

BELGISCHE SENAAT**ZITTING 1984-1985**

7 FEBRUARI 1985

**Ontwerp van wet tot interpretatie van 5° van § 2
van artikel 1410 van het Gerechtelijk Wetboek**

VERSLAG

**NAMENS DE COMMISSIE VOOR DE
JUSTITIE UITGEBRACHT
DOOR DE HEER EGELMEERS**

I. Draagwijdte

Voornoemd ontwerp vindt zijn oorsprong in een wetsvoorstel tot wijziging van 5° van § 2 van artikel 1410 van het Gerechtelijk Wetboek (Doc. Kamer 594 (1979-1980) - nr. 1).

De indieners waren bezorgd over de financiële toestand van de ziekenhuizen, die hachelijk is zodat staking van betaling zich werkelijk zou voordoen, indien de financiële instellingen de gevraagde kredieten zouden weigeren. Deze laatste vragen waarborgen. De ziekenhuizen beschikken — en dan nog theoretisch — alleen over de schuldvorderingen op de ziekenhuisfondsen. Afstand van schuldvorderingen op de ziekenfondsen door de ziekenhuizen wordt betwist op grond van voornoemd artikel 1410.

Aan de werkzaamheden van de Commissie hebben deelgenomen :

Vaste leden : de heren Cooreman, voorzitter; Boel, de dames Delruelle-Ghobert, De Pauw-Deveen, L. Gillet, de heer Goossens, Mevr. Herman-Michielsens, de heren Lallemand, Minet, Pede, Pouillet, Reynders, Mevr. Staels-Dompas, de heren Vandezande, Van In, Van Rompaey, Verbist, Weckx en Egelsemeers, verslaggever.

Plaatsvervangers : de heren Gijs, J. Gillet, Lagae en Sondag.

R. A 12137**Zie :****Gedr. St. van de Senaat :**

834 (1984-1985) : N° 1.

SENAT DE BELGIQUE**SESSION DE 1984-1985**

7 FEVRIER 1985

**Projet de loi interprétative du 5° du § 2 de
l'article 1410 du Code judiciaire**

RAPPORT

**FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA JUSTICE
PAR M. EGELMEERS**

I. Portée

Le projet précité trouve son origine dans une proposition de loi modifiant le 5° du § 2 de l'article 1410 du Code judiciaire (Doc. Chambre 594 (1979-1980) - n° 1).

Les auteurs de la proposition s'inquiètent de la situation financière des établissements hospitaliers, qui est à ce point critique qu'ils risquent de se trouver en état effectif de cessation de paiement si les organismes financiers viennent à leur refuser les crédits demandés. Ces organismes réclament des garanties. Or, les établissements hospitaliers ne disposent — et en théorie seulement — que de créances sur les mutuelles. Mais la cession des créances sur les mutuelles par les établissements hospitaliers est contestée sur la base de l'article 1410 du Code judiciaire.

Ont participé aux travaux de la Commission :

Membres effectifs : MM. Cooreman, président; Boel, Mmes Delruelle-Ghobert, De Pauw-Deveen, L. Gillet, M. Goossens, Mme Herman-Michielsens, MM. Lallemand, Minet, Pede, Pouillet, Reynders, Mme Staels-Dompas, MM. Vandezande, Van In, Van Rompaey, Verbist, Weckx et Egelsemeers, rapporteur.

Membres suppléants : MM. Gijs, J. Gillet, Lagae et Sondag.

R. A 12137**Voir :****Document du Sénat :**

834 (1984-1985) : N° 1.

In de praktijk hebben de financiële instellingen dus geen enkele waarborg ten overstaan van de ziekenhuizen.

De bedragen, uitgekeerd als tegemoetkoming in de gezondheidszorgen ten laste van de ziekte- en invaliditeitsverzekering als kosten voor geneeskundige, heelkundige, farmaceutische verstrekkingen of ziekenhuiskosten veroorzaakt wegens een arbeidsongeval of een beroepsziekte zijn niet vatbaar voor overdracht of beslag.

Op die regel is geen uitzondering mogelijk. De indieners willen daaraan een oplossing brengen door artikel 1410, 5°, § 2, aan te vullen zodat afstand van schuldvorderingen mogelijk is.

II. Bij een eerste bespreking in de Senaatscommissie voor de Justitie werd voorgesteld dat gelet op de materie, en alvorens er een beslissende stemming kon plaatshebben, vooraf het advies diende te worden ingewonnen van de Commissie voor de Sociale Aangelegenheden.

Dat advies namens deze Commissie uitgebracht door Mevr. Staels-Dompas, luidt als volgt :

« De Commissie voor de Sociale Aangelegenheden heeft op 15 maart 1983 een onderzoek gewijd aan het ontwerp van wet tot interpretatie van artikel 1410, § 2, 5°, van het Gerechtelijk Wetboek, dat haar voor advies werd toegezonden.

Dit ontwerp, reeds door de Kamer van Volksvertegenwoordigers aangenomen, heeft betrekking op de vraag of de schuldvorderingen van de ziekenhuizen tegenover de ziekenfondsen, in het kader van de derdebetalersregeling, overdraagbaar zijn of m.a.w. mogen worden in pand gegeven bij de banken voor het aangaan van leningen.

De Minister van Sociale Voorzorg geeft de volgende inleiding :

Artikel 1410, § 2, 5°, van het Gerechtelijk Wetboek luidt als volgt : « Voor overdracht of beslag zijn niet vatbaar de bedragen uitgekeerd als geneeskundige verstrekkingen ten laste van de ziekte- en invaliditeitsverzekering... ».

De interpretatie van deze wettekst levert sinds enige tijd moeilijkheden op. De laatste jaren werden onze hoven en rechtbanken bij herhaling gevraagd zich uit te spreken over de vraag tot wie dit verbod van overdracht zich richt : geldt het enkel in hoofde van de sociaal verzekerde of geldt het ook in hoofde van de bij de ziekte- en invaliditeitsverzekering betrokken instellingen ? De achterliggende vraag is of de verplegingsinrichtingen de schuldvorderingen die zij in het kader van de derdebetalersregeling bezitten tegen de ziekenfondsen bij de banken in pand mogen geven als waarborg voor kredietopeningen.

Tot nog toe werd op deze vraag geen eensluidend antwoord geformuleerd. De bedoeling van het voorgelegd wetsontwerp bestaat erin een einde te maken aan de rechtsonzekerheid die het gevolg is van dit gebrek aan eensluidende interpretatie. Het is een interpretatieve tekst die duidelijk en

En pratique, les organismes financiers ne possèdent donc aucune garantie sur les établissements hospitaliers.

Les sommes payées à titre de prestations de santé à charge de l'assurance maladie-invalidité, de même qu'à titre de frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers causés par un accident de travail ou une maladie professionnelle, sont incessibles et insaisissables.

Cette règle ne souffre aucune exception. Les auteurs se proposent de résoudre le problème en complétant l'article 1410, § 2, 5°, de manière à permettre la cession de créances.

II. Lors d'une première discussion en Commission de la Justice du Sénat, on a suggéré, compte tenu de la matière et avant qu'un vote décisif intervienne, qu'il s'imposait de recueillir au préalable l'avis de la Commission des Affaires sociales.

On trouvera ci-après cet avis, rédigé au nom de ladite Commission par Mme Staels-Dompas :

« La Commission des Affaires sociales a examiné, le 15 mars 1983, le projet de loi interprétative du 5° du § 2 de l'article 1410 du Code judiciaire, qui lui avait été transmis pour avis.

Ce projet, déjà adopté par la Chambre des Représentants, concerne la question de savoir si les créances que les hôpitaux détiennent sur les mutuelles dans le cadre du système du tiers payant peuvent être cédées, c'est-à-dire en l'occurrence mises en gage auprès des banques, en garantie d'emprunts à contracter.

Le Ministre de la Prévoyance sociale fait l'exposé introductif suivant :

L'article 1410, § 2, 5°, du Code judiciaire dispose : « Ne peuvent être cédés ni saisis : ... les sommes payées à titre de prestations de santé à charge de l'assurance maladie-invalidité... ».

Depuis quelque temps, l'interprétation de cette disposition soulève des difficultés. Ces dernières années, nos cours et tribunaux ont été amenés à diverses reprises à se prononcer sur la question de savoir à qui s'adresse cette interdiction de cession de créance : ne s'applique-t-elle qu'à l'assuré social ou vise-t-elle aussi les organismes concernés par le système de l'assurance maladie-invalidité ? Le problème qui se profile derrière cette question est de savoir si les établissements de soins sont autorisés à mettre en gage auprès des banques, en garantie d'ouvertures de crédit, les créances qu'ils détiennent sur les mutuelles dans le cadre du système du tiers payant.

Cette question a jusqu'ici été diversement appréciée. Le but du projet de loi à l'examen est de mettre un terme à l'insécurité juridique résultant de ce manque d'interprétation uniforme. Il s'agit d'un texte interprétatif qui pose clairement et sans discussion possible pour l'avenir que l'inces-

zonder verdere mogelijkheid tot discussie stelt dat het niet overdraagbaar zijn van de bedragen uitgekeerd als geneeskundige verstrekkingen ten laste van ziekte- en invaliditeitsverzekering enkel geldt in hoofde van de natuurlijke persoon die er het voordeel van geniet.

Uit het verslag dat namens de Commissie voor de Justitie van de Kamer van Volksvertegenwoordigers werd uitgebracht bij de bespreking van het wetsvoorstel 594 (1979-1980), blijkt duidelijk dat men op deze wijze een einde wil maken aan de geldmoeilijkheden waarmee bepaalde verplegingsinrichtingen te kampen hebben, geldmoeilijkheden die voornamelijk te wijten zijn aan de vertraging in de betalingen die via de derdebetalersregeling worden verricht.

Met toepassing van de derdebetalersregeling wordt de betaling rechtstreeks geregeld tussen de ziekteverzekering (de « derde » in de verhouding zorgverstrekkers-patiënt) en de zorgverstrekker. De financiële tussenkomst van de patiënt beperkt zich tot zijn persoonlijk aandeel.

De vertraging waarmee de ziekenfondsen zich kwijten van hun betalingsplicht in het kader van de derdebetalersregeling is vooral te wijten aan de thesauriemoeilijkheden die zich in de ziekte- en invaliditeitsverzekering voordoen. De financiële middelen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering worden via het R.I.Z.I.V. verdeeld over de verzekeringsinstellingen, die ze op hun beurt verder storten aan de ziekenfondsen. De ziekenfondsen wenden deze gelden aan voor het uitbetalen van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, voor de tegemoetkomingen in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen waarop hun leden met toepassing van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering aanspraak kunnen maken, en voor het betalen van de schuldvorderingen die zorgverstrekkers via het derdebetalerssysteem tegen de verzekeringsinstellingen kunnen inroepen.

De slechte thesaurietoestand waarin de ziekte- en invaliditeitsverzekering zich voor het ogenblik bevindt heeft tot gevolg dat het R.I.Z.I.V. in de onmogelijkheid verkeert om op elk ogenblik voldoende financiële middelen ter beschikking van de ziekenfondsen te stellen.

De ziekenfondsen gebruiken de financiële middelen van de ziekteverzekering bij voorkeur voor het uitbetalen van uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid en voor het verzekeren van de continuïteit in de loketverrichtingen.

Hierdoor verkeren zij vaak in de onmogelijkheid om al hun verplichtingen in het kader van de derdebetalersregeling te voldoen.

Deze vertraging in de betalingen veroorzaakt vaak thesaurieproblemen op het vlak van de verplegingsinrichtingen, die zich, om hun financiële verplichtingen te voldoen, vaak gedwongen zien een beroep te doen op de kapitaalmarkt. Door te bepalen dat de schuldvorderingen van de verplegingsinrichtingen voortaan ten voordele van de geldschietters en als waarborg voor kredietopeningen of voorschotten voor overdracht vatbaar zijn, wil dit wetsontwerp de restricties wegnemen die eventueel op de kapitaalmarkt zouden bestaan tegen het verlenen van krediet aan de verplegingsinrichtingen.

sibilité des sommes versées à titre de prestations médicales à charge de l'assurance maladie-invalidité ne s'applique qu'à la personne physique qui en bénéficie.

Il ressort clairement du rapport fait, au nom de la Commission de la Justice de la Chambre des Représentants, sur la proposition de loi n° 594 (1979-1980) qu'on veut aussi mettre un terme aux problèmes de trésorerie auxquels doivent faire face certains établissements hospitaliers, problèmes qui sont principalement imputables aux retards dans les paiements effectués en vertu du système du tiers payant.

Dans ce système, le paiement est directement effectué au prestataire de soins par l'assurance-maladie (le « tiers » dans la relation prestataire de soins-patients). L'intervention financière du patient se limite à sa quote-part personnelle.

Le retard avec lequel les mutuelles s'acquittent de leurs obligations de paiement dans le cadre du système du tiers payant est dû surtout aux difficultés de trésorerie que connaît l'assurance maladie-invalidité. Les ressources financières de l'assurance maladie-invalidité sont réparties à l'intervention de l'I.N.A.M.I. entre les organismes assureurs, qui les transfèrent à leur tour aux mutuelles. Les mutuelles utilisent ces fonds pour payer les allocations d'incapacité de travail, pour les interventions dans le coût des prestations de santé auxquelles leurs membres peuvent prétendre en application de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, et pour payer les créances dont les prestataires de soins peuvent se prévaloir sur les organismes assureurs dans le cadre du système du tiers payant.

En raison de la situation financière critique que connaît actuellement l'assurance maladie-invalidité, l'I.N.A.M.I. se trouve dans l'impossibilité de mettre à chaque instant des ressources financières suffisantes à la disposition des mutuelles.

Celles-ci utilisent les moyens financiers de l'assurance-maladie de préférence pour assurer le paiement des indemnités d'incapacité de travail et la continuité des opérations de guichet.

De ce fait, il leur est souvent impossible d'honorer tous leurs engagements dans le cadre du système du tiers payant.

Ce retard dans les paiements cause souvent des difficultés de trésorerie aux établissements hospitaliers qui, pour respecter leurs engagements financiers, sont fréquemment obligés de recourir au marché des capitaux. En prévoyant que les créances des établissements hospitaliers pourront désormais être cédées aux bailleurs de fonds à titre de garantie pour des ouvertures de crédit ou des avances, le projet à l'examen entend supprimer les restrictions existant éventuellement sur le marché des capitaux en ce qui concerne l'octroi du crédit aux établissements hospitaliers.

Bij nader toezicht kunnen de neveneffecten van deze maatregel de voordelen van het beoogde doel tenietdoen.

Luidens de nationale overeenkomst tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen, en meer bepaald met toepassing van artikel 11 dat het derdebetalerssysteem instelt en de gebruiksmodaliteiten ervan bepaalt, zijn de ziekenfondsen zonder voorafgaande ingebrekestelling een verwijlntrest van 5 pct. per jaar verschuldigd voor de bedragen die niet betaald werden vóór het einde van de tweede maand na de indiening van de factuur. Tot nog toe werd de toepassing van dit artikel nooit gevraagd door de verplegingsinrichtingen. Men mag echter betwijfelen of de banken dezelfde gematigdheid aan de dag zouden leggen.

Na overdracht van de schuldvordering zouden de banken de verzekeringsinstellingen in gebreke kunnen stellen wegens het laattijdig betalen van de schulden in het kader van de derdebetalersregeling. Aangezien de verzekeringsinstellingen deze ingebrekestelling niet kunnen afwentelen op het R.I.Z.I.V. zouden zij zich gesanctioneerd zien omwille van een nalatigheid die zij niet kunnen verhelpen.

Het is derhalve niet denkbeeldig dat deze maatregel het derdebetalerssysteem op de helling zou zetten. Het opzeggen van het derdebetalerssysteem is immers de enige mogelijkheid waarover de verzekeringsinstellingen beschikken om zich te onttrekken aan de vraag naar verwijlntresten vanwege de banken.

Dergelijke beslissing zou ongetwijfeld nadelige gevolgen hebben op sociaal vlak en op het vlak van de volksgezondheid. Bovendien mag men niet uit het oog verliezen dat de verplegingsinrichtingen zich bij gebreke van een derdebetalersregeling rechtstreeks tot de patiënten zullen moeten wenden, met alle gevolgen van dien : toename van de administratieve lasten, risico van insolventie van de schuldenaar, verlenging van de betalingstermijnen, enzovoort.

In de praktijk zal de overdracht van de schuldvordering gepaard gaan met overdracht van de factuur, wat wegens technische en administratieve problemen eveneens een vertraging van de betaling tot gevolg kan hebben. Ingeval de verzekeringsinstelling voor bepaalde gefactureerde prestaties geen terugbetaling wil verrichten omwille van het niet-naleven van wettelijke of reglementaire bepalingen, zal dit geschil telkens via de bank die in het bezit is van de betrokken factuur, moeten verlopen.

Tenslotte dient erop gewezen dat de overdracht van ziekenhuisfacturen problemen doet rijzen op het vlak van het medisch geheim, aangezien deze documenten, met alle vertrouwelijke medische gegevens die zij bevatten, voortaan kunnen worden ingezien door het personeel van de bankinstellingen.

Besluit : Als middel om een einde te maken aan de financiële problemen van de ziekenhuizen lijkt dit wetsontwerp weinig accuraat. De ware oplossing van dit probleem kan er enkel in bestaan de thesaurietoestand van het R.I.Z.I.V. te saneren.

En y regardant de plus près, on se rend compte que les effets secondaires de cette mesure annihilent les avantages qu'elle présente.

En vertu de la convention nationale conclue entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, et plus particulièrement en application de son article 11, qui instaure le système du tiers payant et en définit les modalités d'utilisation, les mutuelles sont, sans mise en demeure préalable, redevables d'un intérêt de retard de 5 p.c. sur les sommes qui n'ont pas été payées avant la fin du deuxième mois suivant l'introduction de la facture. Jusqu'à présent, les établissements hospitaliers n'ont jamais exigé que cet article soit appliqué. Il est toutefois douteux que les banques fassent preuve de la même modération.

Une fois la créance cédée, les banques pourraient mettre les organismes assureurs en demeure pour paiement tardif des dettes dans le cadre du système du tiers payant. Comme les organismes assureurs ne peuvent à leur tour mettre l'I.N.A.M.I. en demeure, ils se verraient sanctionnés pour une négligence dont ils ne sont pas responsables.

Il est dès lors à craindre que cette mesure ne mette en danger le système du tiers payant. L'abandon de ce système est en effet la seule possibilité dont disposent les organismes assureurs pour échapper aux intérêts de retard que les banques pourraient réclamer.

Une telle décision aurait assurément des conséquences néfastes sur le plan social et sur celui de la santé publique. En outre, il ne faut pas perdre de vue qu'à défaut de système du tiers payant, les établissements hospitaliers devront s'adresser directement aux patients, avec toutes les conséquences que cela entraîne : augmentation des charges administratives, risque d'insolventie du débiteur, prolongation des délais de paiement, etc.

En pratique, la cession de la créance ira de pair avec celle de la facture, ce qui risque également d'entraîner des retards de paiement en raison de problèmes d'ordre technique et administratif. Au cas où l'organisme assureur refuserait de rembourser certaines prestations facturées par suite du non-respect de dispositions légales ou réglementaires, ce litige devra chaque fois être tranché en passant par la banque qui détiendra la facture en question.

Enfin, il convient de souligner que la cession des factures d'hôpitaux suscite des difficultés sur le plan du secret médical, étant donné que ces documents, qui contiennent toute une série d'informations médicales confidentielles, pourront désormais être consultés par le personnel des organismes bancaires.

On peut en conclure que le projet en discussion ne semble guère approprié pour mettre un terme aux difficultés financières des hôpitaux. La seule vraie solution à ce problème serait d'assainir la trésorerie de l'I.N.A.M.I.

De bespreking in de Commissie beperkt zich tot het sociaal aspect van voorgelegd probleem. Volgende aspecten werden onderzocht :

- de oorzaken van het laattijdig betalen van de facturen van de ziekenhuizen door de ziekenfondsen;
- het systeem van de derde betaler;
- het medisch geheim;
- de medische profielen.

1. Het laattijdig betalen van de rekeningen van de ziekenhuizen door de ziekenfondsen

De oorzaken van het laattijdig betalen van de rekeningen van de ziekenhuizen zijn complex. Dikwijls worden de facturen door de ziekenhuizen slechts na 4-5-6 maanden opge maakt en overgemaakt aan de ziekenfondsen, die dan één maand hebben voor de controle van deze rekeningen. Controle die zoveel maanden na de behandeling nog moeilijk mogelijk is. Daarna moet de betaling van de rekening volgen.

De ziekenfondsen beschikken niet altijd over het nodige kapitaal om onmiddellijk te betalen.

Het R.I.Z.I.V. worstelt dikwijls — meer nog in bepaalde periodes van het jaar — met thesaurieproblemen, zodat het niet tijdig de nodige voorschotten aan de ziekenfondsen kan overmaken.

Dit probleem wordt door dit ontwerp niet opgelost.

De laatste tijd werden door de opeenvolgende ministers van Sociale Voorzorg ernstige inspanningen gedaan om de financiële moeilijkheden van het R.I.Z.I.V. op te lossen, o.m. door volgende maatregelen :

- De interestlasten van de ziekenhuizen worden verrekend in de ligdagprijzen;
- Op initiatief van de Minister van Sociale Zaken werd begin 1982 een speciale lening van 15 miljard frank aange gaan die uitsluitend bestemd was voor de aanzuivering van de achterstallige ziekenhuisfacturen.
- Binnenkort zal een ontwerp van wet worden ingediend, dat voorziet in een goedkope lening van de verzekeringssector voor arbeidsongevallen aan de ziekteverzekering.

Er dienen verdere inspanningen te worden gedaan om de financiële moeilijkheden van de ziekenhuizen — die verder reiken dan thesaurieproblemen — op te lossen.

2. Het systeem van de derdebetalende

Algemeen is men van mening dat dit systeem in geen geval mag in gevaar gebracht worden. Dit zou een sociale achteruitgang voor de zieken betekenen — zeker voor deze met beperkte inkomens. Indien zij integraal de ziekenhuisrekening zouden moeten betalen om achteraf de terugbetaling door het ziekenfonds te bekomen, zouden de zieken kunnen gedwongen zijn zelf leningen aan te gaan, om de betaling te kunnen doen. Dit is onaanvaardbaar.

La discussion en Commission s'est limitée au côté social du problème, dont les aspects suivants ont été examinés :

- les causes du paiement tardif des factures des hôpitaux par les mutuelles;
- le système du tiers payant;
- le secret médical;
- les profils médicaux.

1. Le paiement tardif des factures des hôpitaux par les mutuelles

Les causes du retard de paiement des factures des hôpitaux sont complexes. Il arrive souvent qu'il faille attendre quatre, cinq, voire même six mois pour que les hôpitaux établissent les factures et les transmettent aux sociétés mutualistes, qui ne disposent, pour leur part, que d'un mois pour les contrôler. Réaliser un tel contrôle autant de mois après le traitement n'est guère possible. Le paiement de la facture doit avoir lieu immédiatement après.

Les sociétés mutualistes ne disposent pas toujours du capital nécessaire pour procéder immédiatement au paiement.

L'I.N.A.M.I. a souvent des problèmes de trésorerie — ceux-ci sont particulièrement aigus au cours de certaines périodes de l'année — et, par conséquent, il ne peut pas toujours verser en temps utile les avances requises aux sociétés mutualistes.

Ce problème n'est pas résolu par le présent projet.

Au cours des dernières années, les ministres successifs de la Prévoyance sociale ont fait de sérieux efforts pour résoudre les difficultés financières de l'I.N.A.M.I. A cet effet, ils ont notamment pris les mesures suivantes :

- les charges d'intérêts des hôpitaux sont incorporées au prix de la journée d'entretien;
- à l'initiative du Ministre des Affaires sociales, un emprunt spécial de 15 milliards de francs a été contracté au début de 1982 dans le seul but de régler les factures tardives des hôpitaux;
- bientôt sera déposé un projet de loi portant octroi d'un prêt à taux d'intérêt réduit à l'assurance-maladie par le secteur de l'assurance des accidents du travail.

Il faut poursuivre les efforts en vue de résoudre les difficultés financières des hôpitaux, qui ne se limitent pas à des problèmes de trésorerie.

2. Le système du tiers payant

On estime d'une manière générale qu'il ne faut en aucun cas mettre ce système en danger. Sinon cela signifierait une régression sociale pour les malades et surtout pour ceux à faibles revenus. Si les malades étaient obligés de payer intégralement les factures d'hôpital et d'en obtenir ensuite seulement le remboursement par la société mutualiste, il se pourrait qu'ils soient contraints de contracter eux-mêmes des emprunts afin de pouvoir régler leurs factures. Ceci est évidemment inacceptable.

Dat het systeem van de derdebetalende bepaalde negatieve aspecten heeft wordt niet ontkend, o.a. :

— De zieke zelf wordt niet rechtstreeks met de kostprijs geconfronteerd. De patiënt kan dus geen remmende rol spelen.

Om die reden heeft de Minister beslist dat een dubbel van de facturen van het ziekenhuis aan de patiënt moet worden gestuurd.

— De medici en paramedici houden ook onvoldoende rekening met de kosten van de behandeling voor de gemeenschap.

— Soms worden prestaties aangerekend die niet verricht werden. Dit misbruik moet uitgeschakeld worden, doch zonder dat de patiënt benadeeld wordt.

Na deze grondige bespreking is de Commissie van oordeel dat het systeem van de derdebetalende, uit sociaal oogpunt, moet behouden blijven.

3. Verder vreest de Commissie dat het medisch geheim in gevaar gebracht wordt door het overmaken van de patiëntenrekeningen aan de kredietinstellingen. Het dossier van de behandelde persoon, zoals dit blijkt uit de gedetailleerde rekeningen, moet te allen prijze uit de gecommmercialiseerde sector gehouden worden.

4. Naar aanleiding van de bespreking van dit ontwerp, wordt door meerdere commissieleden opgemerkt dat door de medische profielen misbruiken kunnen opgespoord en beperkt worden.

De vraag wordt gesteld, hoever de studie reeds gevorderd is. Werden de fouten van het systeem uitgeschakeld ?

De Minister verwijst ter zake naar het Kamerverslag bij de begroting van Sociale Voorzorg 1983.

Hij preciseert dat de geloofwaardigheid van de medische profielen samenhangt met de accuraatheid van de gegevens.

Van de andere kant mag men zich niet teveel blind staren op het aantal sancties. Het bestaan zelf van de profielen heeft reeds een dissuasieve invloed (zie evolutie in kinesithérapie).

Het operationeel maken van de profielen bij de geneesheren verloopt moeilijker dan bij de paramedici, omdat bij eerstgenoemden het aantal mogelijke verstrekkingen groter is. Bovendien moet de sanctionering via de Orde van Geneesheren geschieden, wat niet het geval is voor de paramedici.

Tussen de Minister en de Orde van Geneesheren, bestaat de afspraak dat de misbruiken die door het medisch profiel aan het licht komen, prioritair zullen behandeld worden.

Als besluit van de bespreking is de Commissie voor Sociale Aangelegenheden van oordeel dat vanuit sociaal oogpunt dit ontwerp dient verworpen te worden. »

Il est indéniable que le système du tiers payant présente certains aspects négatifs. Citons notamment les suivants :

— Le malade n'a pas directement connaissance des frais. Il ne peut donc les freiner en aucune façon.

C'est pourquoi le Ministre a décidé qu'une copie de la facture de l'hôpital doit être envoyée au patient.

— Les médecins et le personnel paramédical tiennent insuffisamment compte, par ailleurs, du coût du traitement pour la collectivité.

— Il arrive que soient portées en compte des prestations qui n'ont pas été accomplies. Il faut éliminer de tels abus, sans toutefois causer de préjudice au patient.

Au terme de cette discussion approfondie, la Commission estime que d'un point de vue social, il faut maintenir le système du tiers payant.

3. La Commission craint d'autre part que le secret médical ne soit mis en danger par la transmission aux organismes de crédit des factures destinées aux patients. Il faut veiller à tout prix à ce que le secteur commercial ne puisse pas prendre connaissance du dossier des personnes soumises à des traitements médicaux, tel qu'il peut être dressé à partir de comptes détaillés.

4. A l'occasion de la discussion de ce projet, plusieurs commissaires font observer que l'utilisation des profils médicaux permet de mettre en évidence et de limiter certains abus.

Un commissaire demande où en est l'étude de la question. Les faiblesses du système ont-elles été supprimées ?

Le Ministre renvoie à cet égard au rapport de la Chambre sur le budget de la Prévoyance sociale 1983.

Il précise que la crédibilité des profils médicaux dépend de l'exactitude des données.

D'autre part, il ne faut pas accorder une importance excessive au nombre de sanctions. A elle seule, l'existence des profils a déjà un effet dissuasif (cf. l'évolution en kinésithérapie).

Il est plus difficile de rendre les profils opérationnels au niveau des médecins qu'au niveau du personnel paramédical, étant donné que le nombre de prestations pouvant être fournies par les premiers est plus élevé. En outre, les sanctions doivent être prises par l'Ordre des médecins, ce qui n'est pas le cas pour les paramédicaux.

Le Ministre et l'Ordre des médecins sont convenus que les abus mis en évidence grâce à l'utilisation des profils médicaux seront examinés prioritairement.

La Commission des Affaires sociales conclut la discussion en estimant que le projet doit être rejeté pour des raisons sociales. »

III. Tijdens haar vergadering van 7 februari 1985, onderzocht de Commissie voor de Justitie het ontwerp van wet alsmede boven vermeld advies.

De verslaggever liet opmerken dat de problemen die in dit verband gerezen zijn verder blijken te reiken dan de bedoelingen die de auteurs hadden bij het indienen van het voorstel. De problemen die dit voorstel met zich zou meebrengen betreffen inzonderheid de derdebetalenden. Bovendien bestaat er een gevaar voor het behoud van het medisch geheim.

De verslaggever komt dan ook tot de conclusie dat het wenselijk is, van sociaal oogpunt uitgezien, het ontwerp te verwerpen.

Een lid herinnert eraan dat er vooral problemen gerezen waren in de spaarkassen die gelden dienden te lenen, terwijl de mutualiteiten te lang dienden te wachten op de betalingen van de R.I.Z.I.V., waarop ze recht hadden.

Hierop wordt geantwoord dat dit probleem zich niet meer in die mate stelt als vroeger het geval was. Nogmaals wordt eraan herinnerd dat de neveneffecten die uit het ontwerp zouden voortvloeien, ernstiger zouden zijn dan de bedoeling die wordt nagestreefd.

Het hoofdprobleem waartoe het voorstel heeft aanleiding gegeven, blijkt dus te zijn verdwenen en het gevaar voor de tekorten van de ziekenhuizen is niet meer zo groot.

Het enig artikel wordt verworpen met 10 stemmen, bij 3 onthoudingen.

Het verslag wordt goedgekeurd met eenparigheid van de 13 aanwezige leden.

De Verslaggever,
I. EGELMEERS.

De Voorzitter,
E. COOREMAN.

III. Au cours de sa réunion du 7 février 1985, la Commission de la Justice a examiné à nouveau le projet de loi ainsi que l'avis précité.

Le rapporteur a fait remarquer que les problèmes soulevés par celui-ci dépassent manifestement les intentions qui étaient celles des auteurs en déposant la proposition de loi. Les problèmes que celle-ci entraînerait concernent en particulier les tiers payants. En outre, il y a un risque pour la préservation du secret médical.

Le rapporteur en conclut qu'il est souhaitable, du point de vue social, de rejeter le projet.

Un membre rappelle qu'il y a surtout eu des problèmes pour les caisses d'épargne qui avaient dû prêter des fonds, tandis que les mutualités devaient attendre trop longtemps les paiements de l'I.N.A.M.I. auxquels elles avaient droit.

Il lui est répondu que ce problème ne se pose plus dans la même mesure que précédemment. On souligne aussi une nouvelle fois que les effets secondaires du projet seraient plus graves que les problèmes que l'on cherchait à supprimer.

Le problème essentiel qui était à l'origine de la proposition s'avère avoir disparu et le risque de déficit pour les hôpitaux n'est plus aussi grand.

L'article unique a été rejeté par 10 voix et 3 abstentions.

Le présent rapport a été approuvé à l'unanimité des 13 membres présents.

Le Rapporteur,
I. EGELMEERS.

Le Président,
E. COOREMAN.