde opérant à travers le pays répondent suffisamment aux besoins et aux attentes de la population.

Propositions

Les formalités administratives doivent être réduites à un minimum compréhensible pour l'assuré, et ce, dans l'intérêt de l'assuré mais aussi de la communauté. Les intérêts des organismes d'assurance doivent venir en seconde position. Ne serait-il pas mieux que l'on soit automatiquement assuré dès que certaines conditions sont remplies?

Les seuils financiers doivent être le plus possible abaissés. On pourrait se demander si un accès entièrement gratuit aux soins de première ligne n'abaisserait pas sensiblement l'accès aux soins sans pour autant faire exploser le coût total pour la communauté. Cet abaissement du seuil doit alors ouvrir la porte aux soins situés à un autre niveau (deuxième ou troisième ligne), dès que cela s'avère justifié. Ce seuil d'accès aux soins rabaissé avec renvoi justifié vers un autre type de soin est ce que le Cartel appelle échelonnement et pourra à coup sûr augmenter la confiance de ce groupe de patients, qui risquent à présent d'être exclus.

Des informations et une communication s'imposent à tous les niveaux et dans tous les domaines. Quand est-on assuré? Qu'est-ce que la franchise sociale? La franchise fiscale?

Une nouvelle politique doit être menée: axée sur l'avenir et qui ne se contente plus de réagir aux problèmes qui se posent.

Les objectifs des soins de santé doivent être clairement formulés: quels soins seront prodigués, quels besoins seront comblés? Où en est-on avec la défini-

Bepaalde groepen uit de bevolking zijn te weinig vertrouwd met ons gezondheidszorgsysteem om er een goed gebruik van te maken: zoals in bepaalde landen maken zij enkel gebruik van de ziekenhuisverzorging; ook in bepaalde stadswijken bestaat deze cultuur.

4. Materiële hindernissen

De afstand tot de plaats van de hulpverlening kan aanleiding zijn voor het afstellen van verzorging: bereikbaarheid met openbaar vervoer, fiets, auto ...

De openingstijden van de verschillende geledingen van de zorg moeten voldoende afgestemd op de noden van de doelgroep die zij wenst te bereiken.

De beschikbaarheid van bepaalde diensten bijvoorbeeld van de huisarts is onvoldoende gekend door een aantal patiënten.

Men kan zich eveneens afvragen of de wachtdiensten die overal te lande functioneren, voldoende afgestemd zijn op de noden en de verwachtingen van de bevolking.

Voorstellen

De administratieve rompslomp moet tot een voor de verzekerde, verstaanbaar minimum herleid worden. Dit in het belang van de verzekerde, en in het belang van de gemeenschap. De belangen van de verzekeringsorganismen moeten op een tweede plaats komen. Zou het niet beter zijn zodra bepaalde voorwaarden vervuld zijn, automatisch verzekerd te zijn?

De financiële drempels moeten zo veel mogelijk gesloopt worden. Men kan zich afvragen of een volledig kosteloze toegang tot de eerste lijn, de drempels tot de verzorging niet ernstig zou verlagen, zonder daarom de totale kost voor de gemeenschap erg te doen toenemen. Deze lage toegangsdrempel moet dan de deur openen voor een verzorging op een ander niveau (tweede of derde lijn) zodra dat dit verantwoord is. Deze lage toegangsdrempel met verantwoorde verwijzing naar een ander type zorg, is wat het Kartel verstaat onder echelonnering en zal zeer zeker het vertrouwen van die groep patiënten, die nu uitgesloten dreigen te worden, verhogen.

Op alle niveaus en op alle gebieden is informatie en communicatie nodig. Wanneer is men verzekerd? Wat is sociale franchise? Fiscale franchise?

Een nieuw beleid moet gevoerd worden: gericht naar de toekomst en niet zuiver reageren op de knelpunten die zich aandienen.

De doelstellingen van de gezondheidszorg moeten duidelijk geformuleerd worden: welke zorg, welke behoefte zal ingevuld worden? Waar staan wij met de

tion des besoins ? On peut craindre que la responsabilité financière des caisses d'assurance maladie entraîne un glissement des caisses d'assurance maladie vers les assurances. Voilà pourquoi leur efficacité doit entre autres être jugée en contrôlant l'accessibilité aux soins pour les plus faibles.

Le règlement du tiers payant peut certes être affiné par la création de chèques circulaires pouvant être utilisés comme moyen de paiement pour les soins de santé ou l'intégration d'un tel droit dans la carte SIS.

Le dossier médical récemment introduit ouvre de nouvelles possibilités au niveau de la médecine générale, pour la quasi-totalité des obstacles évoqués. Ces initiatives doivent bénéficier d'un soutien suffisant.

M. Van De Meulebroeke ajoute que les médecins aussi ont quelques questions à poser au monde politique. L'une des principales d'entre elles porte sur l'avenir de l'assurabilité. Il n'est pas impensable que notre système devienne un système de soins de santé à deux vitesses. Les prothèses, par exemple, sont à ce point onéreuses pour les patients que certains groupes de la société ne peuvent se les payer.

B. Exposé de M. Vermeylen

M. Vermeylen rappelle qu'une vaste enquête sur la santé avait été réalisée en 1997, de laquelle il était apparu que 10 % de la population reportait les soins médicaux pour des raisons financières. À lui seul, ce chiffre prouve qu'une partie importante de la population se trouve dans une situation de précarité sur le plan de la santé.

Avant d'examiner l'avenir, il est peut-être bon de revenir sur l'évolution passée de la situation au moyen d'un exemple concret. Voici quatre ans, le comité d'assurance de l'INAMI avait prié le Collège des médecins-directeurs de bien vouloir composer un groupe d'experts. Ce groupe devrait étudier dans quelles conditions l'INAMI pouvait intervenir dans les frais de soins palliatifs à domicile, afin que ceux-ci ne soient pas plus chers pour les patients que les soins en hôpital.

Abaisser le prix des soins palliatifs à domicile pour les patients ne relève pas uniquement de préoccupations économiques. Il s'agit également d'un confort matériel et d'un réconfort moral pour le patient, lequel peut terminer sa vie auprès de ses proches.

Le groupe de travail s'est penché sur ce sujet durant trois ans et a présenté ses conclusions voici plus d'un an déjà. Depuis, le dossier est sur une voie de garage. Cela ne peut être dû à des obstacles de procédure, car les mesures qui s'imposent peuvent être prises par simple arrêté royal. On en est au même point qu'il y a quatre ans.

behoeftebepaling ? Men kan vrezen dat de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen een verschuiving gaat teweegbrengen van ziekenfonds naar verzekering. Daarom moet de efficiëntie onder meer beoordeeld worden door de toegankelijkheid van de zorgverlening voor de zwaksten na te gaan.

De derdebetalingsregeling kan wellicht verfijnd worden door het creëren van een soort circulaire cheques die als betalingsmiddel dienst kunnen doen in de gezondheidszorg, of het insluiten van een dergelijk recht in de SIS-kaart.

Het pas ingevoerde medisch dossier schept in de huisartsgeneeskunde nieuwe mogelijkheden op zowat alle besproken drempels. Deze initiatieven moeten dan voldoende gesteund worden.

De heer Van De Meulebroeke voegt hieraan toe dat de artsen ook een aantal vragen hebben ten aanzien van de politieke wereld. Een van de belangrijkste in dit verband is die naar de toekomst van de verzekerbaarheid. Het gevaar is niet denkbeeldig dat ons systeem de weg opgaat van een gezondheidszorg met twee snelheden. Prothesen bijvoorbeeld zijn dermate duur voor de patiënt dat zij voor bepaalde groepen van de samenleving onbetaalbaar worden.

B. Uiteenzetting van dr. Vermeylen

De heer Vermeylen herinnert eraan dat in 1997 in België een uitgebreide gezondheidsenquête werd uitgevoerd, waaruit onder meer is gebleken dat 10 % van de bevolking geneeskundige verzorging uitstelt wegens financiële redenen. Dit cijfer alleen al, wijst erop dat een belangrijk deel van de bevolking zich inzake gezondheid in een precaire situatie bevindt.

Vooraleer naar de toekomst te gaan kijken, is het misschien goed aan de hand van een concreet voorbeeld na te gaan hoe de zaken in het verleden zijn verlopen. Vier jaar geleden werd door het Verzekeringscomité van het RIZIV aan het College van geneesheren-directeurs gevraagd een groep van experts samen te stellen. Deze groep moest onderzoeken onder welke voorwaarden het RIZIV kan tussenkomen in de kosten voor palliatieve thuiszorg, zodat deze voor de patiënt niet duurder zou zijn dan de verzorging in een ziekenhuis.

Palliatieve thuiszorg voor de patiënt goedkoper maken is niet alleen een economische aangelegenheid, maar ook een zaak van materieel en moreel comfort voor de patiënt, die zijn levenseinde tussen zijn naasten kan doorbrengen.

De werkgoep heeft de aangelegenheid gedurende drie jaar onderzocht en heeft reeds meer dan een jaar geleden haar conclusies neergelegd. Sindsdien ligt het hele dossier volkomen stil. Dit kan niet te wijten zijn aan procedurele drempels, want de nodige maatregelen kunnen worden genomen via een eenvoudig koninklijk besluit. Men staat echter nog net even ver als vier jaar geleden.

Du côté de l'INAMI, on semble éprouver des difficultés à comprendre qu'en cas de glissement du milieu hospitalier vers les soins à domicile, les budgets revêtiraient un caractère totalement différent. Alors qu'une hospitalisation coûte environ 10 000 francs par jour, le groupe de travail a estimé le coût des soins à domicile pour ces patients à 2 000 ou 3 000 francs la journée. Le remboursement de cette forme de soins à domicile serait donc avantageuse pour le patient mais aussi pour la communauté.

Le secteur semble certes pétri de bonnes intentions, mais les concrétiser sur le terrain semble poser de nombreuses difficultés en raison des nombreux obstacles de toute nature. L'ABSYM continuera quoi qu'il en soit à tout mettre en œuvre pour mener à bien ce dossier.

M. Melis fait observer qu'un glissement des soins à l'hôpital aux soins à domicile entraîne également un glissement des budgets disponibles. Cela signifie que des choix politiques doivent être opérés et des priorités établies. Sur ce point, les visions des deux organisations ne coïncident pas toujours.

Le Cartel attache une grande importance à la médecine de première ligne. Au cas où celle-ci serait renforcée, des moyens doivent être débloqués ailleurs. Si tel n'est pas le cas, l'ensemble du système d'assurance risque de connaître des difficultés financières.

C. Échange de vues

Lorsqu'un membre souhaite savoir où se situent les différences au niveau de l'approche des deux organisations, M. Vermeylen répond que pour ce qui est de la description de la problématique, les deux organisations sont, dans les grandes lignes, sur la même longueur d'onde.

On note toutefois plusieurs différences au niveau de l'approche. Ce n'est un secret pour personne que l'une de ces différences a trait à l'échelonnement des soins de santé. Pour l'ABSYM, nous trouvons en première ligne la médecine ambulante qui, entre autres mais de façon non limitative, est assurée par les généralistes. En seconde ligne, nous trouvons la médecine spécialisée, ambulante ou en hôpital, à laquelle les patients s'adressent à la suite de l'intervention de leur médecin traitant. Enfin, nous trouvons la médecine de troisième ligne, hyperspécialisée, administrée majoritairement en milieu hospitalier. À ce niveau, citons par exemple la médecine spécialisée, administrée dans les hôpitaux universitaires.

L'échelonnement des soins de santé est pour cette raison un peu plus compliqué. Il ne s'agit pas uniquement de déterminer si un patient doit en premier lieu consulter un médecin traitant avant de pouvoir consulter un spécialiste.

M. Roex souligne que chacun s'accorde à dire que le seuil d'accès aux soins de base doit être le plus bas

Binnen het RIZIV lijkt men zeer moeilijk te kunnen begrijpen dat bij een verschuiving van het ziekenhuismilieu naar thuiszorg, de budgetten een totaal ander karakter krijgen. Waar een verblijf in het ziekenhuis om en bij de 10 000 frank per dag kost, raamde de werkgroep de kosten voor deze patiënten in de thuiszorg op 2 000 à 3 000 frank per dag. De terugbetaling van deze vorm van thuiszorg zou derhalve niet alleeen voor de patiënt, maar ook voor de gemeenschap aanzienlijke voordelen opleveren.

Iedereen in de sector is vervuld van goede intenties, maar het lijkt bijzonder moeilijk die op het terrein waar te maken ten gevolge van allerhande barrières. De BVAS zal hoe dan ook alles in het werk blijven stellen om dit concrete dossier tot een goed einde te brengen.

De heer Melis merkt hierbij op dat een verschuiving van de verzorging in het ziekenhuis naar thuisverzorging, ook een verschuiving tot gevolg heeft van de beschikbare budgetten. Dit betekent dat politieke keuzen moeten worden gedaan en prioriteiten gelegd en wat dit betreft zijn de visies van de beide organisaties niet altijd gelijklopend.

Het Kartel hecht veel belang aan de eerstelijnsgeneeskunde. Indien deze wordt versterkt, dan moeten de middelen hiervoor elders worden vrijgemaakt, zo niet dreigt het hele verzekeringssysteem in financiële moeilijkheden te komen.

C. Gedachtewisseling

Op de vraag van een lid waar de verschillen liggen in de benadering van de twee organisaties, antwoordt de heer Vermeylen dat wat de omschrijving van het probleem betreft zoals die door de heer Roex werd gegeven, de organisaties het in grote lijnen met elkaar eens zijn.

Wat het antwoord hierop betreft, zijn er wel een aantal verschillen in benadering. Het is geen geheim dat één hiervan betrekking heeft op de echelonnering van de gezondheidszorg. Voor BVAS staat in de eerste lijn de ambulante geneeskunde die, onder meer maar niet uitsluitend, door de huisartsen wordt verzekerd. In de tweede lijn staat de gespecialiseerde geneeskunde, ambulant of in het ziekenhuis, waar de patiënt terechtkomt via tussenkomst van de huisarts. Ten slotte is er de derdelijnsgeneeskunde die zeer gespecialiseerd is en overwegend in het ziekenhuis wordt toegediend. Hieronder valt bijvoorbeeld de zeer gespecialiseerde geneeskunde in universitaire ziekenhuizen.

Echelonnering van de gezondheidszorg is derhalve een stuk gecompliceerder dan het zonder meer te bepalen dat een patiënt eerst naar de huisarts moet vooraleer hij of zij een specialist kan raadplegen.

De heer Roex merkt hierbij op dat iedereen het er wel over eens is dat de drempel tot de basiszorg zo

possible. Une telle chose n'a toutefois de sens que s'il est parallèlement garanti que le système peut supporter l'afflux qui en résulte. Le Cartel ne s'est jamais prononcé pour une forme « militaire » d'échelonnement. Le concept doit être étoffé d'une manière positive. Cela implique que quiconque adhère au système y souscrit complètement et que le système ne contient aucun nouveau seuil. De nouvelles techniques, comme l'introduction d'un honoraire de référence distinct pour les spécialistes, peuvent y contribuer.

Dans le récent rapport de l'OCDE consacré aux soins de santé en Belgique, il est indiqué que notre système de soins de santé est particulièrement ouvert, mais que les filtres y sont insuffisants. Chaque patient peut être intégré dans le système à tous les niveaux, avec, pour conséquence, que la structure dispensant le soin n'est pas toujours adaptée au problème médical qui se présente. Il va de soi que cela augmente sensiblement les coûts. Chez nous, il est ainsi possible de se rendre dans une structure universitaire pour une simple bronchite. Il est clair que le coût est plus élevé que lorsque ce patient s'adresse à un établissement de base.

M. Vermeylen constate avec satisfaction que le représentant du Cartel ne plaide plus en faveur d'une forme militaire d'échelonnement. Chacun a en effet intérêt à ce que plusieurs filtres soient intégrés dans le système, pour assurer que les patients soient traités au niveau adéquat. L'ABSYM plaide à cet égard pour un système d'auto-évaluation et d'autorégulation par le corps médical. L'organisation s'oppose aux mesures imposées par la hiérarchie qui, à terme, pourraient avoir un effet opposé.

Un membre fait observer que l'accès aux soins de santé revêt une importante dimension financière comme en attestent les présents exposés. Les patients reportent les soins qu'ils ne sont pas en mesure de payer tandis que l'assurance ne parvient plus à rembourser certains services parce que les budgets sont limités.

Ce n'est toutefois qu'un côté de la médaille. L'autre est celui de la surconsommation, dans laquelle des moyens qui pourraient être mieux utilisés sont perdus. L'on montre bien souvent du doigt le comportement des médecins en matière de prescription. Ceux-ci seraient responsables des carences de l'assurance maladie. Ces carences doivent alors être apurées par d'autres voies, via l'augmentation du ticket modérateur et autres.

M. Vermeylen fait ici référence à l'exposé de M. Roex sur l'utilisation des services d'urgence en tant que « dispensaires 24 heures sur 24 ». Il connaît personnellement des situations dans lesquelles les patients rejoignent le service de garde d'un hôpital le soir venu au lieu de contacter leur médecin. Résultat :

laag mogelijk moet worden gehouden. Dit heeft echter alleen zin, indien tegelijk wordt gegarandeerd dat het systeem de instroom die hiervan het gevolg is, aankan. Het Kartel heeft zich nooit uitgesproken voor een « militaire » vorm van echelonnering. Het begrip moet echter op een positieve wijze worden ingevuld. Dit houdt in dat wie in het systeem binnen treedt, hierin ook volledig wordt opgenomen en dat binnen het systeem geen nieuwe drempels worden ingebouwd. Nieuwe technieken, zoals de invoering van een apart verwijzingsereloon voor specialisten, kunnen hiertoe bijdragen.

In het jongste OESO-rapport over de Belgische gezondheidszorg wordt erop gewezen dat ons systeem van gezondheidszorg bijzonder open is, maar dat hierin onvoldoende filters zijn ingebouwd. Elke patiënt kan op ieder niveau in het systeem worden opgevangen, met als gevolg dat de structuur die voor de verzorging instaat, niet altijd aangepast is aan het medisch probleem dat zich voordoet. Het spreekt voor zich dat dit sterk kostenverhogend werkt. Men kan bij ons met een eenvoudige bronchitis in een universitaire structuur terecht, maar het is evident dat dit een pak meer kost dan wanneer deze patiënt in een basisopstelling wordt opgevangen.

De heer Vermeylen stelt met voldoening vast dat de vertegenwoordiger van « Het Kartel » niet langer pleit voor een « militaire » vorm van echelonnering. Iedereen heeft er inderdaad belang bij dat in het systeem een aantal filters worden ingebouwd die verzekeren dat de patiënten op het meest aangewezen niveau worden opgevangen. De BVAS pleit in dit verband echter voor een stelsel van auto-evaluatie en autoregulering door het medisch korps. De organisatie verzet zich tegen van boven opgelegde maatregelen, die op termijn een tegengesteld effect zullen ressorteren.

Een lid merkt op dat de toegang tot de gezondheidszorg, zoals ook uit deze uiteenzettingen is gebleken, in zeer belangrijke mate een financiële aangelegenheid is. Mensen stellen zorgverlening uit omdat zij die niet kunnen betalen en ook de verzekering slaagt er niet in om bepaalde diensten beter terug te betalen omdat de budgetten beperkt zijn.

Dit is echter slechts één zijde van de medaille. De andere is die van de overconsumptie, waardoor middelen die beter zouden kunnen worden aangewend, verloren gaan. Hier wordt vaak gewezen op het voorschrijfgedrag van de artsen, dat in belangrijke mate verantwoordelijk zou zijn voor de tekorten in de ziekteverzekering. Die moeten dan weer langs andere wegen worden aangezuiverd via verhoging van de remgelden en dergelijke meer.

De heer Vermeylen verwijst in dit verband naar de uiteenzetting van de heer Roex over » het gebruik van de spoedgevallendiensten als zogenaamd 24-uursdispensaria. Zelf kent hij ook situaties waar patiënten 's avonds naar de wachtdienst van een ziekenhuis gaan in plaats van hun huisarts te contacteren, met als

une structure plus onéreuse de soins est utilisée alors que cela ne s'avère pas indispensable. Il va de soi que de telles situations doivent être le plus possible évitées dans la mesure du possible.

En ce qui concerne la consommation médicale d'une manière générale, l'ABSYM a adopté une position très claire. Elle part du principe qu'il est insensé d'imposer *ex cathedra* certaines pratiques aux médecins. Par le passé, la pratique a déjà démontré que cela pouvait éventuellement déboucher sur des résultats dans un premier temps, mais que, par la suite, les conséquences négatives de telles mesures coercitives étaient plus importantes que le mal que l'on entendait combattre.

Une approche nettement plus efficace, y compris du point de vue économique, consiste à permettre aux praticiens d'évaluer mutuellement leur propre comportement et la qualité de leurs prestations. C'est d'ailleurs la logique qui sous-tend les Groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM), dans lesquels les médecins sont invités à réfléchir et à se concerter entre autres sur leurs comportements en matière de prescription.

C'est également dans cette optique que Farmanet a été approché. Lorsque, en novembre dernier, les données relatives aux comportements en matière de prescription durant le premier trimestre de 1997 ont été envoyées aux médecins, ce n'était pas pour leur imposer certaines normes mais pour les inciter à se consulter et à consulter leurs pairs dans les GLEM.

M. Melis s'accorde à dire que les médecins doivent se consulter en permanence sur la qualité de leur aide et évaluer, dans un esprit de concertation, leur comportement en matière de prescription, à la lumière d'une éventuelle surconsommation. Le gouvernement ne peut toutefois pas jouer à l'autruche et partir du principe que tous les problèmes en matière de soins de santé sont ainsi résolus.

Qui connaît la situation dans une ville comme Bruxelles n'ignore pas que pour une certaine tranche de la population, même les soins de santé de base sont encore trop onéreux. Des familles dans lesquelles trois personnes sont atteintes par la grippe en même temps ne sont pas toujours en mesure de s'acheter les médicaments nécessaires. Même dans les quartiers mieux situés, les pharmaciens accueillent des personnes leur demandant d'opérer une sélection parmi les produits prescrits parce qu'ils ne peuvent se permettre d'acheter l'ensemble des médicaments. D'autres patients se contentent d'attendre que le mal passe. On imagine aisément les situations que cela peut entraîner. La situation en la matière commence à prendre des dimensions colossales et peut uniquement être réglée en abaissant les coûts pour ces groupes de patients.

M. Roex ajoute que les tickets modérateurs ne correspondent pas toujours à ce que leur nom laisse

gevolg dat een dure structuur van zorgverlening wordt gebruikt waar dit niet nodig is. Het spreekt voor zich dat dergelijke situaties in de mate van het mogelijke moeten worden voorkomen.

Wat echter de medische consumptie in het algemeen betreft, heeft de BVAS een duidelijk standpunt aangenomen. Zij gaat ervan uit dat het geen zin heeft de artsen ex cathedra een bepaalde handelwijze te gaan opleggen. De praktijk in het verleden heeft uitgewezen dat dit in een eerste fase eventueel nog tot een resultaat kan leiden, maar dat nadien de negatieve gevolgen van dergelijke dwingende maatregelen groter zijn dan het kwaad dat men ermee wil bestrijden.

Een veel efficiëntere benadering, ook vanuit economisch oogpunt, bestaat erin de practici de kans te bieden onder elkaar hun eigen gedrag te gaan evalueren en de kwaliteit van hun prestaties af te wegen. Dit is overigens ook de logica achter de zogenaamde LOK's, waar de artsen ertoe worden aangezet na te denken en te overleggen over onder meer hun voorschrijfgedrag.

Het is ook vanuit deze optiek dat Farmanet moet worden benaderd. Wanneer in de maand november van vorig jaar de gegevens met betrekking tot hun voorschrijfgedrag in het eerste trimester van 1997 aan de artsen werden doorgezonden, dan was dit niet om hun bepaalde normen op te leggen, maar om ze ertoe aan te zetten zich hierover te beraden en terzake met hun peers overleg te plegen in de LOK.

De heer Melis is het ermee eens dat de artsen zich permanent moeten beraden over de kwaliteit van de hulp die zij bieden en in onderling overleg hun voorschrijfgedrag evalueren, in het licht van mogelijke overconsumptie. De overheid mag echter haar kop niet in het zand steken en ervan uitgaan dat hiermee de problemen in de gezondheidszorg opgelost zijn.

Wie de situatie in een stad als Brussel kent, weet dat voor een zekere laag van de bevolking zelfs basiszorg te duur is. Gezinnen waar drie personen tegelijk de griep krijgen, zijn niet altijd in staat de nodige medicatie hiervoor te betalen. Zelfs in de beter gesitueerde wijken krijgen apothekers mensen over de vloer die vragen een selectie te maken uit de producten in een voorschrift, omdat zij zich niet kunnen veroorloven alle voorgeschreven middelen te kopen. Andere patiënten wachten gewoon een zekere tijd in de hoop dat de kwaal overgaat. Het is duidelijk tot welke toestanden dit kan leiden. De situatie op dit vlak begint catastrofale gevolgen aan te nemen en kan alleen worden verholpen door een verlaging van de kosten voor deze groepen van patiënten.

De heer Roex voegt hieraan toe dat de remgelden niet altijd staan voor wat hun naam laat vermoeden.

supposer. En fonction des revenus dont disposent les patients, les tickets modérateurs freinent la consommation. Pour les catégories de revenus supérieures, leur influence est pratiquement inexistante. Pour les revenus moyens, ils agissent jusqu'à un certain niveau mais on constate déjà qu'ils ont atteint un point critique dans certains cas. Pour les catégories de revenus les plus faibles, ils peuvent toutefois être néfastes. On constate à ce niveau que des patients négligent des soins vitaux parce qu'ils ne peuvent financièrement se les permettre. Il n'est pas exagéré d'affirmer que les tickets modérateurs, à leur niveau actuel, entravent fortement une bonne gestion du système des soins médicaux.

M. Vermeylen souligne que la Belgique est l'un des rares pays d'Europe dans lequel un ticket modérateur — relativement élevé — doit être payé pour une visite chez le médecin. On peut dès lors se poser des questions. D'autre part, la médecine gratuite existant dans certains pays est synonyme de médecine «de moins bonne qualité» administrée par le gouvernement. Il s'agit par conséquent de trouver un équilibre dans lequel la médecine est financièrement accessible pour tout un chacun sans que la qualité des soins ne soit altérée et où le même niveau (élevé) est appliqué pour tout le monde.

À la question portant sur les factures impayées dans les hôpitaux, M. Roex répond que de telles pratiques posent des problèmes réels à certains hôpitaux. Dans certaines institutions, les impayés représentent jusqu'à 10% des montants facturés. L'on constate toutefois que certains hôpitaux font appel à des agences de recouvrement avec, pour résultat, que les dettes relativement faibles prennent des proportions énormes après quelques années. Ce genre de situation fait bien vite le tour des groupes de population en question et a pour résultat que les personnes qui tirent le diable par la queue n'osent même plus aller à l'hôpital lorsqu'elles en ont vraiment besoin.

Un membre fait observer que ces remarques confirment entre autres ce qui a été dit durant les auditions des représentants des CPAS. En marge de cela, l'on constate toutefois que la Belgique connaît une consommation élevée de médicaments par rapport aux autres pays. Jusqu'ici, la commission n'a trouvé aucune explication à ce phénomène. On évoque à chaque fois des différences culturelles. Il est cependant difficile de s'imaginer qu'il existerait en la matière un tempérament «belge» particulier chez les médecins et les patients, différant fondamentalement de la mentalité existant dans les pays voisins.

Pour le patient, force est de l'avouer, un bon médecin est bien souvent un médecin qui prescrit beaucoup de médicaments. Question: l'évaluation relative au comportement en matière de prescription dans les GLEM, aussi positive soit-elle, sera-t-elle suffisam-

De mate waarin zij de consumptie afremmen is sterk inkomensgebonden. Voor de hogere inkomensklassen is hun invloed vrijwel onbestaande. Voor de gemiddelde inkomenscategorieën werken zij tot een bepaald niveau, maar hier ziet men reeds dat dat zij in bepaalde gevallen een kritiek punt hebben bereikt. Voor de laagste inkomensklassen kunnen zij echter nefast zijn. Hier stelt men vast dat patiënten levensnoodzakelijke hulpverlening achterwege laten omdat die met hun inkomen onbetaalbaar is. Het is niet overdreven te stellen dat de remgelden met het niveau dat zij momenteel hebben bereikt, een goed beheer van het systeem van geneeskundige verzorging sterk bemoeilijken.

De heer Vermeylen stipt hierbij aan dat België een van de weinige landen in Europa is waar een — relatief hoog — remgeld moet worden betaald voor een bezoek aan een huisarts. Men kan zich hierbij vragen stellen. Anderzijds staat gratis basisgeneeskunde in sommige andere landen gelijk met «minderwaardige» geneeskunde verstrekt door de overheid. Het komt er derhalve op aan naar een evenwicht te zoeken waarbij de arts voor iedereen financieel toegankelijk blijft, maar waar tegelijk de kwaliteit van de zorgverstrekking niet wordt aangetast en voor iedereen van hetzelfde (hoge) niveau gehandhaafd wordt.

Op een vraag in verband met de onbetaalde facturen in de ziekenhuizen, antwoordt de heer Roex dat deze voor een aantal ziekenhuizen een reëel probleem vormen. De onbetaalde rekeningen maken in sommige instellingen tot 10% van de totale gefactureerde bedragen uit. Men stelt echter vast dat sommige ziekenhuizen hierop reageren door incassobureaus in te huren met als gevolg dat relatief lage schulden, na enkele jaren enorme proporties aannemen. Dit soort situaties doen in de betrokken bevolkingsgroepen zeer snel de ronde en leiden ertoe dat mensen die het niet breed hebben, helemaal niet meer naar een ziekenhuis durven gaan wanneer dit echt nodig is.

Een lid merkt op dat deze opmerkingen bevestigen wat onder meer tijdens de hoorzittingen met vertegenwoordigers van de OCMW's tot uiting is gekomen. Hier tegenover blijft er echter de vaststelling dat België een hoog geneesmiddelengebruik kent in vergelijking met andere landen. Totnogtoe heeft de commissie geen harde verklaring voor dit fenomeen gevonden. Telkens weer wordt verwezen naar «culturele verschillen». Men kan zich echter moeilijk voorstellen dat er op dit vlak zoiets zou bestaan als een eigen «Belgische» geaardheid bij de artsen en de patiënten, die fundamenteel verschillend is van de mentaliteit in de omringende landen.

Voor de patiënt, men moet dit erkennen, is een goede arts vaak een arts die veel geneesmiddelen voorschrijft. Dit roept de vraag op of de evaluatie betreffende het voorschrijfgedrag binnen de LOK's, hoe positief die op zichzelf ook is, voldoende zal doorstro-

ment suivie d'effets et entraînera-t-elle un changement de mentalité dans le grand public?

M. Vermeylen déclare qu'il ne s'est pas vraiment préparé à cette question, mais il peut apporter quelques éléments de réponse. Il est personnellement convaincu que, contrairement à ce que d'aucuns suggèrent, la consommation de médicaments en Belgique est inférieure à celle d'autres pays européens. Des différences importantes existent sur ce plan en Europe, mais celles-ci suivent une ligne clairement définie du Nord au Sud. Un médecin belge qui, au terme des vacances, reçoit des patients avec une prescription émise en France, en Espagne ou en Italie, ne peut que constater que l'on prescrit davantage dans ce pays. Il convient dès lors de relativiser.

D'autre part, force est de reconnaître qu'aux Pays-Bas par exemple, les prescriptions sont moins nombreuses que chez nous. On entrevoit ici les conséquences du fait que la Belgique s'est abstenue d'introduire un *numerus clausus* pour l'accès à la profession de médecin. Notre pays a à faire face à une pléthore de médecins. Cela se traduit naturellement au niveau des revenus de chaque médecin, qui se trouve dans l'obligation quasi naturelle de faire les quatre volontés des patients, a moins tendance à les diriger vers la médecine de deuxième ligne et préfère faire lui-même les prescriptions.

M. Van De Meulebroeke ajoute encore plusieurs autres éléments qui peuvent avoir une incidence sur la consommation de médicaments, comme l'influence des médias et des techniques de marketing de l'industrie pharmaceutique. S'ajoute à cela le fait qu'en Belgique, on prescrit moins de médicaments génériques, car la différence de prix par rapport aux spécialités est nettement plus petite que dans les autres pays.

Il convient de reconnaître que le comportement des médecins en matière de prescription est également déterminé par leur formation. La maîtrise du prix de revient dans les soins de santé ne figure généralement que peu au programme des formations. Les investissements en la matière par les universités devraient peut-être être remboursés.

M. Melis souligne que, lorsqu'on parle de dépenses élevées pour des médicaments en Belgique, il s'agit d'enveloppes financières. Celles-ci sont également déterminées par le prix des produits, plus élevé chez nous en moyenne que dans plusieurs pays d'Europe méridionale par exemple. Pour certains produits, le rapport en matière de prix est de 1 à 7. Cela soulève à tout le moins des questions sur la façon dont ces prix sont fixés.

Par ailleurs, on constate en pratique que des patients quittent l'hôpital avec d'interminables prescriptions pour des médicaments se contentant de lutter contre les symptômes, mais qui n'en sont pas moins onéreux. Lorsqu'on s'informe à ce sujet dans

men en ook bij het brede publiek tot een mentaliteitswijziging zal leiden.

De heer Vermeylen verklaart dat hij zich niet echt voorbereid heeft op vragen in dit verband, maar meent toch een aantal elementen van antwoord te kunnen aanbrengen. Zelf is hij ervan overtuigd dat, in tegenstelling tot wat vaak wordt gesuggereerd, het geneesmiddelenverbruik in België een stuk lager ligt dan in een aantal andere Europese landen. Er zijn wat dit betreft binnen Europa sterke verschillen, maar die volgen een duidelijke lijn van Noord naar Zuid. Een Belgische arts die na een vakantie patiënten met een voorschrift uit Frankrijk, Spanje of Italië op bezoek krijgt, kan alleen maar vaststellen dat in die landen veel meer wordt voorgeschreven. De zaken moeten derhalve worden gerelativeerd

Anderzijds moet men ook toegeven dat, bijvoorbeeld in Nederland, minder wordt voorgeschreven dan bij ons. Hier ziet men de gevolgen van het feit dat België heeft nagelaten een numerus clausus voor de toegang tot het beroep van geneesheer in te stellen. Ons land kampt met een plethora van geneesheren. Dit uit zich vanzelfsprekend in het inkomen van de individuele arts, die hierdoor op een bijna natuurlijke wijze geneigd is zijn patiënten ter wille te zijn, ze minder snel door te verwijzen naar de tweede lijn en in de plaats hiervan zelf te gaan voorschrijven.

De heer Van De Meulebroeke voegt hier nog een aantal andere elementen aan toe die invloed kunnen hebben op de geneesmiddelenconsumptie zoals de bezichtgeving van de media en de marketingtechnieken van de farmaceutische industrie. Daarbij komt dat in België minder generische geneesmiddelen voorgeschreven worden, mede omdat het prijsverschil met de specialiteiten veel kleiner is dan in andere landen.

Men moet toegeven dat het voorschrijfgedrag van de artsen ook in belangrijke mate wordt bepaald door de opleiding. Kostprijsbeheersing in de gezondheidszorg komt over het algemeen weinig aan bod in de opleiding. Investeringen hierin door de universiteiten zouden wellicht zichzelf terugbetalen.

De heer Melis stipt aan dat, wanneer men over hoge uitgaven voor geneesmiddelen in België spreekt, het gaat om financiële pakketten. Deze worden ook bepaald door de prijs van de producten, die bij ons gemiddeld een stuk hoger ligt dan bijvoorbeeld in een aantal Zuid-Europese landen. Voor sommige middelen gaat het hier om een prijsverhouding van 1 op 7. Dit roept op zijn minst vragen op naar de wijze waarop deze prijs wordt vastgesteld.

Voorts stelt men in de praktijk vast dat patiënten het ziekenhuis verlaten met lijstenlange voorschriften voor geneesmiddelen die louter symptoombestrijdend, maar wel enorm duur zijn. Wanneer men als huisarts terzake navraag doet in het ziekenhuis, blij-

les hôpitaux, il s'avère que les spécialistes qui ont prescrit les produits ignorent bien souvent le prix desdits produits en pharmacie. Sur ce plan aussi, des informations s'imposent.

Pour les médicaments plus onéreux, il n'est pas rare qu'il faille négocier entre le spécialiste, le médecin et le patient pour arriver à une situation financièrement acceptable pour ce dernier. Il est trop simple d'affirmer que les médecins prescrivent trop. Bien souvent, ils sont dans l'obligation de suivre la prescription onéreuse d'un spécialiste.

M. Roex ajoute qu'aux Pays-Bas et au Danemark, la consommation de médicaments est moins élevée qu'en Belgique, mais ce n'est peut-être pas un hasard si la densité de pharmacies est moins importante qu'en Belgique. Les Pays-Bas comptent la moitié voire le tiers du nombre de pharmacies que compte la Belgique. Il y a par conséquent une surabondance de pharmacies chez nous qui pourrait expliquer une partie de la consommation élevée de médicaments.

S'ajoute à cela le fait que nos pharmacies doivent réaliser une bonne partie de leur chiffre d'affaires avec des produits pouvant être obtenus sans prescription. Reste à voir si une personne grippée qui se rend directement chez le pharmacien s'en sort toujours de façon plus avantageuse que si elle se rend d'abord chez le médecin pour avoir une ordonnance.

Il embraie ensuite sur les techniques de marketing de l'industrie pharmaceutique mettant les médecins sous pression de façon indirecte. Lorsqu'un nouveau produit est lancé sur le marché, le lancement est annoncé au grand public par le biais de campagnes dans la presse. Une fois que les patients connaissent l'existence du produit et ses effets supposés, il est difficile pour le médecin de ne pas suivre. Un patient ne comprendra pas pourquoi un médecin ne connaît pas ou refuse de prescrire un nouveau produit auquel la presse attribue une action spectaculaire.

Le bon fonctionnement de ce système se note également au fait que les patients achètent des produits à l'étranger, sur la base de communiqués de presse, car ceux-ci ne sont pas encore disponibles en Belgique.

M. Vermeylen indique qu'en Allemagne par exemple, l'on prescrit bien plus de médicaments génériques qu'en Belgique. Cela s'explique, entre autres, par le fait qu'un médecin dans ce pays perd automatiquement de ses honoraires lorsqu'il dépasse un montant déterminé de médicaments prescrits. En Belgique, un tel système ne peut pas fonctionner, pour la simple et bonne raison qu'un médecin belge gagne quatre fois moins que son confrère allemand. Il est toutefois possible que les médecins s'asseyent à une table et procèdent entre pairs à une évaluation de produits commercialisés sur le marché et de leurs produits de remplacement.

Selon lui, il est logique que l'industrie pharmaceutique annonce par voie de presse les produits qu'elle

ken de specialisten die de producten hebben voorgeschreven, vaak niet te weten wat deze in de apotheek kosten. Ook op dit vlak is er nood aan informatie.

Voor duurdere medicatie komt het er vaak op neer dat moet worden onderhandeld tussen de specialist, de huisarts en de patiënt om tot een voor deze laatste financieel aanvaardbare oplossing te komen. Het is al te eenvoudig te stellen dat de huisartsen te veel voorschrijven. Vaak zijn zij verplicht een duur voorschrift van een specialist op te volgen.

De heer Roex voegt hieraan toe dat in Nederland en in Denemarken het geneesmiddelengebruik een stuk lager ligt dan in België, maar dat in deze landen wellicht niet toevallig ook de densiteit van de apotheken veel minder hoog ligt. Nederland heeft maar een derde tot de helft van het aantal apotheken van België. Ook wat dit betreft is er bij ons derhalve een overaanbod dat voor een deel de verklaring vormt van het hoge geneesmiddelengebruik.

Daarbij komt nog dat onze apotheken een goed deel van hun omzet moeten halen uit producten die zonder voorschrift kunnen worden verkregen. Het is zeer de vraag of iemand die met een griep rechtstreeks naar de apotheker gaat, altijd goedkoper af is dan wanneer hij eerst een voorschrift haalt bij de dokter.

Hij gaat vervolgens in op de marketingtechnieken van de farmaceutische industrie, waarbij de artsen op onrechtstreekse wijze onder druk worden gezet. Wanneer een nieuw middel op de markt komt, wordt dit via campagnes naar de pers bij het grote publiek bekendgemaakt. Eenmaal de patiënten van het bestaan van dit middel en de veronderstelde werking ervan op de hoogte zij, wordt voor de arts zeer moeilijk om niet te volgen. Een patiënt zal immers niet begrijpen dat zijn arts nieuwe producten waaraan door de pers een spectaculaire werking wordt toegeschreven, niet kent of weigert voor te schrijven.

Hoe goed dit systeem werkt, ziet men ook aan het feit dat patiënten op basis van persberichten, in het buitenland producten gaan kopen die in België nog niet op de markt zijn.

De heer Vermeylen stipt aan dat, bijvoorbeeld in Duitsland, veel meer generische middelen worden voorgeschreven dan in België. Dit heeft, naast een aantal andere oorzaken, te maken met het feit dat een arts in dit land automatisch aan honorarium verliest wanneer hij een bepaald bedrag aan voorgeschreven geneesmiddelen overschrijdt. In België kan een dergelijk systeem niet werken, alleen al omdat een Belgische arts viermaal minder verdient dan zijn Duitse collega's. Wat wel mogelijk is, is dat de artsen rond de tafel gaan zitten en als peers een evaluatie maken van alle producten die op de markt zijn en hun alternatieven.

Het is volgens hem niet meer dan logisch dat de farmaceutische industrie de producten die zij op de

commercialise sur le marché. Personne ne peut en prendre ombrage. Parallèlement à cela, une commission scientifique est active au sein du département de la santé publique. Celle-ci développe actuellement des techniques visant à informer de façon correcte les prescripteurs de médicaments sur les produits présents sur le marché. D'aucuns proposent ainsi en premier lieu qu'en Flandre, les médecins soient visités par des personnes pouvant fournir des explications objectives sur certains produits. Par ailleurs, d'autres techniques d'information seront également utilisées pour transmettre des informations objectives de meilleure qualité sur les médicaments aux prescripteurs. Il va de soi que l'un des éléments importants de cette information est le prix des produits.

Personnellement, il est d'avis que cette approche est nettement plus positive que la confrontation entre les différents acteurs du secteur: médecins, spécialistes, pharmaciens, industrie du médicament... Si l'on souhaite obtenir des résultats positifs, il importe au contraire que tout le monde se réunisse autour d'une table et amorce la discussion.

M. Melis n'y voit aucune objection. Il convient toutefois de présenter les choses telles qu'elles sont. Pour certaines affections banales, la pénicilline demeure encore et toujours le meilleur médicament. Le problème est que la pénicilline ordinaire en comprimé, contrairement au Luxembourg, n'est plus disponible sur le marché belge. On utilise dès lors des produits plus onéreux qui ne sont guère plus efficaces. Ce n'est pas le seul exemple d'un produit retiré du marché, pour la simple raison qu'il est trop bon marché.

Un membre fait observer que le prix des médicaments a déjà été abordé à plusieurs reprises lors des précédentes auditions. Il continue à se poser des questions au niveau de la procédure présentement suivie. On a l'impression que les instances qui doivent trancher ne comprennent pas suffisamment comment le prix de revient des médicaments est calculé.

M. Vermeylen est d'avis que l'un des problèmes en la matière réside dans le caractère comparatif du système de remboursement. Lorsqu'un nouveau produit est lancé sur le marché contre l'hypertension par exemple, il sera presque automatiquement remboursé au tarif du précédent médicament.

M. Melis précise que le prix du marché d'un médicament est déterminé en bonne partie par une estimation des possibilités financières des différents pays dans lesquels il est commercialisé. Lorsque les firmes supposent qu'un médicament suscitera un intérêt marqué dans un pays déterminé et que l'on est disposé à y mettre le prix, le prix du médicament dans ledit pays sera plus élevé.

Cela explique également les différences de prix importantes entre la Belgique et un pays comme le Portugal, où le niveau de vie est plus faible. L'on peut

markt brengt, in de pers aankondigt. Dit kan hun door niemand kwalijk worden genomen. Hiertegenover staat dat binnen het departement Volksgezondheid een wetenschappelijke commissie werkzaam is, waar momenteel technieken worden uitgewerkt om de voorschrijvers op een meer correcte wijze te informeren over de geneesmiddelen die op de markt zijn. Zo wordt voorgesteld dat, in eerste instantie in Vlaanderen, de huisartsen worden bezocht door personen die hun objectieve voorlichting over bepaalde producten kunnen geven. Daarnaast zullen ook andere informatietechnieken aangewend worden om de voorschrijvers betere en objectieve informatie over de geneesmiddelen te verstrekken. Een belangrijk element in deze informatie is vanzelfsprekend de prijs van de producten.

Persoonlijk vindt hij dit een veel positievere benadering dan een confrontatie aan te gaan tussen de verschillende actoren in de sector: huisartsen, specialisten, apothekers, geneesmiddelenindustrie, ... Wil men tot positieve resultaten komen, is het integendeel belangrijk dat iedereen rond de tafel gaat zitten en een gesprek aangaat.

De heer Melis heeft tegen dit laatste geen bezwaar. Men moet echter de zaken voorstellen zoals ze zijn. Voor een aantal banale aandoeningen wordt peniciline nog steeds als de beste medicatie beschouwd. Een probleem is alleen dat gewone peniciline in tabletvorm — in tegenstelling tot Luxemburg — niet meer op de Belgische markt verkrijgbaar is, met als gevolg dat veel duurdere producten worden gebruikt die niet efficiënter zijn. Dit is niet het enige voorbeeld van een product dat van de markt wordt gehaald, louter en alleen omdat het te goedkoop is.

Een lid merkt op dat de prijs van de geneesmiddelen tijdens de voorbije hoorzittingen al bij herhaling aanbod is geweest. Zelf blijft hij vragen hebben bij de procedure die hier wordt gevolgd. Men krijgt de indruk dat de instanties die hierover moeten beslissen, onvoldoende inzicht hebben in de wijze waarop de kostprijs is samengesteld.

De heer Vermeylen meent dat een van de problemen op dit vlak ligt in het comparatieve karakter van het systeem van terugbetaling. Wanneer er een nieuw middel op de markt komt tegen bijvoorbeeld hypertensie, gaat men bijna automatisch terugbetalen aan het tarief van het vorige middel.

De heer Melis stipt aan dat de marktprijs van een geneesmiddel in belangrijke mate bepaald wordt door een raming van de financiële mogelijkheden van de verschillende landen waar het op de markt komt. Wanneer de firma's vermoeden dat er in een bepaald land veel interesse is voor een middel en er een bereidheid bestaat hiervoor geld op tafel te leggen, zal de prijs in dit land ook hoog worden gelegd.

Dit verklaart de grote prijsverschillen tussen België en een land als Portugal, waar de levensstandaard lager is. Men mag er echter van uitgaan dat ook in dit

également supposer que dans ce dernier pays aussi, les médicaments génèrent des bénéfices. L'expérience en Afrique nous enseigne que l'on y vend les produits en vrac et que l'on calcule en centimes. Le prix exigé chez nous pour un médicament est plus en rapport avec la valeur marchande du produit qu'avec son prix de revient réel.

M. Roex convient que pour les nouveaux médicaments lancés sur le marché, les firmes s'efforcent de prévoir la plus-value économique des produits. Pour les molécules existantes qui sont remplacées, le prix de l'ancien produit est indicatif comme l'a déjà souligné M. Vermeylen. Il est rare que le prix d'un nouveau produit soit moins élevé que celui de l'ancien.

Un membre conclut que tout cela ne fait que confirmer ses suppositions, à savoir que le dossier de base introduit auprès du ministère des Affaires économiques repose davantage sur une plus-value potentielle que sur une structure de coûts réelle du produit pharmaceutique.

M. Vermeylen souligne enfin que dans cet échange d'idées, un secteur n'a pas été abordé, à savoir celui des compagnies d'assurance. Il a récemment reçu de sa caisse d'assurance maladie un dépliant dans lequel on lui proposait d'intervenir, par le biais de l'assurance complémentaire, dans ses frais d'homéopathie. Indépendamment de la question de savoir qui va définir ce qu'est l'homéopathie et dans quels cas elle doit être utilisée, il juge inqualifiable le fait qu'une caisse d'assurance maladie, qui a pour mission de défendre le bien-être (financier) des patients, s'immisce dans ce genre d'affaires. D'après ce qu'il a pu entendre, sa caisse d'assurance maladie ne serait pas la seule à suivre cette voie.

La présidente répond que la commission sera probablement confrontée sous peu à cette problématique. Elle remercie les intervenants pour leur franchise.

laatste land de geneesmiddelen nog winst opleveren. Ervaring in Afrika leert dat hier producten «en vrac» worden verkocht waarbij met centiemen wordt gerekend. De prijs die voor een geneesmiddel wordt gevraagd heeft veel meer te maken met de marktwaarde van het product dan met de werkelijke kostprijs ervan.

De heer Roex beaamt dat voor de nieuwe middelen die op de markt komen, de firma's de economische meerwaarde van de producten trachten te verdisconteren. Voor bestaande moleculen die worden vervangen, is zoals door de heer Vermeylen reeds werd opgemerkt, de prijs van het oude middel sterk richtinggevend. Men ziet bijna nooit dat de prijs van het nieuwe product lager is dan die van het oude.

Het lid concludeert dat dit alles zijn vermoeden staaft, dat het basisdossier dat bij Economische Zaken wordt ingediend, meer gebaseerd is op een potentiële marktwaarde dan op een werkelijke kostenstructuur van het farmaceutische product.

De heer Vermeylen merkt tot slot op dat in deze gedachtenwisseling één sector niet aan bod is geweest, namelijk de verzekeringsinstellingen. Zelf heeft hij als sociaal verzekerde van zijn ziekenfonds recent een folder ontvangen waarin hem wordt voorgesteld via de aanvullende verzekering tussen te komen in zijn kosten voor homeopathie. Nog los van de vraag wie gaat bepalen wat homeopathie is en voor wat het moet worden gebruikt, vindt hij het ongehoord dat een ziekenfonds, dat als opdracht heeft het (financiële) welzijn van de patiënten te verdedigen, zich met dit soort zaken inlaat. Naar verluidt zou zijn ziekenfonds overigens niet het enige zijn dat deze weg opgaat.

De voorzitter antwoordt dat de commissie wellicht binnen afzienbare tijd met deze aangelegenheid geconfronteerd zal worden. Zij dankt de sprekers voor hun openhartige uiteenzettingen.

PARTIE V

L'INAMI et les pouvoirs publics

I. AUDITION DES REPRÉSENTANTS DE L'INAMI (1)

A. Exposé de M. J. De Cock, administrateur général de l'INAMI

Depuis cinq ans environ, l'accessibilité à l'assurance-soins de santé est un thème qui retient souvent l'attention.

D'une façon générale, l'accessibilité à l'assurance-soins de santé est influencée par deux facteurs :

• les conditions stipulées dans le cadre de l'assurabilité, qui sont d'un grand intérêt, notamment pour les personnes sans activité professionnelle;

• le taux de la prise en charge des honoraires et des tarifs des prestations prévues par l'assurance.

Il peut être utile d'examiner brièvement les mesures qui ont été prises dans ces domaines dans un passé récent.

1. L'accès à l'assurance soins de santé

L'article 11 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions a habilité le Roi à apporter toutes les modifications nécessaires aux dispositions de la loi du 14 juillet 1994, afin de généraliser et d'assouplir l'accès au régime de l'assurance soins de santé, en particulier pour les groupes socio-économiques défavorisés.

L'arrêté royal du 25 avril 1997 (*Moniteur belge* du 19 juin 1997) a porté exécution de cet article; ainsi, à partir du 1er janvier 1998, les catégories suivantes d'assurés ont été incluses dans le régime général :

— les anciens fonctionnaires coloniaux;

— les étudiants de l'enseignement du troisième niveau;

— les handicapés;

— les personnes inscrites dans le Registre national des personnes physiques.

(1) Audition du 10 novembre 1998 avec M. De Cock, administrateur général de l'INAMI, Mme Servotte et le docteur Verrecken.

DEEL V

Het RIZIV en de overheid

I. HOORZITTING MET VERTEGENWOORDIGERS VAN HET RIZIV (1)

A. Uiteenzetting van de heer J. De Cock, administrateur-generaal van het RIZIV

Sinds een vijftal jaren is de toegankelijkheid tot de verzekering geneeskundige verzorging een thema dat veel aandacht geniet.

Algemeen gesteld wordt de toegankelijkheid tot de verzekering geneeskundige verzorging beïnvloed door twee factoren :

• de voorwaarden gesteld in het kader van de verzekerbaarheid, inzonderheid van belang voor personen zonder professionele activiteit;

• de mate van ten lasteneming van de honoraria en tarieven van de door de verzekering voorziene verstrekkingen.

Het is wellicht nuttig om in het kort aandacht te besteden aan de maatregelen die op deze vlakken werden genomen in het recente verleden.

1. De toegang tot de verzekering geneeskundige verzorging

Artikel 11 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels machtigde de Koning om alle nuttige wijzigingen aan te brengen in de wet van 14 juli 1994 om de toegang tot de regeling inzake verzekering voor geneeskundige verzorging te veralgemenen en te versoepelen, in het bijzonder voor sociaal-economisch achtergestelde bevolkingsgroepen.

Dit gebeurde bij koninklijk besluit van 25 april 1997 (*Belgisch Staatsblad* van 19 juni 1997), waardoor vanaf 1 januari 1998 volgende categorieën van verzekerden in de algemene regeling werden opgenomen :

— de gewezen koloniale ambtenaren;

— de studenten van het onderwijs van het derde niveau;

— de mindervaliden;

— de in het rijksregister van de natuurlijke personen ingeschreven personen.

(1) Hoorzitting van 10 november 1998 met de heer De Cock, administrateur-generaal van het RIZIV, mevrouw Servotte en dokter Verrecken.

Les travailleurs indépendants handicapés et les membres des communautés religieuses ont été intégrés dans le régime des travailleurs indépendants.

Auparavant, ces personnes étaient assurées sur la base des régimes dits résiduaires.

Le caractère résiduaire de ces régimes ne permettait aux intéressés de faire appel à ceux-ci que lorsqu'ils ne remplissaient pas les conditions voulues pour prétendre aux prestations de santé en vertu d'un régime d'assurance obligatoire.

Le régime des personnes non protégées réunissait souvent les bénéficiaires du minimex, les personnes sans abri, les personnes divorcées. L'intégration des groupes précités dans le régime général ou dans le régime des travailleurs indépendants donne lieu à une simplification considérable des situations complexes, observées antérieurement et engendrées par le passage d'un régime à l'autre.

Ces groupes sont en principe redevables de cotisations personnelles. Pour un certain nombre de situations, des dispenses ont été prévues. On a également aménagé les dispositions concernant le stage d'attente et les règles en matière de paiement d'un droit d'entrée (cotisations personnelles dues pendant la période se situant entre la perte de la qualité antérieure et l'obtention d'une nouvelle qualité d'assuré).

Ces modifications sont résumées dans le schéma ci-après.

De mindervalide zelfstandigen en de leden van de kloostergemeenschappen werden geïntegreerd in de regeling voor de zelfstandigen.

Voorheen werden de betrokkenen verzekerd op basis van de zogenaamde residuaire stelsels.

Het residuair karakter van deze stelsels bestond erin dat men er enkel beroep op kon doen wanneer men niet aan de voorwaarden voldeed om zijn recht te doen gelden op geneeskundige verstrekkingen krachtens een stelsel van verplichte verzekering.

Binnen het stelsel van de niet beschermde personen ging het dikwijls om gerechtigden op het bestaansminimum, daklozen, gescheiden personen. De integratie van voornoemde groepen in de algemene regeling of in de regeling van de zelfstandigen betekent een aanzienlijke vereenvoudiging van de vroeger vastgestelde complexe situaties van overgang van het ene stelsel naar het andere stelsel.

Deze groepen zijn in principe persoonlijke bijdragen verschuldigd. Voor een aantal situaties werden vrijstellingen voorzien. Tevens werd er gesleuteld aan de bepalingen inzake wachttijd en aan de regels inzake betaling van een intrederecht (persoonlijke bijdragen verschuldigd tussen het verlies van een vroegere hoedanigheid en het verwerven van een nieuwe hoedanigheid van verzekerde).

Schematisch worden deze wijzigingen samengevat in onderstaand schema.

	Avant le 1er janvier 1998 — *Voor 1 januari 1998*			Après le 1er janvier 1998 — *Na 1 januari 1998*		
	Stage d'attente — *Wachttijd*	Cotisation personnelle (mensuelle) — *Persoonlijke bijdrage (per maand)*	Droit d'entrée — *Intrederecht*	Stage d'attente — *Wachttijd*	Cotisation personnelle (trimestrielle) — *Persoonlijke bijdrage (per trimester)*	Droit d'entrée — *Intrederecht*
Régime général. — *Algemene regeling*						
Handicapés. — *Mindervaliden*	Non. — *Neen*	560 fr.	Oui, si (**). — *Ja, indien (**)*	Non. — *Neen*	0 fr.	Pas après le 1.1.1998. — *Geen na 1.1.1998*
Étudiants. — *Studenten*	Oui, 6 mois (*). — *Ja, 6 maand (*)*	413 fr.	Oui, si (**). — *Ja, indien (**)*	Non. — *Neen*	1 702 fr.	Pas après le 1.1.1998. — *Geen na 1.1.1998*
	(x)	579 fr. (TT+PAC).	(xx)			
OSSOM. — *DOSZ*	Non. — *Neen*	381 fr.	Oui, si. — *Ja, indien*	Non. — *Neen*	1 158 fr.	Pas après le 1.1.1998. — *Geen na 1.1.1998*
Personnes inscrites dans le registre national. — *Personen ingeschreven in ht Rijksregister*	Oui, 6 mois. — *Ja, 6 maand*	3 303 fr.	Oui, si. — *Ja, indien*	Non. — *Neen*	20 077 fr.	Pas après le 1.1.1998. — *Geen na 1.1.1998*
	(x)		(xx)			
		2 064 fr. (< plafond VIPO). — *(< wigw plafond)*			10 038 fr. (<1 000 000)	
		620 fr. (< 25 ans). — *620 fr. (< 25 jaar)*			1 702 fr. (< plafond VIPO). — *1 702 fr. (< wigwplafond)*	
Régime des travailleurs indépendants. — *Regeling zelfstandigen*						
Communautés religieuses. — *Kloosters gemeenschappen*	Oui, 6 mois. — *Ja, 6 maand*	846 fr.	Oui, si. — *Ja, indien*	Non. — *Neen*	2 571 fr.	Pas après le 1.1.1998. — *Geen na 1.1.1998*

	Avant le 1er janvier 1998 — *Voor 1 januari 1998*			Après le 1er janvier 1998 — *Na 1 januari 1998*		
	Stage d'attente — *Wachttijd*	Cotisation personnelle (mensuelle) — *Persoonlijke bijdrage (per maand)*	Droit d'entrée — *Intrederecht*	Stage d'attente — *Wachttijd*	Cotisation personnelle (trimestrielle) — *Persoonlijke bijdrage (per trimester)*	Droit d'entrée — *Intrederecht*
Handicapés. — *Mindervaliden* . .	(*) Non. — *Neen*	242 fr. (+ 60/65 a). — *(+ 60/65 j)* 373 fr.	(**) Oui, si. — *Ja, indien* (**)	Non. — *Neen*	735 (> 65 a). — *(> 65 j)* 0 fr.	(< 65 a.). — *(< 65 j.)* Pas après le 1.1.1998. — *Geen na 1.1.1998*

(*) C'est-à-dire, si au cours des six mois précédant l'inscription, il n'y avait plus de droit aux remboursements.

(**) Droit d'entrée : avant le 1er janvier 1998, la cotisation pour le premier mois de l'inscription dans le régime résiduaire était augmentée d'une cotisation pour chaque mois écoulé depuis la perte de la qualité précédente de titulaire ou de personnes à charge.

(*) Dit wil zeggen indien in de loop van de zes maanden vóór de inschrijving, geen recht op tegemoetkomingen meer bestond.

(**) Intrederecht : vóór 1 januari 1998 werd de bijdrage voor de 1e maand van de inschrijving in het residuaire stelsel, verhoogd met een bijdrage voor elke maand die verstreken was sedert het verlies van een vorige hoedanigheid van titularis op persoon ten laste.

Le même arrêté a modifié également les dispositions en matière de droit dit annuel.

Désormais, l'assurabilité est maintenue jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit celle au cours de laquelle le droit s'est ouvert (auparavant c'était jusqu'au 30 juin). Par ailleurs, les titulaires peuvent continuer à bénéficier des prestations pendant une période de droit annuel, du 1er janvier au 31 décembre de la même année, s'ils sont en règle en ce qui concerne les cotisations pour la deuxième année civile qui précède le début de cette période, dénommée année de référence.

Les règles précitées ont été précisées davantage dans deux arrêtés royaux du 29 décembre 1997 (*Moniteur belge* du 31 décembre 1997, 2e éd.).

2. Le taux de la prise en charge des prestations de santé

Il va de soi que l'accessibilité financière à l'assurance soins de santé est influencée par les frais que les assurés doivent supporter. Dans certains cas, une partie du coût des soins de santé reste à charge des bénéficiaires.

D'une façon générale, nous pouvons affirmer que les tickets modérateurs au sens strict représentent en 1996 un montant de 48 milliards de francs, comme mentionné dans le tableau 1 ci-annexé.

Il peut en être déduit que la quote-part personnelle dans les prestations prévues par l'assurance représente les pourcentages suivants des honoraires ou des tarifs :

Honoraires des médecins : 10,6 %

Prestations pharmaceutiques : 18,9 %

Hetzelfde besluit wijzigde eveneens de bepalingen inzake het zogenaamde jaarrecht.

Voortaan blijft de verzekerbaarheid behouden tot 31 december van het jaar na waarin het recht ingaat (voorheen tot 30 juni). Voorts kunnen de gerechtigden prestaties blijven genieten gedurende een periode van jaarlijks recht tussen 1 januari en 31 december van hetzelfde jaar, als ze voor het tweede kalenderjaar dat aan het begin van die periode voorafgaat, referte-jaar geheten, in regel zijn met bijdragen.

Voornoemde regels werden verder gepreciseerd bij twee koninklijke besluiten van 29 december 1997 (*Belgische Staatblad*, 31 december 1997, ed. 2).

2. De mate van ten lasteneming van de geneeskundige verstrekkingen

Uiteraard wordt de financiële toegankelijkheid tot de verzekering geneeskundige verzorging beïnvloed door de kosten die de verzekerden dienen te dragen. In een aantal gevallen blijft een gedeelte van de kostprijs van de geneeskundige verzorging ten laste van de rechthebbenden.

In het algemeen kunnen we stellen dat de remgelden *sensu stricto* in 1996 een bedrag vertegenwoordigden van 48 miljard frank zoals wordt aangegeven door de als bijlage gevoegde tabel 1.

Men kan hieruit afleiden dat de persoonlijke aandelen voor de in de verzekering voorziene verstrekkingen volgend % van de honoraria of tarieven vertegenwoordigden :

Honoraria geneesheren : 10,6 %

Farmaceutische verstrekkingen : 18,9 %

Prix de la journée d'entretien : 5,2 %

Autres prestations : 6,4 %

Ces quotes-parts personnelles repésentent globalement environ 10 % du montant des honoraires et des tarifs, mais le pourcentage est plus élevé dans le secteur des patients ambulatoires (15 %) que dans le secteur des patients hospitalisés (4 %).

L'assurance prévoit toutefois, une modulation et des corrections de ces quotes-parts personnelles en fonction des facteurs suivants :

— le statut social de l'assuré et ses revenus, le statut dit VIPO;

— le montant des quotes-parts personnelles que le bénéficiaire à déjà supportées, dans le cadre de la franchise sociale et fiscale;

a. Modulation de la quote-part personnelle dans le cadre dudit statut VIPO

— la gravité de la pathologie et sa durée, dans le cadre des mesures prises en faveur des maladies chroniques.

Dans les conclusions du rapport établi en 1961 par le groupe de travail parlementaire, chargé de l'étude des problèmes en matière d'assurance maladie-invalidité, il est écrit que parmi les personnes auxquelles s'adresse le régime d'assurance-soins de santé, les pensionnés, les invalides et les veuves constituent des groupes sociaux pour lesquels des dispositions particulières devraient permettre un accès pratiquement gratuit aux prestations dont ils ont besoin.

Ce principe de l'intervention majorée pour les VIPO a été inséré en 1963 dans la loi AMI et est encore appliqué à ce jour. Le droit à l'intervention majorée est octroyé à la condition que les revenus bruts imposables de ménage des VIPO ne dépassent pas un montant déterminé (465 211 francs par an majorés d'un montant de 86 123 francs par personne à charge).

Pour une bonne compréhension du sujet, il est indiqué de s'attarder un moment sur les données suivantes, mentionnées dans les tableaux 2, 3, 4 et 5.

On peut en déduire que le nombre global de VIPO s'élevait en 1982 à 23,5 % du nombre total de bénéficiaires et qu'il s'élève actuellement à 25,7 %. La quote-part des VIPO bénéficiant du tarif préférentiel a diminué au cours de la même période et est passée de 14,5 % à 10,6 %.

En ce qui concerne les dépenses, la quote-part des VIPO au cours de la période précitée de 15 ans, a évolué de 50,2 % à 61 %. La part des VIPO bénéficiant du tarif préférentiel dans les dépenses totales a diminué et est passée de 37,4 % à 32,6 %.

Verpleegdagprijs : 5,2 %

Andere verstrekkingen : 6,4 %

Globaal vertegenwoordigen deze persoonlijke aandelen ca. 10 % van het bedrag van de honoraria en tarieven, met een hoger percentage in de ambulante sector (15 %) dan in de sector gehospitaliseerden (4 %).

Evenwel voorziet de verzekering in een modulering en correcties van deze persoonlijke aandelen in functie van volgende factoren :

— het sociaal statuut van de verzekerde en zijn inkomsten, het zogenaamde WIGW-statuut;

— het bedrag van de persoonlijke aandelen die de rechthebbenden al voor zijn rekening heeft genomen, in het kader van de sociale en fiscale franchise;

a. Modulering van het persoonlijk aandeel in het kader van het zog. WIGW-statuut

— de ernst van de pathologie en de duur ervan, in het kader van de maatregelen ten gunst van chronische ziekten.

In de conclusies van het verslag van de parlementaire werkgroep belast met de studie van de problemen inzake de ziekte- en invaliditeitsverzekering uit 1961 werd gesteld dat « onder de personen voor wie de regeling van de verzekering voor geneeskundige verzorging is bestemd, de gepensioneerden, invaliden en weduwen sociale groepen vormen, waarvoor bijzondere beschikkingen zouden moeten worden voorzien in het praktisch kosteloos verlenen van de verstrekkingen die zij behoeven. »

Dit beginsel van de verhoogde tegemoetkoming t.a.v. WIGW's werd in 1963 in de ZIV-wet ingeschreven en geldt tot op de dag van vandaag. Het recht op verhoogde tegemoetkoming wordt toegekend op voorwaarde dat de bruto belastbare gezinsinkomsten van de WIGW's een bepaald bedrag niet overschrijden (465 211 frank per jaar verhoogd met een bedrag van 86 123 frank per persoon ten laste).

Voor een goed begrip is het wenselijk even stil te staan bij volgende gegevens, vervat in tabel 2, 3, 4 en 5.

Hieruit kan worden afgeleid dat het globaal aantal WIGW's in 1982 23,5 % van het totaal rechthebende bedrag en thans 25,7 % bedraagt. Het aandeel van de WIGW's met voorkeurregeling is in dezelfde periode gedaald van 14,5 % tot 10,6 %.

Wat de uitgaven betreft is het aandeel van de WIGW'S over voornoemde periode van 15 jaar geëvolueerd van 50,2 % naar 61 %. Het aandeel van de voorkeursgerechtigde WIGW'S in de totale uitgaven daalde van 37,4 % tot 32,6 %.

Le coût moyen pour les différentes catégories a évolué de la manière suivante, de 1990 a 1997 (en francs)

	TIP	VIPO sans tarif préférentiel	VIPO avec tarif préférentiel
1990	18 150	57 109	86 428
1997	23 628	84 891	139 018
en %	+ 30,2	+ 48,6	+ 60,8

À l'aide du tableau 5, on peut comparer les dépenses pour les VIPO, relatives à certaines prestations, à celles d'un TIP. Cette comparaison fait apparaître qu'en ce qui concerne les soins à domicile, les dépenses engagées pour les invalides sont 16 fois et celles pour les pensionnés 25 fois supérieures à celles engagées pour les assurés ordinaires.

Par arrêté royal du 16 avril 1997 (*Moniteur belge* du 30 avril 1997 - 3e éd.), le statut VIPO a été étendu aux 5 catégories suivantes :

— les titulaires auxquels est accordé le droit minimum de moyens d'existence et les personnes qui sont inscrites à leur charge;

— les titulaires auxquels un centre public d'aide sociale accorde un secours partiellement ou totalement pris en charge par l'État fédéral et les personnes inscrites à leur charge;

— les titulaires qui bénéficient d'un revenu garanti aux personnes âgées et les personnes à leur charge;

— les titulaires auxquels est accordée une allocation de handicapé et les personnes à leur charge;

— les titulaires qui sont enfants bénéficiaires d'allocations majorées pour enfants handicapés.

Il s'agit d'environ 170 000 personnes, d'après le tableau 6 ci-joint.

b. Modulation dans le cadre de la franchise sociale et fiscale

L'origine du système de la franchise sociale et fiscale se situe dans la mesure dite de sélectivité, décidée par le gouvernement dans le cadre du budget 1994. La mesure visait une adaptation sélective du remboursement de l'assurance soins de santé, tenant compte, d'une part, de la capacité contributive des assurés et, d'autre part, de la nécessité de sauvegarder l'accès aux prestations de base du régime.

La base légale était constituée par la loi du 6 août 1993.

De gemiddelde kost voor de verschillende categorieën evolueerde tussen 1990 en 1997 als volgt (in frank)

	PUG	WIGW zonder voorkeurregeling	WIGW met voorkeurregeling
1990	18 150	57 109	86 428
1997	23 628	84 891	139 018
in %	+ 30,2	+ 48,6	+ 60,8

Op basis van tabel 5 kan men de uitgaven van WIGW's voor sommige verstrekkingen vergelijken met een PUG. Hieruit blijkt dat bijvoorbeeld dat wat de thuiszorg betreft de uitgaven voor invaliden gemiddeld 16 maal en voor gepensioneerden 25 maal hoger liggen dan voor gewone verzekerden.

Bij koninklijk besluit van 16 april 1997 (*Belgisch Staatsblad* van 30 april 1997 - ed. 3) werd het WIGW-statuut uitgebreid met volgende 5 sociale categorieën :

— de gerechtigden aan wie het recht op bestaansminimum wordt toegekend en de personen te hunnen laste;

— de gerechtigden aan wie een OCMW steun verleent die geheel of gedeeltelijk door de Staat ten laste worden genomen en de personen te hunnen laste;

— de gerechtigden die een gewaarborgd inkomen voor bejaarden genieten en de personen te hunnen laste;

— de personen wie een tegemoetkoming aan mindervaliden wordt verleend en hun personen ten laste;

— de kinderen die recht geven op verhoogde kinderbijslag voor gehandicapte kinderen.

Het betrokken aantal personen bedraagt ca. 170 000, zoals uit bijgevoegde tabel 6 blijkt.

b. Modulering in het kader van de sociale en fiscale franchise

De oorsprong van het systeem van de sociale en fiscale franchise moet gekaderd worden in de zogenaamde selectiviteitsmaatregel waartoe door de regering in het kader van de begroting 1994 was beslist. De maatregel beoogde een selectieve aanpassing van de terugbetaling van de verzekering voor geneeskundige verzorging, enerzijds rekening houdend met het bijdragevermogen van de verzekerden en anderzijds met de noodzaak de toegang tot de basisverstrekkingen van de regeling te vrijwaren.

De wettelijke grondslag werd voorzien bij wet van 6 augustus 1993.

Le Conseil général du service des soins de santé de l'INAMI a émis un avis circonstancié au sujet de l'instauration de la mesure de sélectivité, qui contenait les éléments suivants.

Le Conseil général estimait que la mesure de sélectivité devait être un facteur d'amélioration de la politique de la santé qui fait régner une solidarité entre tous les bénéficiaires de l'assurance.

Selon le Conseil, cela impliquait :

— que cette mesure devait se rapporter aux prestations largement répandues parmi la population;

— qu'elle ne pouvait pas constituer un frein à l'accès à certaines prestations, entre autres en cas de maladies chroniques et de maladies sociales;

— qu'elle devait au contraire favoriser une meilleure couverture des soins de santé en cas de maladies chroniques et sociales pour toutes les catégories de bénéficiaires, en tenant compte de leurs revenus;

— que l'on encourage le recours optimal à l'offre existante, tant en ce qui concerne les prestations que l'infrastructure, et que l'on décourage la multiplication des actes thérapeutiques superflus.

En outre, le Conseil général stipulait que la mesure de sélectivité devait aller de pair avec d'autres mesures visant à garantir une sécurité tarifaire aux bénéficiaires de l'assurance.

Enfin, le Conseil général estimait que la mesure de sélectivité devait être adaptée pour tenir compte au maximum de la capacité contributive des assurés et de la composition du ménage. Les formules les plus différenciées sont certes beaucoup plus difficiles à appliquer administrativement.

Pour pouvoir suivre autant que possible le problème des conséquences sociales pour certaines catégories de patients, le Conseil général avait suggéré d'appliquer diverses modalités, qui peuvent être résumées de la façon suivante :

— exclusion de certaines catégories de bénéficiaires du champ d'application de la mesure (par exemple : les VIPO bénéficiant du remboursement préférentiel, les chômeurs qui perçoivent une allocation, les personnes qui bénéficient du droit au minimum de moyens d'existence et les personnes qui bénéficient d'un revenu garanti aux personnes âgées);

— exclusion de certaines catégories de bénéficiaires, en tenant compte de leurs revenus;

— modulation de la majoration du ticket modérateur, suivant les revenus;

— exclusion de certains types de maladies, comme les maladies chroniques et les maladies sociales, du champ d'application de la mesure;

Over de invoering van de selectiviteitsmaatregel bracht de Algemene Raad van de dienst geneeskundige verzorging van het RIZIV een omstandig advies uit waarin volgende elementen waren vervat.

De Algemene Raad meende dat de selectiviteitsmaatregel diende te kaderen in een beter gezondheidsbeleid waar solidariteit heerst onder alle rechthebbenden van de verzekering.

Dit hield volgens de Raad in :

— dat deze betrekking diende te hebben op bij de bevolking ruim verspreide verstrekkingen;

— dat deze geen rem mocht zijn op de toegang tot sommige verstrekkingen, met name in geval van chronische ziekten en sociale ziekten;

— dat de maatregel integendeel voor alle categorieën van rechthebbenden, rekening houdende met hun inkomen, een betere dekking van de geneeskundige verzorging in geval van chronische ziekten en sociale ziekten mogelijk zou moeten maken;

— dat het optimaal gebruik van het bestaande aanbod, zowel wat de verstrekkers als wat de infrastructuur betreft, zou worden aangemoedigd en het opdrijven van overbodige therapeutische handelingen zou worden ontmoedigd.

Bovendien stelde de Algemene Raad dat de selectiviteitsmaatregel diende gepaard te gaan met andere maatregelen die beogen de rechthebbenden van de verzekering een tariefzekerheid te waarborgen.

Tenslotte meende de Algemene Raad dat de selectiviteitsmaatregel zou moeten worden aangepast om maximaal rekening te houden met het bijdragevermogen van de verzekerden en met de samenstelling van het gezin. De meest gedifferentieerde formules zijn weliswaar de meest rechtvaardige wat de principes betreft, maar zijn in administratief opzicht zoveel moeilijker toe te passen.

Om het probleem van de sociale gevolgen voor bepaalde categorieën van patiënten zoveel mogelijk op te volgen, suggereerde de Algemene Raad verscheidene modaliteiten op te volgen. Die kunnen als volgt worden samengevat :

— uitsluiting van sommige categorieën van rechthebbenden uit het toepassingsgebied van de maatregel (bijvoorbeeld de WIGW met voorkeursbehandeling, de werklozen die een uitkering trekken, de personen die het bestaansminimum genieten en de personen die het gewaarborgd inkomen voor de bejaarden ontvangen);

— uitsluiting van sommige categorieën van rechthebbenden, rekening houdende met hun inkomen;

— modulering van de verhoging van het remgeld, volgens het inkomen;

— uitsluiting van sommige types van ziekten, zoals de chronische ziekten en de sociale ziekten, uit het toepassingsgebied van de maatregel;

— instauration d'un montant plafonné du ticket modérateur, modulable éventuellement selon les catégories de revenus, montant au-dessus duquel le ticket modérateur actuel pouvait être soit diminué, soit même supprimé.

La majoration des quotes-parts personnelles, à raison de 7,5 milliards de francs, a été compensée par deux mesures :

— *la franchise sociale et fiscale*

Par arrêté royal du 3 novembre 1993 (adapté ultérieurement par les arrêtés des 24 janvier 1994, 15 mai 1995, 17 janvier 1997 et 17 avril 1997), une immunisation de la participation personnelle pour une année déterminée a été prévue pour certaines catégories socio-économiques d'assurés dignes d'intérêt, dès le moment où l'ensemble des interventions personnelles effectivement prises en charge par le bénéficiaire et les éventuelles personnes à sa charge, atteint 15 000 francs (l'assurance prend alors à sa charge pendant le reste de l'année, le coût total des frais tarifés relatifs aux soins de santé).

(Cette mesure est habituellement dénommée, la « franchise sociale ».)

Les catégories suivantes font partie du champ d'application de la franchise sociale :

— les bénéficiaires de l'assurance qui ont droit au revenu garanti aux personnes âgées, au minimum de moyens d'existence ou à un secours similaire accordé par le CPAS, ainsi que les personnes qui sont à leur charge;

— les personnes qui ont droit à l'intervention majorée de l'assurance, ainsi que les personnes qui sont à leur charge;

— les bénéficiaires handicapés auxquels est accordée une des allocations de handicapés, en application de la loi du 27 février 1987, ainsi que les personnes qui sont à leur charge;

— les titulaires qui ont depuis six mois au moins la qualité de chômeur (et qui ont droit à une allocation de chômage en qualité de travailleur en chômage, ayant charge de famille, ou en qualité d'isolé) ainsi que les personnes qui sont à leur charge;

— les bénéficiaires d'une allocation familiale majorée et les personnes qui sont à leur charge.

Les frais de médicaments, les frais d'hospitalisation, à partir du 91e jour d'hospitalisation dans un hôpital général et à partir du 366e jour dans un hôpital psychiatrique ainsi que les frais d'hébergement dans une maison de repos pour personnes âgées et dans une maison de repos et de soins n'entrent toutefois pas en ligne de compte pour l'application de la franchise sociale.

— invoering van een begrensd bedrag van remgeld, eventueel moduleerbaar volgens de inkomenscategorieën, waarboven het huidige remgeld zou kunnen worden ofwel verminderd, ofwel zelfs afgeschaft.

De verhoging van de persoonlijke aandelen à rato van 7,5 miljard frank werd gecompenseerd door twee maatregelen :

— *de sociale en fiscale franchise*

Met het koninklijk besluit van 3 november 1993 (later aangepast door besluiten van 24 januari 1994, 15 mei 1995, 17 januari 1997 en 17 april 1997) werd voor bepaalde socio-economisch behartenswaardige categorieën van verzekerden, voorzien in de vrijstelling van het persoonlijk aandeel over een bepaald jaar, van zodra voor dat jaar een totaalbedrag van 15 000 frank aan persoonlijk aandeel door de rechthebbende en zijn eventuele personen ten laste gedragen werd (de verzekering neemt voor het resterende gedeelte van het jaar dan de volledige getarifeerde kost van de geneeskundige verzorging voor haar rekening).

(Deze maatregel wordt gewoonlijk de « sociale franchise » genoemd.)

Volgende categorieën behoren tot het toepassingsgebied van de sociale franchise :

— de rechthebbenden van de verzekering die recht hebben op het gewaarborgd inkomen voor bejaarden, het bestaansminimum of de daaraan gelijkwaardige hulp, uitgekeerd door het OCMW, en hun personen ten laste;

— de personen die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, en hun personen ten laste;

— de gehandicapte rechthebbende die één van de tegemoetkomingen voor gehandicapten genieten in toepassing van de wet van 27 februari 1987, en hun personen ten laste;

— de gerechtigden die sedert ten minste zes maanden werkloos zijn (en recht hebben op een werkloosheidsuitkering als werkloze werknemer met gezinslast of als alleenstaande), en de personen die te hunne laste zijn;

— de rechthebbende op de verhoogde kinderbijslag, en hun personen ten laste.

De kosten voor geneesmiddelen, de hospitalisatiekosten vanaf de 91e dag in een algemeen ziekenhuis en vanaf de 366e dag in een psychiatrische instelling alsmede de huisvestingskosten in een rustoord voor bejaarden en in een rust- en verzorgingstehuis worden echter niet in aanmerking genomen voor de toepassing van de sociale franchise.

De même, les suppléments et les frais à charge des assurés qui ne constituent pas une « intervention personnelle », au sens de la législation en matière de soins de santé, ne sont pas pris en considération.

En application de l'article 43 de la loi-programme du 24 décembre 1993, pour tous les assurés, un plafond des interventions personnelles est fixé par an et par ménage, variant en fonction du revenu imposable net total du ménage (revenu brut après déduction des cotisations de sécurité sociale) :

— pour un revenu de ménage jusqu'à 537 999 francs, un plafond de 15 000 francs;

— pour un revenu de ménage de 538 000 francs à 829 999 francs, un montant maximum de 20 000 francs;

— pour un revenu de ménage de 829 000 francs à 1 119 999 francs, un plafond de 30 000 francs;

— pour un revenu de ménage de 1 120 000 francs à 1 410 000 francs, un plafond de 40 000 francs;

— pour un revenu de ménage de 1 411 000 francs, un montant maximum de 50 000 francs.

Si l'on constate pour ces assurés que le ménage a payé, pour une année déterminée, un montant total, à titre de quotes-parts personnelles ou de tickets modérateurs, supérieur au plafond fixé pour la catégorie de revenus dont il relève, le montant payé en trop leur est remboursé.

Ce remboursement n'est toutefois pas effectué par la mutualité mais par l'administration des contributions, soit en déduisant la somme à rembourser de l'impôt à suppléer pour les revenus de l'exercice en question, soit en la remboursant à l'assuré contribuable si celui-ci n'a pas de supplément d'impôt à payer.

Cette forme d'immunisation de la quote-part personnelle est dénommée « franchise fiscale ».

Les frais de soins de santé qui sont exclus de la franchise sociale le sont également de la franchise fiscale, à cette différence près que les frais relatifs aux hospitalisations ne sont absolument pas pris en compte.

Après quelques années, il sera possible de faire une première évaluation de ces mesures de correction.

Ook supplementen en kosten ten laste van de verzekerden die geen « persoonlijk aandeel » zijn in de zin van de wetgeving inzake geneeskundige verzorging komen niet in aanmerking.

In toepassing van artikel 43 van de programmawet van 24 december 1993 wordt voor alle verzekerden per jaar en per gezin een grensbedrag voor de persoonlijke aandelen vastgesteld dat verschilt naargelang het totaal netto-belastbaar gezinsinkomen (bruto-inkomen na aftrek van de sociale-zekerheidsbijdragen) :

— voor een gezinsinkomen tot 537 999 frank geldt een grensbedrag van 15 000 frank;

— voor een gezinsinkomen van 538 000 frank tot 829 999 frank geldt een maximumbedrag van 20 000 frank;

— voor een gezinsinkomen van 829 000 frank tot 1 119 999 frank geldt een grensbedrag van 30 000 frank;

— voor een gezinsinkomen van 1 120 000 frank tot 1 410 000 frank geldt een grensbedrag van 40 000 frank;

— voor een gezinsinkomen van 1 411 000 frank geldt een maximumbedrag van 50 000 frank.

Indien voor deze verzekerden nu vastgesteld wordt dat hun gezin voor een bepaald jaar een totaal bedrag aan persoonlijke aandelen of remgeld betaald heeft dat hoger ligt dan het grensbedrag dat voor hun inkomenscategorie is vastgesteld, dan wordt het bedrag dat ze teveel hebben betaald aan hen teruggetaald.

Deze terugbetaling wordt echter niet door het ziekenfonds gedaan, maar door de belastingadministratie, ofwel door de terug te betalen som af te trekken van de bij te betalen belasting voor het betrokken inkomstenjaar, ofwel door uitbetaling ervan aan de verzekerdebelastingplichtige, indien die geen belasting bij te betalen heeft.

Deze vorm van vrijstelling van het persoonlijk aandeel wordt dan ook de « fiscale franchise » genoemd.

De kosten van de geneeskundige verzorging, die uitgesloten wordt van de sociale franchise, zijn eveneens uitgesloten van de fiscale franchise, met dit verschil, dat de kosten in verband met ziekenhuisopnamen in het geheel niet in aanmerking worden genomen.

Na enkele jaren is het mogelijk een eerste evaluatie van deze correctiemaatregelen te geven.

En ce qui concerne la franchise sociale, les organismes assureurs ont comptabilisé les dépenses suivantes, qui se rapportent à 70 000 personnes environ:

Wat de sociale franchise betreft werden door de verzekeringsinstellingen volgende uitgaven geboekt, die betrekking hebben op circa 70 000 personen:

Dépenses (en millions de francs)

Uitgaven (in miljoen frank)

	1994	1995	1996	1997 (3T)
Régime général. — *Algemene regeling*				
TIP. — *PUG*	25,9	209,2	239,3	453,7
PNP. — *NBP*	15,6	44,5	51,0	50,0
VIPO 75%. — *WIGW 75%*	33,9	124,1	111,9	94,7
VIPO 100%. — *WIGW 100%*	334,8	880,3	717,8	547,6
Total. — *Totaal*	410,2	1 258,1	1 120,0	1 146,0
Régime des travailleurs Indépendants. — *Zelfstandigen*				
TIP. — *PUG*	2,2	8,1	7,1	3,9
VIPO 75%. — *WIGW 75 %*	5,0	16,9	14,1	12,4
VIPO 100%. — *WIGW 100 %*	39,2	85,5	71,9	56,3
Total. — *Totaal*	46,3	110,5	93,1	74,3
Total général. — *Algemene totaal*	456,6	1 368,6	1 213,1	1 220,4

En ce qui concerne la franchise fiscale, les données suivantes peuvent être communiquées concernant les années d'imposition 1995 et 1996. Cette mesure s'applique à 3,6% des ménages fiscaux.

Inzake de fiscale franchise kunnen onderstaande gegevens worden meegedeeld met betrekking tot de aanslagjaren 1995 en 1996. Deze maatregel vindt toepassing op 3,6% van de fiscale gezinnen.

Revenu imposable — *Belastbaar inkomen*	Année d'imposition 1995 (situation 31.12.97) — *Aanslagjaar 1995 (situatie 31.12.97)*		Année d'imposition 1996 (situation 30.06.97) — *Aanslagjaar 1996 (situatie 30.06.97)*		Année d'imposition 1997 (situation 30.06.98) — *Aanslagjaar 1997 (situatie 30.06.98)*	
	Nombre — *Aantal*	Montant décompté (en millions de francs) — *Verrekend bedrag (in miljoenen franken)*	Nombre — *Aantal*	Montant décompté (en millions de francs) — *Verrekend bedrag (in mijoenen franken)*	Nombre — *Aantal*	Montant décompté (en millions de francs) — *Verrekend bedrag (in miljoenen franken)*
0 - 537 999	80 053	1 037,7	67 411	894,1	39 236	309,7
538 000 - 828 999	56 046	757,2	66 667	951,7	42 967	411,9
829 000 - 1 119 999	11 473	177,8	14 969	249,0	7 722	86,9
1 120 000 - 1 410 999	2 415	45,3	3 505	70,1	1 422	19,6
==> 1 411 000	1 410	30,4	2 523	62,0	847	13,0
	151 397	2 048,3	155 075	2 226,9	92 194	841,1

c. Modulation pour les malades chroniques

Il a déjà été question ci-dessus du groupe de travail parlementaire qui, à l'époque, a contribué à l'élaboration de la loi du 9 août 1963. Dans son rapport de l'époque, ce groupe de travail a accordé beaucoup d'attention aux maladies dites sociales. Quelques extraits du rapport de ce groupe de travail méritent toujours d'être cités.

«Certaines affections, à savoir la tuberculose, le cancer, les maladies mentales et la poliomyélite

c. Modulering ten aanzien van chronische zieken

Hoger werd reeds gewag gemaakt van de parlementaire werkgroep die destijds mede aan de basis lag van de wet van 9 augustus 1963. In het verslag van deze werkgroep werd destijds veel aandacht besteed aan de zogenaamde sociale ziekten. Enkele citaten uit het verslag van deze werkgroep zijn nog steeds het vermelden waard.

«Sommige aandoeningen met name de tuberculose, de kanker, de geestesziekten en de poliomyelitis

présentent sur le plan social, une similitude en ce sens qu'elles sont généralement de longue durée et qu'elles nécessitent des soins coûteux susceptibles de ruiner les familles.

Les pouvoirs publics ne peuvent, par ailleurs, se désintéresser des mesures générales de prophylaxie, de prévention et d'harmonisation de l'armenent thérapeutique qu'il convient de mettre à la disposition des malades qui en sont atteints.

Sur le plan médical, une même similitude les réunit du fait de leur gravité et de la haute spécialisation des soins qu'elles nécessitent.

Ces mêmes considérations, tant sur le plan médical que social, seraient, selon certains, également valables pour le diabète, affection très répandue parmi la population et dont les complications graves et les conséquences sur la capacité de travail ne peuvent être évitées ou réduites que par une surveillance constante et un traitement continu.

Certains membres estiment que la liste des maladies sociales pourrait être précisée ou complétée en raison notamment des progrès constants de la médecine.

Le coût élevé du traitement de toutes ces maladies sociales rend indispensable la couverture complète des frais engagés par les malades qui en sont atteints.

Dans cette conception, le groupe de travail estime que ces frais devraient être pris en charge par l'État.»

Dans la loi du 9 août 1963, la notion de maladies sociales n'est utilisée qu'en vue du financement et de la détermination du montant des subventions de l'État.

À partir de 1991, la notion de diminution du ticket modérateur selon la pathologie est toutefois insérée dans la législation AMI, plus particulièrement dans le cadre de la kinésithérapie.

Les assurés souffrant d'une affection déterminée figurant sur une liste limitative spéciale, fixée par un arrêté royal, bénéficient d'une diminution du ticket modérateur. Par ailleurs, ils peuvent bénéficier plus largement des prestations de kinésithérapie que les autres assurés (la règle des 60 prestations n'est pas d'application). En 1996, les dépenses pour la kinésithérapie s'élevaient à 13,5 milliards de francs. 30% de celles-ci se rapportaient au traitement des pathologies lourdes.

Par la suite, l'article 11 de la loi du 20 décembre 1995 (*Moniteur belge* du 23 décembre 1995) a créé la base légale pour une adaption de la quote-part personnelle à la charge des bénéficiaires atteints d'une affection chronique. Cet article complète en l'occurrence les mesures de sélectivité antérieures. La dispo-

vertonen in sociaal opzicht een gelijkenis in dier voege dat ze over het algemeen lang aanslepen en dure verzorging vergen die de gezinnen kan in armoede dompelen.

Van overheidswege kan men bovendien niet voorbijgaan aan de algemene prophylaxe-, voorbehoedings- en harmoniëringsmaatregelen van de therapeutische uitrusting die ter beschikking dient gesteld van de zieken die er door zijn aangetast.

Geneeskundig bezien hebben zij ook een gemeenschappelijk ernstig karakter en zij vergen alle een doorgedreven specialisering van de verzorging.

Dezelfde overwegingen zowel in geneeskundig als in sociaal vlak zouden volgens sommigen eveneens gelden voor de diabetes, een onder de bevolking zeer verspreide aandoening waarvan de ernstige verwikkelingen en de gevolgen op de arbeidsgeschiktheid enkel kunnen vermeden of verminderd worden door een voortdurend toezicht en een volgehouden behandeling.

Sommige leden zijn van mening dat de lijst van de sociale ziekten zou kunnen verbeterd of aangevuld worden, onder meer wegens de voordurende vorderingen van de geneeskunde.

De hoog oplopende kosten voor de behandeling van al deze sociale ziekten doen het als onontbeerlijk voorkomen volledig de kosten te dekken welke daardoor aangetaste zieken hebben gemaakt.

In die gedachtegang is de werkgroep van mening dat die kosten voor rekening moeten komen van het Rijk.»

In de wet van 9 augustus 1963 zou het begrip sociale ziekten enkel gehanteerd worden met het oog op de financiering en de bepaling van de hoegrootheid van de rijkstoelagen.

Vanaf 1991 wordt evenwel in de ZIV-wetgeving het beginsel ingevoerd van de remgeldvermindering volgens de pathologie, meer bepaald in het kader van de kinesitherapie.

Verzekerden die lijden aan een bepaalde aandoening voorkomend op een bijzondere limitatieve lijst, vastgesteld bij koninklijk besluit genieten van een vermindering van het remgeld. Bovendien kunnen zij ruimer beroep doen op kineprestaties dan andere verzekerden (geen toepassing van de 60-verstrekkingen regel). In 1996 beliepen de uitgaven voor kinesitherapie 13,5 miljard frank; 30% hiervan had betrekking op de behandeling van zware pathologieën.

Vervolgens werd bij artikel 11 van de wet van 20 december 1995 (*Belgisch staatsblad* van 23 december 1995) de wettelijke basis gecreëerd voor een aanpassing van de persoonlijke aandelen die ten laste komen van rechthebbenden met een chronische aandoening. Het betreft hier een vervollediging van de

sition susmentionnée a été adaptée par les articles 103 à 105 de la loi du 22 février 1998 (*Moniteur belge* du 3 mars 1998).

À cet effet, on distingue les deux éléments suivants :

En premier lieu, la loi précitée introduit une nouvelle catégorie de prestations pour lesquelles une intervention de l'assurance soins de santé peut être accordée. Il s'agit en l'occurrence des matériels et des produits de soins nécessaires aux soins dispensés au domicile des bénéficiaires qui souffrent d'une affection grave.

Après avoir demandé l'avis du Comité de l'assurance, on fixera par un arrêté royal le libellé desdites prestations, la détermination de l'intervention de l'assurance sous la forme d'un forfait ou d'un montant maximum pour une période déterminée, ainsi que les conditions de remboursement.

Lors de la discussion au Parlement, il a été fait référence en la matière au matériel d'incontinence, à l'alimentation diététique spécifique et aux sondes.

Ensuite, la possibilité est créée soit de diminuer ou de supprimer la quote-part personnelle pour certaines prestations, soit d'octroyer une allocation forfaitaire aux bénéficiaires souffrant d'une maladie chronique.

Les bénéficiaires en question doivent répondre à un ou plusieurs des critères suivants :

— souffrir d'une maladie qui figure sur une liste déterminée;

— atteindre un taux déterminé de nécessité de soins;

— avoir payé pendant une période déterminée des quotes-parts personnelles qui dépassent un montant plafond.

Sur cette base, les mesures suivantes ont été prises :

— L'arrêté royal du 2 juin 1998 portant exécution de l'article 37, § 16*bis*, de la loi AMI coordonnée (*Moniteur belge* du 9 juillet 1998) par lequel une allocation forfaitaire de 10 000 francs est octroyée en 1998 pour certains groupes de malades chroniques.

Cette mesure s'applique à environ 50 000 personnes qui ont payé, pendant deux années consécutives, 10 000 francs à titre de tickets modérateurs et qui remplissent les critères de dépendance de soins. Les dépenses sont estimées à environ 500 millions de francs.

— L'arrêté royal du 2 juin 1998 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans le

vroegere selectiviteitsmaatregelen. Voornoemde bepaling werd aangepast bij artikel 103 tot 105 van de wet van 22 februari 1998 (*Belgisch staatsblad* van 3 maart 1998).

Hierbij kunnen twee elementen worden onderscheiden :

Enerzijds introduceert voornoemde wet een nieuwe categorie verstrekkingen waarvoor een tussenkomst van de verzekering voor geneeskundige verzorging kan worden verleend. Het betreft hier de materialen en de verzorgingsproducten voor de verzorging ten huize van rechthebbenden die lijden aan een zware aandoening.

De omschrijving van voornoemde verstrekkingen, de vaststelling van de tegemoetkoming van de verzekering onder de vorm van een forfait of een maximumbedrag voor een bepaalde periode, evenals de voorwaarden van terugbetaling worden bij koninklijk besluit bepaald, na advies van het verzekeringscomité.

Bij de parlementaire bespreking werd terzake verwezen naar incontinentiemateriaal, specifieke dieetvoeding en sondes.

Anderzijds wordt de mogelijkheid gecreëerd om ten aanzien van rechthebbenden met een chronische ziekten hetzij de persoonlijke aandelen voor bepaalde verstrekkingen te verminderen of af te schaffen, hetzij een forfaitaire tegemoetkoming te verlenen.

Bedoelde rechthebbenden dienen te beantwoorden aan één of meer van volgende criteria :

— lijden aan een ziekte die voorkomt op een vastgestelde lijst;

— een bepaalde graad van zorgbehoevendheid bereiken;

— gedurende een bepaalde periode persoonlijke aandelen hebben betaald die een grensbedrag overschrijden.

Op deze basis werden volgende maatregelen genomen :

— Het koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot uitvoering van artikel 37, § 16*bis*, van de gecoördineerde ZIV-wet (*Belgisch Staatsblad* van 9 juli 1998) waarbij een forfaitaire toelage van 10 000 frank wordt verleend in 1988 ten behoeve van bepaalde groepen chronische zieken.

Deze maatregel is van toepassing op ongeveer 50 000 personen die én gedurende twee opeenvolgende jaren 10 000 frank remgelden hebben betaald én voldoen aan de criteria van zorgafhankelijkheid. De uitgaven worden geraamd op ca. 500 miljoen frank.

— Het koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte ver-

coût du matériel d'incontinence, prévue à l'article 34, 14º, de la loi AMI (*Moniteur belge* du 9 juin 1998).

Cette mesure s'applique, à environ 22 000 personnes. La dépense s'élève à 220 millions de francs.

Dans ce même contexte, une série d'initiatives spéciales ont été prises pour certains groupes cibles très spécifiques.

En premier liieu, il peut être fait référence au groupe-cible des patients souffrant d'une maladie métabolique héréditaire rare, c'est-à-dire environ 1 000 concitoyens.

À ce sujet, le Comité de l'assurance a approuvé le 13 juillet dernier, une convention de rééducation type et, depuis lors, cinq conventions ont déjà été conclues, ce qui permettra d'assurer une prise en charge spécialisée favorisant un bon encadrement. L'arrêté royal relatif au remboursement de l'alimentation spéciale des patients en question a aussi déjà reçu entretemps un avis positif.

Des mesures spécifiques ont également été concrétisées pour les patients souffrant de mucoviscidose (1 000 à 1 500 patients) et d'affections neuromusculaires (5 000 à 10 000 patients, dont environ 2 000 dépendent d'une politique de moyens d'aide adaptés et d'une thérapie symptomatique complexe). C'est notamment pour ce dernier groupe cible que se marque l'importance de l'arrêté royal du 31 août 1998 modifiant la nomenclature des prestations de santé (*Moniteur belge* du 9 septembre 1998), étant donné qu'ainsi une extension importante de la nomenclature des voiturettes a été réalisée, en tenant compte des besoins objectifs de certains malades chroniques et handicapés.

Par ailleurs, l'INAMI a été invité par l'autorité de tutelle à créer un groupe de travail spécifique en matière de «rhumatisme invalidant, y compris les maladies des tissus conjonctifs». Actuellement, ce groupe de travail prépare un rapport.

Enfin, l'attention est attirée sur l'arrêté royal du 11 octobre 1998 (*Moniteur belge* du 4 novembre 1998) par lequel a été créé, au sein de l'INAMI, un comité consultatif en matière de dispensation de soins pour des maladies chroniques et pour des pathologies spécifiques.

Ce comité a pour mission:

a) de formuler des recommandations en matière d'organisation de la dispensation des soins et d'intervention de l'assurance soins de santé au profit des malades chroniques;

b) d'évaluer les mesures prises en exécution des articles 35, § 1er, dernier alinéa et 37, § 16*bis*, de la loi coordonnée, entre autres par l'organisation d'en-

zekering voor geneeskundige verzorging voor het incontinentiemateriaal, bedoeld in artikel 34, 14º, van de ZIV-wet (*Belgisch Staatsblad* van 9 juni 1998).

Deze maatregel is van toepassing op ca. 22 000 personen. De uitgave bedraagt 220 miljoen frank.

In dezelfde context werden een aantal bijzondere initiatieven genomen ten aanzien van zeer specifieke doelgroepen.

In de eerste plaats kan worden verwezen naar de doelgroep van de zeldzame erfelijke metabole ziekten, waaraan circa 1 000 medeburgers lijden.

Op dat vlak werd op 13 juli jongstleden door het verzekeringscomité een type revalidatieovereenkomst goedgekeurd en werden er sindsdien reeds 5 afgesloten, hetgeen zal toelaten een gespecialiseerde opvang te verzekeren met een goede omkadering. Ook het koninklijk besluit tot terugbetaling van de bijzondere voeding van de betrokken patiënten werd ondertussen reeds positief geadviseerd.

Ook ten aanzien van patiënten lijdend aan mucoviscidose (1 000 à 1 500 patiënten) en aan neuromusculaire aandoeningen (5 000 à 10 000 patiënten, waarvan ca. 2 000 aangewezen zijn op een specifiek hulpmiddelenbeleid en complexe symptomatisch therapie) werden specifieke maatregelen geconcretiseerd. Mede ten aanzien van de laatste doelgroep is het koninklijk besluit van 31 augustus 1998 tot wijziging van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (*Belgisch Staatsblad* van 9 september 1998) belangrijk, aangezien hierbij een beduidende uitbreiding van de nomenclatuur inzake rolwagens werd gerealiseerd, gebaseerd op de objectieve behoeften van sommige chronische zieken en gehandicapten.

Verder werd het RIZIV door de voogdijoverheid uitgenodigd om een specifieke werkgroep op te richten inzake «invaliderende reumatologie, inclusief bindweefselziekten». Deze werkgroep bereidt thans een verslag voor.

Tenslotte moet de aandacht worden gevestigd op het koninklijk besluit van 11 oktober 1998 (*Belgisch Staatsblad* van 4 november 1998) waarbij in de schoot van het RIZIV een comité voor advies inzake de zorgverlening ten aanzien van de chronische ziekten en specifieke aandoeningen werd opgericht.

Dit comité heeft tot opdracht:

a) het formuleren van aanbevelingen inzake de organisatie van de zorgverlening en de tussenkomst van de verzekering voor geneeskundige verzorging ten behoeve van chronische zieken;

b) het evalueren van de maatregelen genomen in uitvoering van artikelen 35, § 1, laatste lid en 37, § 16*bis* van de gecoördineerde wet, onder meer door

quêtes et l'analyse de données fournies par les organismes assureurs;

c) d'évaluer les mesures prises en exécution de l'article 37, § 18, de la loi coordonnée;

d) d'organiser des contacts avec les représentants des associations de patients atteints de maladies chroniques et de pathologies spécifiques;

e) d'émettre des avis à la demande des autorités, conseils et comités visés à l'article 19, dernier alinéa, de la loi coordonnée.

Tout ceci ne doit pas faire perdre de vue que ces initiatives récentes s'ajoutent à des initiatives déjà existantes, dont il faut souligner l'importance.

Je songe plus particulièrement au secteur de la rééducation fonctionnelle et de la réadaptation professionnelle. D'après les données de l'INAMI, 100 000 personnes environ ont suivi, en 1996, un programme de rééducation. En arrondissant quelque peu, cela représente 2% des dépenses en soins de santé.

Le tableau de l'annexe 7 indique dans quels domaines il y a intervention.

En outre, il y a le Collège des médecins-directeurs, dont la compétence se situe à trois niveaux: l'octroi d'interventions dans le cadre de la nomenclature (environ 13 000 dossiers en 1997), le traitement de demandes individuelles dans le cadre de la rééducation (environ 20 000 dossiers en 1997) et la prise de décisions concernant le fonds spécial de solidarité (environ 3 500 dossiers en 1997). Ce fonds a été créé en 1989 et il vise à prévoir des interventions de l'assurance pour des prestations médicales exceptionnelles qui répondent aux critères de l'article 25 de la loi coordonnée.

À ce niveau, des mesures ont été prises pour simplifier considérablement les procédures administratives.

het organiseren van enquêtes en het analyseren van gegevens verstrekt door de verzekeringsinstellingen;

c) het evalueren van de maatregelen genomen in uitvoering van artikel 37, § 18, van de gecoördineerde wet;

d) het organiseren van contacten met vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen voor chronische ziekten en specifieke aandoeningen;

e) het uitbrengen van adviezen waartoe zij worden verzocht door de overheden, raden en comités bedoeld in artikel 19, laatste lid, van de gecoördineerde wet.

Een en ander mag niet uit het oog doen verliezen dat deze recente initiatieven zich voegen bij reeds bestaande initiatieven waarvan het belang moet worden beklemtoond.

Inzonderheid denk ik hierbij aan de sector van de revalidatie en herscholing. Volgens de gegevens van het RIZIV volgden in 1996 ca. 100 000 personen een revalidatieprogramma. Hierbij zijn afgerond 2% van de uitgaven voor geneeskundige verzorging betrokken.

De tabel in bijlage 7 toont aan op welke domeinen hierbij wordt tussengekomen.

Verder is het College van geneesheren-directeurs waarvan de bevoegdheid zich situeert op 3 niveaus: het verlenen van tegemoetkomingen in het kader van de nomenclatuur (ca. 13 000 dossiers in 1997), het behandelen van individuele aanvragen in het kader van de revalidatie (ca. 20 000 dossiers in 1997) en het nemen van beslissingen inzake het bijzonder solidariteitsfonds (ca. 3 500 dossiers in 1997). Dit fonds werd in 1989 ingesteld en heeft tot doel verzekeringstussenkomsten te voorzien voor uitzonderlijke geneeskundige prestaties die beantwoorden aan de criteria van artikel 25 van de gecoördineerde wet.

Op dit punt werden maatregelen genomen om de administratieve procedures aanzienlijk te vereenvoudigen.

Tableau 1

Évolution des dépenses pour prestations

Ambulant — Hospitalisé

1995-1996

Régime général + indépendants

En millions de francs belges

Données sans SNCB

Tabel 1

Verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van de uitgaven voor verschuldingen

Ambulant — Gehospitaliseerd

1995-1996

Algemene regeling + zelfstandigen

In miljoenen belgische franken

Gegevens zonder NMBS

	1995 Dépenses AMI — *1995 Uitgaven ZIV*	1995 Ticket modérateur — *1995 Remgeld*	1995 Honoraires — *1995 Honoraria*	1996 Dépenses AMI — *1996 Uitgaven ZIV*	1996 Ticket modérateur — *1996 Remgeld*	1996 Honoraires — *1996 Honoraria*
Honoraires médicaux. — *Geneeskundige honoraria:*						
— Ambulant. — *Ambulant* . . .	79 542,5	14 644,8	94 187,3	85 809,5	15 886,4	101 695,9
— Hospitalisé. — *Gehospitaliseerd* .	56 148,0	1 429,1	57 577,1	62 907,2	1 829,6	64 736,8
Total. — *Totaal*	135 690,5	16 073,9	151 764,4	148 716,7	17 716,0	166 432,7
Prestations pharmaceutiques. — *Farmaceutische verstrekkingen*						
— Ambulant. — *Ambulant* . . .	51 576,2	16 224,2	67 800,4	57 998,1	17 508,8	75 506,9
— Hospitalisé. — *Gehospitaliseerd* .	15 492,2	1,9	15 494,1	17 269,1	0,3	17 269,4
Total. — *Totaal*	67 068,4	16 226,1	83 294,5	75 267,2	17 509,1	92 776,3
Prix de la journée d'entretien. — *Verpleegdagprijs:*						
— Ambulant. — *Ambulant* . . .	—	—	—	—	—	—
— Hospitalisé. — *Gehospitaliseerd* .	98 682,6	5 973,1	104 655,7	109 912,9	5 968,7	115 881,6
Total. — *Totaal*	98 682,6	5 973,1	104 655,7	109 912,9	5 968,7	115 881,6
Forfait pour journée d'entretien. — *Forfait per verpleegdag:*						
— Ambulant. — *Ambulant* . . .	6 100,9	—	6 100,9	6 438,0	—	6 438,0
— Hospitalisé. — *Gehospitaliseerd* .	—	—	—	—	—	—
Total. — *Totaal*	6 100,9	—	6 100,9	6 438,0	—	6 438,0
Maisons de repos et de soins. — *Rust- en verzorgingstehuizen:*						
— Ambulant. — *Ambulant* . . .	10 569,4	—	10 569,4	11 381,2	—	11 381,2
— Hospitalisé. — *Gehospitaliseerd* .	—	—	—	—	—	—
Total. — *Totaal*	10 569,4	—	10 569,4	11 381,2	—	11 381,2
Maisons de soins psychiatriques. — *Psychiatrische verzorgingstehuizen:*						
— Ambulant. — *Ambulant* . . .	1 904,8	—	1 904,8	1 888,1	—	1 888,1
— Hospitalisé. — *Gehospitaliseerd* .	—	—	—	—	—	—
Total. — *Totaal*	1 904,8	—	1 904,8	1 888,1	—	1 888,1

	1995 Dépenses AMI — *1995* *Uitgaven ZIV*	1995 Ticket modérateur — *1995* *Remgeld*	1995 Honoraires — *1995* *Honoraria*	1996 Dépenses AMI — *1996* *Uitgaven ZIV*	1996 Ticket modérateur — *1996* *Remgeld*	1996 Honoraires — *1996* *Honoraria*
Initiatives d'habitation protégée. — *Initiatieven beschut wonen:*						
— Ambulant. — *Ambulant* . . .	503,1	—	503,1	455,2	—	455,2
— Hospitalisé. — *Gehospitaliseerd* .	—	—	—	—	—	—
Total. — *Totaal*	503,1	—	503,1	455,2	—	455,2
Maisons de repos pour personnes âgées: forfait. — *Rustoorden voor bejaarden: forfait:*						
— Ambulant. — *Ambulant* . . .	12 304,9	—	12 304,9	13 750,2	—	13 750,2
— Hospitalisé. — *Gehospitaliseerd* .	—	—	—	—	—	—
Total. — *Totaal*	12 304,9	—	12 304,9	13 750,2	—	13 750,2
Autres prestations. — *Andere verstrekkingen:*						
— Ambulant. — *Ambulant* . . .	49 618,0	6 177,9	55 795,9	54 189,9	6 385,3	60 575,2
— Hospitalisé. — *Gehospitaliseerd* .	10 662,8	360,9	11 023,7	11 344,1	440,2	11 784,3
Total. — *Totaal*	60 280,8	6 538,8	66 819,6	65 534,0	6 825,5	72 359,5
Total prestations. — *Totaal verstrekkingen:*						
— Ambulant. — *Ambulant* . . .	212 119,8	37 046,9	249 166,7	231 910,2	39 780,5	271 690,7
— Hospitalisé. — *Gehospitaliseerd* .	180 985,6	7 765,0	188 750,6	201 433,3	8 238,8	209 672,1
Total. — *Totaal*	393 105,4	44 811,9	437 917,3	433 343,5	48 019,3	481 362,8
Dépenses non ventilables. — *Niet-uitsplitsbare uitgaven*	- 756,7	—	- 756,7	- 855,9	—	- 855,9
Total général. — *Algemeen totaal* . .	392 348,7	44 811,9	437 160,6	432 487,6	48 019,3	480 506,9

Tableau 2

Assurance obligatoire soins de santé

Nombre de bénéficiaires — Évolution par état social

	Régime général — *Algemene regeling*					Régime travailleurs indépendants — *Regime voor de zelfstandigen*			RG + RTI — *AR + R Zelfst.*
	TIP + PNP — *PUG + NBP*	VIPO 75% — *WIGW 75%*	VIPO 100% — *WIGW 100%*	VIPO — *WIGW*	Total — *Totaal*	TIP + CR — *PUG + KG*	VIPO — *WIGW*	Total — *Totaal*	
1982	6 489 039	762 046	1 227 206	1 989 252	8 476 291	1 125 379	244 400	1 369 779	9 848 070
1983	6 454 365	830 043	1 160 065	1 990 108	8 444 473	1 078 236	252 516	1 330 752	9 775 225
1984	6 402 796	884 193	1 117 464	2 001 657	8 404 453	1 046 616	248 660	1 295 276	9 699 729
1985	6 385 710	933 283	1 093 395	2 026 678	8 412 388	1 021 966	246 042	1 268 008	9 680 396
1986	6 383 819	974 455	1 077 403	2 051 858	8 435 677	1 004 513	243 220	1 247 733	9 683 410
1987	6 371 702	1 010 200	1 065 738	2 075 938	8 447 640	993 736	241 851	1 235 587	9 683 227
1988	6 358 487	1 036 979	1 059 130	2 096 109	8 454 596	977 166	239 611	1 216 777	9 671 373
1989	6 376 977	1 052 540	1 046 566	2 099 108	8 476 085	954 278	236 517	1 190 795	9 666 880
1990	6 424 485	1 066 923	1 022 466	2 089 389	8 513 874	938 138	237 573	1 175 711	9 689 585
1991 (1)	6 440 497	1 104 544	1 014 213	2 118 757	8 559 254	928 129	236 429	1 164 558	9 723 812
1992 (1)	6 476 474	1 142 416	1 009 921	2 152 337	8 628 811	915 763	236 519	1 152 282	9 781 093
1993 (1)	6 483 758	1 181 049	986 874	2 167 923	8 651 681	895 553	236 759	1 132 312	9 783 993
1994 (1)	6 469 640	1 219 278	963 565	2 182 843	8 652 303	882 219	237 214	1 119 433	9 783 993
1995 (1)	6 473 097	1 258 270	947 906	2 206 176	8 679 273	678 926	238 282	1 117 208	9 796 481
1996 (1)	6 480 881	1 289 828	935 850	2 225 678	8 706 559	865 279	237 076	1 102 355	9 808 914
1997 (1)	6 502 612	1 319 168	924 171	2 243 339	8 745 951	853 283	234 966	1 088 249	9 834 200

(1) SNCB non comprise.

Tabel 2

Verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

Aantal rechthebbenden — Evolutie per sociale stand

	Régime général — *Algemene regeling*					Régime travailleurs indépendants — *Regeling voor de zelfstandigen*			RG + RTI — *AR + R Zelfst.*
	TIP + PNP — *PUG + NPB*	VIPO 75% — *WIGW 75%*	VIPO 100% — *WIGW 100%*	VIPO — *WIGW*	Total — *Totaal*	TIP + CR — *PUG + KG*	VIPO — *WIGW*	Total — *Totaal*	
1982	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1983	99,5	108,9	94,5	100,0	99,6	95,8	103,3	97,2	99,3
1984	98,7	116,0	91,1	100,6	99,1	93,0	101,7	94,6	98,5
1985	98,4	122,5	89,1	101,9	99,2	90,8	100,7	92,6	98,3
1986	98,4	127,9	87,8	103,1	99,5	89,3	99,5	91,1	98,3
1987	98,2	132,6	86,8	104,4	99,6	88,3	99,0	90,2	98,3
1988	98,0	136,1	86,3	105,4	99,7	86,8	98,0	88,8	98,2
1989	98,3	138,1	85,3	105,5	100,0	84,8	96,8	86,9	98,2
1990	99,0	140,0	83,3	105,0	100,4	83,4	97,2	85,8	98,4
1991 (1)	99,3	144,9	82,6	106,5	101,0	82,5	96,7	85,0	98,7
1992 (1)	99,8	149,9	82,3	108,2	101,8	81,4	96,8	84,1	99,3
1993 (1)	99,9	155,0	80,4	109,0	102,0	79,6	96,9	82,7	99,3
1994 (1)	99,7	160,0	78,5	109,7	102,1	78,4	97,1	81,7	99,2
1995 (1)	99,8	165,1	77,2	110,9	102,4	78,1	97,5	81,6	99,5
1996 (1)	99,9	169,3	76,3	111,9	102,7	76,9	97,0	80,5	99,6
1997 (1)	100,2	173,1	75,3	112,8	103,2	75,8	96,1	79,4	99,9

(1) NMBS niet inbegrepen.

Assurance obligatoire soins de santé

Nombre de bénéficiaires — Évolution par état social

1982 = 100

Verplichte verzekeringen voor geneeskundige verzorging

Aantal rechthebbenden — Evolutie per sociale stand

1982 = 100

(1) SNCB non comprise.

(1) NMBS niet inbegrepen.

Tableau 3

Assurance obligatoire soins de santé

Dépenses pour prestations — Évolution par état social

Tabel 3

Verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

Uitgaven voor verstrekkingen — Evolutie per sociale stand

	Régime général — *Algemene regeling*					Régime travailleurs indépendants — *Regime voor de zelfstandigen*			RG + RTI — *AR + R Zelfst.*
	TIP + PNP — *PUG + NPB*	VIPO 75% — *WIGW 75%*	VIPO 100% — *WIGW 100%*	VIPO — *WIGW*	Total — *Totaal*	TIP + CR — *PUG + KG*	VIPO — *WIGW*	Total — *Totaal*	
1982	74 278,9	19 170,2	55 873,8	75 044,0	149 322,9	5 988,1	5 284,6	11 272,7	160 595,6
1983	79 360,1	25 262,5	59 522,1	84 784,6	164 144,7	6 552,7	6 006,5	12 559,2	176 703,9
1984	82 910,7	31 195,2	61 860,6	93 055,8	175 966,5	7 184,9	6 570,2	13 755,1	189 721,6
1985	83 828,8	34 152,0	61 458,4	95 610,4	179 439,2	7 016,7	6 687,8	13 704,5	193 143,7
1986	93 939,4	40 300,9	69 433,8	109 734,7	203 674,1	7 980,7	7 807,8	15 788,5	219 462,6
1987	100 995,6	47 256,0	75 776,4	123 032,4	224 028,0	8 465,8	8 348,5	16 814,3	240 842,3
1988	100 731,9	49 243,0	76 891,8	126 134,8	226 866,7	8 305,9	8 456,1	16 762,0	243 628,7
1989	108 073,3	54 183,4	82 172,5	136 355,9	244 429,2	8 848,8	9 219,2	18 068,0	262 497,2
1990	116 605,3	60 930,6	88 369,5	149 300,1	265 905,4	9 232,9	10 101,5	19 334,4	285 239,8
1991 (1)	129 322,1	69 778,6	98 192,6	167 971,2	297 293,3	10 133,1	11 187,4	21 320,5	318 613,8
1992 (1)	140 851,5	79 094,2	106 709,3	185 803,5	326 655,0	11 098,7	12 165,6	23 264,3	349 919,3
1993 (1)	141 337,5	85 035,3	111 607,7	196 643,0	337 980,5	10 917,2	12 867,5	23 784,7	361 765,2
1994 (1)	139 834,4	91 056,3	116 356,9	207 413,2	347 247,6	10 929,6	13 625,3	24 554,9	371 802,5
1995 (1)	145 543,0	99 548,2	121 669,5	221 217,7	366 760,7	11 351,2	14 236,8	25 588,0	392 348,7
1996 (1)	158 766,0	113 367,7	132 675,0	246 042,7	404 808,7	12 098,8	15 580,1	27 678,9	432 487,6
1997 (1)	153 646,5	111 985,6	128 476,0	240 461,6	394 108,1	11 111,7	15 029,7	26 141,4	420 249,5

(1) SNCB non comprise.

(1) NMBS niet inbegrepen.

Assurance obligatoire soins de santé

Dépenses pour prestations — Évolution par état social

1982 = 100

Verplichte verzekeringen voor geneeskundige verzorging

Uitgaven voor verstrekkingen — Evolutie per sociale stand

1982 = 100

	Régime général — *Algemene regeling*					Régime travailleurs indépendants — *Regime voor de zelfstandigen*			RG + RTI — *AR + R Zelfst.*
	TIP + PNP — *PUG + NPB*	VIPO 75% — *WIGW 75%*	VIPO 100% — *WIGW 100%*	VIPO — *WIGW*	Total — *Totaal*	TIP + CR — *PUG + KG*	VIPO — *WIGW*	Total — *Totaal*	
1982	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1983	106,8	131,8	106,5	113,0	109,9	109,4	113,7	111,4	110,0
1984	111,6	162,7	110,7	124,0	117,8	120,0	124,3	122,0	118,1
1985	112,9	178,2	110,0	127,4	120,2	117,2	126,6	121,6	120,3
1986	126,5	210,2	124,3	146,2	136,4	133,3	147,7	140,1	136,7
1987	136,0	246,5	135,6	163,9	150,0	141,4	158,0	149,2	150,0
1988	135,6	256,9	137,6	168,1	151,9	138,7	160,0	148,7	151,7
1989	145,5	282,6	147,1	181,7	163,7	147,8	174,5	160,3	163,5
1990	157,0	317,8	158,2	199,0	178,1	154,2	191,1	171,5	177,6
1991 (1)	174,1	364,0	175,7	223,8	199,1	169,2	211,7	189,1	198,4
1992 (1)	189,6	412,6	191,0	247,6	218,8	185,3	230,2	206,4	217,9
1993 (1)	190,3	443,6	199,7	262,0	226,3	182,3	243,5	211,0	225,3
1994 (1)	188,3	475,0	208,2	276,4	232,5	182,5	257,8	217,8	231,5
1995 (1)	195,9	519,3	217,8	294,8	245,6	189,6	269,4	227,0	244,3
1996 (1)	213,7	591,4	237,5	327,9	271,1	202,0	294,8	245,5	269,3
1997 (1)	206,9	584,2	229,9	320,4	263,9	185,6	284,4	231,9	261,7

(1) SNCB non comprise.

(1) NMBS niet inbegrepen.

Tableau 4

Assurance obligatoire soins de santé

Coût moyen par bénéficiaire — Montants en francs

Tabel 4

Verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

Gemiddelde kost per rechthebbende — Bedrag in franken

	Régime général — *Algemene regeling*					Régime travailleurs indépendants — *Regime voor de zelfstandigen*			RG + RTI — *AR + R Zelfst.*
	TIP + PNP — *PUG + NPB*	VIPO 75% — *WIGW 75%*	VIPO 100% — *WIGW 100%*	VIPO — *WIGW*	Total — *Totaal*	TIP + CR — *PUG + KG*	VIPO — *WIGW*	Total — *Totaal*	
1982	11 447	25 156	45 529	37 725	17 612	5 321	21 623	8 230	16 307
1983	12 296	30 435	51 309	42 603	19 438	6 077	23 787	9 438	18 077
1984	12 949	35 281	55 358	46 489	20 937	6 865	26 422	10 619	19 559
1985	13 128	36 593	56 209	47 176	21 330	6 866	27 182	10 808	19 952
1986	14 715	41 357	64 446	53 481	24 144	7 945	32 102	12 654	22 664
1987	15 851	46 779	71 102	59 266	26 520	8 519	34 519	13 608	24 872
1988	15 842	47 487	72 599	60 176	26 834	8 500	35 291	13 776	25 191
1989	16 947	51 479	78 516	64 959	28 838	9 273	38 979	15 173	27 154
1990	18 150	57 109	86 428	71 456	31 232	9 842	42 520	16 445	29 438
1991 (1)	20 080	63 174	96 817	79 278	34 734	10 918	47 318	18 308	32 766
1992 (1)	21 748	69 234	105 661	86 326	37 856	12 120	51 436	20 190	35 775
1993 (1)	21 799	72 000	113 092	90 706	39 065	12 190	54 349	21 005	36 975
1994 (1)	21 615	74 681	120 757	95 020	40 134	12 389	57 439	21 935	38 049
1995 (1)	22 484	79 115	128 356	100 272	42 257	12 915	59 748	22 904	40 050
1996 (1)	24 498	87 894	141 770	110 547	46 495	13 983	65 718	25 109	44 091
1997 (1)	23 628	84 891	139 018	107 189	45 062	13 022	63 965	24 022	42 733

(1) SNCB non comprise.

(1) NMBS niet inbegrepen.

Assurance obligatoire soins de santé

Coût moyen par bénéficiaire — Montants en francs

1982 = 100

Verplichte verzekeringen voor geneeskundige verzorging

Gemiddelde kost per rechthebbende — Bedrag in franken

1982 = 100

	Régime général — *Algemene regeling*					Régime travailleurs indépendants — *Regime voor de zelfstandigen*			RG + RTI — *AR + R Zelfst.*
	TIP + PNP — *PUG + NPB*	VIPO 75% — *WIGW 75%*	VIPO 100% — *WIGW 100%*	VIPO — *WIGW*	Total — *Totaal*	TIP + CR — *PUG + KG*	VIPO — *WIGW*	Total — *Totaal*	
1982	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1983	107,4	121,0	112,7	112,9	110,4	114,2	110,0	114,7	110,9
1984	113,1	140,2	121,6	123,2	118,9	129,0	122,2	129,0	119,9
1985	114,7	145,5	123,5	125,1	121,1	129,0	125,7	131,3	122,4
1986	128,5	164,4	141,5	141,8	137,1	149,3	148,5	153,8	139,0
1987	138,5	186,0	156,2	157,1	150,6	160,1	159,6	165,3	152,5
1988	138,4	188,8	159,5	159,5	152,4	159,7	163,2	167,4	154,5
1989	148,0	204,6	172,5	172,2	163,7	174,3	180,3	184,4	166,5
1990	158,6	227,0	189,8	189,4	177,3	185,0	196,6	199,8	180,5
1991 (1)	175,4	251,1	212,6	210,1	197,2	205,2	218,8	222,5	200,9
1992 (1)	190,0	275,2	232,1	228,8	214,9	227,8	237,9	245,3	219,4
1993 (1)	190,4	286,2	248,4	240,4	221,8	229,1	251,3	255,2	226,7
1994 (1)	188,8	296,9	265,2	251,9	227,9	232,8	265,6	266,5	233,3
1995 (1)	196,4	314,5	281,9	265,8	239,9	242,7	276,3	278,3	245,6
1996 (1)	214,0	349,4	311,4	293,0	264,0	262,8	303,9	305,1	270,4
1997 (1)	206,4	337,5	305,3	284,1	255,9	244,7	295,8	291,9	262,1

(1) SNCB non comprise.

(1) NMBS niet inbegrepen.

Tableau 5

Comparaison des dépenses moyennes par état social pour certaines prestations (sans la SNCB)

Tabel 5

Vergelijking gemiddelde uitgaven per sociale stand voor bepaalde verstrekkingen (zonder NMBS)

1. Dépenses totales / 1. Totale uitgaven

	TIP — *PUG*	Inv.	Pensionnés — *Gepensioneerden*	Veuves — *Weduwen*	Total — *Totaal*
Consultations et visites de médecins. — *Raadplegingen en bezoeken geneesheren*	17 187,4	2 176,8	9 566,1	3 491,5	32 421,8
Praticiens de l'art infirmier. — *Verpleegkundigen* . .	1 418,3	1 106,7	8 692,1	4 519,4	15 736,5
Prestations pharmaceutiques. — *Farmaceutische verstrekkingen*	29 392,3	6 505,4	29 983,6	8 086,4	73 967,7
Prix de la journée d'entretien. — *Verpleegdagprijs* .	31 477,3	12 852,6	38 036,3	13 100,8	95 467,0
Implants, bandagistes et orthopédistes. — *Implantaten, bandagisten en orthopedisten*	2 825,2	757,2	4 703,2	1 215,5	9 501,1

2. Dépenses moyennes par assuré / 2. Gemiddelde uitgave per verzekerde

	TIP — *PUG*	Inv.	Pensionnés — *Gepensioneerden*	Veuves — *Weduwen*	Total — *Totaal*
Consultations et visites de médecins. — *Raadplegingen en bezoeken geneesheren*	2 659	7 062	6 259	8 585	3 723
Praticiens de l'art infirmier. — *Verpleegkundigen* . .	219	3 590	5 687	11 112	1 807
Prestations pharmaceutiques. — *Farmaceutische verstrekkingen*	4 547	21 105	19 618	19 883	8 494
Prix de la journée d'entretien. — *Verpleegdagprijs* .	4 869	41 696	24 887	32 212	10 963
Implants, bandagistes et orthopédistes. — *Implantaten, bandagisten en orthopedisten*	437	2 456	3 077	2 989	1 091

3. Comparaison / 3. Vergelijking

	TIP — *PUG*	Inv.	Pensionnés — *Gepensioneerden*	Veuves — *Weduwen*	Total — *Totaal*
Consultations et visites de médecins. — *Raadplegingen en bezoeken geneesheren*	1,0000	2,6559	2,3539	3,2287	1,4002
Praticiens de l'art infirmier. — *Verpleegkundigen* . .	1,0000	16,3927	25,9680	50,7397	8,2511
Prestations pharmaceutiques. — *Farmaceutische verstrekkingen*	1,0000	4,6415	4,3145	4,3728	1,8680
Prix de la journée d'entretien. — *Verpleegdagprijs* .	1,0000	8,5636	5,1113	6,6157	2,2516
Implants, bandagistes et orthopédistes. — *Implantaten, bandagisten en orthopedisten*	1,0000	5,6201	7,0412	6,8398	2,4966

Tableau 6

Évolution des effectifs pour les quatre trimestres de 1997 et deux trimestres de 1998

Tabel 6

Evolutie van de ledentallen over de vier kwartalen van 1997 en twee kwartalen van 1998

I. Régime général — *I. Algemene regeling*	1-1997	2-1997	3-1997	4-1997	1-1998	2-1998
TIP + fonctionnaires et assimilés. — *PUG + overheidspers. en gelijkgest.*	6 429 958	6 448 036	6 455 306	6 469 852	6 455 279	6 471 125
— 100 %	—	—	52 384	64 657	70 853	74 549
— 75 %	6 429 958	6 448 036	6 402 922	6 405 195	6 384 426	6 396 576
Invalides. — *Invaliden*	284 506	282 727	282 451	282 549	283 109	283 261
— 100 %	150 510	149 069	150 289	150 707	151 521	151 849
— 75 %	133 996	133 658	132 162	131 842	131 588	131 412
Total TI + fonctionnaires et assimilés. — *Totaal UG + overheidspers. en gelijkgest.*	6 714 464	6 730 763	6 737 757	6 752 401	6 738 388	6 754 386
— 100 %	150 510	149 069	202 673	215 364	222 374	226 398
— 75 %	6 563 954	6 581 694	6 535 084	6 537 037	6 516 014	6 527 988
Handicapés. — *Minder-validen*	24 522	24 626	24 550	25 715	36 304	41 265
— 100 %	21 276	21 351	23 234	24 256	33 973	39 176
— 75 %	3 246	3 275	1 316	1 459	2 331	2 089
Veuves et orphelins. — *Weduwen en wezen*	426 883	426 585	425 941	425 880	424 393	423 143
— 100 %	246 961	245 242	244 272	243 127	240 805	239 182
— 75 %	179 922	181 343	181 669	182 753	183 588	183 961
Pensionnés. — *Gepensioneerden*	1 573 983	1 579 327	1 585 496	1 587 912	1 588 019	1 587 654
— 100 %	518 073	515 600	520 034	518 607	511 030	507 768
— 75 %	1 055 910	1 063 727	1 065 462	1 069 305	1 076 989	1 079 886
Personnes non protégées (3). — *Niet-beschermde personen (3)*	106 130	107 524	105 416	109 958	127 167	134 380
— 100 %	—	—	65 203	74 511	86 428	93 931
— 75 %	106 130	107 524	40 213	35 447	40 739	40 449
Total. — *Totaal*	8 845 982	8 868 825	8 879 160	8 901 866	8 914 271	8 940 828
— 100 %	936 820	931 262	1 055 416	1 075 865	1 094 610	1 106 455
— 75 %	7 909 162	7 937 563	7 823 744	7 826 001	7 819 661	7 834 373
Titulaires non assurés. — *Niet-verzekerde gerechtigden*	43 624	37 591	32 265	22 158	39 921	34 917

II. Régime travailleurs indépendants — *II. Regeling zelfstandigen*	1-1997	2-1997	3-1997	4-1997	1-1998	2-1998
TIP (1). — *PUG* (1)	868 345	873 829	869 446	874 410	861 675	863 585
— 100 %	—	—	2 590	2 998	3 133	3 125
— 75 %	868 345	873 829	866 856	871 412	858 542	860 460
Invalides (1). — *Invaliden* (1) . . .	26 351	25 883	25 799	25 253	25 340	25 459
— 100 %	13 358	13 037	13 419	13 060	13 121	13 170
— 75 %	12 993	12 846	12 380	12 193	12 219	12 289
Veuves et orphelins (1). — *Weduwen en wezen* (1)	38 097	37 858	37 519	37 436	37 305	36 931
— 100 %	25 988	25 891	26 366	26 309	26 307	26 010
— 75 %	12 109	11 967	11 153	11 127	10 998	10 921
Pensionnés (1). — *Gepensioneerden* (1)	126 586	126 869	126 524	126 088	126 081	125 647
— 100 %	70 010	70 179	69 989	69 855	71 075	70 949
— 75 %	56 576	56 690	56 535	56 233	55 006	54 698
Total (1) (2). — *Totaal* (1) (2) . . .	1 059 379	1 064 439	1 059 288	1 063 187	1 050 401	1 051 622
— 100 %	109 356	109 107	112 364	112 222	113 636	113 254
— 75 %	950 023	955 332	946 924	950 965	936 765	938 368
Communautés religieuses. — *Kloostergemeenschappen*	5 968	5 944	5 835	5 654	4 843	4 891
Handicapés. — *Minder-validen* . .	46 271	46 327	46 084	45 463	53 908	53 865
— 100 %	31 658	31 539	32 520	32 348	37 916	37 961
— 75 %	14 613	14 788	13 564	13 115	15 992	15 904
Titulaires non assurés. — *Niet-verzekerde gerechtigden*	25 382	20 114	15 508	10 513	26 222	23 578

(1) Y compris les handicapés.
(2) Travailleurs indépendants à activité unique.
(3) À partir du 1er janvier 1998: «personnes inscrites au Registre national».

(1) Met inbegrip van de minder-validen.
(2) Zelfstandigen met enige activiteit.
(3) Vanaf 1 januari 1998: «personen ingeschreven in het Rijksregister».

Tableau 7

Principaux postes de dépenses en rééducation fonctionnelle et professionnelle (en millions de francs)

Tabel 7

Belangrijkste uitgavenposten revalidatie en herscholing (in miljoen franken)

	1993	1994	1995	1996	1997
Rééducation professionnelle. — *Herscholing :*					
— Programmes individuels. — *Individuele programma's*	10,7	46,9	27,8	57,9	52,7
— Conventions. — *Overeenkomsten*	144,6	185,8	150,8	159,1	176,7
Total. — *Totaal*	155,3	232,7	178,6	217,0	229,4
Nomenclature de la rééducation fonctionnelle. — *Revalidatienomenclatuur :*					
— Logopédie. — *Logopedie*	583,7	648,7	722,9	795,1	847,9
— Orthopédie. — *Orthopsie*	0,6	0,8	0,8	0,8	0,7
— Appareils. — *Toestellen*	38,6	55,0	57,7	77,9	192,3
— Patients souffrants d'affections cardiaques (1). — *Hartpatiënten* (1)	—	—	—	—	60,8
Total. — *Totaal*	622,9	704,5	781,4	873,8	1 101,7
Conventions types (2). — *Typeovereenkomsten* (2) :					
— Autosurveillance du diabète. — *Zelfcontrole diabetes*	427,1	510,0	598,8	744,2	814,4
— Oxygénothérapie à domicile. — *Zuurstoftherapie thuis*	125,1	159,2	201,3	235,7	243,9
— Mort subite du nourrisson. — *Wiegedood*	113,6	161,0	197,1	219,6	219,2
— Assistance ventilatoire mécanique chronique. — *Chronische mechanische ademhalingsondersteuning*	69,8	105,9	125,3	196,5	197,2
— Thérapie par perfusion continue d'insuline. — *Continue insuline infusietherapie*	17,7	20,7	21,4	30,8	28,7
Total. — *Totaal*	753,3	956,8	1 143,9	1 427,1	1 503,4
Conventions spécifiques. — *Specifieke overeenkomsten :*					
— Enfants et adolescents présentant des troubles de la parole, du langage et des troubles vocaux. — *Kinderen en adolescenten met spraak-, taal- en stemstoornissen*	800,3	954,1	878,2	1 185,9	1 286,2
— Enfants et adolescents présentant des troubles mentaux ou du comportement. — *Kinderen en adolescenten met mentale of gedragsstoornissen*	684,1	824,0	706,2	1 002,3	1 080,0
— Toxicomanes. — *Verslaafden*	380,2	515,5	469,5	518,1	658,0
— Psychotiques. — *Psychotici*	421,1	565,6	552,7	532,1	529,3
— Adultes psychiquement handicapés. — *Psychisch minder-valide volwassenen*	388,8	438,9	448,4	445,2	478,6
— Troubles neurologiques et moteurs. — *Neurologische en motorische stoornissen*	465,3	514,5	533,1	466,9	388,3
— Épileptiques. — *Epileptici*	331,4	498,3	355,2	264,9	269,3
— Mucoviscidose et autres affectations respiratoires. — *Mucoviscidose en andere respiratoire aandoeningen*	123,9	214,8	197,9	261,4	219,6
— Enfants présentant une affectation médico-psychosociale sévère. — *Kinderen met een ernstige medico-psychosociale aandoening*	92,6	115,7	101,5	97,3	98,9
— Malentendants. — *Slechthorenden*	60,0	83,9	83,1	95,6	92,5
— Paralysés cérébraux. — *Hersenverlamden*	50,0	57,1	54,4	49,2	61,7

	1993	1994	1995	1996	1997
— Soins palliatifs. — *Palliatieve zorgen*	50,8	53,9	40,2	54,9	26,9
— Malades atteints du sida. — *Aids-patiënten* . . .	—	—	—	—	19,0
— Patients souffrant d'affectations cardiaques (1). — *Hartpatiënten*(1)	36,6	35,1	37,4	38,6	14,6
— Rééducation visuelle. — *Visuele revalidatie* . .	4,2	5,6	4,6	5,0	5,8
Total. — *Totaal*	3 889,3	4 877,0	4 462,4	5 017,4	5 228,7
Autres (3). — *Overige* (3)	549,6	334,8	176,6	227,8	232,4
Total de la rééducation fonctionnelle et professionnelle. — *Totaal revalidatie en herscholing*	5 970,4	7 105,8	6 742,9	7 763,1	8 295,6

(1) Dans le courant de 1996, la rééducation fonctionnelle des patients présentant des affections cardiaques a été transférée des conventions dans la nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle.

(2) Les dépenses des conventions types relatives aux défibrillateurs cardiaques implantables ont été, depuis quelques années déjà, transférées dans les dépenses de la nomenclature des prestations de santé, en attendant le transfert des prestations elles-mêmes dans cette nomenclature.

(3) Les autres postes concernent entre autres les frais de déplacement (les bénéficiaires qui se rendent dans un centre de rééducation fonctionnelle et en reviennent, centre avec lequel le Comité de l'assurance des soins de santé a conclu une convention de rééducation fonctionnelle, et ce, en utilisant un véhicule adapté au transport des invalides en voiturette, peuvent sous certaines conditions aussi entrer en ligne de compte pour une intervention dans les frais de déplacement) et le dépassement de la capacité de facturation normale.

(1) De revalidatie van hartpatiënten werd in de loop van 1996 van de overeenkomsten getransfereerd naar de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen.

(2) De uitgaven van de typeovereenkomsten met betrekking tot implanteerbare hartdefibrillatoren werden sinds enkele jaren reeds getransfereerd naar de uitgaven van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, in afwachting van de overdracht van de prestaties zelf naar die nomenclatuur.

(3) De overige posten betreffen onder andere de reiskosten (rechthebbenden die reizen naar en van een revalidatiecentrum met hetwelk het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging een revalidatieovereenkomst heeft afgesloten, in een voertuig aangepast voor het vervoer in hun invalidenwagentje, kunnen onder bepaalde voorwaarden ook nog in aanmerking komen voor een tegemoetkoming in de reiskosten) en de overschrijding van de normale facturatiecapaciteit.

B. Discussion

Un membre constate que la politique sélective menée ces dernières années a eu pour objectif d'atténuer en faveur d'une série de groupes cibles les effets du rélèvement généralisé des quotes-parts restant à charge des assurés sociaux. Ainsi, la franchise fiscale a été introduite afin d'éviter que les dépenses en matière de santé ne dépassent un tiers du revenu disponible du ménage. Cette mesure atteint-elle son but ?

Sur base des tableaux communiqués, M. De Cock estime possible d'évaluer, en moyenne, le montant des tickets modérateurs (ce qui ne correspond pas à l'ensemble des dépenses de santé) pris en charge par catégorie de revenus. Ainsi, pour l'exercice d'imposition 1996, la moyenne des tickets modérateurs pour les 67 411 familles dont les revenus imposables ne dépassaient pas 537 999 francs et qui ont bénéficié de la franchise fiscale, s'est élevée à environ 28 000 francs. Étant donné la très large dispersion au niveau des dépenses, il est cependant délicat de tirer des conclusions générales. Afin d'affiner l'analyse, il a demandé à ces services d'effectuer le calcul par tranche de revenus de 50 000 francs. Pour être complet, il faut aussi rappeler que les bénéficiaires de la franchise sociale ou d'un régime préférentiel n'entrent pas en ligne de compte pour la franchise fiscale.

B. Bespreking

Een lid stelt vast dat het selectief beleid dat de laatste jaren werd gevoerd, tot doel had om voor een aantal groepen de gevolgen van de algemene verhoging van de bijdragen van de sociaal verzekerden te verzachten. Zo werd de fiscale franchise ingevoerd om te voorkomen dat de uitgaven voor gezondheidszorg meer zouden gaan bedragen dan een derde van het gezinsinkomen. Heeft deze maatregel zijn doel bereikt ?

De heer De Cock denkt dat het op basis van de meegedeelde tabellen mogelijk moet zijn het gemiddelde bedrag van het remgeld te ramen dat door de verschillende inkomenscategorieën moet worden betaald (wat niet hetzelfde is als het totaal der uitgaven voor gezondheidszorg). Zo bedraagt het gemiddelde remgeld van de 67 411 gezinnen met een belastbaar jaarinkomen dat kleiner is dan 537 999 frank, die een fiscale franchise genieten, voor het aanslagjaar 1996 ongeveer 28 000 frank. Omdat de uitgaven zeer versnipperd zijn, is het echter moeilijk om daaruit algemene conclusies te trekken. Om over een preciezere analyse te kunnen beschikken heeft hij zijn diensten gevraagd een berekening te maken op basis van inkomensschijven van 50 000 frank. Er moet volledigheidshalve ook aan worden herinnerd dat de personen die een sociale franchise of een voorkeursregeling genieten, niet in aanmerking komen voor de fiscale franchise.

Franchise fiscale du ticket modérateur

Exercice d'imposition 1996 — Revenus de 1995

Situation au 30 juin 1997

Source : Ministère des Finances — Traitement : INS

Fiscale vrijstelling van het remgeld

Aanslagjaar 1996 — Inkomsten 1995

Situatie op 30 juni 1997

Bron : Ministerie van Financiën — Verwerking : NIS

A. Résultats par tranche de revenu

A. Resultaten per inkomensschijf

Revenu imposable globalement — *Gezamenlijk belastbaar inkomen*		Nombre de ménages fiscaux — *Aantal fiscale gezinnen*	Montant total des remboursements — *Totaal bedrag terugbetalingen*	Montant moyen par ménage fiscal — *Gemiddelde bedrag per fiscaal gezin*	Seuil (approximatif) — *Drempel (bij benadering)*
0	50 000	538	9 209 463	17 118	15 000
50 000	100 000	1 797	24 696 667	13 743	15 000
100 000	150 000	1 550	19 928 172	12 857	15 000
150 000	200 000	2 228	28 474 006	12 780	15 000
200 000	250 000	3 312	44 273 748	13 368	15 000
250 000	300 000	4 411	58 544 388	13 272	15 000
300 000	350 000	5 738	78 526 494	13 685	15 000
350 000	400 000	7 864	92 567 705	11 771	15 000
400 000	450 000	12 304	156 587 859	12 727	15 000
450 000	500 000	17 829	250 173 011	14 032	15 000
500 000	550 000	16 899	232 215 120	13 741	15 000
550 000	600 000	13 483	200 396 185	14 863	20 000
600 000	650 000	12 882	193 509 617	15 022	20 000
650 000	700 000	12 212	178 205 058	14 593	20 000
700 000	750 000	10 916	150 220 075	13 761	20 000
750 000	800 000	10 414	140 521 197	13 493	20 000
800 000	850 000	7 279	100 986 569	13 874	20 000
850 000	900 000	3 222	56 342 708	17 487	30 000
900 000	950 000	2 874	47 924 687	16 675	30 000
950 000	1 000 000	2 632	41 410 216	15 733	30 000
1 000 000	1 250 000	7 137	124 368 836	17 426	30 000
1 250 000	1 500 000	2 109	43 020 292	20 398	40 000
1 500 000	2 000 000	1 236	29 726 728	24 051	50 000
2 000 000	3 000 000	719	17 436 368	24 251	50 000
3 000 000	4 000 000	176	4 671 752	26 544	50 000
4 000 000	5 000 000	40	945 015	23 625	50 000
5 000 000	7 500 000	52	1 362 153	26 195	50 000
7 500 000	10 000 000	11	439 741	39 976	50 000
10 000 000	Et plus. — *En meer*	9	325 636	36 182	50 000
	Total. — *Totaal*	161 873	2 327 009 466	14 376	

B. Résultats cumulés par tranche de revenus

B. Gecumuleerde resultaten per inkomensschijf

Revenu imposable globalement — *Gezamenlijk belastbaar inkomen*		Nombre de ménages fiscaux — *Aantal fiscale gezinnen*	Montant total des remboursements — *Totaal bedrag terugbetalingen*	Montant moyen par ménage fiscal — *Gemiddelde bedrag per fiscaal gezin*
0	50 000	538	9 209 463	17 118
0	100 000	2 335	33 906 130	14 521
0	150 000	3 885	53 834 302	13 857
0	200 000	6 113	82 308 308	13 464
0	250 000	9 425	126 582 056	13 430
0	300 000	13 836	185 126 444	13 380
0	350 000	19 574	263 652 938	13 470
0	400 000	27 438	356 229 643	12 983

Revenu imposable globalement — *Gezamenlijk belastbaar inkomen*		Nombre de ménages fiscaux — *Aantal fiscale gezinnen*	Montant total des remboursements — *Totaal bedrag terugbetalingen*	Montant moyen par ménage fiscal — *Gemiddelde bedrag per fiscaal gezin*
0	450 000	39 742	512 808 502	12 903
0	500 000	57 571	762 981 513	13 253
0	550 000	74 470	995 196 633	13 364
0	600 000	87 953	1 1195 5922 818	13 594
0	650 000	100 835	1 389 102 435	13 776
0	700 000	113 047	1 567 307 493	13 864
0	750 000	123 963	1 717 527 568	13 855
0	800 000	134 377	1 858 048 765	13 827
0	850 000	141 656	1 959 035 334	13 830
0	900 000	144 878	2 015 378 042	13 911
0	950 000	147 752	2 063 302 729	13 965
0	1 000 000	150 384	2 104 712 945	13 996
0	1 250 000	157 521	2 229 081 781	14 151
0	1 500 000	159 630	2 272 102 073	14 234
0	2 000 000	160 866	2 301 828 801	14 309
0	3 000 000	161 585	2 319 2665 169	14 353
0	4 000 000	161 761	2 323 936 921	14 366
0	5 000 000	161 801	2 324 881 936	14 369
0	7 500 000	161 853	2 326 244 089	14 373
0	10 000 000	161 864	2 326 683 830	14 374
0	> 10 000 000	161 873	2 327 009 466	14 376

C. Résultats cumulés par tranche de revenu (en pour cent)

C. Gecumuleerde resultaten per inkomensschijf (procentueel)

Revenu imposable globalement — *Gezamenlijk belastbaar inkomen*		Nombre de ménages fiscaux (en %) — *Aantal fiscale gezinnen (in %)*	Montant total des remboursements (en %) — *Totaal bedrag terugbetalingen (in %)*
0	50 000	0,33	0,40
0	100 000	1,44	1,46
0	150 000	2,40	2,31
0	200 000	3,78	3,54
0	250 000	5,82	5,44
0	300 000	8,55	7,96
0	350 000	12,09	11,33
0	400 000	16,95	15,31
0	450 000	24,55	22,04
0	500 000	35,57	32,79
0	550 000	46,01	42,77
0	600 000	54,33	51,38
0	650 000	62,29	59,69
0	700 000	69,84	67,35
0	750 000	76,58	73,81
0	800 000	83,01	79,85
0	850 000	87,51	84,19
0	900 000	89,50	86,61
0	950 000	91,28	88,67
0	1 000 000	92,90	90,45
0	1 250 000	97,31	95,79
0	1 500 000	98,61	97,64
0	2 000 000	99,38	98,92
0	3 000 000	99,82	99,67
0	4 000 000	99,93	99,87
0	5 000 000	99,96	99,91
0	7 500 000	99,99	99,97
0	10 000 000	99,99	99,99
0	> 10 000 000	100,00	100,00

Un autre membre est frappé par l'énorme disparité existant entre les prestations pharmaceutiques dans le régime «ambulatoire» et «hospitalisé». Il souligne l'importance des prestations pharmaceutiques dans la problématique de l'accès aux soins de santé, d'autant plus que ces postes sont exclus de la franchise fiscale et sociale. Le budget annuel pour les prestations pharmaceutiques avoisinait les 74 milliards en 1996, médicaments du groupe D non compris. L'INAMI dispose-t-il, grâce au système Pharmanet, de données plus précises concernant l'impact du coût des médicaments pour les assurés sociaux? Quelles mesures peuvent-elles être envisagées pour abaisser le seuil d'accès? Où se situe la Belgique par rapport à ses voisins?

Le même orateur s'interroge sur l'impact budgétaire de la directive 93/42 relative aux accessoires médicaux. Cette réglementation prévoit l'utilisation unique desdits accessoires. La transposition de cette directive en droit belge engendrera un surcoût important pour tous les hôpitaux. Qui le prendra en charge? Il est à craindre que ces coûts supplémentaires ne soient portés en compte au patient.

En réponse, M. De Cock signale que le système Pharmanet permet uniquement d'analyser le comportement des médecins en matière de prescription pour les produits remboursés en tout ou partie par l'INAMI. Aucune donnée concernant la consommation de médicaments par patient n'est actuellement disponible. La ministre des Affaires sociales a formulé certaines propositions en vue d'étendre le système Pharmanet à la collecte de telles données.

En ce qui concerne la disparité entre le montant des médicaments dans le régime ambulant et hospitalier, celle-ci est notamment la conséquence de la classification des médicaments en plusieurs groupes, avec un régime de ticket modérateur distinct par catégorie. Or, les médicaments de la catégorie A (sans ticket modérateur) sont le plus souvent administrés en milieu hospitalier, ce qui a pour conséquence d'alourdir très fortement les dépenses de l'AMI. Enfin, on a évalué le total des dépenses pour des médicaments non remboursés à 29 milliards de francs en 1995.

En ce qui concerne les accessoires médicaux, l'orateur nuance l'interprétation du membre quant à l'usage unique (*one use*) de ces accessoires. Il appartient au producteur de spécifier sur l'emballage si le matériel peut être réutilisé ou non. Des discussions sont en cours au sein du département de la Santé publique pour veiller à ce que la transposition de la directive 93/42 n'engendre pas une explosion des dépenses dans le secteur des soins de santé.

Un intervenant rappelle également sa proposition de réduction de 21% à 6% du taux de TVA appliqué

Een ander lid verbaast zich over het enorme verschil dat er op het vlak van farmaceutische uitgaven bestaat tussen de regeling van de ambulante verzorging en de verzorging in ziekenhuizen. Hij wijst op het belang van de farmaceutische uitgaven in de hele problematiek rond de toegang tot medische verzorging, temeer omdat er geen fiscale en sociale vrijstelling voor bestaat. Het jaarlijkse budget voor farmaceutische uitgaven lag in 1996 om en bij de 74 miljard, medicijnen van groep D niet inbegrepen. Beschikt het RIZIV dankzij het Pharmanet-systeem niet over preciezere gegevens omtrent de gevolgen die de prijs van medicijnen heeft voor de sociaal verzekerden. Welke maatregelen kunnen worden genomen om de toegangsdrempel te verlagen? Hoe verhoudt de Belgische situatie zich tot die in onze buurlanden?

Dezelfde spreker vraagt zich ook af wat het budgettaire effect zal zijn van richtlijn 93/42, een richtlijn die handelt over medisch toebehoren. Die richtlijn spreekt van een eenmalig gebruik van dat toebehoren. De toepassing ervan zal grote meerkosten met zich brengen voor alle ziekenhuizen. Wie gaat die kosten dragen? Het valt te vrezen dat die bijkomende kosten op de rug van de patiënt terecht zullen komen.

Als antwoord op die vragen signaleert de heer De Cock dat het Pharmanet-systeem alleen in staat is een analyse uit te voeren van het voorschrijfgedrag van artsen inzake producten die volledig of gedeeltelijk door het RIZIV worden terugbetaald. Thans zijn er geen gegevens beschikbaar omtrent het medicijnenverbruik per patiënt. De minister van Sociale zaken heeft een aantal voorstellen geformuleerd om het Pharmanet-systeem uit te breiden met het inzamelen van die informatie.

Het verschil met betrekking tot farmaceutische uitgaven tussen het systeem van ambulante verzorging en de verzorging in ziekenhuizen, volgt uit de classificatie van medicijnen in verschillende groepen, met voor iedere categorie een andere remgeldregeling. In ziekenhuizen worden de medicijnen van categorie A (zonder remgeld) het vaakst toegediend, hetgeen een grote financiële belasting van de ZIV tot gevolg heeft. Het totaal bedrag van de uitgaven voor niet-terugbetaalde medicijnen, ten slotte, wordt voor 1995 op 29 miljard geschat.

Wat het medisch toebehoren betreft, nuanceert spreker de interpretatie die het lid aan de term «eenmalig gebruik» geeft. Het staat aan de producent op de verpakking te vermelden of het materiaal meermaals bruikbaar is of niet. Er zijn in het departement van Volksgezondheid momenteel gesprekken aan de gang om erop toe te zien dat de uitvoering van richtlijn 93/42 geen buitensporige stijging van de uitgaven in de gezondheidssector teweegbrengt.

Een spreker wijst nog eens op zijn voorstel om de BTW op medisch toebehoren van 21% tot 6% terug

sur les accessoires médicaux. Selon lui, l'impact budgétaire devrait en être très réduit puisque la perte fiscale serait compensée par une baisse des remboursements pour les forfaits journaliers.

M. De Cock rappelle qu'en avril dernier, le comité d'assurance de l'INAMI a considéré que l'abaissement du taux de TVA sur les accessoires médicaux n'apportait pas de réponse satisfaisante à la problématique du coût desdits accessoires.

Une oratrice souhaite profiter de la présence de l'administrateur-général pour obtenir des informations concernant le dépassement de 8 milliards de francs annoncé dans le budget de l'INAMI, auquel la presse a fait largement écho. De même, a-t-on déjà pu évaluer l'impact de la cotisation complémentaire à charge de l'industrie pharmaceutique prévue par la loi-programme? Par ailleurs, la membre s'étonne que le budget réservé aux soins palliatifs (tableau 7, accords spécifiques) soit en constante diminution entre 1993 (50,8 millions francs) et 1997 (26,9 millions francs). Comment expliquer cette évolution alors que la problématique des soins palliatifs mérite une attention toute particulière dans une perspective qualitative des soins de santé.

Pour M. De Cock le déficit de 8 milliards de francs est le résultat d'une extrapolation jusqu'à fin décembre des dépenses de la première moitié de l'année 1998. Sur base de ces prévisions, le total des dépenses atteindrait 461 milliards de francs par rapport à 453 milliards de francs budgétisés. L'intervenant estime qu'il est difficile de faire des projections précises mais qu'il est probable que le total des dépenses pour 1998 dépassera le budget initial. En ce qui concerne le poste «soins palliatifs» repris au tableau 7, l'orateur signale que le libellé couvre deux types de prestations: la rééducation de patients souffrant d'un cancer et une initiative en matière d'accompagnement de patients en phase terminale. Le montant de 26,9 millions de francs repris au tableau 7 pour l'année 1997 ne couvre pas toutes les dépenses ayant trait aux soins palliatifs. Une partie de celles-ci sont comptabilisées sous d'autres rubriques. À partir de l'année prochaine, l'enveloppe budgétaire pour les soins palliatifs sera portée à 120 millions de francs, auxquels il faut ajouter 90 millions de francs pour les accessoires médicaux.

Une autre intervenante aborde la question des groupes cibles. Quel est le seuil minimum de cas pour la reconnaissance par l'INAMI d'un groupe spécifique? Un seul cas est-il suffisant dans des situations exceptionnelles?

Le docteur Verrecken rappelle qu'il existe un fonds spécial de solidarité au sein de l'INAMI qui se penche sur des pathologies à caractère tout à fait spécifique. Il

te brengen. Het budgettaire effect hiervan zou volgens hem erg beperkt zijn omdat het verlies aan fiscale inkomsten wordt gecompenseerd door een daling van het vast bedrag per verpleegdag.

De heer De Cock wijst erop dat het verzekeringscomité van het RIZIV in april jongstleden heeft verklaard dat de daling van de BTW op medisch toebehoren geen afdoende oplossing biedt voor het probleem van de kosten van dat toebehoren.

Een spreekster wil van de aanwezigheid van de administratuur-generaal gebruik maken om inlichtingen in te winnen over de aangekondigde overschrijding met 8 miljard frank van het budget van het RIVIZ, waaraan depers veel ruchtbaarheid heeft gegeven. Daarnaast wil ze weten of men al heeft kunnen nagaan wat de gevolgen zullen zijn van de bijkomende bijdrage die volgens de programmawet door de farmaceutische industrie moet worden betaald. Het lid zegt bovendien verbaasd te zijn dat het begrotingsbedrag voor palliatieve zorg (tabel 7, specifieke akkoorden), tussen 1993 (50,8 miljoen frank) en 1997 (26,9 miljoen frank) voortdurend is gedaald. Hoe valt dat te verklaren, als men weet dat er met het oog op het opdrijven van de kwaliteit van de gezondheidszorg aan de problematiek van de palliatieve zorg bijzonder veel aandacht dient te worden geschonken?

Volgens de heer De Cock is het tekort van 8 miljard frank het resultaat van een doortrekken van de uitgaven van de eerste helft van 1998 tot eind december. Op basis van die raming zouden de uitgaven 461 miljard frank bedragen, terwijl er slechts 453 miljard frank gebudgetteerd werd. Spreker vindt het moeilijk om precieze ramingen te maken, maar acht het waarschijnlijk dat het totale bedrag van de uitgaven over 1998 boven het gebudgetteerde bedrag zal uitstijgen. In verband met de post «palliatieve zorg» in tabel 7 signaleert spreker dat de term betrekking heeft op twee soorten verzorging: de revalidatie van kankerpartiënten en de begeleiding van terminale patiënten. Het bedrag van 26,9 miljoen frank dat in tabel 7 voor 1997 wordt genoemd, dekt niet alle uitgaven inzake palliatieve zorg. Een deel daarvan is opgenomen in andere rubrieken; vanaf volgend jaar zal het begrotingsbedrag voor palliatieve zorg worden opgetrokken tot 120 miljoen frank, waarbij dan nog eens 90 miljoen frank voor medisch toebehoren moet komen.

Een andere spreekster snijdt de kwestie van de doelgroepen aan. Welke minimumdrempel hanteert het RIVIZ bij de erkenning van specieke groepen? Is één enkel geval voldoende in uitzonderlijke omstandigheden?

Dr. Verrecken wijst erop dat er bij het RIVIZ een speciaal solidariteitsfonds bestaat, dat zich bezig houdt met aandoeningen met een heel specifiek

se réfère aux cas d'épidermiolise dont il a été question récemment dans la presse. De tels patients, moyennant l'introduction d'un dossier auprès du fonds de solidarité, peuvent être reconnus par l'INAMI et bénéficier ainsi d'une intervention majorée à charge de la collectivité. Cette procédure, qui reste cependant mal connue, se déroule comme suit: le médecin conseil de l'organisme assureur qui constate une pathologie répondant à certains critères (affection exceptionnelle, coût pour le patient...) prend l'initiative d'introduire un dossier devant le fonds de solidarité. Le collège des directeurs et médecins examine la demande avec possibilité de renvoi du dossier auprès de la mutualité, du dispensateur de soins ou du patient pour une mise un état complémentaire. Une fois le dossier complet, le fonds de solidarité prend sa décision. Celle-ci est notifiée à la mutualité qui doit ensuite en informer le patient. Il s'agit dès lors d'une procédure assez lourde et longue.

L'INAMI élabore actuellement un formulaire standard à l'attention des médecins conseils afin que les demandes soient complètes dès leur introduction. De même, une série d'avis légalement obligatoires et qui ralentissaient la procédure seront à l'avenir facultatifs. Ces améliorations devraient permettre de raccourcir la procédure.

Un membre regrette que l'existence du fonds de solidarité ne soit pas mieux connue dans le public. En ce qui concerne le cas d'épidermiolise passé à la télévision, il est choquant de voir que des collectes de fonds ont été organisées au mépris total du respect élémentaire de la vie privée du jeune patient concerné alors qu'il existe un système légal qui devrait permettre d'apporter une réponse au problème de santé rencontré.

Une autre intervenante insiste également pour que l'INAMI ne perde pas de vue le fait que les prestations de base du système de soins de santé (par exemple la visite chez le médecin généraliste) restent accessibles à tous. Le suivi de l'évolution technologique de la médecine, aussi important qu'il soit, ne peut nous détourner de ses missions de base.

M. De Cock fait état des discussions actuellement en cours au sein de la commission médico-mutualiste afin de garantir l'accessibilité au médecin généraliste. Dans cette même perspective, le comité de l'INAMI a émis une recommandation à l'autorité de tutelle en vue d'une réduction complémentaire du montant des tickets modérateurs.

Un membre enchaîne sur ce dernier point en faisant remarquer que les fusions entre hôpitaux vont réduire l'accessibilité géographique aux soins. Des mesures sont-elles envisagées pour compenser l'augmentation

karakter. Hij verwijst naar het geval van epidermolysis, waarover onlangs in de pers werd gesproken. Dergelijke patiënten kunnen na het indienen van een dossier bij het solidariteitsfonds door het RIZIV worden erkend en genieten bijgevolg verhoogde tegemoetkoming, die door de hele gemeenschap wordt gedragen. Die nog steeds weinig bekende procedure verloopt als volgt: de adviserend arts van de verzekeringsintelling die een aandoening constateert die aan bepaalde criteria beantwoordt (uitzonderlijke aandoening, kosten voor de patiënt, ...), neemt het initiatief om een dossier bij het solidariteitsfonds in te dienen. Het college van directeurs en artsen onderzoekt de aanvraag, waarbij de mogelijkheid bestaat dat het dossier naar het ziekenfonds, de zorgverstrekker of de patiënt wordt gestuurd voor bijkomende inlichtingen. Zodra het dossier volledig is, neemt het solidariteitsfonds een beslissing. Die beslissing wordt meegedeeld aan het ziekenfonds, dat op zijn beurt de patiënt moet inlichten. Het zal voor iedereen duidelijk zijn dat het om een omslachtige en lange procedure gaat.

Het RIVIZ werkt momenteel aan het opstellen van een standaardformulier voor de adviserend arts, dat er moet voor zorgen dat men al van bij het indienen van de aanvraag over alle inlichtingen beschikt. Het op dit moment wettelijk verplicht inwinnen van een reeks adviezen leidt tot veel vertraging doch, zal in de toekomst facultatief worden. Die verbeteringen zouden de procedure moeten bekorten.

Een lid betreurt dat het publiek zo slecht op de hoogte is van het bestaan van het solidariteitsfonds. Wat betreft het geval van epidermolysis waar de televisie aandacht aan heeft geschonken, vindt zij het schokkend dat er collectes werden gehouden zonder enig respect voor het privé-leven van de jonge patiënt in kwestie, terwijl er een wettelijke regeling bestaat die een oplossing zou moeten bieden voor dit gezondheidsprobleem.

Een andere spreekster dringt er bovendien op aan dat het RIVIZ niet uit het oog verliest dat de geneeskundige basisverzorging (bijvoorbeeld het bezoek aan de huisarts) voor iedereen betaalbaar moet blijven. Het volgen van de technologische ontwikkelingen van de geneeskunde, hoe belangrijk dat ook moge zijn, mag ons niet afleiden van haar basisopdracht.

De heer De Cock verwijst naar de gesprekken die momenteel aan de gang zijn in de commissie van artsen-ziekenfondsen inzake het waarborgen van de toegang tot de huisarts. Vanuit datzelfde standpunt heeft het RIVIZ bij de toezichthoudende overheid een aanbeveling gedaan inzake een bijkomende vermindering van het remgeld.

Een lid haakt in op dat punt en wijst erop dat de fusie van ziekenhuizen de geografische toegankelijkheid tot de geneeskundige verzorging zal doen afnemen. Overweegt men maatregelen te nemen om de

des frais de déplacement consécutifs à la fermeture de certains services? Ce poste est d'autant plus lourd pour le patient qu'il est amené, dans le cadre de maladies chroniques, à devoir se déplacer fréquemment.

Enfin, le membre se demande si les économies d'échelle espérées au travers de fusions d'hôpitaux seront effectivement réalisées. Ne risque-t-on pas d'avoir une pression en vue d'appliquer le tarif le plus élevé? Existe-t-il un suivi de ces fusions?

En réponse, M. De Cock signale que le suivi administratif des fusions d'hôpitaux est de la compétence du ministère de la Santé publique. Il rappelle que les normes quant à la taille des hôpitaux (maximum 150 lits) sont connues depuis longtemps et que le but de ces rapprochements est de générer des économies.

En ce qui concerne l'éventuelle augmentation des frais de déplacement à la suite de la fermeture de certains centres hospitaliers, le Dr Verrecken estime que rien n'est prévu à ce sujet. Il fait état de l'expérience malheureuse des remboursements des frais de déplacement dans le cadre d'une rééducation. L'intervention de l'INAMI a dû être réduite aux seuls transports en taxi adaptés pour fauteuils roulants en raison de l'explosion des coûts.

Une dernière intervenante interroge sur la raison pour laquelle, dans le tableau 7, les dépenses pour les enfants et adolescents victimes de troubles mentaux et comportementaux passent de 706,2 millions francs en 1995 à 1 002,3 millions francs en 1996 et 1 080,0 millions francs en 1997.

Le Dr Verrecken fait remarquer que les dépenses pour les enfants victimes de troubles mentaux couvrent les frais des centres de rééducation pour enfants autistes ainsi que des centres émanant du Fonds national pour le reclassement des handicapés. Pour éviter toute discrimination salariale, les barèmes et avantages appliqués en faveur du personnel des hôpitaux privés ont été étendus au personnel des centres de reclassement.

II. ÉCHANGES DE VUES AVEC LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES

1. Exposé introductif de la ministre

Au 1er janvier 1998 est entrée en vigueur une réforme de l'assurabilité fondamentale. Elle concernait donc les règles administratives auxquelles tout assuré social doit se conformer pour exercer son droit aux soins de santé. L'objectif avoué de cette réforme était de garantir une accessibilité généralisée au droit aux soins de santé à tout un chacun et en particulier aux groupes socio-économiques défavorisés de la po-

verhoging van de transportkosten ingevolge de sluiting van bepaalde ziekenhuizen te compenseren? Die uitgaven wegen vooral door bij patiënten die chronisch ziek zijn en zich daardoor vaak naar het ziekenhuis moeten begeven.

Het lid vraagt zich ten slotte af of de verwachte schaalvergroting daadwerkelijk zal worden gerealiseerd door fusies van ziekenhuizen. Dreigt men niet onder druk te staan om hoogste tarief aan te rekenen? Vindt er een follow-up plaats van die fusies?

Als antwoord op die vragen signaleert de heer De Cock dat de administratieve follow-up van de ziekenhuisfusies tot de bevoegdheid van de minister van Volksgezondheid behoort. Hij wijst erop dat de normen inzake de grootte van de ziekenhuizen (minimum 150 bedden) al lang bekend zijn en dat men met die fusies wil besparen.

Over de mogelijke verhoging van de transportkosten ingevolge de sluiting van bepaalde ziekenhuizen zegt dr. Verrecken dat er volgens hem op dat vlak niets is voorzien. Hij verwijst daarvoor naar de slechte ervaringen op het gebied van de terugbetaling van transportkosten in het kader van een revalidatie. Het RIVIZ beperkt zich momenteel tot het terugbetalen van de uitgaven voor speciaal aan rolstoelpatiënten aangepaste taxi's, omdat de uitgaven uit de hand zijn gelopen.

Een laatste spreekster vraagt zich af hoe het komt dat in tabel 7 de uitgaven voor kinderen en adolescenten met mentale en gedragsstoornissen toenemen van 706,3 miljoen frank in 1995, naar 1 002,3 miljoen frank in 1996 en 1 080,0 miljoen frank in 1997.

Dr. Verrecken wijst erop dat de uitgaven voor kinderen met mentale stoornissen de kosten dekken van de revalidatiecentra voor autistische kinderen en de centra die onstaan zijn uit het fonds voor de herklassering van mindervaliden. Om iedere vorm van discriminatie bij de verloning te voorkomen heeft men de loonschalen en de voordelen die het personeel van privé-ziekenhuizen geniet, verruimd tot het personeel van de herklasseringscentra.

II. GEDACHTEWISSELING MET DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN

1. Inleidende uiteenzetting van de minister

Op 1 januari 1998 is een fundamentele hervorming van de verzekerbaarheid in werking getreden. Ze had betrekking op de administratieve regels die elke sociaal verzekerde moet naleven om zijn recht op geneeskundige verzorging uit te oefenen. De erkende doelstelling van die hervorming was een veralgemeende toegang tot het recht op geneeskundige verzorging te waarborgen voor iedereen en in het bijzon-

pulation du Royaume. La réalisation de cet objectif nécessitait évidemment un assouplissement des règles administratives en vigueur. Cependant, cette seule modification aurait été insuffisante, et en quelque sorte, la réforme aurait été vaine si elle ne s'était accompagnée de mesures visant à maintenir le coût des soins de santé à un niveau raisonnable pour chaque ménage. C'est pourquoi, d'une part, les conditions d'accès financières au droit aux soins de santé — et il s'agit plus particulièrement de l'obligation de cotisation — ont été fondamentalement revues et, d'autre part, des mesures ont été prises en vue de maintenir les tickets modérateurs — c'est-à-dire la quote-part personnelle que doit réellement supporter tout assuré social dans la mesure où elle ne fait pas l'objet d'une prise en charge par l'assurance soins de santé — à un niveau raisonnable par rapport aux moyens disponibles pour chaque ménage.

I. Réforme de l'assurabilité proprement dite

Cela concerne donc les mesures prises visant à assouplir les règles administratives subordonnant l'exercice effectif du droit aux soins de santé, qui sont entrées en vigueur au 1er janvier 1998.

Le Rapport général sur la pauvreté a mis en évidence que l'une des raisons expliquant les difficultés rencontrées par les assurés sociaux résidait dans la multiplicité des régimes dans le secteur des soins de santé, chaque régime ayant ses propres règles; les passages d'un régime à l'autre s'en trouvaient compliqués.

Pour rappel, avant le 1er janvier 1998, il existait à côté des deux régimes professionnels, que sont le régime général où se retrouvent les travailleurs salariés et assimilés, et le régime indépendant où se retrouvaient les personnes assujetties au statut social des travailleurs indépendants, cinq régimes résiduaires, à savoir: le régime relatif aux handicapés, le régime relatif aux étudiants de l'enseignement supérieur, le régime relatif aux membres des communautés religieuses, le régime relatif à certains anciens agents des services publics en Afrique et, enfin, le régime relatif aux personnes non encore protégées.

Depuis le 1er janvier 1998, il ne subsiste que deux régimes où, dans la mesure du possible, les mêmes règles sont applicables: le régime général et le régime indépendant. Dans le régime général se retrouvent, outre les personnes salariées et assimilées qui s'y trouvaient déjà auparavant, les anciens régimes résiduaires, à l'exception cependant des membres des communautés religieuses et des handicapés présentant un lien avec le secteur indépendant qui, eux, ont été intégrés dans le régime indépendant. Il importe de remarquer

der voor de minder begunstigde sociaal-economische groepen van de bevolking van het Rijk. Voor de verwezenlijking van die doelstelling moesten de geldende administratieve regels uiteraard worden versoepeld. Nochtans zou die wijziging alleen onvoldoende geweest zijn en zou, in zekere zin, de hervorming tevergeefs zijn geweest als daarbij geen maatregelen waren genomen om de kost van de geneeskundige verzorging voor elk gezin op een redelijk niveau te houden. Daarom zijn eensdeels de financiële toegangsvoorwaarden voor het recht op geneeskundige verzorging — het gaat in het bijzonder om de bijdrageplicht — grondig herzien en anderdeels maatregelen genomen om het remgeld — dat is het persoonlijk aandeel dat iedere sociaal verzekerde werkelijk moet betalen voor zover het niet ten laste wordt genomen door de verzekering voor geneeskundige verzorging — op een redelijk niveau te houden ten aanzien van de middelen die voor elk gezin beschikbaar zijn.

I. Hervorming van de eigenlijke verzekerbaarheid

Deze heeft betrekking op de maatregelen die zijn genomen om de administratieve regels op de daadwerkelijke uitoefening van het recht op geneeskundige verzorging te versoepelen, en die op 1 januari 1998 in werking zijn getreden.

Het Algemeen Verslag over de armoede heeft duidelijk gemaakt dat een van de redenen van de moeilijkheden die de sociaal verzekerden ondervonden, het grote aantal regelingen in de sector geneeskundige verzorging was, waarbij elke regeling haar eigen regels had; de overgang van een regeling naar een andere was daardoor ingewikkeld.

Ter herinnering: vóór 1 januari 1998 bestonden er naast de twee beroepsregelingen, namelijk de algemene regeling waarin de werknemers en met hen gelijkgestelden waren opgenomen en de regeling voor de zelfstandigen die de personen groepeerde die onder het sociaal statuut van de zelfstandigen stonden, vijf residuaire regelingen: de regeling voor de minderva-liden, de regeling voor de studenten van het hoger onderwijs, de regeling voor de leden van de kloostergemeenschappen, de regeling voor sommige gewezen leden van de overheidsdiensten in Afrika en ten slotte de regeling voor de nog niet beschermde personen.

Sedert 1 januari 1998 blijven er slechts twee regelingen over, waarin, in de mate van het mogelijke, dezelfde regels van toepassing zijn: de algemene regeling en de regeling voor de zelfstandigen. De algemene regeling omvat, naast de werknemers en met hen gelijkgestelden die er reeds in zaten, de oude residuaire regelingen, met uitzondering evenwel van de leden van de kloostergemeenschappen en de minderva-liden, die een band hebben met de sector van de zelfstandigen en in de regeling voor de zelfstandigen zijn

que cette intégration s'est faite dans le respect des droits des différents assurés.

Outre cette suppression des régimes résiduaires, la réforme s'est accompagnée de mesures supprimant toute condition de résidence préalable en Belgique, toute exigence de stage à l'inscription ainsi que de toute perception d'une première cotisation majorée qui, pour rappel, pouvait comprendre les cotisations se rapportant à cinq années civiles au maximum. De plus, une qualité de titulaire du droit aux soins de santé peut maintenant être acquise par toute personne ayant son inscription au Registre national des personnes physiques. De ce qui précède, il ressort que, depuis le 1er janvier 1998, toute personne ayant son inscription au registre national des personnes physiques peut donc, moyennant une affiliation auprès d'une mutualité, ouvrir un droit immédiat aux soins de santé jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit celle au cours de laquelle ce droit s'est ouvert.

Compte tenu de l'esprit des mesures qui viennent d'être rappelées, il a paru nécessaire de simplifier également les conditions d'inscription comme personne à charge: c'est ainsi que dans ce contexte également, les conditions relatives à une durée de résidence préalable (exigée par exemple pour une inscription en qualité d'ascendant) ont été supprimées. Tout en garantissant cette accessibilité plus aisée à la qualité de personne à charge, des mesures ont également été prises pour qu'un droit individuel aux soins de santé comme titulaire reste possible: cela permet, par exemple, à un enfant rencontrant des difficultés dans son milieu familial, d'avoir ce droit aux soins de santé à titre individuel.

Enfin, toujours dans ce contexte, des mesures ont été prises de façon à obtenir que l'obligation de cotisation soit proportionnelle aux capacités contributives du ménage concerné et tienne toujours compte de la situation sociale dans laquelle se trouve un assuré. Par exemple, une personne inscrite au Registre national des personnes physiques et ayant une activité salariée réduite tout en continuant à bénéficier du minimum de moyens d'existence, ne sera plus tenue au paiement d'une cotisation complémentaire importante comme auparavant.

II. Mesures prises relativement à l'importance du ticket modérateur

Ainsi que souligné ci-dessus, la réforme de l'assurabilité serait, en quelque sorte, restée vaine si elle ne s'était accompagnée de mesures visant à maintenir dans des limites acceptables la quote-part personnelle exigée des assurés sociaux, tout particulièrement lorsqu'ils se trouvent dans une situation sociale difficile ou précaire.

opgenomen. Er dient te worden opgemerkt dat bij die integratie de rechten van de verschillende verzekerden zijn nageleefd.

Benevens die afschaffing van de residuaire regelingen, is de hervorming gepaard gegaan met maatregelen tot afschaffing van elke voorwaarde inzake voorafgaand verblijf in België, van elke vereiste inzake wachttijd voor de inschrijving en van de inning van een eerste verhoogde bijdrage die — wij herinneren eraan — de bijdragen kon omvatten die betrekking hadden op maximum 5 kalenderjaren. Bovendien kan nu eenieder die is ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen, een hoedanigheid van gerechtigde op geneeskundige verzorging verwerven. Uit wat voorafgaat blijkt dat voor eenieder die is ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen, mits bij een ziekenfonds te zijn aangesloten, dus sedert 1 januari 1998 het recht op geneeskundige verzorging onmiddellijk kan ingaan en lopen tot 31 december van het jaar na dat waarin dat recht is ingegaan.

Rekening houdende met de geest van de maatregelen waaraan is herinnerd, is het noodzakelijk gebleken om ook de voorwaarden voor de inschrijving als persoon ten laste te vereenvoudigen: zo zijn in die context eveneens de voorwaarden inzake voorafgaande verblijfsduur (bijvoorbeeld vereist voor een inschrijving als ascendent) afgeschaft. Hoewel die gemakkelijkere toegang tot de hoedanigheid van persoon ten laste werd gewaarborgd, zijn er ook maatregelen genomen opdat een individueel recht op geneeskundige verzorging als gerechtigde mogelijk zou blijven: zo kan, bijvoorbeeld, een kind dat moeilijkheden ondervindt in het gezin, dat recht op geneeskundige verzorging individueel genieten.

Ten slotte zijn er, nog altijd in dezelfde context, maatregelen genomen opdat de bijdrageplicht in verhouding zou staan tot de draagkracht van het betrokken gezin en altijd rekening houdt met de sociale toestand van een verzekerde. Zo zal bijvoorbeeld een persoon die is ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen en een beperkte activiteit als werknemer uitoefent terwijl hij toch het bestaansminimum blijft genieten, niet langer, zoals vroeger, een aanzienlijke aanvullende bijdrage moeten betalen.

II. Maatregelen betreffende de omvang van het remgeld

Zoals hiervoren is onderstreept, zou de hervorming van de verzekerbaarheid in zekere zin nutteloos zijn geweest als ze niet gepaard was gegaan met maatregelen die erop gericht zijn het persoonlijk aandeel dat van de sociaal verzekerden wordt gevraagd, in het bijzonder wanneer ze zich in een moeilijke of hachelijke sociale toestand bevinden, binnen aanvaardbare perken te houden.

Trois types de mesures ont été prises :

— 1º instauration d'une franchise sociale et fiscale;

— 2º élargissement du « statut VIPO »;

— 3º mesures en faveur des malades chroniques.

1º Instauration d'une franchise sociale et fiscale

a) La franchise sociale

I. Définition du concept

La franchise sociale est une mesure qui profite à certaines catégories d'assurés dignes d'intérêt sur le plan socio-économique et qui consiste en une réduction de l'intervention personnelle pour certaines prestations de santé.

Par intervention personnelle (appelée aussi ticket modérateur), on entend la partie des frais de soins de santé qui reste à charge de l'assuré et pour laquelle aucune intervention de l'assurance soins de santé ne peut être obtenue.

La franchise sociale signifie que l'on est dispensé (du paiement) de ladite intervention personnelle pendant une année civile déterminée dès que pour cette année, le bénéficiaire et les éventuelles personnes à sa charge supportent un total de 15 000 francs d'interventions personnelles. À partir du moment où le plafond de 15 000 francs de tickets modérateurs est atteint, l'assurance prend à son compte, pour le reste de l'année, les frais prévus dans l'assurance obligatoire soins de santé.

Il importe également de signaler que tant les bénéficiaires du régime général des soins de santé et indemnités que ceux du régime des travailleurs indépendants peuvent bénéficier de la franchise sociale. Toutefois, en ce qui concerne les travailleurs indépendants, mais uniquement pour ceux qui bénéficient de l'intervention majorée de l'assurance, il est tenu compte aussi de la partie du coût des soins de santé étant à leur charge dans le cadre de l'assurance libre (c'est-à-dire une assurance à laquelle souscrivent de nombreux travailleurs indépendants pour se prémunir contre les petits risques) afin de déterminer si le plafond de 15 000 francs est atteint ou non.

II. Bénéficiaires

Les catégories de personnes suivantes, ainsi que les personnes à leur charge, peuvent bénéficier de la franchise sociale :

— les personnes qui ont droit au revenu garanti aux personnes âgées, au minimum de moyens d'existence ou à l'aide y assimilée, alloués par le CPAS;

Er zijn drie soorten maatregelen genomen :

— 1º invoering van een sociale en fiscale franchise;

— 2º verruiming van het « WIGW-statuut »;

— 3º maatregelen voor de chronisch zieken.

1º Invoering van een sociale en fiscale franchise

a) De sociale franchise

I. Begripsomschrijving

De sociale franchise is een gunstmaatregel die bestaat ten voordele van bepaalde sociaal-economisch behartenswaardige categorieën van verzekerden en bestaat in de vrijstelling van het persoonlijk aandeel voor bepaalde gezondheidszorgen.

Onder persoonlijk aandeel (ook remgeld genoemd) verstaat men het gedeelte van de kosten van geneeskundige verzorging, dat ten laste blijft van de verzekerde en waarvoor dus geen verzekeringstegemoetkoming voor gezondheidszorgen kan worden bekomen.

Sociale franchise betekent dat men vrijgesteld wordt van hogervermeld persoonlijk aandeel over een bepaald kalenderjaar, van zodra voor dat jaar een totaal van 15 000 frank aan persoonlijk aandeel werd gedragen door de rechthebbende en zijn eventuele personen ten laste. Vanaf het ogenblik dat hogervermeld plafond van 15 000 frank aan remgeld wordt bereikt, neemt de verzekering dan voor de rest van het jaar, de in de verplichte geneeskundige verzekering voorziene kost, voor haar rekening.

Belangrijk is tevens te vermelden dat zowel rechthebbenden in het kader van de algemene regeling voor geneeskundige verzorging en uitkeringen als rechthebbenden in de zelfstandigenregeling, van de sociale franchise kunnen genieten. Met betrekking tot de zelfstandigen wordt, evenwel enkel voor de zelfstandigen die rechthebbenden zijn op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, eveneens met het gedeelte van de kost van geneeskundige verzorging, dat te hunnen laste valt, in het kader van de vrije verzekering (dit is een verzekering die door vele zelfstandigen wordt afgesloten om zich tegen de kleine risico's te verzekeren) rekening gehouden om uit te maken of het plafond van 15 000 frank al dan niet bereikt wordt.

II. Rechthebbenden

Volgende categorieën van personen, alsmede de personen te hunnen laste, kunnen genieten van de sociale franchise :

— de personen die recht hebben op het gewaarborgd inkomen voor bejaarden, het bestaansminimum of de daaraan gelijkwaardige hulp, uitgekeerd door het OCMW;

— les personnes qui ont droit à l'intervention majorée de l'assurance;

— les bénéficiaires handicapés qui bénéficient d'une des interventions pour personnes handicapées en application de la loi du 27 février 1987;

— les personnes qui sont sans emploi depuis six mois au moins et qui ont droit à une allocation de chômage en qualité de travailleur salarié chômeur avec charge de famille ou en qualité d'isolé;

— les bénéficiaires d'allocations familiales majorées.

III. Quels frais de soins de santé ?

Il va de soi que seules entrent en considération les prestations de santé qui sont remboursables dans l'assurance maladie, à l'exception des prestations suivantes :

— les frais de médicaments;

— les frais de séjour à l'hôpital : à partir du 91e jour d'hospitalisation dans un hôpital général et à partir du 366e jour d'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique;

— les frais d'hébergement dans une maison de repos pour personnes âgées et dans une maison de repos et de soins.

Ensuite, il convient de remarquer qu'en ce qui concerne le groupe des travailleurs indépendants, la franchise sociale ne peut, en toute logique, s'appliquer qu'aux prestations pour lesquelles, dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, une intervention de l'assurance est prévue en leur faveur. (Autrement dit, pour le groupe de travailleurs indépendants, la franchise sociale ne peut s'appliquer qu'aux prestations de santé qui sont définies comme des gros risques).

IV. De quelle manière obtient-on le droit ?

L'organisme assureur examine lui-même si une personne a droit ou non à la franchise sociale. Aussi existe-t-il entre les organismes assureurs et certains autres organismes de paiement un système d'échange d'informations électronique par lequel l'organisme assureur entre automatiquement, à tout moment, en possession de données relatives à un assuré déterminé.

Dès que l'organisme assureur constate qu'un assuré déterminé a droit à la franchise sociale, il délivre une attestation au bénéficiaire. Cette attestation mentionne le jour à partir duquel le droit à la franchise sociale est ouvert.

L'organisme assureur est alors, à partir de la date mentionnée sur l'attestation précitée, redevable à l'assuré de l'intervention de l'assurance à 100 %. Il verse celle-ci soit sous la forme d'une dispense de l'intervention personnelle, soit sous la forme d'un

— de personen die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming;

— de gehandicapte rechthebbenden die één van de tegemoetkomingen voor gehandicapten genieten met toepassing van de wet van 27 februari 1987;

— de personen die sedert ten minste zes maanden werkloos zijn en recht hebben op een werkloosheidsuitkering als werkloze werknemer met gezinslast of als alleenstaande;

— de rechthebbenden op de verhoogde kinderbijslag.

III. Welke kosten voor gezondheidszorg ?

Uiteraard komt enkel de gezondheidszorgen in aanmerking die in de ziekteverzekering vergoedbaar zijn, met uitzondering van volgende verstrekkingen :

— de kosten voor geneesmiddelen;

— met betrekking tot de verblijfkosten in een ziekenhuis : vanaf de 91e dag dat men opgenomen is in een algemeen ziekenhuis en vanaf de 366e dag indien men in een psychiatrische instelling is opgenomen;

— de huisvestingskosten in een rustoord voor bejaarden en in een rust- en verzorgingstehuis.

Vervolgens dient te worden opgemerkt dat met betrekking tot de groep van de zelfstandigen de sociale franchise logischerwijze enkel kan toegepast worden op de verstrekkingen waarvoor, in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, voor die groep (zelfstandigen) in verzekeringstegemoetkoming is voorzien (met andere woorden de sociale franchise kan voor de groep van de zelfstandigen enkel toegepast worden op de geneeskundige verstrekkingen die als grote risico's worden omschreven).

IV. Op welke wijze wordt het recht verkregen ?

Of men al dan niet recht heeft op de sociale franchise wordt door de verzekeringsinstelling zelf onderzocht. Tussen de verzekeringsinstellingen en sommige andere uitbetalingsinstellingen bestaat ook een systeem van elektronische informatie-uitwisseling, waardoor de verzekeringsinstellingen op elk ogenblik automatisch in het bezit worden gesteld omtrent de gegevens van een bepaalde verzekerde.

Van zodra de verzekeringsinstelling vaststelt dat een bepaalde verzekerde recht heeft op de sociale franchise, reikt zij een getuigschrift uit aan de rechthebbende. Dit getuigschrift vermeldt de dag vanaf wanneer men recht heeft op de sociale franchise.

De verzekeringsinstelling is dan vanaf de op bovengenoemd getuigschrift vermelde dag de verzekeringstegemoetkoming tegen 100 % verschuldigd aan de verzekerde. Zij betaalt deze ofwel in de vorm van een vrijstelling van het persoonlijk aandeel ofwel in de

remboursement pour le reste de l'année civile en cours.

Le fait que l'on ait droit ou non à la franchise sociale fait partie des données reprises sur la « carte SIS » (carte d'identité sociale). Ces données ne sont cependant pas lisibles sur la carte elle-même mais figurent de façon cryptée sur le support électronique de la carte.

b) Franchise fiscale

I. Définition du concept

On entend par franchise fiscale le remboursement par l'Administration des contributions directes du montant des tickets modérateurs qui, pour une année civile, dépasse un certain plafond en fonction du revenu imposable net du ménage.

Ce remboursement s'effectue soit en déduisant le montant à rembourser des impôts à payer en plus pour l'année de revenus concernée, soit en le versant au contribuable assuré, s'il ne doit pas payer d'impôts supplémentaires.

II. Bénéficiaires

La franchise fiscale est applicable à tous les assurés qui ne bénéficient pas de la franchise sociale :

— pour des revenus du ménage de 0 à 537 999 francs, le plafond est de 15 000 francs,

— pour des revenus du ménage de 538 000 francs à 828 999 francs, le plafond est de 20 000 francs,

— pour des revenus du ménage de 829 000 francs à 1 119 999 francs, le plafond est de 30 000 francs,

— pour des revenus du ménage de 1 120 000 francs à 1 410 999 francs, le plafond est de 40 000 francs,

— pour des revenus du ménage à partir de 1 411 000 francs, le plafond est de 50 000 francs.

Si on constate, pour ces assurés, que, pour une année civile, leur ménage a payé un montant total de tickets modérateurs supérieur au plafond fixé pour leur catégorie de revenus, le montant de tickets modérateurs payé en trop leur est remboursé.

III. Quels frais de soins de santé ?

La restriction mentionnée ci-dessus en ce qui concerne la franchise sociale est également applicable sur le plan de la franchise fiscale.

Les frais de soins de santé exclus de la franchise sociale le sont également de la franchise fiscale, étant en-

vorm van een terugstorting voor de rest van het lopend kalenderjaar.

Het feit of men al dan niet recht heeft op de sociale franchise maakt deel uit van de gegevens die zijn vermeld op de « SIS-kaart » (sociale identiteitskaart). Deze gegevens zijn evenwel niet leesbaar op de kaart zelf, maar zitten vervat in de elektronische drager van de kaart.

b) Fiscale franchise

I. Begripsomschrijving

Onder fiscale franchise verstaat men de terugbetaling door de administratie der Directe Belastingen van het bedrag aan remgelden, dat voor een kalenderjaar, een bepaald grensbedrag overschrijdt in verhouding tot het totaal netto-belastbaar gezinsinkomen (brutoinkomen na aftrek van de sociale zekerheidsbijdragen).

Deze terugbetaling gebeurt, ofwel door de terug te betalen som af te trekken van de bij te betalen belasting voor het betrokken inkomstenjaar, ofwel door uitbetaling ervan aan de verzekerde belastingplichtige, indien die geen belasting bij te betalen heeft.

II. Rechthebbenden

De fiscale franchise is op alle verzekerden, die niet genieten van de sociale franchise, van toepassing :

— voor een gezinsinkomen van 0 tot 537 999 frank geldt een grensbedrag van 15 000 frank,

— voor een gezinsinkomen van 538 000 frank tot 828 999 frank geldt een grensbedrag van 20 000 frank,

— voor een gezinsinkomen van 829 000 frank tot 1 119 999 frank geldt een grensbedrag van 30 000 frank,

— voor een gezinsinkomen van 1 120 000 frank tot 1 410 999 frank geldt een grensbedrag van 40 000 frank,

— voor een gezinsinkomen vanaf 1 411 000 frank geldt een grensbedrag van 50 000 frank.

Indien voor deze verzekerden vastgesteld wordt dat hun gezin voor een bepaald kalenderjaar een totaal bedrag aan remgelden betaald heeft dat hoger ligt dan het grensbedrag, dat voor hun inkomenscategorie is vastgesteld, dan wordt het teveel betaalde remgeld aan hen terugbetaald.

III. Welke kosten voor gezondheidszorg ?

Het hierboven vermelde voorbehoud met betrekking tot de sociale franchise is eveneens van toepassing op het vlak van de fiscale franchise.

De kosten van geneeskundige verzorging die uitgesloten worden van de sociale franchise worden even-

tendu que les frais de séjour à l'hôpital n'entrent aucunement en ligne de compte.

IV. De quelle manière obtient-on le droit ?

Comme il a été mentionné ci-dessus, ce n'est pas la mutualité qui effectue le remboursement, mais l'Administration des contributions. Ce remboursement consiste dans le reversement par l'Administration des contributions de l'intervention personnelle d'une année à titre d'immunisation fiscale ou dans l'imputation de celle-ci sur les impôts sur les revenus éventuellement dus par le bénéficiaire ou par le ménage fiscal (on entend par ce terme la personne ou l'ensemble des personnes à charge de laquelle ou desquelles une seule cotisation fiscale unique est établie en matière d'impôts des personnes physiques).

2º Élargissement du « statut VIPO »

L'intervention majorée de l'assurance (ce que l'on appelle le statut VIPO), qui consiste en une intervention de l'assurance plus importante, voire totale, dans le coût des prestations était, depuis de nombreuses années, octroyée aux personnes qui ont un certain statut (ces personnes sont inscrites auprès de leur mutualité en une des qualités suivantes :veuf ou veuve, invalide, orphelin ou pensionné) et dont les revenus du ménage n'atteignent pas un certain plafond (actuellement, ce plafond s'élève à 465 211 francs augmenté de 86 123 francs par personne à charge).

Depuis le 1er juillet 1997, ce statut a été élargi à certaines catégories de personnes se trouvant dans une situation sociale bien définie (que l'on retrouve d'ailleurs dans la franchise sociale où une adaptation similaire s'est produite) : il s'agit des personnes qui bénéficient du minimum de moyens d'existence ou d'une aide équivalente octroyée par les CPAS et prise en charge par l'État, du revenu garanti aux personnes âgées, d'une allocation de handicapé ou, enfin, des enfants handicapés bénéficiaires, de ce fait, d'allocations familiales majorées.

Une autre modification est envisagée et devrait sortir ses effets sous peu : il s'agit d'octroyer ce statut aux titulaires chômeurs, âgés de cinquante ans au moins et qui sont au chômage complet depuis un an au moins et qui, pour la réglementation relative aux allocations de chômage, ont la qualité de travailleur chef de famille ou d'isolé : dans la mesure où les revenus de leur ménage n'atteignent pas le plafond susvisé, le droit à l'intervention majorée de l'assurance pourrait également leur être octroyé.

eens uitgesloten van de fiscale franchise, met dien verstande dat de verblijfskosten in het ziekenhuis in het geheel niet in aanmerking komen.

IV. Op welke wijze wordt het recht verkregen ?

Zoals reeds hoger gezegd is het niet het ziekenfonds dat de terugbetaling doet, maar wel de belastingsadministratie. Deze terugbetaling bestaat in een terugstorting door de belastingsadministratie van het persoonlijk aandeel van één jaar als fiscale vrijstelling ofwel door verrekening ervan met de eventueel door de rechthebbende of door het fiscaal gezin (hieronder verstaat men de persoon of alle personen samen lastens wie één enkele fiscale aanslag in de personenbelasting wordt gevestigd) verschuldigde inkomstenbelastingen.

2º Verruiming van het « WIGW-statuut »

De verhoogde verzekeringstegemoetkoming (gewoonlijk WIGW-statuut genoemd), die bestaat uit een hogere, of zelfs totale verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen, werd al jarenlang verleend aan de personen met een bepaald statuut (die personen zijn bij hun ziekenfonds ingeschreven in een van de volgende hoedanigheden : (weduwnaar of weduwe, invalide, wees of gepensioneerde) wier gezinsinkomen onder een bepaald grensbedrag ligt (op dit ogenblik is dat grensbedrag 465 211 frank, verhoogd met 86 123 frank per persoon ten laste).

Sinds 1 juli 1997 is dat statuut verruimd tot sommige categorieën van personen die zich in een welbepaalde sociale toestand bevinden (die men trouwens terugvindt in de sociale franchise waar een gelijkaardige aanpassing heeft plaatsgehad) : het gaat om de personen die in het genot zijn van het bestaansminimum of van een gelijkwaardige hulp die door het OCMW wordt verleend en door het Rijk ten laste wordt genomen, van het gewaarborgd inkomen voor bejaarden of, van een tegemoetkoming voor mindervaliden of, ten slotte, om de minder-valide kinderen die op grond van die handicap verhoogde kinderbijslag genieten.

Er wordt ook gedacht aan een andere wijziging, die binnenkort uitwerking zou moeten hebben : dit statuut zou ook worden toegekend aan de werkloze gerechtigden die ten minste vijftig jaar zijn en sedert ten minste één jaar volledig werkloos zijn en die, wat de reglementering inzake de werkloosheidsuitkeringen betreft, de hoedanigheid hebben van werknemer-gezinshoofd of van alleenstaande : voor zover hun gezinsinkomen het voormelde grensbedrag niet bereikt, zou het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming hun eveneens kunnen worden toegekend.

3º Mesures en faveur de malades chroniques

En 1998, la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités a été modifiée, d'une part, de façon à permettre la prise en charge des matières et produits de soins pour les soins à domicile des bénéficiaires souffrant d'une affection grave et, d'autre part, pour permettre soit de supprimer totalement ou partiellement l'intervention personnelle en faveur des bénéficiaires atteints d'une maladie chronique, soit d'instaurer, à titre d'intervention supplémentaire dans le coût des soins, une allocation forfaitaire en faveur de ces malades dont le degré de dépendance par rapport aux soins est important.

Avec effet au 1er juin 1998, un forfait de 10 000 francs par an est octroyé sous certaines conditions en vue de couvrir le coût du matériel d'incontinence et, d'autre part, un forfait de 10 000 francs est octroyé aux personnes répondant au statut de malade chronique et qui satisfont aux deux conditions suivantes: se trouver dans une situation de dépendance et avoir supporté, pendant deux années civiles consécutives, des interventions personnelles d'un montant de 10 000 francs par an.

Les chefs de ménage invalides qui ont besoin de l'aide d'un tiers auront droit à une allocation mensuelle de 5 000 francs, comme c'est déjà le cas aujourd'hui pour les invalides isolés (2 500 francs à partir du 1er octobre 1998 et 5 000 francs à partir du 1er octobre 1999).

Des mesures spécifiques ont également été prises en 1998 en vue d'un meilleur remboursement de trois pathologies: la mucoviscidose, les maladies métaboliques et les affections neuro-musculaires.

De plus, pour ces trois groupes, des centres de référence ont été reconnus et financés.

La ministre conclut en rappelant que le gouvernement a dû consentir des efforts budgétaires considérables ces dernières années, non seulement pour atteindre les normes de Maastricht, mais aussi pour créer la marge financière nécessaire pour pouvoir relever les défis démographiques de demain.

Cela n'a pas empêché le gouvernement de prendre, dans le domaine de l'assurance soins de santé, un certain nombre de mesures radicales qui ont trait à l'assurabilité et aux tickets modérateurs.

L'OCDE, qui se montre généralement assez critique concernant les réformes opérées sur le plan social, a récemment fait une évaluation positive de l'assurabilité et du système dans son ensemble. Avec des dépenses qui représentent un pourcentage relativement limité du PIB, le système garantit des soins de santé d'un niveau qualitativement élevé à la quasi-totalité de la population. L'OCDE émet cependant quelques réserves au sujet de ce qu'elle considère comme une trop grande multiplicité de l'offre.

3º Maatregelen voor de chronisch zieken

In 1998 is de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gewijzigd, eensdeels om de tenlasteneming mogelijk te maken van verzorgingsmateriaal en -producten voor de thuisverpleging van rechthebbenden met een ernstige aandoening, en anderdeels opdat ofwel het persoonlijk aandeel voor de rechthebbenden met een chronische ziekte volledig of gedeeltelijk wordt afgeschaft, ofwel, bij wijze van bijkomende tegemoetkoming in de kosten van de verzorging, voor de zieken met een grote zorgafhankelijkheid een forfaitaire tegemoetkoming wordt ingevoerd.

Met uitwerking vanaf 1 juni 1998 wordt onder bepaalde voorwaarden een forfait van 10 000 frank per jaar toegekend om de kosten van het incontinentiemateriaal te dekken en wordt een forfait van 10 000 frank toegekend aan de personen die beantwoorden aan het statuut van chronisch zieke en de volgende twee voorwaarden vervullen: zich in een toestand van afhankelijkheid bevinden en gedurende twee opeenvolgende kalenderjaren een bedrag van 10 000 frank per jaar aan persoonlijke aandelen hebben betaald.

Invalide gezinshoofden die hulp van derde behoeven zullen recht hebben op een maandelijkse uitkering van 5 000 frank, zoals dat nu reeds voorzien is voor alleenstaande invaliden (2 500 frank vanaf 1 oktober 1998 en 5 000 frank vanaf 1 oktober 1999).

Specifieke maatregelen werden eveneens genomen in 1998 inzake een betere terugbetaling voor drie pathologieën: mucoviscidose, stofwisselingsziekten en neuro-musculaire aandoeningen.

Voor deze drie groepen werden daarenboven referentiecentra erkend en gefinancierd.

De minister besluit dat de regering gedurende de jongste jaren ernstige budgettaire inspanningen heeft moeten leveren, niet alleen om de Maastrichtnormen te halen, maar ook om de nodige financiële ruimte te creëren die het mogelijk moet maken die demografische uitdagingen voor de toekomst op te vangen.

Dit heeft niet belet dat in de verzekering voor gezondheidszorg een aantal ingrijpende maatregelen werden doorgevoerd op het vlak van de verzekerbaarheid en de remgelden.

De OESO, die meestal erg kritisch staat tegenover hervormingen op het sociale vlak, heeft recent de verzekerbaarheid in het stelsel in zijn geheel op een positieve wijze beoordeeld. Met een relatief beperkte uitgave als aandeel van het BBP, garandeert het systeem een hoog-kwalitatieve gezondheidszorg voor de quasi-totaliteit van de bevolking. De organisatie had wel een aantal opmerkingen wat de volgens haar al te grote multipliciteit van het aanbod betreft.

Un échantillon limité a montré que l'ensemble des mesures prises depuis 1997 en faveur d'un CPAS tel que celui de Molenbeek débouche sur une réduction des dépenses de l'ordre de 20 millions de francs contre environ 60 millions de francs pour une ville comme Bruxelles et ce, sur une période de neuf mois. Les pouvoirs locaux se voient ainsi délivrés d'un lourd fardeau qui pesait sur leurs épaules et les moyens ainsi dégagés peuvent être affectés à d'autres secteurs, tels que l'emploi.

Pour ce qui est des malades chroniques en particulier, trois affections donnent actuellement droit à un remboursement ou une intervention majorée pour des prestations qui ne sont normalement pas remboursables (par exemple, les fauteuils roulants pour enfants de moins de 6 ans atteints de myopathie). Il s'agit de la mucoviscidose, des maladies métaboliques et des affections neuro-musculaires. Des centres de référence ont été reconnus et financés pour ces trois groupes.

L'objectif futur est de poursuivre dans cette voie et d'augmenter le nombre de pathologies ouvrant le droit à une intervention majorée. Au lieu de partir du principe d'un remboursement en fonction de la prestation, on tend vers une approche plus globale des pathologies, dans laquelle le remboursement porte sur un éventail de soins donnés.

S'il est vrai que plusieurs de ces pathologies génèrent des frais élevés pour le patient, elles ne sont cependant guère fréquentes. D'autres pathologies par contre, comme le diabète, sont très répandues et en expansion. Il importe donc de mener en l'espèce une politique fortement axée sur la prévention et ce, pas uniquement en raison de considérations budgétaires. Le remboursement de certaines molécules doit être adapté en conséquence.

Il va de soi que la commission des maladies chroniques, qui est installée au sein de l'INAMI, jouera un rôle fondamental à cet égard.

Les médicaments B ne sont pas couverts par la franchise sociale. Étant donné que les frais y afférents sont ressentis par certains groupes de patients comme une charge fort lourde, une somme de 450 millions de francs a été dégagée pour financer une intervention majorée au profit des malades chroniques. En ce qui concerne l'application pratique de cette mesure, il reste quelques difficultés pratiques à résoudre. La carte SIS ne permet pas actuellement l'identification de ces patients par le pharmacien.

N'entrent pas non plus dans le cadre de la franchise sociale les hospitalisations à partir du 91e jour, chose assez rare, bien qu'existante, et les séjours en institut psychiatrique à partir de la 2e année. Les problèmes qui se posent sur ce dernier point sont plus nombreux.

Een beperkte steekproef heeft uitgewezen dat het geheel van de maatregelen die sinds 1997 werden genomen, voor een OCMW zoals dat van Molenbeek, een minderuitgave van 20 miljoen frank en voor een stad zoals Brussel van ongeveer 60 miljoen frank betekent op een periode van negen maanden. De lokale overheden wordt derhalve een grote last van de schouders genomen en de middelen die hierdoor vrijkomen kunnen in andere domeinen, zoals de werkgelegenheid worden aangewend.

Wat specifiek de chronische ziekten betreft, zijn er momenteel drie aandoeningen die recht geven op een hogere terugbetaling of op tussenkomsten voor verstrekkingen die normaliter niet voor terugbetaling in aanmerking komen (bijvoorbeeld rolstoelen voor kinderen onder zes jaar met een spierziekte) : deze zijn mucoviscidose, stofwisselings en neuro-musculaire aandoeningen. Voor deze drie groepen werden referentiecentra erkend en gefinancierd.

Het ligt in de bedoeling om in de toekomst op deze weg voort te gaan en het aantal pathologieën die voor een verhoogde tussenkomst in aanmerking komen, uit te breiden. In plaats van uit te gaan van de terugbetaling volgens prestatie, wordt gestreefd naar een meer globale benadering van pathologieën, waarbij een pakket hulpverlening voor terugbetaling in aanmerking komt.

Een aantal van deze pathologieën leiden weliswaar tot hoge kosten voor de patiënt, maar komen slechts in beperkt mate voor. Andere daarentegen, bijvoorbeeld diabetes, zijn erg verspreid en breiden zich uit. Niet alleen uit budgettair oogpunt is het hier belangrijk dat een sterk preventiegericht beleid wordt gevoerd. De terugbetaling van bepaalde moleculen dient op een dergelijk preventief beleid te worden afgestemd.

Het spreekt voor zich dat de commissie voor de chronische ziekten die binnen het RIZIV wordt geïnstalleerd, hierbij een centrale rol te vervullen heeft.

De geneesmiddelen B maken geen deel uit van de sociale franchise. Aangezien de kosten op dit vlak door bepaalde groepen van patiënten als zeer zwaar worden ervaren, werd recent een bedrag van 450 miljoen frank vrijgemaakt om een verhoogde tussenkomst voor chronisch zieken in deze middelen mogelijk te maken. Met betrekking tot de uitvoering hiervan moeten nog een aantal praktische moeilijkheden worden opgelost. De SIS-kaart maakt het momenteel niet mogelijk deze patiënten voor de apotheker herkenbaar te maken.

Onder de sociale franchise vallen evenmin de ziekenhuisopnamen vanaf de 91e dag, die zeldzaam zijn maar toch niet onbestaande en de opnamen in een psychiatrische instelling vanaf het tweede jaar. Op dit laatste vlak doen er zich meer problemen voor.

Enfin, les frais de séjour en maison de repos ou en maison de repos et de soins n'entrent pas non plus dans le cadre de la franchise sociale. Nous arrivons actuellement à la fin de la deuxième phase d'un plan de reconversion qui vise à convertir, sur une période de cinq ans, 10 000 lits de maison de repos en lits de maison de repos et de soins. Cela signifie que les subventions passeront de 1 395 francs/jour à 1 900 francs/jour. Cette augmentation servira à améliorer l'encadrement.

À partir du 1er avril prochain, 67 000 seniors en situation de dépendance pourront bénéficier d'une majoration de l'allocation qu'ils touchent dans le cadre de l'aide aux personnes âgées. Cette mesure s'inscrit dans une réorganisation générale du système dans le cadre de laquelle l'attribution des points est revue et le plafond de revenus est relevé.

B. Échange de vues

Un membre fait remarquer qu'en ce qui concerne la franchise fiscale, il y a lieu d'entendre par revenu net imposable le revenu net après déduction des cotisations à la sécurité sociale. Cette définition est fort différente de celle utilisée en droit fiscal. Comme le système est déjà assez confus pour les intéressés, il est à craindre que ce genre d'ambiguïté n'ajoute à son opacité.

La ministre répond que plusieurs questions ont effectivement été soulevées dans un passé récent au sujet de la franchise fiscale. Une des grandes objections est que l'avantage n'est accordé qu'après un à deux ans. Le régime ne résout donc pas le problème des personnes à revenus modestes au moment où elles doivent supporter les dépenses de santé. À l'inverse, leur situation financière peut s'être améliorée au moment où elles bénéficient de l'avantage.

En outre, le système est également très complexe sur le plan administratif. Les montants versés aux patients en raison de la franchise fiscale doivent être remboursés au ministère des Finances par le département des Affaires sociales. Il s'agit en effet d'un avantage social, non d'un avantage fiscal.

Le système fait l'objet d'une évaluation au sein d'un groupe de travail mixte des Finances et des Affaires sociales. Personnellement, la ministre est partisane d'une fusion des avantages des deux systèmes. On pourrait envisager de signaler au prestataire, au moyen de la carte SIS, que le patient a droit à la franchise. Il va de soi que, pour des raisons liées au respect de la vie privée, cette information devra être sévèrement protégée. En outre, pour les mêmes raisons, l'information fournie devra être aussi restreinte que possible; elle devra, par exemple, être limitée à

Ten slotte zijn ook de huisvestingskosten in een rustoord voor bejaarden en in een rust- en verzorgingstehuis, niet opgenomen in de sociale franchise. Momenteel wordt de tweede fase afgewerkt van een reconversieplan waarbij over een periode van vijf jaar 10 000 bedden van gewone rustoorden worden omgezet in bedden van rust- en verzorgingshuizen. Dit betekent dat subsidies worden opgetrokken van 1 395 frank per dag tot 1 900 frank per dag. Deze verhoogde subsidiëring gaat naar een betere omkadering.

Vanaf 1 april eerstkomend zullen 67 000 ouderen die afhankelijk zijn van hulp, kunnen genieten van een toeslag op de uitkering die zij ontvangen in het kader van de hulp aan bejaarde personen. Deze maatregel past in een algemene reorganisatie van het systeem waarbij het toekennen van punten wordt herzien en het inkomensplafond wordt opgetrokken.

B. Gedachtewisseling

Een lid merkt op dat met betrekking tot de fiscale franchise onder netto-belastbaar inkomen wordt verstaan: het bruto-inkomen na aftrek van de sociale-zekerheidsbijdragen. Dit is een heel andere definitie dan die gehanteerd in het fiscaal recht. Het systeem is al vrij verwarrend voor de betrokkenen en er kan worden gevreesd dat het door dit soort zaken nog ondoorzichtiger wordt.

De minister antwoordt hierop dat rond de fiscale franchise in het recente verleden inderdaad een aantal vragen zijn gesteld. Een van de grote bezwaren bestaat erin dat het voordeel pas na verloop van een à twee jaar wordt toegekend. Hierdoor biedt het stelsel geen oplossing voor de problemen van bescheiden inkomens op het ogenblik dat zij de gezondheidsuitgaven moeten doen. Omgekeerd kan hun financiële toestand verbeterd zijn op het ogenblik dat zij het voordeel krijgen.

Bovendien is het systeem ook administratief erg omslachtig. Wanneer de bedragen waarop de patiënten op basis van de fiscale franchise recht hebben, zijn uitgekeerd, moeten zij door het departement Sociale Zaken worden teruggestort aan Financiën. Het betreft hier immers geen fiscaal maar een sociaal voordeel.

Het systeem wordt geëvalueerd in een gemengde werkgroep van de departementen Financiën en Sociale Zaken. Persoonlijk is de minister voorstander van het samenbrengen van de voordelen van de beide systemen. Een mogelijke denkpiste zou erin kunnen bestaan dat via de SIS-kaart aan de verstrekker een sein wordt gegeven dat de patiënt recht heeft op de franchise. Het spreekt voor zich dat deze informatie om redenen van privacy streng beveiligd moet zijn. Bovendien moet, om dezelfde redenen, de verstrekte informatie zo beperkt mogelijk zijn, en zich bijvoor-

l'indication que le patient a ou non dépassé un plafond de revenus convenu.

Ce système ne semble toutefois pas réalisable à bref délai, entre autres pour des raisons pratiques.

Un autre intervenant demande quelle est l'attitude de la ministre et de l'Inami vis-à-vis de l'organisation du traitement de la douleur. D'autres pays européens comme la France semblent être bien plus avancés dans la réflexion sur ce problème que la Belgique.

La ministre admet que sur ce plan, la Belgique accuse du retard par rapport à certains autres pays. Lorsqu'on considère la politique suivie par l'AMI dans le passé, on constate une certaine hésitation quant au remboursement des anti-douleurs pour les patients en phase terminale.

Malgré le fait que, par exemple, le «Centre des douleurs» à Liège fait œuvre de pionnier en la matière, notre pays n'a pas de «culture» de la lutte contre la douleur. Cependant, une culture des soins palliatifs se met en place très progressivement et on peut espérer que, dans ce cadre, des moyens nouveaux de combattre la douleur seront mis au point. Cela pourrait également apporter une réponse partielle à certains problèmes qui se posent actuellement sur le plan éthique. La douleur est souvent un des facteurs étant à la base de la demande d'abrègement de la vie.

Une membre signale que l'intervention forfaitaire de 10 000 francs qui est octroyée depuis le 1er juin aux malades chroniques, répond indéniablement à une demande de la part des groupes concernés. Cette intervention est toutefois subordonnée à deux conditions: le patient doit se trouver dans un état de dépendance et il doit avoir payé en interventions personnelles un montant de 10 000 francs pendant deux années consécutives.

Le montant susvisé est relativement élevé, mais c'est surtout la première condition qui suscite l'étonnement. En effet, il est parfaitement possible que des patients atteints d'une maladie chronique aient des frais très élevés sans pour autant se trouver dans une situation de dépendance.

Le ministre répond qu'en ce qui concerne la prise en charge des malades chroniques, on peut distinguer deux écoles. La première approche, qui est celle appliquée en France, consiste à dresser une liste limitative des pathologies qui donnent lieu à un remboursement, qui sera soit intégral, soit plus élevé que la normale. Le grand désavantage d'une telle liste est précisément son caractère limitatif. C'est le système du tout ou rien. Les pathologies qui entraînent également des frais élevés mais qui ne figurent pas sur la liste ne peuvent bénéficier d'aucune forme de traitement préférentiel. La liste peut être revue, mais c'est un processus qui peut durer longtemps.

beeld beperken tot een indicatie dat de patiënt al dan niet een vastgesteld inkomensplafond overschreden heeft.

Een en ander lijkt evenwel, ook om praktische redenen, niet realiseerbaar op zeer korte termijn.

Een andere spreker vraagt wat de visie van de minister en van het RIZIV is op de organisatie van de pijnbehandeling. In andere Europese landen, bijvoorbeeld Frankrijk, lijkt men in het denken over deze problematiek toch een stuk verder te staan dan in België.

De minister geeft toe dat België op dit vlak een achterstand heeft op sommige andere landen. Wie het beleid van het ZIV in het verleden nader bekijkt stelt een zekere aarzeling vast met betrekking tot de terugbetaling van pijnstillende middelen voor terminale patiënten.

Hoewel bijvoorbeeld het «*Centre des douleurs*» in Luik op dit vlak baanbrekend werk verricht, is er in ons land geen «cultuur» van pijnbestrijding. Zeer geleidelijk ontstaat er wel een palliatieve cultuur en men mag hopen dat in het kader hiervan ook nieuwe vormen van pijnbestrijding zullen worden ontwikkeld. Dit zou ook een gedeeltelijk antwoord kunnen bieden op bepaalde ethische vragen die zich momenteel aanbieden. Pijnbeleving ligt vaak mee aan de basis van de vraag tot levensbeëindiging.

Een lid merkt op dat de forfaitaire tegemoetkoming van 10 000 frank die sinds 1 juni aan de chronische patiënten wordt toegekend, ongetwijfeld beantwoordt aan een vraag bij de betrokken groepen. Aan deze tegemoetkoming zijn evenwel twee voorwaarden verbonden: de patiënt moet zich in een toestand van afhankelijkheid bevinden en gedurende twee opeenvolgende jaren een bedrag van 10 000 frank aan persoonlijke aandelen betaald hebben.

Hoewel dit laatste bedrag vrij hoog is, wekt toch vooral de eerste voorwaarde enige verwondering. Het is immers best mogelijk dat patiënten met een chronische aandoening zeer hoge uitgaven hebben, zonder dat zij zich hierom in een toestand van afhankelijkheid bevinden.

De minister antwoordt dat met betrekking tot de tenlasteneming van chronische patiënten er twee scholen worden onderscheiden. Een eerste benadering is die, toegepast in Frankrijk, waarbij een limitatieve lijst van pathologieën wordt opgesteld die aanleiding geven tot een volledige of verhoogde terugbetaling. Het grote nadeel van een dergelijke lijst ligt precies in het limitatieve karakter ervan. Het is een alles of niets systeem. Pathologieën die ook grote kosten met zich brengen, maar die niet op de lijst voorkomen kunnen geen enkele vorm van voorkeurbehandeling genieten. De lijst kan worden herzien, maar dit kan lang aanslepen.

Reste à savoir ce qu'il faut entendre par « remboursement intégral ». Est-ce que cela signifie que l'assurance-maladie doit verser également une indemnité salariale au patient même ou au membre de sa famille qui quitte son emploi pour prendre soin de lui ? Ce dernier point est en tout cas une demande qui est exprimée par certains groupes de patients.

L'autre approche consiste à se baser sur les données disponibles dans les mutuelles pour répartir les moyens disponibles entre les patients dont les dépenses de maladie sont les plus élevées.

Le gouvernement a demandé au collège intermutualiste de faire une proposition relative à l'affectation du budget mis à la disposition des malades chroniques. Le collège a élaboré un catalogue des besoins auxquels il estime qu'on doit répondre de manière prioritaire. Ce catalogue comprend entre autres le forfait pour le matériel pour l'incontinence et le forfait général pour les malades chroniques qui peuvent être détectés sur la base des données financières dont l'assurance-maladie dispose.

L'expérience a montré que ces deux forfaits représentent une aide appréciable pour les patients concernés.

À l'époque où ces propositions ont été formulées, on a demandé si les ressources ne seraient pas mieux utilisées en assurant un meilleur remboursement des médicaments de la catégorie B. Cette proposition s'est cependant heurtée au même problème. Compte tenu du fait qu'il est budgétairement impossible d'assurer un meilleur remboursement pour tous les patients, cela aurait en effet voulu dire qu'il fallait malgré tout mettre à part un certain nombre de maladies chroniques.

L'introduction du forfait était donc largement motivée par le souci de ne pas laisser traîner les choses à cause de débats sur la question de savoir ce qu'est une maladie chronique.

Il sera ainsi possible, dans une phase ultérieure, lorsque l'on disposera de davantage de ressources, d'évoluer dans la direction qui a été indiquée précédemment, c'est-à-dire déterminer effectivement des éventails de soins pour certaines pathologies graves et maladies chroniques. Ces éventails comprendront également des médicaments à action préventive. Par ailleurs, le remboursement sera axé sur une meilleure utilisation des médicaments. La consommation belge de certains groupes de ceux-ci, comme les antidépresseurs, est trop élevée par comparaison à d'autres pays.

Ten slotte is er de vraag wat moet worden verstaan onder een « volledige terugbetaling ». Betekent dit dat de ziekteverzekering ook moet instaan voor een salarisvergoeding voor de patiënt zelf of voor het gezinslid dat zijn loopbaan opgeeft om hem te verzorgen ? Dit laatste is alleszins een vraag van bepaalde groeperingen van patiënten.

Een andere benadering bestaat erin uit te gaan van de gegeven die beschikbaar zijn binnen de ziekenfondsen en op basis hiervan over te gaan tot een verdeling van de beschikbare middelen over de patiënten met de hoogste ziekte-uitgaven.

De regering heeft aan het intermutualistisch college gevraagd een voorstel te doen inzake de besteding van het budget dat ter beschikking gesteld werd van de chronische patiënten. Het intermutualistisch college heeft hierop een catalogus opgesteld van noden die volgens haar prioritair moesten worden ingevuld. Hierin zaten onder meer het forfait voor incontinentiemateriaal en het algemene forfait chronische patiënten, die kunnen worden opgespoord op basis van de financiële gegevens waarover de ziekteverzekering beschikt.

De ervaring heeft uitgewezen dat de beide forfaits voor de betrokken patiënten een belangrijke hulp zijn.

Toen deze voostellen werden gedaan is de vraag gesteld of de middelen niet beter zouden zijn besteed door een betere terugbetaling van de geneesmiddelen categorie B. Men kwam hierbij echer opnieuw bij hetzelfde probleem terecht. Aangezien het vanuit budgettair oogpunt onmogelijk is een hogere terugbetaling te verzekeren voor alle patiënten, zou dit immers betekend hebben dat toch een aantal chronische ziekten moesten worden afgezonderd.

De invoering van het forfait was derhalve in belangrijke mate ingegeven door de zorg de zaken niet te laten aanslepen ten gevolge van discussies over de vraag wat een chronische ziekte is.

Dit maakt het mogelijk om in een volgende fase, naarmate meer middelen vrijkomen, te evolueren in de richting die eerder werd aangegeven en waarbij het wel de bedoeling is zorgpakketten af te bakenen voor bepaalde zware pathologieën en chronische ziekten. Deze moeten ook geneesmiddelen met een preventieve werking omvatten. Daarnaast zal de terugbetaling gericht worden op een beter gebruik van geneesmiddelen. Voor bepaalde groepen hiervan, bijvoorbeeld de antidepressiva, ligt het gebruik in België te hoog in vergelijking met andere landen.

PARTIE VI

Recommandations de la commission

LA COMMISSION

Ayant entendu des représentants ou porte-parole :

— de la Fondation Roi Baudouin
— de l'Institut scientifique de la Santé publique — Louis Pasteur
— des CPAS de Bruxelles, d'Anvers et de Roulers
— de l'Association des villes et communes belges
— du Conseil national supérieur des handicapés
— du ministère des Affaires économiques
— de l'Association générale de l'industrie des médicaments

des organismes assureurs :

— l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes
— l'Union nationale des mutualités socialistes
— l'Union nationale des mutualités libérales
— l'Union nationale des mutualités neutres
— l'Union nationale des mutualités libres

des dispensateurs de soins :

— l'Association pharmaceutique belge
— l'Union professionnelle des bandagistes et orthopédistes de Belgique
— les organisations de médecins ABSYM et Le Cartel

de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

la ministre des Affaires sociales.

CONSTATANT

1) que les dépenses en matière de soins de santé restent difficiles à maîtriser;

2) que par le passé, on a surtout tenté de remédier à cette situation en augmentant les contributions personnelles du patient;

3) que des correctifs sociaux ont certes été apportés face à la croissance des contributions personnelles, notamment par le biais de :

— la franchise sociale et fiscale;
— l'extension du régime préférentiel des VIPO;

DEEL VI

Aanbevelingen van de commissie

DE COMMISSIE

Gehoord, vertegenwoordigers of woordvoerders, van :

— de Koning Boudewijnstichting
— het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid — Louis Pasteur
— de OCMW's van Brussel, Antwerpen en Roeselare
— de Vereniging van Belgische Steden en Gemeenten
— de Nationale Hoge Raad voor Gehandicapten
— het ministerie van Economische Zaken
— de Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie

verzekeringsinstelligen :

— de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten
— het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten
— de Landsbond van Liberale Mutualiteiten
— de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen
— de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

zorgverstrekkers :

— de Algemene Pharmaceutische Bond
— de Beroepsvereniging der Bandagisten en Orthopedisten van België
— de artsenorganisaties BVAS en het Kartel

het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

de minister van Sociale Zaken.

VASTSTELLENDE DAT

1) de uitgaven inzake gezondheidszorg moeilijk beheersbaar blijven;

2) in het verleden voornamelijk getracht werd deze situatie te verhelpen via de verhoging van de persoonlijke bijdragen van de patiënt;

3) er weliswaar ten aanzien van de toegenomen persoonlijke bijdragen sociale correcties werden aangebracht onder andere :

— de sociale en fiscale franchise;
— de verruiming van de WIGW-voorkeurregeling;

— l'extension de l'assurabilité;

4) que d'importantes différences sociales, économiques et culturelles subsistent néanmoins , y compris sur le plan de la mortalité et de la morbidité;

5) qu'une série d'obstacles financiers, administratifs, psychologiques et matériels constituent aussi une entrave à l'accessibilité des soins de santé pour beaucoup de patients;

6) que l'on risque de voir apparaître un système de soins de santé à deux vitesses aux conséquences difficilement acceptables.

DEMANDE AU GOUVERNEMENT

En concertation avec le Parlement, d'être attentif, au cours de la prochaine législature, à l'accessibilité des soins de santé pour les patients atteints de pathologies graves et de maladies chroniques et de faire des propositions concrètes en la matière; il convient, à cet effet, de s'attaquer aux problèmes suivants :

1) la norme de croissance des dépenses de soins de santé, compte tenu de l'évolution démographique;

2) l'enregistrement, l'agrément, la formation des prix et le remboursement des médicaments;

3) les habitudes de prescription et la consommation de spécialités pharmaceutiques et de médicaments génériques;

4) l'introduction de possibilités techniques nouvelles et l'assurance de la qualité des soins;

5) les prestations médicales et les honoraires;

6) les frais hospitaliers;

7) l'accessibilité financière des prothèses et implants;

8) le régime préférentiel et le régime du tiers payant;

9) la coordination entre les divers échelons de la dispensation des soins;

10) la formation des médecins, des paramédicaux et autres dispensateurs de soins;

11) les problèmes des catégories de soins spécifiques :

— patients souffrant de maladies chroniques;

— patients psychiatriques;

— handicapés;

— patients en phase terminale;

— de verruiming van de verzekerbaarheid;

4) desondanks belangrijke sociale, economische en culturele verschillen op het vlak van de mortaliteit en de morbiditeit blijven bestaan;

5) ook een aantal financiële, administratieve, psychologische en materiele factoren nog steeds de toegang tot de gezondheidszorg voor veel patiënten belemmeren;

6) er een duaal gezondheidssysteem dreigt te ontstaan met moeilijk te aanvaarden consequenties.

VRAAGT DE REGERING

In samenwerking met het Parlement tijdens de volgende legislatuur aandacht te hebben voor en concrete voorstellen te doen betreffende de toegang tot de gezondheidszorg voor patiënten met zware pathologische verschijnselen en chronische aandoeningen; hiertoe moeten volgende knelpunten aangepakt worden :

1) de groeinorm voor de uitgaven in de gezondheidszorg, rekening houdend met de demografische ontwikkeling;

2) de registratie, de erkenning, de prijsvorming en de terugbetaalbaarheid van geneesmiddelen;

3) het voorschrijfgedrag en het verbruik van farmaceutische specialiteiten en generische geneesmiddelen;

4) de introductie van nieuwe technologische mogelijkheden en de verzekering van de kwaliteit van de zorgverlening;

5) de geneeskundige prestaties en de erelonen;

6) de ziekenhuiskosten;

7) de betaalbaarheid van prothesen en implantaten;

8) de voorkeurregeling en de derdebetalersregeling;

9) de coördinatie tussen de verschillende echelons in de zorgverstrekking;

10) de opleiding van artsen, paramedici en andere zorgverstrekkers;

11) de problemen van specifieke zorgcategorieën :

— patiënten met een chronische aandoening;

— psychiatrische patiënten;

— mensen met handicap;

— terminale patiënten;

— patients nécessitant un traitement analgésique particulier.

*
* *

Ces recommandations ont été adoptées à l'unanimité des 8 membres présents.

Le présent rapport a été approuvé par un vote identique.

Le rapporteur, *La présidente,*
Jacques D'HOOGHE. Francy VAN DER WILDT.

— mensen die een bijzondere pijnbehandeling nodig hebben.

*
* *

Deze aanbevelingen werden eenparig aangenomen door de 8 aanwezige leden.

Het verslag werd met dezelfde eenparigheid goedgekeurd.

De rapporteur, *De voorzitster,*
Jacques D'HOOGHE. Francy VAN DER WILDT.

55.246 — E. Guyot, s. a., Bruxelles