

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

4 april 2019

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**ter bevordering van een grotere
onafhankelijkheid voor de adviserend
geneesheer**

VERSLAG VAN DE HOORZITTINGEN

NAMENS DE COMMISSIE
VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU
EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING
UITGEBRACHT DOOR
MEVROUW **Anne DEDRY**

INHOUD

Blz.

I. Inleidende uiteenzettingen	3
II. Vragen en opmerkingen van de leden	22
III. Antwoorden van de genodigden	26

Zie:

Doc 54 **1882/ (2015/2016):**

001: Voorstel van resolutie van mevrouw Valerie Van Peel c.s.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

4 avril 2019

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**visant à accroître
l'indépendance
du médecin-conseil**

RAPPORT DES AUDITIONS

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT
ET DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ
PAR
MME **Anne DEDRY**

SOMMAIRE

Pages

I. Exposés introductifs	3
II. Questions et observations des membres.....	22
III. Réponses des invités	26

Voir:

Doc 54 **1882/ (2015/2016):**

001: Proposition de résolution de Mme Valerie Van Peel et consorts.

11164

**Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag/
Composition de la commission à la date de dépôt du rapport**

Voorzitter/Président: Anne Dedry

A. — Vaste leden / Titulaires:

N-VA An Capoen, Yoleen Van Camp, Valerie Van Peel, Jan Vercammen
PS André Frédéric, Alain Mathot, Daniel Senesael
MR Luc Gustin, Benoît Piedboeuf, Damien Thiéry

CD&V Nathalie Muylle, Els Van Hoof
Open Vld Dirk Janssens, Ine Somers
sp.a Karin Jiroflée
Ecolo-Groen Anne Dedry
cdH Catherine Fonck

B. — Plaatsvervangers / Suppléants:

Daphné Dumery, Rita Gantois, Werner Janssen, Sarah Smeyers, Bert Wollants
Nawal Ben Hamou, Frédéric Daerden, Olivier Henry, Fabienne Winckel
Sybille de Coster-Bauchau, Caroline Cassart-Mailleux, Olivier Chastel, Stéphanie Thoron
Franky Demon, Nahima Lanjri, Vincent Van Peteghem
Katja Gabriëls, Nele Lijnen, Frank Wilrycx
Monica De Coninck, Maya Detiège
Sarah Schlitz, Evita Willaert
Michel de Lamotte, Benoît Lutgen

C. — Niet-stemgerechtigd lid / Membre sans voix délibérative:

DéFI Véronique Caprasse

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti Socialiste
MR	:	Mouvement Réformateur
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	:	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	:	centre démocrate Humaniste
VB	:	Vlaams Belang
PTB-GO!	:	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture
DéFI	:	Démocrate Fédéraliste Indépendant
PP	:	Parti Populaire
Vuye&Wouters	:	Vuye&Wouters

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:	Abréviations dans la numérotation des publications:
DOC 54 0000/000: Parlementair document van de 54 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 54 0000/000: Document parlementaire de la 54 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA: Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA: Questions et Réponses écrites
CRIV: Voorlopige versie van het Integraal Verslag	CRIV: Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV: Beknopt Verslag	CRABV: Compte Rendu Analytique
CRIV: Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)	CRIV: Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN: Plenum	PLEN: Séance plénière
COM: Commissievergadering	COM: Réunion de commission
MOT: Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)	MOT: Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers	Publications officielles éditées par la Chambre des représentants
Bestellingen: Natieplein 2 1008 Brussel Tel.: 02/ 549 81 60 Fax: 02/549 82 74 www.dekamer.be e-mail: publicaties@dekamer.be	Commandes: Place de la Nation 2 1008 Bruxelles Tél.: 02/ 549 81 60 Fax: 02/549 82 74 www.lachambre.be courriel: publications@lachambre.be
De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier	Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft deze hoorzitting over het voorstel van resolutie gehouden tijdens haar vergadering van 20 maart 2018.

I. — INLEIDENDE UITEENZETTINGEN

A. Uiteenzetting van de heer Jo De Cock, administrateur-generaal van het RIZIV

De heer Jo De Cock, administrateur-generaal van het RIZIV, wijst erop dat de adviserend-artsen thans 280 vte's vertegenwoordigen, ofwel bij de landsbonden van de ziekenfondsen, ofwel bij de Hulpkas voor Ziekten Invaliditeitsverzekering, of nog bij HR RAIL.

Het aantal adviserend-artsen neemt sinds 2007 af en de leeftijdsopbouw is zorgwekkend voor de toekomstige evolutie van het beroep.

De spreker verwijst naar een veldanalyse uit 2016 van dr. Hepp (RIZIV) over het profiel en de functie van de adviserend-artsen. De conclusies van die analyse zijn de volgende:

- de adviserend-artsen besteden drie vierde van hun tijd aan de problematiek van de arbeidsongeschiktheid en de invaliditeit;

- het aantal contacten tijdens de periode van primaire ongeschiktheid is gemiddeld 2,1 per verzekerde;

- een primaire raadpleging wegens arbeidsongeschiktheid duurt gemiddeld 13,3 minuten tegenover 20,2 minuten voor een raadpleging wegens overgang naar invaliditeit en 18,1 minuten voor een verlenging van invaliditeit.

De bedoeling van de analyse was om de arbeidsomstandigheden van de adviserend-artsen en de kwaliteit van het medisch dossier te bestuderen.

De tijdens de enquête te berde gebrachte problemen hadden betrekking op de veiligheid tijdens de contacten met de verzekerden en op de beschikbaarheid van het ondersteunend personeel, dat 676 personen telt.

De spreker schetst vervolgens de geschiedenis van de functie van adviserend-arts.

De verplichting tot indienstneming van adviserend-artsen is er voor de verzekeringsinstellingen gekomen bij het besluit van de Regent van 21 maart 1945.

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a consacré sa réunion du 20 mars 2018 à des auditions sur la présente proposition de résolution.

I. — EXPOSÉS INTRODUCTIFS

A. Intervention de M. Jo De Cock, administrateur général de l'INAMI

M. Jo De Cock, administrateur général de l'INAMI, rappelle que les médecins-conseils représentent actuellement 280 ETP en activité soit dans les unions nationales de mutualités, soit au sein de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité ou encore au sein de HR RAIL.

Le nombre de médecins-conseils est décroissant depuis 2007 et la pyramide des âges est interpellante quant à l'évolution future de la profession.

M. De Cock se réfère à une analyse de terrain menée en 2016 par le Dr Hepp de l'INAMI sur le profil et la fonction des médecins-conseils. Les conclusions de cette analyse sont les suivantes:

- les médecins-conseils consacrent trois-quart de leur temps à la problématique de l'incapacité de travail et de l'invalidité;

- le nombre de contacts pendant la période d'incapacité primaire est en moyenne de 2,1 par assuré;

- une consultation primaire pour incapacité de travail dure en moyenne 13,3 minutes contre 20,2 minutes pour une consultation de transition vers une invalidité et 18,1 minutes pour une prolongation d'invalidité.

L'analyse avait pour but d'étudier les conditions de travail des médecins-conseils et la qualité du dossier médical.

Les problèmes soulevés lors de l'enquête concernaient la sécurité dans les contacts avec les assurés et la disponibilité du personnel d'appui constitué de 676 personnes.

M. De Cock présente ensuite un historique de la fonction de médecin-conseil.

L'arrêté du Régent du 21 mars 1945 a contraint les organismes assureurs à engager des médecins-conseils. D'emblée s'est posée la question de leur statut. Après

Onmiddellijk rees de vraag naar hun rechtspositie. Na lange besprekingen tussen het medisch korps en de verzekeringsinstellingen werd op 21 februari 1956 een overeenkomst gesloten. Die overeenkomst bepaalt onder meer dat de controle op de dienstprestaties wordt toevertrouwd aan door de verzekeringsinstellingen aangestelde adviserend-artsen en dat hun rechtspositie wordt bepaald door de Hoge Raad voor Geneeskundige Controle, op voorstel van de Nationale Commissie artsen-ziekenfondsen.

Gelet op de taak van de verzekeringsinstellingen als privaatrechtelijke organisaties die een openbare dienst verrichten, gaat het om een hybride rechtspositie.

De wet van 9 augustus 1963 bepaalt de taken en de plichtenleer van de adviserend-artsen.

In koninklijk besluit nr. 35 van 20 juli 1967 (*Belgisch Staatsblad*, 29 juli 1967) houdende het statuut en het barema van de adviserend geneesheren die tot taak hebben bij de verzekeringsinstellingen in te staan voor de geneeskundige controle op de primaire arbeidsongeschiktheid en op de gezondheidszorgverstrekingen overeenkomstig de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, werd de hybride rechtspositie van de adviserend-artsen bevestigd: zij worden door de ziekenfondsen aangesteld om medische controle uit te oefenen onder het toezicht van de Dienst voor Geneeskundige Controle en volgens diens richtlijnen.

Daarna is die rechtspositie ongewijzigd gebleven tot de wet van 19 december 2008, waarin een nieuwe definitie van de taken van de adviserend-artsen is opgenomen; die voorziet in een regeling van accreditering en in de oprichting van een Hoge Raad van Geneesheren-Directeurs die belast werden met “een georganiseerde aanpak in de medische controle- of evaluatieopdrachten” tussen de verzekeringsinstellingen.

Krachtens de programmawet van 10 april 2014 hebben de feitelijke en medische vaststellingen van de adviserend-artsen tijdens hun controletaken “bewijskracht tot bewijs van het tegendeel” (art. 81). Die maatregel was bedoeld om overlapping van controles te voorkomen.

Tot slot werd op 28 november 2016 het “Toekomstpact met de verzekeringsinstellingen” gesloten, waarin een hoofdstuk is gewijd aan de modernisering van de rechtspositie van adviserend-artsen.

De spreker snijdt vervolgens het altijd terugkerende thema van de onafhankelijkheid van de adviserend-artsen aan. Daarover werden in het verleden herhaaldelijk parlementaire vragen gesteld. De toenmalige

de longues discussions entre le corps médical et les organismes assureurs, un accord a été conclu le 21 février 1956. Cet accord stipule, entre autres, que le contrôle des prestations est confié à des médecins-conseils nommés par les organismes assureurs et que leur statut est défini par le Conseil supérieur du contrôle médical, sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste.

Il s’agit d’un statut hybride compte tenu de la mission des organismes assureurs en tant qu’organisations de droit privé exerçant un service public.

La loi du 9 août 1963 détermine les missions et la déontologie des médecins-conseils.

L’arrêté royal n°35 du 20 juillet 1967 (*Moniteur belge*, 20 juillet 1967) portant le statut et le barème des médecins-conseils chargés d’assurer auprès des organismes assureurs le contrôle médical de l’incapacité primaire et des prestations de santé en vertu de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, a confirmé le statut hybride des médecins-conseils, à savoir qu’ils sont nommés par les mutualités pour exercer un contrôle médical sous la surveillance du Service de contrôle médical et en fonction des directives de celui-ci.

Dans l’intervalle, ce statut est resté inchangé jusqu’à la loi-programme du 19 décembre 2008 qui contient une nouvelle définition des tâches des médecins-conseils, qui introduit un système d’accréditation et qui instaure un Conseil supérieur des médecins-directeurs chargés d’une approche organisée du contrôle médical ou des missions d’évaluation entre les organismes assureurs.

En vertu de la loi programme du 10 avril 2014, les constatations factuelles et médicales que les médecins-conseils effectuent pendant leurs missions de contrôle font foi jusqu’à preuve du contraire. Cette mesure visait à éviter un double emploi dans les contrôles.

Enfin, en novembre 2016, a été conclu le Pacte d’Avenir avec les organismes assureurs dont un chapitre est consacré à la modernisation du statut du médecin-conseil.

M. De Cock abord ensuite le thème récurrent de l’indépendance du médecin-conseil. A plusieurs reprises par le passé, des questions parlementaires ont été posées à ce sujet. Le ministre de l’époque a répondu

minister heeft daarop geantwoord dat de opname van de adviserend-artsen in het RIZIV afbreuk zou doen aan de kwaliteit en aan de doeltreffendheid van het werk van de ziekenfondsen, precies het tegengestelde van het doel dat in dit ter bespreking voorliggende voorstel van resolutie wordt beoogd.

De spreker onderscheidt vijf basiscriteria die de onafhankelijkheid van de adviserend-artsen waarborgen:

- integriteit (de professionele autonomie waarborgen; dat houdt in dat de adviserend-arts beslissingen kan nemen zonder het optreden van derden);
- objectiviteit (de onafhankelijkheid om te oordelen op basis van de feiten waarover men beschikt);
- expertise (vorming en bijscholing, accreditering);
- het medisch geheim (het eerbiedigen van de privacy, van het beroepsgeheim en van de plichtenleer);
- zorgvuldigheid (rekening houden met alle beschikbare elementen om zich een mening te vormen).

Niet alleen in België is de onafhankelijkheid van de adviserend-artsen aan de orde. Ook het Europees Hof voor de rechten van de mens heeft er zich over gebogen in het kader van de zaak Korosec, over een arbeidsongeschikte Sloveen.

In Nederland werd dan weer gedebatteerd over de rechtspositie van de adviserend-artsen die werken binnen het UWV (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen), een instantie die belast is met de herintreding van arbeidsongeschikte mensen. De adviserend-artsen moeten onafhankelijk zijn en beschermd worden tegen elke vorm van ideologische, politieke of religieuze invloed van de instelling waarvoor ze werken. De adviserend-artsen zijn met te weinig en moeten taken delegeren.

In Frankrijk bestaat ook een specifieke rechtspositie voor de adviserend-artsen en ook daar vormt de aantrekkelijkheid van de functie een probleem.

Bestaan er parameters om na te gaan of de ziekenfondsen op verschillende manieren te werk gaan, waardoor de beslissingen niet eenvormig zijn?

De heer De Cock geeft uitleg bij een grafiek die aangeeft hoeveel beslissingen betrekking hebben op de stopzetting van een primaire arbeidsongeschiktheid. Het percentage beslissingen van de adviserend-artsen varieert niet veel naar gelang van het ziekenfonds. Ook

que l'intégration des médecins-conseils à l'INAMI porterait atteinte à la qualité et à l'efficacité du travail des mutualités, précisément le contraire de l'objectif poursuivi par la proposition de résolution à l'examen.

L'intervenant distingue cinq critères de base garantissant l'indépendance des médecins-conseils, à savoir:

- l'intégrité (garantir l'autonomie professionnelle, cela signifie que le médecin-conseil peut prendre des décisions sans l'intervention de tiers);
- l'objectivité (indépendance pour juger sur la base des faits dont on dispose);
- l'expertise (formation et recyclage, accréditation);
- le secret (respect de la vie privée et du secret professionnel, code de déontologie);
- la diligence (tenir compte de tous les éléments disponibles pour se forger une opinion).

La question de l'indépendance du médecin-conseil n'est pas seulement à l'ordre du jour en Belgique mais a également été abordée par la Cour européenne des droits de l'homme dans le cadre de l'affaire Korosec. Il s'agit du cas d'un invalide slovène.

Un débat a également eu lieu aux Pays-Bas sur le statut des médecins-conseils qui travaillent au sein de l'UWV (*Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen*), organisme responsable pour la réintégration des personnes en incapacité de travail. Les médecins-conseils doivent être indépendants et protégés de toute influence idéologique, politique ou religieuse de l'institution qui les emploie. Les médecins-conseils sont trop peu nombreux et doivent déléguer des tâches.

La France dispose également d'un statut spécifique pour les médecins-conseils et connaît un problème quant à l'attractivité de la fonction.

Dispose-t-on de paramètres pour vérifier si les mutualités travaillent de manière différente de sorte qu'il n'y a pas d'harmonisation des décisions?

M. De Cock commente un graphique qui indique le nombre de décisions relatives à l'arrêt d'une incapacité de travail primaire. Le pourcentage de décisions par les médecins-conseils ne varie pas beaucoup selon les mutualités. Il en va de même pour les sorties d'invalidité

met betrekking tot het einde van de invaliditeit is er weinig verschil tussen de landsbonden; hetzelfde geldt voor de beperking van de duur van de invaliditeit.

In een streven naar objectiviteit en doeltreffendheid heeft de regering recent gevraagd ruim 7 000 dossiers aan een nieuw onderzoek te onderwerpen. Daaruit is gebleken dat de beslissing van de adviserend-arts bij minder dan 1 % van die dossiers werd bijgestuurd.

In 2016 stapten 58 153 arbeidsongeschikten over naar een ander ziekenfonds; in 2017 waren dat er 37 483.

Uit het voorstel van resolutie komt naar voren dat de adviserend-artsen nutteloos werk verrichten en efficiënter zouden kunnen werken.

Thans kan de voorschrijvende arts een aanvraag tot raadpleging van hoofdstuk IV indienen via het zogenaamd "globaal medisch dossier". Die aanvraag wordt rechtstreeks en elektronisch aan de adviserend-arts bezorgd op voorwaarde dat ze geen bijlagen bevat.

Ten slotte stipt de heer De Cock nog enkele punten aan die aandacht verdienen:

- het voortzetten van de modernisering van de manier waarop de taken worden georganiseerd, de periodieke verslaglegging en de monitoring van de activiteit van de medische directies. In de communicatie moet de nadruk liggen op de onafhankelijkheid en de onpartijdigheid van de adviserend-artsen teneinde de functie aantrekkelijker te maken en de aanwervingsproblemen op te lossen;

- het actualiseren van het goed bestuur. De functionele onafhankelijkheid van de arts ten opzichte van de administratieve hiërarchie moet worden gewaarborgd. Multidisciplinariteit is eveneens belangrijk, net als het instellen van een procedure voor geschillenbeslechting;

- het voortzetten van de standaardisering en de uniformering van de medische dossiers;

- het versterken van de kwalitatieve stimulansen (accréditering, *peer review* enzovoort);

- het intensifiëren van de samenwerking tussen de ziekenfondsen.

Tot besluit benadrukt de heer De Cock dat de onafhankelijkheid en de onpartijdigheid van de adviserend-artsen moet worden gewaarborgd zodat alle burgers op dezelfde wijze worden behandeld, zowel wat de zorgverstrekking als de medische controles betreft.

selon les unions nationales et pour la réduction de la durée d'invalidité.

Récemment, le gouvernement a demandé de soumettre plus de 7 000 dossiers à un nouvel examen, dans un souci d'objectivité et d'efficacité. Il ressort de cet exercice que dans moins d'1 % des dossiers, la décision antérieure du médecin-conseil a été corrigée.

En 2016, il y a eu 58 153 mutations de personnes en incapacité de travail d'une mutualité à une autre et 37 482 en 2017.

La proposition de résolution met en évidence que les médecins-conseils font du travail inutile et pourraient travailler de manière plus efficace.

Actuellement, le médecin prescripteur peut faire une demande de consultation du Chapitre IV via le dossier médical global et sa demande est transmise directement et électroniquement au médecin-conseil, à condition qu'elle ne comporte pas d'annexes.

Enfin, M. De Cock aborde encore certains points qui méritent attention:

- La poursuite de la modernisation de l'organisation des tâches et le rapportage périodique ainsi que le monitoring de l'activité des directions médicales. Il convient de focaliser la communication sur l'indépendance et l'impartialité des médecins-conseils en vue de rendre la fonction plus attractive et de résoudre les problèmes de recrutement.

- L'actualisation de la gouvernance. Il convient de garantir l'indépendance fonctionnelle du médecin face à la hiérarchie administrative. La multidisciplinarité est également importante ainsi que la mise en place d'une procédure pour le règlement des litiges.

- La poursuite de la standardisation et l'uniformisation des dossiers médicaux.

- Le renforcement des incitants qualitatifs (accréditation, *peer review*, ...).

- L'intensification de la collaboration entre mutualités.

En conclusion, M. De Cock souligne qu'il convient de garantir l'indépendance et l'impartialité des médecins-conseils afin que tous les citoyens soient traités de la même manière tant au niveau des soins que des contrôles médicaux.

B. Uiteenzetting van de heer Bernard Hepp, voormalig directeur van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV

De heer Bernard Hepp, voormalig directeur van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV, preciseert dat hij met pensioen is en dat hij 44 jaar ervaring heeft in de ziekteverzekeringssector. Zo heeft hij 18 jaar lang samengewerkt met de vorige spreker, de heer De Cock. Aldus heeft hij meegewerkt aan het moderniseringsproces van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

Bij het begin van zijn betoog haalt de heer Hepp een concreet geval aan. Toen hij in 1983 een jonge arts-stagiair was, moest het ziekenhuis waar hij werkte een vijftigtal bejaarden opvangen die wegens verwarmingsproblemen in de winter noodgedwongen uit hun rusthuis waren geëvacueerd. Op het opnameformulier nr. 723 dat hij moest invullen, had de heer Hepp aangegeven dat het een opname om sociale redenen betrof. Om die reden heeft de adviserend-arts van een bepaald ziekenfonds de opname geweigerd. Uiteindelijk werd tussen het ziekenhuis en het OCMW waarvan het rusthuis afhing een overeenkomst bereikt om de kosten ten laste doen nemen door het OCMW en niet door de ziekenfondsen van de patiënten.

Toen hij adviserend-arts was, organiseerde hij een wekelijkse vergadering om de belangrijkste moeilijkheden te bespreken, bijvoorbeeld de langdurige ziekenhuisopnames, teneinde na te gaan of het niet mogelijk was de opnameduur te verminderen dankzij thuiszorg, mantelzorgers enzovoort. Dat betekent dat 30 jaar geleden de adviserend-arts tijd had om zich met de gezondheidszorg bezig te houden, terwijl vandaag 80 % van zijn tijd besteed wordt aan de arbeidsongeschiktheden.

Deze sector wordt gekenmerkt door uitgaven ten belope van ongeveer 7 miljard euro, tegenover 25 miljard euro voor de gezondheidszorgbegroting. Die ratio is problematisch. Voorts wordt er niet voldoende aan *research & development* gedaan. Het is belangrijk dat het stelsel mee evolueert met de complexe en snelle evolutie van de samenleving; tot dusver is dat niet het geval geweest.

Vervolgens onderstreept de heer Hepp de ongemakkelijke positie van de adviserend-arts, die zowel onder vuur ligt van de medische wereld als van het ziekenfonds waarvoor hij werkt. Het onafhankelijkheidsgevoel van de adviserend-artsen verschilt van dat van een ambtenaar. In dat verband wijst hij erop dat hij onder de leiding van de heer De Cock een volstrekte intellectuele onafhankelijkheid heeft mogen genieten, maar dat dat niet voor alle adviserend-artsen het geval is.

B. Intervention de M. Bernard, Hepp, ancien directeur du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI

M Bernard Hepp, ancien directeur du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, précise qu'il est retraité et qu'il dispose d'une expérience de 44 ans dans le secteur de l'assurance-maladie. Il a ainsi travaillé pendant 18 ans avec l'orateur précédent, M. De Cock. Il a ainsi participé au processus de modernisation du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

M. Hepp entame son intervention en citant un cas concret. Lorsqu'il était jeune médecin stagiaire en 1983, l'hôpital où il travaillait a dû recueillir une cinquantaine de personnes âgées qui avaient dû être évacuées de leur maison de repos en raison d'un problème de chauffage en hiver. Sur le formulaire d'admission n°723 qu'il devait remplir, M. Hepp a indiqué qu'il s'agissait d'une admission pour raison sociale. Le médecin-conseil d'une certaine mutualité a refusé l'admission pour ce motif. Finalement, un accord fut trouvé entre le CPAS dont dépendait la maison de repos et l'hôpital afin de faire supporter les frais par le CPAS et non par les mutualités des patients.

Lorsqu'il était médecin-conseil, il organisait une réunion hebdomadaire afin de discuter des problèmes les plus importants comme par exemple les hospitalisations de longue durée afin de voir s'il n'était pas possible de réduire la durée d'hospitalisation grâce à de l'aide à domicile, des aidants proches, etc... Cela signifie qu'il y a 30 ans, le médecin-conseil avait du temps pour s'occuper des soins de santé alors qu'actuellement, 80 % de son temps est consacré aux incapacités de travail.

Ce secteur se caractérise par des dépenses de l'ordre de 7 milliards d'euros, contre 25 milliards d'euros pour le budget des soins de santé. Ce ratio est problématique. En outre, il n'y a pas assez de *research & development*. Il est important que le système évolue en fonction de l'évolution complexe et rapide de la société, ce qui n'a pas été le cas jusqu'à présent.

M. Hepp souligne ensuite la position inconfortable du médecin-conseil qui est tiraillé entre le monde médical et l'autorité administrative de la mutualité qui l'emploie. Le sentiment d'indépendance des médecins-conseils est différent de celui d'un fonctionnaire. A cet égard, il signale que sous la direction de M. De Cock, il a pu jouir d'une totale indépendance intellectuelle mais ce n'est pas le cas de tous les médecins-conseils.

Vervolgens betreurt de heer Hepp het gebrek aan onderzoeken en aan internationale samenwerking op het vlak van de inhoud van de functie van adviserend-arts. Terwijl werd geïnvesteerd in de sector van de arbeidsongeschiktheid, is dat niet het geval voor de sector van de gezondheidszorg.

Het in 2016 uitgevoerde onderzoek heeft aangetoond dat de beroepstevredenheid bij de adviserend-artsen tussen 75 en 80 % lag. Niettemin blijkt dat zij zich in hun omgeving niet veilig voelen en dat zij menen dat ze onvoldoende worden gesteund door hun directie.

Een fundamenteel probleem heeft te maken het goed bestuur, in die zin dat een adviserend-arts zijn taken onmogelijk correct kan uitoefenen als hij niet over een administratie en over medewerkers kan beschikken. Toen de heer Hepp bij het RIZIV aan het hoofd stond van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, had hij de leiding over een honderdtal adviserend-artsen (momenteel 75) en beschikte hij over ongeveer driehonderd administratief medewerkers (secretaresses, juristen, informatici enzovoort). Bovendien beschikte hij over een aangepast budget. Dat kan niet worden gezegd van de adviserend-artsen van de ziekenfondsen; zij hebben in de directiecomités niets te zeggen.

Naast aandacht voor goed bestuur moet eveneens worden ingezet op een modernisering van de functie en op een benadering waarbij de verantwoordelijkheden meer worden gedeeld. Natuurlijk zijn er al de colleges van artsen-directeurs, het Nationaal college van advise-rend-artsen alsook de werkgroepen van de technische Raad van de Tandheelkunde voor de toekenning van gespecialiseerde en dure prestaties. Adviserend-artsen van diverse ziekenfondsen nemen deel aan die werkgroepen, brengen adviezen uit en beslissen collegiaal. Een dergelijke samenwerking bestaat, maar zij moet worden versterkt en gestructureerd om te komen tot de oprichting van een intermutualistisch agentschap van adviserend-artsen. De heer Hepp is er zich terdege van bewust dat dit idee niet iedereen bekoort, maar volgens hem is dit op termijn wel de beste oplossing voor de adviserend-artsen. Een dergelijke doelstelling kan niet worden gerealiseerd in enkele maanden tijd.

De heer Hepp noemt het voorbeeld van de hervorming van de medische controle in 2002, toen een nieuw concept werd uitgewerkt; dat was niet langer gebaseerd op een loutere controle, maar op preventie. Die hervorming heeft tien jaar tijd in beslag genomen, en de wet werd driemaal gewijzigd. Er werd voorzien in een brede raadpleging van alle betrokken actoren, namelijk de klinisch artsen, de verzekeringsinstellingen, de Orde van artsen, de Orde der Apothekers en de academische kringen, om een nieuw concept te ontwikkelen. Die fase

M. Hepp déplore ensuite le manque d'études et de collaboration internationale en ce qui concerne le contenu de la fonction de médecin-conseil. Si on a investi dans le secteur de l'incapacité de travail, ce n'est pas le cas dans le secteur des soins de santé.

L'étude réalisée en 2016 a montré que la satisfaction professionnelle des médecins-conseils se situait entre 75 % et 80 %. Toutefois, il appert qu'ils ne se sentent pas en sécurité dans leur environnement et qu'il ne s'estiment pas assez soutenus par leur direction.

Un problème fondamental se pose en ce qui concerne la gouvernance, à savoir qu'il est impossible d'exercer correctement ses fonctions de médecin-conseil sans pouvoir disposer d'une administration et de collaborateurs. Lorsque M. Hepp dirigeait le service d'évaluation et de contrôle médicaux à l'INAMI, il était responsable d'une centaine de médecins-conseils (actuellement 75) et il disposait de quelque 300 collaborateurs administratifs (secrétaires, juristes, informaticiens, ...) et d'un budget à cet effet. Il n'en va pas de même pour les médecins-conseils des mutualités qui n'ont pas leur mot à dire dans les comités de direction.

En plus d'une bonne gouvernance, il convient également de moderniser la fonction et de prévoir une approche plus mutualiste de celle-ci. Certes, il existe déjà les collèges de médecins-directeurs, le Collège national des médecins-conseils ou encore des groupes de travail du Conseil technique de l'art dentaire pour l'octroi de prestations spécialisées et onéreuses. Des médecins-conseils de différentes mutualités siègent au sein de ces groupes de travail, rendent des avis et décident de manière collégiale. Si une telle collaboration existe, elle doit être intensifiée et structurée en vue d'aboutir à la création d'une Agence intermutualiste des médecins-conseils. M. Hepp est bien conscient que cette idée ne plaît pas à tout le monde, il estime cependant qu'il s'agit, à terme, de la meilleure solution pour les médecins-conseils. Un tel objectif n'est pas réalisable en quelques mois.

M. Hepp cite l'exemple de la réforme du contrôle médical en 2002 lorsqu'un nouveau concept a été créé, non plus basé sur le contrôle pure et simple mais basé sur la prévention. Cette réforme a pris 10 ans et la loi a été modifiée trois fois. Une large concertation a été mise en place entre tous les acteurs concernés, à savoir les médecins cliniques, les organismes assureurs, l'Ordre des médecins, l'Ordre des pharmaciens et le monde académique afin de développer un nouveau concept. Cette étape a duré deux ans. Une fois le concept

heeft twee jaar geduurd. Zodra het concept klaar was, heeft het drie jaar gekost om de structuren uit te denken en pas in 2007 werden die bij wet vastgelegd. Ongeveer twintig werkgroepen hebben resoluties ingediend die aan de basis hebben gelegen van de wijziging van de wet en van de beoordeling ervan.

Mocht de heer Hepp in 2002 hebben durven te stellen dat zijn dienst de bevoegdheid moest krijgen om de onrechtmatig uitbetaalde bedragen terug te vorderen en de boeten te innen, men had hem wandelen gestuurd!

De nieuwe structuur werkt zeer goed.

De heer Hepp wenst niet in te gaan op de vergoeding van de adviserend-artsen, want hij meent dat de organisatie van hun werk belangrijker is dan het aspect "geld".

C. Uiteenzetting van de heer Jacques Boly, gewezen adviserend-arts

De heer Jacques Boly, gewezen adviserend-arts, wil de commissie uitleggen hoe de adviserend-artsen in het veld de situatie ervaren.

De heer Boly is sinds 1 september 2016 met pensioen. Hij is gedurende 34 jaar adviserend-arts van de Christelijke Mutualiteit geweest, namelijk 12 jaar bij een regionaal ziekenfonds en de overige jaren op de medische directie, waar hij in diverse rollen in direct contact stond met de adviserend-artsen in het veld (opleiding en aanspreekpunt voor alle vragen inzake gezondheidszorg en betreffende thema's die zowel met de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (VGVU) als met andere wetgeving te maken hebben).

De heer Boly is gedurende enkele jaren vakbondsafgevaardigde van de adviserend-artsen geweest en ook secretaris van de *Association scientifique de médecine d'assurances sociales (ASMA)*.

Hij blijft in contact met het ziekenfonds, want op basis van een samenwerkingsovereenkomst blijft hij de vóór zijn pensionering opgestarte dossiers opvolgen. Hij kan dus volstrekt vrij zijn mening te kennen geven.

Wat de essentiële rol van de adviserend-artsen en de hun moeilijke werkomstandigheden betreft, beklemtoont de spreker dat de toelichting bij het door de N-VA ingediende voorstel van resolutie de spijker op de kop slaat. De adviserend-artsen worden niet alleen beschouwd als de "slechteriken" ten aanzien van de verzekerden en de zorgverstrekkers, maar krijgen bovendien te maken met heel ernstige medisch-sociale situaties.

élaboré, il a fallu trois ans pour imaginer les structures et ce n'est qu'en 2007 que celles-ci ont été fixées dans la loi. Une vingtaine de groupes de travail ont déposé des résolutions qui ont servi de base à la modification de la loi et à son évaluation.

Si M. Hepp avait osé dire en 2002 que son service devait être compétent pour récupérer les sommes indues et percevoir les amendes, il aurait été chassé de la salle!

La nouvelle structure travaille très bien.

M. Hepp ne souhaite pas parler de la rémunération des médecins-conseils car il estime que l'organisation de leur travail est plus important que l'aspect pécuniaire.

C. Intervention de M. Jacques Boly, ancien médecin-conseil

M. Jacques Boly, ancien médecin-conseil, souhaite expliquer à la commission quel est le ressenti des médecins-conseils sur le terrain.

M. Boly est retraité depuis le 1^{er} septembre 2016. Il a été médecin-conseil au sein des mutualités chrétiennes pendant 34 ans, 12 ans en mutualité régionale et le reste à la direction médicale avec à ce niveau divers rôles en contact direct avec les médecins-conseils de terrain (formation et personne-ressource pour toutes les questions en soins de santé et dans le domaine de l'intersection entre les autres législations et l'assurance soins de santé et indemnités (ASSI)).

M. Boly a été pendant quelques années délégué syndical des médecins-conseils et aussi secrétaire de l'Association Scientifique de Médecine d'Assurances sociales (ASMA).

Il reste proche de la mutualité en continuant à traiter des dossiers d'accidents médicaux initiés avant sa pension et ceci dans le cadre d'une convention de collaboration. Cette situation lui donne une pleine liberté d'expression.

L'intervenant souligne que les développements de la proposition de résolution introduite par la NVA sont tout à fait corrects concernant le rôle crucial des médecins-conseils et les conditions difficiles de leur travail. Ceux-ci sont non seulement perçus comme les "méchants" vis-à-vis des assurés et des prestataires de soins mais ils sont en plus confrontés à des situations médico-sociales très lourdes.

Betreffende de mogelijkheid om onafhankelijk beslissingen te nemen, meldt de spreker dat hij tijdens zijn lange carrière nooit omtrent een welbepaald dossier onder druk werd gezet door zijn verzekeringsinstelling.

Het klopt dat de verzekeringsinstelling er belang bij kan hebben om haar verzekerden voldoening te geven (opdat ze lid zouden blijven) en om voordelen toe te kennen die de financiering van de verzekeringsinstelling zouden kunnen verhogen (want die hangt gedeeltelijk af van de uitgaven en van het aantal invaliden). Toch biedt het grote voordelen dat de adviserend-artsen deel uitmaken van de verzekeringsinstellingen, aangezien aldus samen met de zorgdiensten van de verzekeringsinstellingen controles kunnen worden georganiseerd; bovenal kan er door de vlotte samenwerking met de administratieve en de sociale diensten van de verzekeringsinstellingen voor worden gezorgd dat de verzekerden gemakkelijker toegang tot hun rechten krijgen.

De sociale rol van de adviserend-arts beperkt zich immers niet tot die van controleur, maar behelst ook de rol van assistent en "poortwachter" met het oog op de opening van bepaalde rechten. Voorts behoort het tot de taak van de adviserend-arts om de zorgverstrekkers te informeren en om de verzekerden te helpen om de rechten en voordelen te genieten die overeenstemmen met hun medisch-sociale situatie, zowel inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen als wat de overige wetgeving betreft.

Tot voor enkele jaren neigde de balans van de voor- en nadelen duidelijk naar de integratie van de adviserend-artsen in de verzekeringsinstellingen.

Deze gunstige situatie was uiteraard te danken aan de rechtspositie van de adviserend-arts, die hem of haar uitsluitend onder de medisch directeur en niet onder de administratieve directie doet ressorteren, en die zijn of haar beslissingsvrijheid garandeert.

De heer Boly erkent evenwel dat de situatie de afgelopen jaren veeleer in ongunstige zin evolueert en dat de adviserend-artsen het moeilijk hebben om hun medisch-sociale rol naar behoren te vervullen.

Niet alleen daalt het aantal adviserend-artsen immers, maar bovendien krijgen ze er steeds nieuwe taken bij. Zo worden de arts op het stuk van de uitkeringsverzekering geconfronteerd met een groeiend aantal arbeidsongeschikten en nieuwe complexe ziektebeelden, zoals burn-out, somatoforme stoornissen, chronische vermoeidheid en fibromyalgie. Dat zijn medisch-sociale situaties met een omslachtig beheer. Deze taken winnen aan belang, gezien de toenemende

Concernant l'indépendance décisionnelle, pendant sa longue carrière, il n'a jamais été confronté à des pressions relatives à un dossier individuel dans son organisme assureur.

S'il est vrai qu'il peut exister un intérêt dans le chef de l'organisme assureur à satisfaire ses assurés (un membre content ne mutera pas) et à octroyer des avantages qui pourraient augmenter son financement (financement lié en partie aux dépenses et au nombre d'invalides), il existe de gros avantages à l'intégration des médecins-conseils dans les organismes assureurs permettant des contrôles organisés en partenariat avec les services soins de santé des organismes assureurs et permettant surtout de faciliter l'accès des assurés à leurs droits, dans une interaction aisée avec les services administratifs et les services sociaux des organismes assureurs.

En effet, le rôle social du médecin-conseil n'est pas seulement celui de contrôleur mais aussi celui d'assistant et de "gate keeper" par rapport à l'ouverture de certains droits. Le rôle du médecin-conseil consiste aussi à informer les prestataires et à aider les assurés à obtenir les droits et avantages correspondant à leur situation médico-sociale, dans le domaine de l'ASSI comme dans les autres législations.

Jusqu'il y a quelques années, la balance des avantages et des inconvénients penchait clairement dans le sens de l'intégration des médecins-conseils dans les organismes assureurs.

Cette situation positive était bien sûr rendue possible par le statut du médecin-conseil qui place celui-ci sous la seule hiérarchie du directeur médical et non sous la direction administrative et qui garantit sa liberté décisionnelle.

Toutefois, M. Boly doit bien reconnaître que ces dernières années la situation évolue de façon plutôt négative et les médecins-conseils ont du mal à remplir leur rôle médico-social de manière correcte.

En effet, parallèlement à la diminution du nombre des médecins-conseils, il y a une augmentation des tâches qui leur sont dévolues avec, notamment, du point de vue de l'assurance indemnités une augmentation du nombre d'invalides, de pathologies complexes à gérer du type burn-out, syndrome somatoforme, fatigue chronique et fibromyalgie. Ce sont des situations médico-sociales lourdes à gérer. Ces tâches sont en augmentation étant donné l'attention accordée et les moyens mis en oeuvre,

aandacht en middelen die, terecht, worden besteed aan het behoud van de beroepsactiviteit of de bevordering van de beroepsherinschakeling, waarbij de nadruk wordt gelegd op de resterende capaciteiten.

Terzelfder tijd vertoont het aantal adviserend-artsen een dalende trend.

Diverse factoren spelen hierbij een rol: een probleem qua medisch aanbod, het feit dat de huisartsgeneeskunde in zekere mate aantrekkelijker wordt, het ontbreken van een consistente verbetering van de loonvoorwaarden van de adviserend-artsen, en tot slot de financiële druk die de verzekeringsinstellingen ervaren, waardoor zij geneigd zijn te opteren voor de vervanging van de adviserend-artsen door paramedici.

Momenteel kunnen de adviserend-artsen nog onmogelijk hun taken op een normale wijze uitoefenen. De termijnen voor een eerste oproeping zijn daardoor aanzienlijk langer geworden. Dat maakt het zeker niet eenvoudiger om werknemers met verminderde capaciteiten in het arbeidscircuit te houden. Hoe langer iemand immers arbeidsongeschikt is, hoe moeilijker de herintreding wordt.

In de praktijk is het voor de adviserend-arts tijdens het eerste jaar arbeidsongeschiktheid enkel nog mogelijk dat de verzekerde één keer met een paramedicus en één of twee keer met hemzelf een ontmoeting heeft.

Een en ander is te wijten aan het ontoereikend aantal adviserend-artsen, maar ook aan het feit dat het bestuur van de verzekeringsinstellingen hun inefficiënte instrumenten ter beschikking stelt, die de uitvoering van hun taken veeleer bemoeilijken en hen bovendien opzadelen met een bijkomende en tijdrovende administratieve last.

De beroepsonafhankelijkheid van de adviserend-arts en diens vermogen om zijn of haar regulerende rol te vervullen worden in feite sterk bepaald door het organisatorisch model en de door de administratieve ondersteuning die hem of haar door zijn verzekeringsinstelling worden aangeboden. De voorbije jaren stellen we helaas vast dat adviserend-artsen die recent in dienst zijn getreden, er snel de brui aan geven. Dat bewijst dat de arbeidsvoorwaarden en het organisatorisch model ook niet meer aantrekkelijk zijn.

Bij ervaren adviserend-artsen groeit de indruk dat zij de verzekerden niet echt meer kunnen volgen en hebben het almaar moeilijker om aan hun activiteit een zin te geven die in verhouding staat tot hun verantwoordelijkheden.

à juste titre, pour préserver l'intégration ou favoriser la réinsertion professionnelle, en mettant l'accent sur les capacités restantes.

Au même moment, il appert que le nombre de médecins-conseils tend plutôt à diminuer.

Cette diminution est multifactorielle, elle peut être mise en relation avec un problème d'offre médicale, une certaine amélioration de l'attractivité de la médecine générale, mais aussi l'absence de revalorisation consistante des conditions de rémunération des médecins-conseils, et enfin les contraintes financières vécues par les organismes assureurs qui les poussent à préférer remplacer des médecins-conseils par des paramédicaux.

Actuellement, il est devenu impossible pour les médecins-conseils de remplir leurs tâches de façon normale, au point que les délais de première convocation se sont considérablement allongés ce qui ne va sûrement pas dans le sens du maintien de l'intégration dans le circuit du travail de personnes avec des capacités réduites puisqu'on sait que plus une incapacité de travail est de longue durée et plus la réintégration devient difficile.

En pratique, pendant la première année d'incapacité de travail, le médecin-conseil n'a plus comme possibilité que de faire voir une fois l'assuré par un paramédical et une ou deux fois par lui-même.

Cette situation est liée au manque d'effectifs en médecins-conseils mais également à la mise à disposition de ceux-ci par l'administration des organismes assureurs d'outils non performants qui les contrarient dans leurs tâches mais aussi font peser sur les médecins-conseils une charge administrative supplémentaire et chronophage.

L'indépendance professionnelle du médecin-conseil et sa capacité à jouer son rôle de régulation est de fait étroitement dépendante du modèle organisationnel et du soutien administratif fourni par son organisme assureur. On constate malheureusement ces dernières années des rapides défections de médecins-conseils récemment engagés. Cela prouve que les conditions de travail et le modèle organisationnel actuel ne sont pas attractifs non plus.

Des médecins-conseils chevronnés ont de plus en plus l'impression de ne plus pouvoir réellement suivre les assurés et de donner un sens à leur activité en rapport avec leurs responsabilités.

Daar komt nog bij dat er binnen de verzekeringsinstellingen een managementkeuze lijkt te bestaan om de rechtspositie van de adviserend-arts te herzien, waardoor zij minder goed beschermd zouden zijn tegen ontslag en afhankelijker zouden worden van de administratieve directie, in plaats van de medisch directeurs.

Een en ander is zorgwekkend en dreigt sterk, door het gebrek aan adviserend-artsen en door de evolutie van de organisatiemodellen, de beroepsonafhankelijkheid en de effectieve doeltreffendheid wat het beheer van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit betreft, in het gedrang te brengen.

Dat is evenzeer het geval voor de gezondheidszorg: het personeelstekort en het gebrek aan autonomie dreigen de rol van de adviserend-artsen op het stuk van controle en opsporing van overmatig voorschrijfgedrag, fraude of misbruik, op de helling te zetten.

De heer Boly concludeert dat zijn voornaamste zorg niet de beroepsonafhankelijkheid van de adviserend-arts is, maar het feit dat deze zijn of haar meervoudige rol – medisch-sociaal, “poortwachter” en begeleiding van de verzekerden – kan vervullen. De huidige situatie binnen de verzekeringsinstellingen maakt het echter niet langer mogelijk die doelstelling te halen.

D. Tussenkomen van de heer Rodolphe Liagre, adviserend-arts

De heer Rodolphe Liagre, adviserend-arts, verwijst naar de Staten-Generaal van adviserend-artsen van 26 augustus 2017 die een aantal conclusies aannam die relevant zijn voor het voorliggende voorstel van resolutie.

De adviserend-artsen wensen de aantrekkelijkheid van het beroep te garanderen en daartoe moet het huidige statuut behouden blijven. De oprichting van medische teams met inbreng van paramedische medewerkers mag niet leiden tot een vermindering van het contingent adviserend-artsen. De paramedici bieden een onbetwistbare meerwaarde maar zij kunnen niet de specifieke taken overnemen die de wet aan artsen toevertrouwt. Daarbij dienen de paramedici een duidelijke taakomschrijving evenals een wettelijk statuut te krijgen.

De heer Liagre is ervan overtuigd dat de ziekenfondsen weliswaar bestaansrecht hebben voor de aanvullende dienstverlening, maar in de toepassing van de wettelijke ziekteverzekering niet te onderscheiden zijn. Alle adviserend-artsen hebben dezelfde opleiding en dezelfde permanente vorming en legden ook een eed van getrouwheid af. Vandaar dat in het uitoefenen van

Qui plus est, il semble exister au sein des organismes assureurs une volonté managériale de revoir le statut du médecin-conseil dans le sens d’une diminution de leur protection par rapport au licenciement et d’une plus grande dépendance vis-à-vis de la direction administrative plutôt que des directeurs médicaux.

Ces éléments sont inquiétants et risquent grandement, du fait du manque de médecins-conseils et de l’évolution des modèles organisationnels, de mettre à mal leur indépendance professionnelle et leur efficacité réelle dans la gestion de l’incapacité de travail et de l’invalidité.

Il en va de même au niveau des soins de santé où le manque d’effectifs et le manque d’autonomie mettent à mal le rôle de contrôle, de dépistage des surconsommations, des fraudes ou des abus que devraient assurer les médecins-conseils.

En conclusion, M. Boly déclare que son principal souci n’est pas l’indépendance professionnelle du médecin-conseil mais le fait qu’ils puisse jouer son rôle médico-social, son rôle de “gate keeper” et son rôle d’accompagnement des assurés. Or, la situation actuelle au sein des organismes assureurs ne permet plus de rencontrer cet objectif.

D. Intervention de M. Rodolphe Liagre, médecin-conseil

M. Rodolphe Liagre, médecin-conseil, renvoie aux États généraux des médecins-conseils du 26 août 2017, qui ont adopté une série de conclusions pertinentes pour la proposition de résolution à l’examen.

Les médecins-conseils souhaitent garantir l’attractivité de la profession et, à cette fin, il convient de maintenir le statut actuel. La mise en place d’équipes médicales avec l’apport de personnel paramédical ne peut entraîner une réduction du nombre de médecins-conseils. Les titulaires de professions paramédicales offrent une valeur ajoutée indéniable, mais ils ne sont pas en mesure de prendre en charge les tâches spécifiques que la loi confie aux médecins. Il convient par ailleurs de clairement délimiter les missions des professions paramédicales et de leur conférer un statut juridique.

M. Liagre est convaincu que les mutuelles ont certes le droit d’exister pour la fourniture de services complémentaires, mais il n’est pas possible de les distinguer les unes des autres dans l’application de l’assurance maladie légale. Tous les médecins-conseils ont la même formation et la même formation continue et ont également prêté serment de fidélité. C’est pourquoi il n’est

hun wettelijke opdracht geen onderscheid kan bestaan. Tevens zijn ze politiek en ideologisch onafhankelijk.

Het groeperen van alle adviserend-artsen onder één centrale koepel zou volgens de spreker twee gunstige gevolgen hebben: de overheadkosten zouden aanzienlijk kunnen beperkt worden, onder meer door gemeenschappelijk informaticabeleid, en tevens zou dit de bereikbaarheid van de adviserend-artsen bevorderen door een gelijkmatiger spreiding.

De heer Liagre stelt dat de beschikbare middelen in de ziekteverzekering maximaal ten goede moeten komen van de patiënt en dat voorliggend ontwerp van resolutie een goede basis biedt om zonder besparingen de slagkracht en efficiëntie van de verplichte ziekteverzekering aanzienlijk te vergroten, wat eveneens de onafhankelijkheid en arbeidsvreugde van de adviserend-artsen ten goede zou komen.

E. Tussenkomen van de heer Pierre Cools, adjunct-secretaris-generaal van de Landsbond van de Socialistische Mutualiteiten

De heer Pierre Cools, adjunct-secretaris-generaal van de Landsbond van de Socialistische Mutualiteiten, becommentarieert een aantal stellingnames uit het voorliggende ontwerp van resolutie.

1) De adviserend-artsen werken in moeilijke omstandigheden

De adviserend-artsen komen zowel tussen in de zorgverlening als voor de vergoedingen.

Inzake gezondheidszorg gaan ze voornamelijk na (a priori en a posteriori) of de gezondheidszorgen zijn voorgeschreven en verstrekt overeenkomstig de wettelijke bepalingen.

Inzake de vergoedingen evalueren de adviserend-artsen of de zieke werknemers voldoen aan de voorwaarden voor vergoeding van arbeidsonbekwaamheid, rekening houdend met hun pathologie en hun socio-professionele ervaring.

De werklust van adviserend-artsen op het vlak van vergoedingen neemt gestaag toe, onder meer door de verhoging van de pensioenleeftijd voor vrouwen, activiteitsmaatregelen voor werklozen, moeilijker toegang tot prepensioen, demografische oorzaken en verslechterde werkomstandigheden.

Voor de moeilijke aanwerving van adviserend-artsen, onder meer door de schaarste op de arbeidsmarkt

pas mogelijk d'etabliert de distinction dans l'exercice de leur mission légale. Ils sont également indépendants sur les plans politique et idéologique.

Selon l'orateur, le regroupement de tous les médecins-conseils au sein d'une même structure centrale aurait deux effets bénéfiques: les frais généraux pourraient être considérablement réduits, par exemple par le biais d'une politique informatique commune, ce qui améliorerait également l'accessibilité des médecins-conseils grâce à une répartition plus équitable.

M. Liagre indique que les ressources disponibles dans le système d'assurance maladie doivent être utilisées au bénéfice maximum du patient et que le projet de résolution à l'examen est une bonne base pour augmenter de manière significative l'efficacité et l'efficience de l'assurance maladie obligatoire sans faire d'économies, ce qui favoriserait également l'indépendance et la satisfaction au travail des médecins-conseils.

E. Intervention de M. Pierre Cools, secrétaire général adjoint de l'Union nationale des mutualités socialistes

M. Pierre Cools, secrétaire général adjoint de l'Union nationale des mutualités socialistes, se livre à un commentaire de plusieurs points de la proposition de résolution à l'examen.

1) Les médecins-conseils travaillent dans des conditions difficiles

Les médecins-conseils interviennent au niveau tant de la prestation de soins que des indemnités.

En ce qui concerne les soins de santé, ils contrôlent essentiellement (*a priori* et *a posteriori*) si les soins de santé ont été prescrits et dispensés conformément aux dispositions légales.

S'agissant des indemnités, les médecins-conseils évaluent si les travailleurs malades satisfont aux conditions d'indemnisation de l'incapacité de travail, en tenant compte de leur pathologie et de leur expérience socioprofessionnelle.

La charge de travail des médecins-conseils dans le domaine des indemnités est en constante augmentation, en raison notamment du relèvement de l'âge de la pension des femmes, des mesures d'activation des chômeurs, des restrictions d'accès à la prépension, de raisons démographiques et d'une détérioration des conditions de travail.

Selon M. Cools, la difficulté de recruter des médecins-conseils, en raison notamment de la pénurie sur

in hun sector, is volgens de heer Cools één van de grootste pijnpunten en hun gemiddelde leeftijd neemt voortdurend toe – momenteel is 30 percent reeds ouder dan 60 jaar.

De Socialistische Mutualiteiten wensen het aantal adviserend-artsen minstens constant te houden en het is zeker niet de bedoeling om ze te vervangen door andere, paramedische, profielen. Deze laatste kunnen de artsen wel ondersteunen op een aantal vlakken.

De heer Cools benadrukt dat dit het voornaamste probleem vormt: een steeds toenemend aantal mensen die dreigen in werkonbekwaamheid te vervallen en een hoogstens gelijk blijvend aantal adviserend-artsen.

2) Controle op het systeem is noodzakelijk

De verzekeringsinstellingen zijn medebeheerders van de ziekte- en invaliditeitsverzekering en als zodanig hebben ze inderdaad een controlerende opdracht. De adviserend-artsen zijn daar een onderdeel van samen met andere controlediensten.

Deze controleopdracht wordt jaarlijks geëvalueerd door het RIZIV en de Controledienst voor de ziekenfondsen in het kader van de toewijzing van de variabele beheerskosten.

De heer Cools merkt op dat het statuut van de advise-rend-arts diens onafhankelijkheid waarborgt tegenover het bestuur van de verzekeringsinstellingen maar ook tegenover andere adviserend-artsen.

3) De ziekenfondsen worden betaald in verhouding tot de vergoedingen toegewezen voor arbeidsonbekwaamheid of voor een tussenkomst in zorgverlening

De heer Cools stelt dat dit een foute stellingname is. Er is immers geen verband tussen de uitgaven van de leden van de ziekenfondsen en de inkomsten van deze laatsten.

De beheerskosten die het RIZIV en de Controledienst voor de ziekenfondsen toekennen bestaan uit een vast en een variabel deel. Het vaste deel berust op het aantal leden van de verzekeringsinstelling en is degressief. Het variabel deel (10 percent van het totaal in 2018, stijgt naar 20 percent in 2022) is in functie van de beheerprestaties, op basis van een rist evaluatiecriteria waaronder de correcte toepassing van de geldende wetgeving inzake vergoedingen, maximumfactuur en toegang tot gezondheidszorg door het ziekenfonds, maatregelen

le marché du travail dans leur secteur, est l'un des problèmes majeurs et leur âge moyen est en constante augmentation – actuellement, 30 pour cent d'entre eux ont déjà plus de 60 ans.

Les Mutualités socialistes souhaitent maintenir au moins constant le nombre de médecins-conseils, et il n'entre certainement pas dans leur intention de les remplacer par d'autres profils paramédicaux. Ces derniers peuvent par contre apporter une aide aux médecins dans un certain nombre de domaines.

M. Cools souligne qu'il s'agit là du principal problème: un nombre sans cesse croissant de personnes qui risquent de tomber dans l'incapacité de travail et, au mieux, un nombre de médecins-conseils qui reste constant.

2) Un contrôle du système est nécessaire

Les organismes assureurs sont cogestionnaires de l'assurance maladie-invalidité et, en tant que tels, une mission de contrôle leur incombe en effet. Les médecins-conseils en font partie conjointement avec d'autres services de contrôle.

Cette mission de contrôle est évaluée annuellement par l'INAMI et l'Office de contrôle des mutualités dans le cadre de l'octroi des frais d'administration variables.

M. Cools fait observer que le statut du médecin-conseil garantit son indépendance vis-à-vis de la direction des organismes assureurs mais aussi vis-à-vis des autres médecins-conseils.

3) Les mutualités sont payées en fonction des indemnités accordées pour incapacité de travail ou d'une intervention dans les prestations de soins.

M. Cools affirme qu'il s'agit d'un point de vue erroné. Les dépenses des membres des mutualités et les revenus de celles-ci ne sont en effet pas liés.

Les frais d'administration que l'INAMI et l'Office de contrôle des mutualités octroient comprennent une partie fixe et une partie variable. La partie fixe est basée sur le nombre de membres de l'organisme assureur et elle est dégressive. La partie variable représente 10 % du total en 2018 et passera à 20 % en 2022. Elle dépend des prestations d'administration, sur la base d'une série de critères d'évaluation parmi lesquels l'application correcte par la mutualité de la législation en vigueur en matière d'indemnités, de maximum à facturer et

voor re-integratie in de arbeidsmarkt en controle op cumul van vergoedingen met andere inkomsten.

4) Het ziekenfonds lijdt verlies indien verzekerden sneller het werk kunnen hervatten of wanneer gezondheidszorgen niet worden vergoed omdat ze niet voldeden aan de wetgeving

Net het omgekeerde is waar, aldus de heer Cools: het ziekenfonds wordt bij onrechtmatige vergoeding financieel gepenaliseerd en beloond via het variabel deel voor snellere werkhervatting van de aangeslotenen.

Overigens is precies één van de doelstellingen van het Toekomstpact tussen de verzekeringsinstellingen en de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid om de verdeelsleutel van de beheerskosten te herzien in functie van criteria als re-integratie, werkhervatting en oproeping van de verzekerde door de adviserend-arts.

5) Alle adviserend-artsen verzamelen binnen één orgaan kost niets

De heer Cools betwist dit uitgangspunt van de voorliggende resolutie omdat de adviserend-artsen geen geïsoleerde functie hebben binnen de verzekeringsinstellingen maar er integendeel een geïntegreerd en essentieel onderdeel van uitmaken.

De adviserend-arts speelt in het bijzonder een noodzakelijke en bepalende rol bij de betaling van vergoedingen aan de verzekerde. Het is immers pas na zijn verklaring van arbeidsongeschiktheid dat alle volgende stappen voor toekenning van een eventuele vergoeding kunnen gezet worden, in een multidisciplinaire aanpak.

De heer Cools meent dat het onderbrengen van de adviserend-artsen in één apart orgaan, los van de koepel van de verzekeraars en van de ganse beslissingsprocedure, niet tot efficiëntiewinst zal leiden. Dit zou ook nopen tot nieuwe procedures en bijkomende communicatie tussen de onderscheiden partijen en afleiden van de primaire missie van de verzekeringsinstellingen, namelijk de verzekerden zo snel mogelijk vergoeden mits een optimale controle van het systeem.

6) Besluit

De socialistische mutualiteiten zijn niet gewonnen voor het onderbrengen van de adviserend-artsen in één apart orgaan omdat ze ervan overtuigd zijn dat dit tot

d'accès aux soins de santé, de mesures en faveur de la réintégration sur le marché du travail et de contrôle du cumul des indemnités avec d'autres revenus.

4) La mutualité subit des pertes si les assurés peuvent reprendre le travail plus rapidement ou si les soins de santé ne sont pas indemnisés parce que ceux-ci ne satisfaisaient pas à la législation

C'est précisément le contraire, selon M. Cools: la mutualité est pénalisée financièrement en cas d'indemnités octroyées indûment et elle est récompensée par le biais de la partie variable en cas de reprise plus rapide du travail par ses affiliés.

D'ailleurs, un des objectifs du Pacte d'avenir entre les organismes assureurs et la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est précisément de revoir la clé de répartition des frais d'administration en fonction de critères tels que la réintégration, la reprise du travail et la convocation de l'assuré par le médecin-conseil.

5) Réunir l'ensemble des médecins-conseils au sein d'un organe unique ne coûte rien

M. Cools conteste cette affirmation sous-tendant la proposition de résolution à l'examen, dès lors que les médecins-conseils n'exercent pas une fonction isolée au sein des organismes assureurs mais en constituent, au contraire, une partie intégrante et essentielle.

Le médecin-conseil joue, en particulier, un rôle nécessaire et déterminant dans le versement des indemnités à l'assuré. Ce n'est en effet qu'après la déclaration d'incapacité de travail par le médecin-conseil que toutes les mesures suivantes en vue de l'octroi d'une éventuelle indemnité peuvent être prises dans le cadre d'une approche multidisciplinaire.

M. Cools estime que le regroupement des médecins-conseils dans un organe unique distinct, qui ne sera pas chapeauté par les assureurs et qui sera coupé de l'ensemble de la procédure de décision, ne générera pas de gain d'efficacité. Cela requerrait également de nouvelles procédures et une communication supplémentaire entre les différentes parties et s'écarterait de la mission première des organismes assureurs, à savoir indemniser les assurés dans les plus brefs délais moyennant un contrôle optimal du système.

6) Conclusion

Les Mutualités socialistes ne sont pas favorables au regroupement des médecins-conseils au sein d'un organe unique distinct, dès lors qu'elles sont convaincues

een meerkost zal leiden en de globale efficiëntie van het systeem zal verminderen.

De socialistische mutualiteit is zich wel degelijk bewust van de grote uitdagingen voor de adviserend-artsen en hun belang voor de goede werking van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Daarom wil de socialistische mutualiteit met het RIZIV werken aan de verbetering van het imago van de adviserend-arts, diens taken concentreren daar waar ze de grootste meerwaarde bieden (met name de evaluatie van de arbeidsgeschiktheid en de bevordering van de re-integratie), zorgen voor een degelijke omkadering van de adviserend-artsen, samenwerking tussen ziekenfondsen bevorderen, een voldoende aanwerving van adviserend-artsen (minstens het behoud op het huidige aantal) en ten slotte het beroep van adviserend-arts aantrekkelijker maken.

F. Tussenkoms van de heer Jean-Pierre Bronckaers, Landsbond van Liberale Mutualiteiten

De heer Jean-Pierre Bronckaers, arts-directeur van de Landsbond van Liberale Mutualiteiten, verwijst naar de tussenkomsten van de vorige sprekers, in het bijzonder van de heer Jo De Cock over de opdrachten van de adviserend-artsen en het belang van hun statuut en van de heer Pierre Cools betreffende een aantal betwistbare punten in het ontwerp van resolutie. De heer Bronckaers beperkt daarom zijn uiteenzetting tot een aantal punten waarop hij meer duiding wenst te geven.

1) Takenpakket van de adviserend-arts

De rol en de opdrachten van de adviserend-artsen worden bepaald in artikel 153 van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. 27 augustus 1994) en in het KB van 27 juli 1967 houdende het statuut en het barema van de adviserend-artsen die tot taak hebben bij de verzekeringsinstellingen in te staan voor de geneeskundige controle op de primaire arbeidsongeschiktheid en op de gezondheidszorgverstrekkingen (B.S. 29 juli 1967).

Naast controle van de arbeidsongeschiktheid moet de adviserend-arts de verzekerde ook sociaal begeleiden, informeren en toezien op de sociaal-professionele re-integratie. Deze taken namen de laatste jaren sterk in belang toe en de begeleiding van de arbeidsongeschikte verzekerde wordt steeds complexer. De adviserend-artsen hebben bovendien steeds vaker te maken met agressie vanwege de verzekerde.

que cela engendrera un surcoût et réduira l'efficacité globale du système.

Les Mutualités socialistes sont toutefois bel et bien conscientes des défis majeurs auxquels font face les médecins-conseils et de l'importance de ces derniers pour le bon fonctionnement de l'assurance maladie-invalidité. Les Mutualités socialistes veulent par conséquent travailler avec l'INAMI afin d'améliorer l'image du médecin-conseil, de concentrer les tâches de ce dernier là où elles offrent la plus grande plus-value (à savoir évaluer l'incapacité de travail et favoriser la réintégration), de veiller à un encadrement de qualité des médecins-conseils, de favoriser la collaboration entre mutualités, de recruter suffisamment de médecins-conseils (en vue d'en maintenir, à tout le moins, le nombre actuel) et, enfin, de rendre la profession de médecin-conseil plus attrayante.

F. Intervention de M. Jean-Pierre Bronckaers, Union nationale des Mutualités libérales

M. Jean-Pierre Bronckaers, médecin directeur de l'Union nationale des Mutualités libérales, renvoie aux interventions des orateurs précédents, en particulier à celle de M. Jo De Cock à propos des missions des médecins-conseils et de l'importance de leur statut ainsi qu'à celle de M. Pierre Cools à propos de plusieurs points controversés de la proposition de résolution à l'examen. C'est pourquoi M. Bronckaers limitera son intervention à plusieurs points qu'il entend préciser davantage.

1) Ensemble des tâches du médecin-conseil

Le rôle et les missions des médecins-conseils sont fixés par l'article 153 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 27 août 1994) et par l'arrêté royal du 27 juillet 1967 portant le statut et le barème des médecins-conseils chargés d'assurer auprès des organismes assureur le contrôle médical de l'incapacité primaire et des prestations de santé (M.B. du 29 juillet 1967).

Outre sa mission de contrôle de l'incapacité, le médecin-conseil doit aussi assurer l'accompagnement social de l'assuré, l'informer et veiller à sa réintégration socioprofessionnelle. Ces dernières années, ces missions ont pris beaucoup d'importance et l'accompagnement de l'assuré en incapacité de travail ne cesse de se complexifier. Par ailleurs, les médecins-conseils se font de plus en plus souvent agresser par des assurés.

Het statuut van de adviserend-arts binnen de ziekenfondsen moet een garantie bieden voor diens interne en externe onafhankelijkheid. Dit gebeurt onder meer via verloning, ontslagregeling en toetsing of een eventuele andere medische activiteit compatibel is met de functie van adviserend-arts. In tegenstelling tot artsen werkzaam in private verzekeringsinstellingen, moet de adviserend-arts zijn beslissingen niet motiveren tegenover de administratie. De spreker bevestigt dat er vanuit de administratie inderdaad vrijwel geen druk is op adviserend-artsen om hun beslissingen te wijzigen.

De adviserend-arts is ook verantwoordelijk voor het medisch geheim binnen de organisatie waardoor gegevens niet voor andere doeleinden kunnen worden gebruikt dan deze door de wetgever bepaald.

2) De uitgangspunten en doelstellingen van de resolutie

Het ontwerp van resolutie bevat volgens de heer Bronckaers een aantal foute uitgangspunten, onder meer de aanname dat de adviserend-arts zou gestimuleerd worden om langdurige arbeidsongeschiktheid te bevorderen. Ook bij arbeidsongeschiktheid in invaliditeit zijn er slechts in een zeer beperkt aantal gevallen (0,63 %) verschillen in visie tussen de arts-inspecteur en de adviserend-arts.

De heer Bronckaers meent wel dat de adviserend-artsen in de toekomst hun beslissingen beter zullen moeten documenteren en motiveren, volgens een wetenschappelijke methodologie zodat ze hun werk beter kunnen objectiveren. Het Kenniscentrum Arbeidsongeschiktheid binnen de Dienst uitkeringen heeft trouwens heel wat studies voorzien die zullen toelaten het werk van adviserend-artsen te optimaliseren.

Het voorstel van resolutie wil ook een meer consistente en arbeidsgerichte evaluatie tot stand brengen. De heer Bronckaers stelt dat er sinds het indienen van de resolutie binnen de verzekeringsinstellingen al heel wat initiatieven zijn genomen gericht op meer aandacht voor re-integratie en samenwerkingsakkoorden met de Gemeenschapsfondsen. De spreker verwijst eveneens naar de zogenaamde re-integratie KB's van de ministers van Werk en van Sociale Zaken en Volksgezondheid. De medische diensten hebben zich vervolgens hieraan aangepast.

3) De plaats en rol van de arts in de ziekteverzekering

Wat is nu de plaats van de arts binnen de uitkeringsverzekering? Volgens de heer Bronckaers blijft

Le statut du médecin-conseil au sein des mutualités doit garantir son indépendance interne et externe, au travers notamment de sa rémunération, du régime de licenciement et d'une vérification de la compatibilité d'une éventuelle autre activité médicale avec la fonction de médecin-conseil. Contrairement aux médecins des compagnies d'assurances privées, le médecin-conseil ne doit pas motiver ses décisions auprès de l'administration. L'orateur confirme que l'administration n'exerce pratiquement pas de pression sur les médecins-conseils afin de modifier leurs décisions.

Les médecins-conseils sont également chargés de veiller au respect du secret médical au sein des mutualités, les données médicales ne pouvant être utilisées qu'aux fins définies par le législateur.

2) Les principes et les objectifs de la proposition de résolution

M. Bronckaers estime que la proposition de résolution à l'examen pêche par la base, car elle suppose notamment que le médecin-conseil serait incité à favoriser les incapacités de travail de longue durée. De même, les avis du médecin-inspecteur et du médecin-conseil ne divergent que très rarement (dans 0,63 % des cas) en cas d'incapacité de travail pour cause d'invalidité.

M. Bronckaers estime cependant qu'à l'avenir, les médecins-conseils devront mieux documenter et motiver leurs décisions, en suivant une méthodologie scientifique qui leur permettra de mieux objectiver leur travail. Le Centre d'expertise en matière d'incapacité de travail du Service des indemnités a d'ailleurs prévu de nombreuses études qui permettront d'optimiser le travail des médecins-conseils.

La proposition de résolution vise aussi à rendre l'évaluation de l'incapacité de travail plus cohérente et à l'axer davantage sur l'emploi. M. Bronckaers indique que, depuis le dépôt de la proposition de résolution, les organismes assureurs ont pris de nombreuses initiatives visant à accorder davantage d'attention à la réintégration et aux accords de coopération avec les Fonds communautaires. L'orateur renvoie également aux arrêtés royaux "de réintégration" qui ont été pris par les ministres de l'Emploi et des Affaires sociales et de la Santé publique. Les services médicaux s'y sont ensuite conformés.

3) La place et le rôle du médecin dans le domaine de l'assurance maladie

Quelle est aujourd'hui la place du médecin dans le domaine de l'assurance maladie? D'après M. Bronckaers,

de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid een medische beoordeling omdat de reden om iemand te vergoeden medisch van aard is en bijvoorbeeld niet de ongunstige situatie op de arbeidsmarkt zoals bij de werkloosheidsverzekering. De adviserend-arts beoordeelt de functionele beperkingen en restcapaciteiten binnen een ICF-kader¹, wat ruimer is dan de diagnose op het ogenblik van de vaststelling van de arbeidsongeschiktheid. De uitdaging bestaat erin een goede balans te vinden tussen evaluatie en controle enerzijds en ondersteuning voor re-integratie en zoeken naar ander werk anderzijds.

In theorie zouden controle en re-integratie samen moeten gaan, maar dit lukt vaak niet wegens een gebrek aan menselijke en budgettaire middelen. Arbeidsongeschiktheid wegens een medische aandoening is trouwens geen louter medisch probleem: in de acute fase heeft de medische factor weliswaar de overhand, maar nadien moeten ook psychologische, familiale, werk- en omgevingsfactoren aangepakt worden om een succesvolle re-integratie te realiseren. Daartoe dient de samenwerking tussen de adviserend-arts en een medico-psychosociaal team, eventueel aangevuld met specifieke expertise van de Gemeenschapsfondsen. De adviserend-arts staat daarbij centraal tussen zijn gelijken en hij treedt op als coördinator die de synthese maakt. Volgens de heer Bronckaers is het model waarbij de adviserend-arts als het ware aan de rand van de cirkel staat en een groep een collegiale beslissing neemt, niet het goede model.

De spreker benadrukt het belang van samenwerking tussen de adviserend-arts en de administratie van het ziekenfonds. Dit is essentieel om zijn taak te kunnen vervullen en om het ziekenfonds toe te laten de beslissingen uit te voeren. Doorgaans verloopt deze samenwerking zeer goed, zowel in de medische dienst waar de arts volledig is ingebed als in de ziekteverzekering met de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle. Het gaat om informele afspraken binnen de medische directies van de onderscheiden landsbonden of om de meer structurele samenwerking in het Nationaal college van adviserend-artsen of in het College van arts directeurs.

Tussen de ziekenfondsen onderling is er samenwerking in het Intermutualistisch Agentschap, in de Cel data-analyse en in het zogenaamd Trio-overleg tussen de behandelend arts, de adviserend-arts en de arbeidsarts. Sinds de zesde staatshervorming is er in Vlaanderen ook een intermutualistische werking die er wellicht ook komt in het Brussel en Wallonië.

¹ Internationale Classificatie van het menselijke Functioneren.

l'évaluation de l'incapacité de travail reste une évaluation médicale, car le motif justifiant l'octroi d'indemnités est un motif d'ordre médical, contrairement, par exemple, à la situation défavorable sur le marché du travail, comme c'est le cas dans le cadre de l'assurance chômage. Le médecin-conseil évalue les limitations fonctionnelles et les capacités résiduelles d'après la Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), ce qui va au-delà du diagnostic posé au moment de la constatation de l'incapacité de travail. Le défi sera de trouver un bon équilibre entre, d'une part, l'évaluation et les contrôles, et, d'autre part, le soutien à la réintégration et à la recherche d'un nouvel emploi.

En théorie, les contrôles et la réintégration devraient aller de pair, mais cette combinaison est souvent impossible en raison d'un manque de moyens humains et budgétaires. Une incapacité de travail pour cause de maladie n'est d'ailleurs pas uniquement un problème d'ordre médical: dans la phase aiguë de la maladie, il est évident que le facteur médical prend le dessus, mais par la suite, il faut également tenir compte des facteurs psychologiques, familiaux, professionnels et environnementaux pour pouvoir réussir la réintégration. Voilà quel serait l'objectif de la coopération entre le médecin-conseil et une équipe médico-psychosociale, éventuellement enrichie de l'expertise spécifique des Fonds communautaires. Le médecin-conseil occuperait dès lors une position centrale et serait le coordinateur chargé du travail de synthèse. M. Bronckaers estime que le modèle où le médecin-conseil serait tenu à l'écart et où un groupe prendrait une décision collégiale, n'est pas le bon modèle.

L'orateur souligne l'importance de la coopération entre le médecin-conseil et l'administration de la mutualité. C'est essentiel pour permettre au médecin d'accomplir sa mission et à la mutualité d'exécuter les décisions. Généralement, cette collaboration fonctionne à merveille, tant au sein du service médical dont le médecin fait partie intégrante que dans le cadre de l'assurance-maladie avec le Service d'évaluation et de contrôle médicaux. Il s'agit d'accords informels au sein des directions médicales des différentes unions nationales ou d'une coopération plus structurelle au sein du Collège national des médecins-conseils ou du Collège des médecins-directeurs.

La coopération entre mutualités intervient au sein de l'Agence intermutualiste, de la Cellule d'analyse des données et de la "concertation trio" entre le médecin traitant, le médecin-conseil et le médecin du travail. Depuis la sixième réforme de l'État, une collaboration intermutualiste s'est engagée en Flandre, et Bruxelles et la Wallonie suivront sans doute également.

In het Nationaal College voor Sociale verzekerings-geneeskunde inzake arbeidsongeschiktheid lopen momenteel ook besprekingen over de plaats en functie van de adviserend-arts: wat is zijn meerwaarde, hoe kan hij zijn beslissingen grondiger documenteren en motiveren?

4) Standpunt van de Landsbond van Liberale Mutualiteiten

De essentie van het voorliggend ontwerp van resolutie is het samenbrengen van alle adviserend-artsen binnen één orgaan, gelinkt aan het RIZIV. De heer Bronckaers vindt dit geen goede oplossing en geeft de voorkeur aan een structuur met gescheiden niveaus: regelgevend (Verzekeringscomité en Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen), controlerend (Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle) en uitvoerend (adviserend-artsen en ziekenfondsen). De spreker meent dat dit een efficiëntere structuur is en gelooft ook dat adviserend-artsen binnen de ziekenfondsen een belangrijke impact kunnen hebben op de sociale parameters.

De heer Bronckaers is voorts van oordeel dat de adviserend-arts zowel de gezondheidsverstrekker als de uitkeringen dient te controleren. Ook de OESO beveelt trouwens de combinatie van uitkeringen en gezondheidszorg in één systeem aan. Het feit tegelijk te kunnen beslissen over gezondheidszorg en uitkeringen is ongetwijfeld een meerwaarde van ons systeem.

5) Knelpunten

Uiteraard zijn er ook knelpunten zoals gebrek aan mankracht, toename van langdurige arbeidsongeschiktheid en regeling van delegatie. De heer Bronckaers meent dat een ziekenfonds een minimum aantal advise-rend-artsen nodig heeft om een goede besluitvorming te kunnen garanderen. Daarbij moeten kwalitatieve eerder dan financiële criteria voorop staan.

Zoals vermeld in het Toekomstpact tussen de verzekeringsinstellingen en de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, dient het takenpakket van de adviserend-arts inderdaad herbekeken te worden waarbij sommige taken kunnen gedelegeerd worden naar paramedici of administratie, andere zelfs afgeschaft. De uiteindelijke beslissingsbevoegdheid en eindverantwoordelijkheid dient echter bij de adviserend-arts te blijven, zodat er één aanspreekpunt is voor de zorg.

Au sein du Collège National de Médecine d'Assurance sociale en matière d'incapacité de travail, des discussions sont actuellement menées sur la place et la fonction du médecin-conseil: quelle est sa valeur ajoutée, comment peut-il étayer et motiver de manière plus approfondie ses décisions?

4) Position de l'Union nationale des mutualités libérales

La proposition de résolution à l'examen a pour vocation de réunir l'ensemble des médecins-conseils au sein d'un organe unique, lié à l'INAMI. M. Bronckaers estime que ce n'est pas une bonne solution et privilégie une structure composée de niveaux distincts: un niveau réglementaire (Comité de l'assurance et Comité de gestion du Service des indemnités) un niveau de contrôle (Service d'évaluation et de contrôle médicaux) et un niveau d'exécution (médecins-conseils et mutualités). L'orateur estime que cette structure est plus efficace et croit également que les médecins-conseils au sein des mutualités peuvent influencer considérablement les paramètres sociaux.

M. Bronckaers considère en outre que le médecin-conseil doit contrôler tant le dispensateur de soins que les indemnités. L'OCDE préconise d'ailleurs également de rassembler les indemnités et les soins de santé dans un système unique. Le fait de pouvoir statuer simultanément sur les soins de santé et les indemnités constitue sans nul doute une plus-value de notre système.

5) Problèmes

L'orateur pointe toutefois également certaines failles, comme le manque de personnel, l'augmentation des cas d'incapacité de travail de longue durée et la façon dont la délégation est réglée. M. Bronckaers estime que pour pouvoir garantir un processus décisionnel optimal, une mutualité doit disposer d'un minimum de médecins-conseils. La qualité doit primer sur l'aspect financier.

Ainsi que le prévoit le Pacte d'avenir conclu entre les organismes assureurs et la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, il convient effectivement de reconsidérer les missions confiées au médecin-conseil. Certaines d'entre elles pourraient être déléguées à du personnel paramédical ou administratif, voire être supprimées. La décision finale revient toutefois au médecin-conseil, qui doit également continuer à assumer la responsabilité finale. On veille ainsi à ce qu'il y ait un point de contact unique pour les soins.

6) Prioriteiten in controle

De bepaling van prioriteiten, zoals bijvoorbeeld de initiatieven gericht op re-integratie, is een politieke beslissing, die vervolgens wordt uitgevoerd door de adviserend-artsen. De verzekerde moet de controle als nuttig en rechtvaardig ervaren met garantie van gelijke behandeling.

Medische beslissingen behoren tot de exclusieve bevoegdheid van de adviserend-artsen die daarbij dienen te beschikken over ruime delegatiemogelijkheden met precieze omschrijving van de taken die niet voor delegatie vatbaar zijn. De medische diensten van de ziekenfondsen beschikken daartoe over de nodige expertise. In dat verband zou trouwens ook het statuut en de rol van de paramedische medewerkers beter moeten gedefinieerd worden.

De modernisering van het takenpakket van de adviserend-arts vergt dus de definiëring van zijn kerntaken evenals van zijn nieuwe taken als coördinator, verzekeringsgeneeskundig expert en als supervisor van de delegatie. De aantrekkelijkheid van het beroep van adviserend-arts steunt op financiële aspecten, degelijke omkadering en specialisatie.

7) Besluit

Het stimuleren van samenwerkingsvormen tussen de mutualiteiten is volgens de Landsbond van Liberale Mutualiteiten een belangrijk aandachtspunt en moet verlopen via progressieve intermutualistische samenwerking. Het centraal dienstenplatform MyCareNet en het Nationaal Intermutualistisch Agentschap tonen aan dat de mutualiteiten dit ook daadwerkelijk aankunnen.

Het plaatsen van de adviserend-arts binnen het RIZIV, zoals voorgesteld in het voorliggende ontwerp van resolutie, vinden ze geen goede optie.

G. Tussenkoms van de heer Tom Joos, Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM)

De heer Tom Joos (LCM) komt eerst terug op het vraagstuk van de samenhang in de beslissingen van de adviserend-artsen inzake arbeidsongeschiktheid. De spreker herinnert eraan dat het RIZIV onlangs een circuit van gerichte controles heeft uitgebouwd. Er werd onder de dossiers een steekproef verricht, die aan een nieuwe controle door de RIZIV-artsen werd onderworpen. Die controle toonde aan dat de definitieve beslissing na die procedure maar in 0,7 % van de gevallen verschilde van de initiële beslissing van de adviserend-arts. Volgens

6) Les priorités en matière de contrôle

La fixation des priorités, comme par exemple des initiatives axées sur la réintégration, est une décision politique, qui est ensuite mise en œuvre par le médecin-conseil. Le contrôle doit paraître utile et juste à l'assuré et garantir l'égalité de traitement.

Les décisions médicales relèvent de la compétence exclusive des médecins-conseils, qui doivent disposer à cet égard de possibilités de délégation étendues. Il est important de préciser quelles sont les missions qui ne peuvent pas être déléguées. Les services médicaux des mutualités disposent de l'expertise nécessaire à cet effet. L'orateur souligne qu'il conviendrait du reste également de mieux définir le statut et le rôle des collaborateurs paramédicaux.

La modernisation des tâches du médecin-conseil se fera donc par le biais d'une description de ses missions essentielles, ainsi que des nouvelles tâches qu'il devra assumer en tant que coordinateur et en qualité d'expert en assurance de soins de santé et de superviseur de la délégation. L'attractivité de la profession de médecin-conseil repose sur des aspects financiers, ainsi que sur un encadrement et une spécialisation de qualité.

7) Conclusion

L'Union nationale des mutualités libérales considère que la promotion de formes de coopération entre les mutualités est un point d'attention important et doit avoir lieu par le biais d'une collaboration intermutualiste progressive. La plateforme centrale de services MyCareNet et le Collège intermutualiste national sont la preuve qu'une telle coopération entre mutualités est possible.

L'orateur est par ailleurs opposé à l'idée d'intégrer le médecin-conseil au sein de l'INAMI, comme le prévoit la proposition de résolution à l'examen.

G. Intervention de M. Tom Joos, Alliance Nationale des Mutualités Chrésiennes (ANMC)

M. Tom Joos (ANMC) revient tout d'abord sur la question de la cohérence dans les décisions prises par les médecins-conseils dans les dossiers d'incapacité de travail. Il rappelle que l'INAMI a mis récemment sur pied un circuit de contrôles ciblés. Un échantillon de dossiers a été sélectionné et soumis à un nouveau contrôle par les médecins de l'INAMI. L'on a constaté que la décision finale prise après cette procédure ne différait de la décision initiale du médecin-conseil que dans 0,7 % des cas. Pour M. Joos, cette expérience prouve que la

de heer Joos toont die test aan dat de samenhang in de beslissingen van de adviserend-artsen voldoende is gewaarborgd. Hij benadrukt dat de beoordeling van arbeidsongeschiktheid geen exacte wetenschap is; men mag bijgevolg geen 100 %-samenhang verwachten.

De spreker wijst erop dat de werkmethoden van de ziekenfondsen streng en stelselmatig worden gecontroleerd, zowel door het RIZIV als door de Controledienst voor de ziekenfondsen. Met de resultaten van die controles wordt rekening gehouden bij de vaststelling van het bedrag van de beheerskosten dat aan de ziekenfondsen ten belope van 10 % wordt toegekend. Dat percentage zal in de heel nabije toekomst toenemen.

De heer Joos benadrukt de rol van de adviserend-arts, die verder gaat dan die van controleur. De adviserend-arts begeleidt de verzekerde persoon bij zijn verschillende stappen bij zowel de ziekteverzekering als de verzekering arbeidsongeschiktheid. Hij treedt op in geschildossiers. Hij is dus (met het ziekenfonds in zijn geheel) de enige die over een overzicht van het dossier van de verzekerde beschikt. De adviserend-arts heeft dat overzicht trouwens nodig om goede beslissingen te kunnen nemen.

De spreker stelt vast dat tijdens de debatten duidelijk is gewezen op de moeilijke positie van de adviserend-arts, die als het ware geklemd zit tussen hamer en aambeeld. Hij wijst op het ruimere aspect van die moeilijkheid. Als organisaties met een maatschappelijk doel hebben de ziekenfondsen een dubbele doelstelling: zij moeten voor de leden de rechten doen gelden waarop die leden krachtens de ziekte- en invaliditeitsverzekering aanspraak kunnen maken, maar ze streven ook een doel van algemeen belang na, wat verklaart waarom zij leden kunnen straffen, hun rechten kunnen ontzeggen of intrekken.

De spreker ontkent de bewering van bepaalde sprekers als zou de LCM wettelijk het statuut van de adviserend-arts anders willen invullen. Hij beklemtoont dat het voor de LCM belangrijk is de onafhankelijkheid van de adviserend-arts in alle gevallen te waarborgen. De geldende interne procedures waarborgen de afwezigheid van enige inmenging door de administratieve directie bij de medische beslissingen. De spreker vindt echter dat het huidige statuut soms wordt gebruikt om de suboptimale werking van de medische diensten af te schermen. In die zin – en alleen in die zin – zou de LCM graag bepaalde aspecten van het statuut willen moderniseren.

cohérence des décisions des médecins-conseils est suffisamment garantie. Il souligne que l'appréciation de l'incapacité de travail ne constitue pas une science exacte et que l'on ne peut dès lors attendre un taux de cohérence de 100 %.

L'orateur rappelle que les méthodes de travail des mutualités sont contrôlées de façon stricte et systématique tant par l'INAMI que par l'Office de contrôle des mutualités. Les résultats de ces contrôles sont pris en compte pour déterminer le montants de frais de gestion attribués aux mutualités à hauteur de 10 %. Ce pourcentage va croître dans un futur très proche.

Il insiste sur le rôle du médecin-conseil qui ne peut être réduit à celui d'un contrôleur. Le médecin-conseil accompagne l'assuré dans ses démarches relatives tant à l'assurance maladie qu'à l'assurance incapacité de travail. Il intervient dans les dossiers contentieux. Il est donc (avec la mutualité dans son ensemble) le seul intervenant qui dispose d'une vue d'ensemble sur le dossier de l'assuré. Le médecin-conseil a par ailleurs besoin de cette vue d'ensemble afin de prendre de bonnes décisions.

M. Joos constate que la position délicate du médecin-conseil, coincé entre le marteau et l'enclume, a été largement mise en avant au cours des débats. Il souligne le caractère plus général de cette difficulté. Les mutualités poursuivent en tant qu'organisation à but social un double objectif. Elles ont pour mission d'ouvrir aux membres les droits dont ils bénéficient en vertu de l'assurance maladie-invalidité. Mais elles poursuivent par ailleurs un objectif qui relève de l'intérêt général, raison pour laquelle elles ont la faculté de sanctionner les membres, de refuser ou de retirer des droits.

M. Joos dément les propos de certains orateurs selon lesquels l'ANMC souhaiterait réécrire le statut légal des médecins-conseils. Il souligne l'importance, pour l'ANMC de garantir dans tous les cas l'indépendance du médecin-conseil. Les procédures internes en vigueur garantissent l'absence totale d'ingérence de la part de la direction administrative dans les décisions médicales. M. Joos estime cependant que le statut actuel est parfois utilisé afin de couvrir le fonctionnement *sub optimal* des services médicaux. C'est en ce sens et en ce sens seulement que l'ANMC souhaiterait voir moderniser certains aspects du statut.

II.— VRAGEN EN OPMERKINGEN VAN DE LEDEN

Mevrouw Valerie Van Peel (N-VA) stelt divergenties vast tussen de standpunten van verschillende sprekers.

Men mag volgens haar niet de fout begaan om uit te gaan van de situatie zoals die in het verleden is gegroeid. Bepaalde toestanden hebben thans geen zin meer, bijvoorbeeld voor de personen met een handicap, voor wie de ziekenfondsen geen enkele rol meer spelen: de beslissings- en controlebevoegdheid is in handen van de FOD Sociale Zekerheid en de ziekenfondsen worden alleen nog op de hoogte van de situatie gebracht. Men moet zich daarom buigen over de ontwikkelingen ter zake en zich afvragen welke taak eenieder in de huidige situatie nog te vervullen heeft, teneinde de taken zo logisch mogelijk over de verschillende actoren te spreiden.

Mevrouw Van Peel herinnert eraan dat het aantal door de ziekenfondsen vergoede arbeidsongeschiktheidsdagen wel degelijk een van de factoren is die in aanmerking komen voor het bepalen van het bedrag van de administratieve kosten waarop zij recht hebben; ook het Rekenhof heeft daar in een recent auditverslag op gewezen. Voor de spreekster is dat bovendien een belangrijke factor, aangezien het aantal vergoede dagen de jongste jaren stelselmatig toeneemt. Daarom valt te vrezen dat dit aspect spanningen zal veroorzaken. Volgens de spreekster hebben verscheidene gastsprekers dat bevestigd, onder meer de heer De Cock, die pleit voor het aanbrengen van een waarschuwingssysteem, of de heer Hepp. Men kan dus niet beweren dat de onafhankelijkheid van de adviserend-arts ten volle is gewaarborgd. Mevrouw Van Peel stelt een wezenlijk verschil vast tussen de onafhankelijkheid waarop een ambtenaar aanspraak maakt en die van een arts die bijvoorbeeld werkzaam is bij een verzekeringsmaatschappij. Men moet zich afvragen wat de beste te nemen beslissing is, en daarbij geen rekening houden met het verleden. Men moet opnieuw van een blanco blad vertrekken. Uiteraard vergen bepaalde hervormingen tijd, de reden waarom de spreekster heeft gekozen voor een voorstel van resolutie en niet voor een wetsvoorstel.

De spreekster stelt bij de verzekeringsinstellingen uiteenlopende meningen vast wat de posten betreft waarvoor budgettaire beperkingen moeten gelden; zo zijn sommigen voorstander van besparingen op de controlefunctie, maar anderen niet. Het is belangrijk dat de controle op de uitgaven en het vergoedingsbeleid tussen alle ziekenfondsen worden geharmoniseerd. Het tekort aan adviserend-artsen doet zich niet overal op dezelfde wijze voelen. In dat opzicht zou de oprichting van een

II. — QUESTIONS ET OBSERVATIONS DES MEMBRES

Mme Valérie Van Peel (N-VA) constate des divergences entre les points de vues de différents orateurs.

Pour l'oratrice il ne faut pas commettre l'erreur de prendre comme point de départ la situation telle qu'elle s'est historiquement développée. Certaines situations n'ont plus de sens aujourd'hui. Mme Van Peel cite le cas des personnes handicapées pour lesquelles les mutualités ne jouent plus aucun rôle: la compétence de décision et de contrôle appartient au SPF Sécurité sociale, et les mutualités ne sont plus qu'informées de la situation. Il convient dès lors de se pencher sur les évolutions qu'a connues la matière, et de s'interroger sur le rôle que chacun a à jouer dans la situation actuelle, afin de répartir les rôles de la façon la plus logique possible entre les différents intervenants.

Mme Van Peel rappelle que le nombre de jours d'incapacité de travail indemnisés par les mutualités constitue bien un des facteurs qui entrent en ligne de compte pour déterminer le montant des frais d'administration dont elles bénéficient. La Cour des Comptes l'a également mis en évidence dans un récent rapport d'audit. Il s'agit en outre pour l'oratrice d'un facteur important dans la mesure où le nombre de jours indemnisés a tendance à augmenter ces dernières années. L'on peut dès lors craindre que cet élément génère des tensions. Pour Mme Van Peel, plusieurs orateurs l'ont confirmé, notamment M. De Cock qui plaide pour la mise en place d'un système d'alerte, ou M. Hepp. L'on ne peut dès lors affirmer que l'indépendance des médecins-conseils est pleinement garantie. Mme Van Peel constate une différence fondamentale entre l'indépendance dont peut bénéficier un fonctionnaire, et celle d'un médecin employé par exemple par une compagnie d'assurance. Il convient de s'interroger sur la meilleure décision à prendre en faisant abstraction du passé. Il convient de repartir d'une feuille blanche. Il va de soi que certaines réformes exigent du temps; c'est la raison pour laquelle Mme Van Peel a opté pour une proposition de résolution et non pour une proposition de loi.

Elle constate qu'il existe des divergences entre les organismes assureurs sur les postes qui doivent faire l'objet de restrictions budgétaires; ainsi, certains prônent d'épargner sur la fonction de contrôle, d'autres pas. Il importe que le contrôle des dépenses et la politique des indemnités soient harmonisés entre toutes les mutualités. La pénurie de médecins-conseils ne se fait pas sentir de la même manière partout. A cet égard, la constitution d'un pool de médecins-conseils serait

pool van adviserend-artsen ook interessant zijn. De huidige spreiding van adviserend-artsen is niet langer de beste werkwijze.

De spreekster is ervan overtuigd dat de adviserend-artsen hun werk goed doen; dat blijkt uit het heel lage percentage wijzigingen van de oorspronkelijke beslissing bij een tweede controle. Sommige artsen hebben echter niet de mogelijkheid om voldoende controles te verrichten en aldus worden nog sommige vormen van fraude vastgesteld. Ware het ook niet wenselijk de artsen te controleren die op een niet-gerechtigde wijze ziekteverlofdagen voorschrijven? Men zou de adviserend-artsen met die controles kunnen belasten, maar dat is niet mogelijk aangezien ze afhankelijk zijn van de verzekeringsinstellingen. Mochten ze onder het RIZIV ressorteren, dan zouden ze dergelijke controles kunnen verrichten.

Mevrouw Van Peel zou graag nadere inlichtingen krijgen over de werkgroep die is opgericht om de rechtspositie van adviserend-arts bij een verzekeringsinstelling te onderzoeken: samenstelling, taken, vergaderfrequentie, concrete resultaten. Wat doen de ziekenfondsen met de "Staten-Generaal" (administratieve ondersteuning, krachtig informaticasysteem enzovoort)?

Welke initiatieven nemen de verzekeringsinstellingen om de adviserend-artsen te beschermen tegen de agressie waarvan zij het slachtoffer zijn?

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) stelt vast dat de diverse sprekers uiteenlopende meningen hebben; dat is echter het doel van een hoorzitting. Zij is verheugd dat de heer De Cock met cijfers aantoonde dat er niet echt veel interpretatieverschillen zijn tussen adviserend-artsen van de verschillende ziekenfondsen. Uit e-mails die de leden van de commissie hebben ontvangen, blijkt echter dat zulks niet overeenstemt met de realiteit in het veld. Kan de heer De Cock zijn analyse verduidelijken?

Mevrouw Dedry stelt tevens vast dat eenparig wordt gesteld dat de adviserend-artsen onafhankelijk moeten optreden. De beste waarborgen voor die onafhankelijkheid zijn volgens sommigen te vinden binnen het RIZIV, volgens anderen binnen de ziekenfondsen. Sommige sprekers hebben een lans gebroken voor samenwerking tussen ziekenfondsen binnen een agentschap.

De sprekers hebben aangegeven dat de modernisering van de functie van adviserend-arts niet alleen beter presterende informatica-instrumenten vereist, maar ook aandacht voor in het veld vastgestelde vraagstukken (burn-out enzovoort). Welke denksporen bewandelen de sprekers ter zake? Hoe kan die taak aantrekkelijker worden gemaakt?

également intéressante. La répartition actuelle des médecins-conseils n'est pas la plus opportune.

Mme Van Peel est convaincue que les médecins-conseils font bien leur travail; elle en veut pour preuve le très faible pourcentage de modification de la décision initiale en cas de second contrôle. Certains médecins n'ont toutefois pas la possibilité d'effectuer des contrôles suffisants et certaines fraudes sont encore constatées. Ne serait-il pas opportun également de contrôler les médecins qui prescrivent de manière injustifiée des jours de congé de maladie? Ces contrôles pourraient être dévolus aux médecins-conseils mais cela n'est pas possible dès lors qu'ils dépendent des organismes assureurs. S'ils dépendaient de l'INAMI, ils pourraient effectuer de tels contrôles.

Mme Van Peel souhaiterait obtenir des précisions sur le groupe de travail qui a été mis en place pour étudier le statut des médecins-conseils au sein des organismes assureurs: composition, missions, rythme des réunions, résultats concrets? Que font les mutualités avec les États-généraux (soutien administratif, système informatique performant ...)?

Quelles initiatives prennent les organismes assureurs pour protéger les médecins-conseils des agressions dont ils font l'objet?

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) constate que les opinions des différents intervenants divergent mais c'est bien là l'objectif d'une audition. Elle se réjouit des chiffres présentés par M. De Cock qui démontrent qu'il n'y a pas trop de différences d'interprétation entre médecins-conseils issus de différentes mutualités. Toutefois, il ressort des courriels reçus par les membres de la commission que ce n'est pas le cas sur le terrain. M. De Cock peut-il préciser son analyse?

Mme Dedry constate également qu'il y a unanimité pour dire que les médecins-conseils doivent être indépendants. Pour les uns, cette indépendance est la mieux garantie au sein de l'INAMI et pour les autres, au sein des mutualités. Certains intervenants ont plaidé pour une collaborations intermutualiste au sein d'une agence.

Les intervenants ont relevé que la modernisation de la fonction de médecin-conseil ne passe pas seulement par des outils informatiques plus performants mais aussi par la prise en compte des problèmes rencontrés sur le terrain (burn-out, ...). Quelles sont les pistes envisagées par les intervenants à cet égard? Comment rendre la fonction plus attractive?

Een deskundige heeft gesuggereerd om die taak te objectiveren. Zou die modernisering kunnen worden doorgevoerd via de oprichting van gemengde teams, waarin ziekenfondsen samenwerken en die daarnaast multidisciplinair zijn, bijvoorbeeld door een verhoging van het aantal verpleegkundigen ten opzichte van het aantal adviserend-artsen?

Zoals een spreker heeft gesuggereerd, meent mevrouw Dedry ten slotte dat het niet wenselijk zou zijn om een lijst op te stellen met taken die niet mogen worden gedelegeerd, want dat zou corporatistische reflexen kunnen uitlokken. Zij is het er echter mee eens dat de rol van de verpleegkundigen beter moet worden gedefinieerd.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) herinnert eraan dat in het raam van het Toekomstpact voor 31 maart 2018 een tussentijds verslag werd verwacht. Kan de heer De Cock de commissie ter zake informatie verstrekken? Een van de elementen in dat Toekomstpact was een voorstel tot hervorming van het statuut van de adviserend-arts. Hoe staat het daarmee?

Volgens mevrouw Fonck blijkt uit de hoorzittingen dat er zowel punten van overeenstemming als knelpunten bestaan. Zo erkennen alle sprekers de werklast van de adviserend-artsen, evenals de toename van hun opdrachten.

Mevrouw Fonck stelt de sprekers vervolgens vragen over hun meningsverschillen.

Zij meent dat het onmogelijk is om de onafhankelijkheid van de adviserend-artsen te waarborgen zonder hen een zekere autonomie te garanderen. Er moet echter worden vastgesteld dat zij niet volledig autonoom zijn, aangezien sommige medische afdelingen een administratieve controle op de adviserend-artsen uitoefenen. Sommige sprekers zouden de medische afdelingen willen integreren in de verzekeringsdienst.

De heer Joos heeft verklaard dat het statuut van adviserend-arts leidt tot een suboptimale benutting van de arts. Wat bedoelt hij daarmee? Kan hij enkele voorbeelden geven?

Een ander meningsverschil betreft de wijze waarop de beslissingen betreffende de patiënten worden genomen. Sommigen benadrukken de uiteenlopende zienswijzen tussen de adviserend-artsen en de ziekenfondsen. Men stelt regelmatig vast dat bij de zorgverstrekkers en de patiënten dezelfde indruk leeft. Het is weliswaar geruststellend dat de zienswijzen niet echt uiteenlopend zijn. Het zou interessant zijn die verschillen cijfermatig te kunnen illustreren, teneinde de aard van de verschillen tussen de adviserend-artsen of tussen de ziekenfondsen

Un expert a suggéré d'objectiver la fonction. Cette modernisation pourrait-elle passer par la création d'équipes mixtes, non seulement entre mutualités mais aussi de manière pluridisciplinaire, par exemple en augmentant le nombre d'infirmiers par rapport aux médecins-conseils?

Enfin, Mme Dedry estime, comme l'a suggéré un intervenant, qu'il ne serait pas opportun d'établir une liste des tâches que l'on ne peut déléguer, ce qui risquerait d'entraîner des réflexes corporatistes. Toutefois, elle soutient l'idée qu'il faut mieux définir le rôle des infirmiers.

Mme Catherine Fonck (cdH) rappelle qu'un rapport intermédiaire était attendu le 31 mars dans le cadre du Pacte d'avenir. M. De Cock pourrait-il informer la commission sur ce point? Une des étapes de ce Pacte était une proposition sur la réforme du statut du médecin-conseil. Qu'en est-il?

Mme Fonck relève des auditions qu'il existe des points de convergence mais également des blocages. Ainsi, tous les intervenants sont d'accord pour reconnaître la charge de travail des médecins-conseils et une augmentation de leurs missions.

Mme Fonck interroge ensuite les intervenants sur leurs points de divergence.

Elle est d'avis qu'il est impossible de garantir l'indépendance des médecins-conseils sans leur garantir une certaine autonomie. Or, force est de constater que leur autonomie n'est pas complète étant donné que certains départements médicaux exercent un contrôle administratif sur les médecins-conseils. Certains intervenants souhaiteraient intégrer les départements médicaux au sein du service d'assurance.

M. Joos a déclaré que le statut du médecin-conseil entraînait un fonctionnement sous-optimal du médecin. Qu'entend-il par là? Peut-il donner quelques exemples?

Un autre point de divergence est la manière avec laquelle les décisions sont prises pour les patients. D'aucuns soulignent les divergences entre les médecins-conseils et entre les mutuelles. Au niveau des soignants et des patients, on constate régulièrement le même ressenti. Certes, il est rassurant de constater que les chiffres relatifs aux divergences sont peu élevés. Il serait intéressant de pouvoir illustrer ces chiffres afin de faire apparaître la nature du différentiel entre les médecins-conseils ou entre les mutualités. Pour un

duidelijk te maken. Met betrekking tot patiënten met dezelfde sociale en medische situatie nemen de adviserend-artsen niet altijd dezelfde beslissingen; dat is problematisch.

Mevrouw Fonck herinnert eraan dat er een ziekenfondsoverschrijdende benadering bestaat op het vlak van tandzorg en inzake rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. Zij vraagt hoe dat systeem in de praktijk werkt, wat de meerwaarde ervan is, welke obstakels worden vastgesteld en hoe de relatie met de verzekeringsinstellingen op administratief vlak verloopt.

Tot slot verbaast het mevrouw Fonck dat langdurig werkonbekwame patiënten tijdens de eerste zes maanden van hun afwezigheid niet altijd door een adviserend-arts worden onderzocht. De zaken worden echter ingewikkelder naarmate de adviserend-arts later contact heeft met de patiënt.

Hoe kan een systeem worden ingesteld waardoor de patiënt veel vroeger zou kunnen worden onderzocht, opdat hij – eventueel deeltijds – opnieuw in het arbeidscircuit kan worden opgenomen?

Mevrouw Karin Jiroflée (sp.a) is verheugd over de teneur van de uiteenzettingen waarin wordt bevestigd dat de adviserend-artsen binnen de ziekenfondsen op de juiste plaats zitten. De door de heer De Cock vermelde cijfers tonen overigens aan dat die situatie hun onafhankelijkheid niet in de weg staat. De wijze waarop de patiënten worden begeleid, is het belangrijkste. Het blijkt eveneens dat de re-integratie van patiënten gemakkelijker verloopt, wanneer de adviserend-artsen binnen de ziekenfondsen werken, omdat alle spelers dan nauwe contacten onderhouden.

Mevrouw Jiroflée erkent echter dat – zoals enkele sprekers hebben benadrukt – nog kan worden gewerkt aan de kwaliteit van de patiëntenzorg en aan de beroepsvoldoening bij de adviserend-artsen.

De heer De Cock heeft gesproken over een versterking van de stimulansen voor een betere zorg. Kan hij concrete voorbeelden geven?

Sommige sprekers willen het beroep “adviserend-arts” aantrekkelijker maken. Hoe denken zij dat te doen?

De heer Hepp heeft benadrukt dat het nodig is na te denken over de jobinhoud. Wat bedoelt hij daarmee?

Mevrouw Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) vraagt zich af hoe een adviserend-arts opdrachten kan combineren

patient ayant une même situation sociale et médicale, les décisions des médecins-conseils ne sont pas toujours les mêmes et cela est problématique.

Mme Fonck rappelle qu’une approche inter-mutualiste existe au niveau dentaire ainsi qu’au niveau des maisons de repos (MR et MRS). Elle demande de quelle manière ce modèle fonctionne dans la pratique, quelle en est la plus-value, quelles sont les difficultés, quelle est l’articulation avec les organismes assureurs en ce qui concerne l’aspect administratif?

Enfin, Mme Fonck a été frappée de constater que les patients en incapacité de travail de longue durée ne sont pas toujours vus par un médecin-conseil pendant les six premiers mois de leur absence. Or, plus le médecin-conseil voit le patient tard, plus c’est compliqué.

Comment mettre en place un système permettant de voir le patient beaucoup plus tôt afin de permettre sa réintégration, même partielle?

Mme Karin Jiroflée (sp.a) se réjouit de la teneur des interventions qui confirment sa conviction selon laquelle les médecins-conseils ont toute leur place au sein des mutualités. Les chiffres avancés par M. De Cock démontrent d’ailleurs que cette situation ne contrecarre pas leur indépendance. La chose la plus importante est la manière dont les patients sont accompagnés. Il ressort également que la réintégration des patients est plus facile lorsque les médecins-conseils travaillent au sein des mutualités, en raison de la proximité de tous les acteurs.

Mme Jiroflée reconnaît cependant, comme l’ont d’ailleurs souligné certains intervenants, que la situation peut encore évoluer en vue d’améliorer la qualité des soins pour les patients ainsi que la satisfaction professionnelle des médecins-conseils.

M. De Cock a évoqué un renforcement des incitants pour la qualité des soins. Peut-il donner des exemples concrets?

Certains intervenants souhaitent renforcer l’attractivité de la profession de médecin-conseil. De quelle manière envisagent-ils de le faire?

M. Hepp a souligné la nécessité de réfléchir au contenu de la fonction. Qu’entend-il par là?

Mme Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) se demande de quelle manière un médecin-conseil parvient à combiner

die tegelijk betrekking hebben op controle, begeleiding en het opleggen van sancties. Hoe stelt die arts zich op ten aanzien van beleidslijnen die er bijvoorbeeld toe verplichten patiënten snel opnieuw op de werkvloer te krijgen? Hoe verhoudt hij zich ten aanzien van de patiënt, het ziekenfonds, het RIZIV en de werkgever? Dat moet een moeilijke positie zijn.

III. — ANTWOORDEN VAN DE GENODIGDEN

De heer Pierre Cools, adjunct-secretaris-generaal van het Nationaal Verbond van de Socialistische Mutualiteiten, herinnert eraan dat zijn ziekenfonds voor een geïntegreerde aanpak heeft gekozen – met een medische directie die op hetzelfde niveau staat als de administratieve directie –, teneinde zoveel mogelijk instrumenten en middelen ter beschikking van de adviserend-artsenteams te stellen. Opdat de consultatie bij de adviserend-arts goed zou verlopen, moeten administratieve teams de afspraken en de sociaalprofessionele voorgeschiedenis voorbereiden, en nagaan of de vereiste formulieren wel degelijk werden geregistreerd. Daartoe zijn krachtige informatica-instrumenten nodig, terwijl het budget beperkt is.

De indienstneming van voldoende adviserend-artsen vormt één van de belangrijkste bekommelingen van de ziekenfondsen; bezuinigen ten koste van die artsen daarentegen niet. Tegelijk proberen de ziekenfondsen een multidisciplinaire aanpak toe te passen door voldoende administratief, medisch en sociaal personeel in dienst te nemen.

Volgens het statuut van de adviserend-arts moet worden gewaarborgd dat die arts onafhankelijk beslissingen kan nemen. Er is geen sprake van dat de directie van de verzekeringsinstelling een adviserend-arts zou benaderen om één van zijn beslissingen te wijzigen. De statistieken tonen aan dat die onafhankelijkheid in de praktijk wel degelijk wordt toegepast.

Het werk van de adviserend-arts wordt vaak benaderd vanuit de controlefunctie. Die arts handelt echter in de eerste plaats in het raam van een fundamenteel onderdeel van de sociale zekerheid, namelijk de uitkeringen aan de zieken. Als de adviserend-artsen niet langer deel zouden uitmaken van de ziekenfondsen, hebben de leden niet langer waarborgen omtrent de behandelings- en uitbetalingstermijnen.

Vanwege de hoge werkdruk van de adviserend-artsen moeten sommige leden zes maanden wachten op een bezoek. Om die situatie te verhelpen, worden de leden die door de adviserend-arts moeten worden bezocht, uitgekozen op basis van nauwkeurigere informatie

des missions qui portent à la fois sur le contrôle, l'accompagnement et la sanction. De quelle manière parvient-il à se situer dans des politiques qui imposent par exemple, une réintégration rapide des patients sur le lieu du travail. Comment se situe-t-il entre le patient, la mutualité, l'INAMI et l'employeur? Ce contexte doit être difficile à vivre.

III. — RÉPONSES DES INVITÉS

M. Pierre Cools, secrétaire général adjoint, Union nationale des Mutualités socialistes, rappelle que si sa mutualité a choisi d'avoir une approche intégrée où la direction médicale est au même niveau que la direction administrative, c'est afin de pouvoir mettre en place un maximum d'outils et de moyens à disposition des équipes des médecins-conseils. Pour que la consultation d'un médecin-conseil se passe bien, il faut des équipes administratives qui préparent les rendez-vous et les anamnèses socio-professionnelles, qui vérifient si les formulaires nécessaires sont bien encodés. Il faut des outils informatiques performants tout en tenant compte d'un cadre budgétaire restreint.

Une des principales préoccupations des mutualités est de recruter des médecins-conseils en suffisance et non de faire des économies à leurs dépens. Parallèlement, elles essaient d'engager des équipes administratives, médicales et sociales suffisantes dans une logique de multidisciplinarité.

Le statut du médecin-conseil prévoit qu'il faut garantir l'indépendance de sa décision. Il n'est pas question que le management de l'organisme assureur intervienne auprès d'un médecin-conseil pour modifier une de ces décisions. Les chiffres montrent que cette indépendance est bien appliquée dans les faits.

La fonction du médecin-conseil est souvent abordée sous l'angle du contrôle. Toutefois, il intervient en premier lieu dans un processus fondamental de la sécurité sociale qui est l'indemnisation des malades. Si on sort les médecins-conseils du giron des mutualités, les délais de traitement et les délais de paiement des affiliés ne seront plus garantis.

Certains affiliés ne reçoivent la visite d'un médecin-conseil qu'après six mois en raison de la charge de travail de ces derniers. Afin de remédier à cette situation, on cible les affiliés que le médecin-conseil doit voir sur base d'informations plus précises sur la date de début

over de begin- en de einddatum van de periode van arbeidsongeschiktheid en over de aandoening waaraan ze lijden. Aldus kunnen de consultaties van de adviserend-artsen worden toegespitst op de moeilijke gevallen, zoals musculoskeletale of psychologische aandoeningen.

De heer Cools benadrukt de rol van de ziekenfondsen bij de omkadering en de ondersteuning van de activiteiten van de adviserend-artsen.

De heer Tom Joos, Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, deelt de analyse van de vorige spreker. Hoewel de regering de sector budgettaire beperkingen oplegt van ongeveer 120 miljoen euro over een periode van 5 jaar, zijn de Christelijke Mutualiteiten niet van plan extra te besparen op de adviserend-artsen. Er wordt integendeel overwogen om paramedische medewerkers en verpleegkundigen in te zetten om hen bij hun taak te assisteren. Zo kan het interessant zijn om bij een patiënt met een burn-out ook een beroep te doen op een psycholoog.

De controlerende taak van de adviserend-arts is ongetwijfeld belangrijk, maar wat de sociale zekerheid betreft, moet voorrang worden gegeven aan de legitieme rechten van de patiënten, meer bepaald het recht op gezondheidszorg en het recht op een uitkering bij arbeidsongeschiktheid indien ze aan de voorwaarden daartoe voldoen. In dat proces wordt de onafhankelijkheid van de adviserend-arts gewaarborgd door zijn statuut.

Zolang een lid recht heeft op gewaarborgd loon, wordt hij door geen enkele adviserend-arts opgeroepen, aangezien dat lid op dat moment nog geen recht heeft op een uitkering ten laste van de sociale zekerheid. Toch lijkt het logisch dat bij een patiënt bij wie net kanker werd vastgesteld, de adviserend-arts zich in de eerste plaats toelegt op de genezing van de patiënt en dat hij hem bijgevolg in de eerste zes maanden niet oproept met het oog op zijn terugkeer naar de werkvloer; het lijkt even logisch dat iemand met mentale problemen al in de eerste week van arbeidsongeschiktheid wordt opgeroepen. Op basis van criteria met betrekking tot de aandoening bepaalt het medisch beleid binnen welke termijnen de patiënten moeten worden opgeroepen.

De heer Jean-Pierre Bronckaers (Landsbond van Liberale Mutualiteiten) wenst eerst in te gaan op de vraag over de oproeptermijnen. Eén van de taken van de adviserend-arts is de begeleiding van de patiënt naar re-integratie. Hoewel er goede redenen kunnen zijn waarom een patiënt niet binnen de zes maanden kan worden gezien, is een late oproep in het algemeen niet gunstig voor de patiënt. De arts en zijn team moeten vroeg kunnen inschatten wat de mogelijkheden van een

et de fin de l'incapacité de travail et sur la pathologie dont souffrent les affiliés. Cela permet de concentrer les consultations des médecins-conseils sur les cas difficiles comme les troubles musculo-squelettiques ou psychologiques.

M. Cools insiste sur le rôle des mutualités dans l'encadrement et le soutien aux activités des médecins-conseils.

M. Tom Joos, Alliance nationale des Mutualités chrétiennes, partage l'analyse de l'orateur précédent. Bien que le gouvernement impose des restrictions budgétaires au secteur de l'ordre de 120 millions d'euros en 5 ans, les mutualités chrétiennes n'envisagent pas de réaliser des économies supplémentaires aux dépens des médecins-conseils. Au contraire, il est envisagé de les aider dans leur fonction par le biais de collaborateurs paramédicaux et d'infirmiers. Ainsi, si un patient souffre d'un burn-out, il peut être intéressant de faire aussi appel à un psychologue.

Si la fonction de contrôle des médecins-conseils est certes importante, en matière de sécurité sociale, la priorité doit être accordée à l'octroi de droits légitimes aux patients, à savoir le droit aux soins de santé et le droit à des indemnités pour incapacité de travail lorsqu'ils répondent aux conditions d'octroi. Dans ce processus, l'indépendance du médecin-conseil est garantie par son statut.

Pendant la période du salaire garanti, aucun médecin-conseil ne convoque un affilié étant donné qu'il n'a encore aucun droit en matière de sécurité sociale. Toutefois, il semble logique que face à un patient chez qui on vient de diagnostiquer un cancer, la priorité du médecin-conseil soit la guérison de ce patient et que dès lors il ne le convoque pas pendant les six premiers mois en vue de sa réintégration. Il semble tout aussi logique qu'une personne souffrant de troubles de santé mentale soit appelée dès la première semaine d'incapacité de travail. La politique médicale détermine les délais de convocation adéquats en fonction de critères liés à des pathologies.

M. Jean-Pierre Bronckaers (Union Nationale des Mutualités Libérales) souhaite aborder en premier lieu la question des délais de convocation. Une des tâches du médecin-conseil est d'accompagner le patient dans son trajet de réinsertion. Bien qu'il puisse exister de bonnes raisons pour lesquelles un patient ne peut être examiné dans un délai de six mois, une convocation tardive n'est généralement pas une bonne chose pour le patient. Le médecin et son équipe doivent pouvoir estimer, à

arbeidsongeschikte persoon zijn en op welke manier hij naar werk kan worden begeleid. De wetgever vraagt om in die context een “quick scan” te doen, door middel van een vragenlijst.

De vragenlijst zou het mogelijk moeten maken om een risicopopulatie te definiëren die zonder de vroegtijdige interventie van de adviserend-arts en zijn team blijvend ongeschikt kan blijven. Voor deze groep zijn er na het verstrijken van de eerste zes maanden al heel wat kansen tot herstel verloren. De ziekenfondsen proberen er alles aan te doen om vroegtijdig contact te hebben met de verzekerde, desnoods op schriftelijke wijze.

Het is belangrijk om vroeg tussen te komen, omdat het perspectief van een patiënt in de loop van de periode van arbeidsongeschiktheid verandert. In het begin van de arbeidsongeschiktheid staat het medische element meestal op de voorgrond. Maar naarmate de tijd verstrijkt, komen andere elementen, bijvoorbeeld op het vlak van de relatie en het werk, meer op de voorgrond. Die factoren maken het dan steeds moeilijker om naar het werk terug te keren. Daarom moet er een inspanning worden geleverd om die factoren aan te pakken, binnen een uitgebalanceerd team. Afhankelijk van het ziekenfonds maken psychologen, ergotherapeuten of verpleegkundigen deel uit van de medische teams. De spreker tracht de ziekenfondsen te stimuleren om evenwichtige teams samen te stellen. De oproep moet ook niet altijd door een adviserend-arts worden gedaan. De patiënt kan eventueel worden opgeroepen door een ander teamlid.

Voor de adviserend-artsen is het moeilijk om te gaan met de koninklijke besluiten betreffende re-integratie van de minister van Volksgezondheid en de minister van Werk. Die twee koninklijke besluiten zouden op elkaar afgestemd moeten zijn, maar zijn dat niet volledig. Door het bestaan van die twee koninklijke besluiten heeft een adviserend-arts, wanneer hij een verzekerde doorverwijst naar een bedrijfsarts, het gevoel dat hij de controle over de arbeidsongeschiktheid verliest. Die twee wetgevingen zouden snel moeten worden geëvalueerd en zouden beter op elkaar afgestemd moeten worden.

Er werd een vraag gesteld over de controle op de rustoorden of woon- en zorgcentra. De spreker meldt dat dit een naar de deelstaten overgedragen materie is. De gevolgde werkwijze is echter dezelfde gebleven. Er is een nationaal college van adviserend-artsen binnen het RIZIV, dat samengesteld is uit vertegenwoordigers van de verschillende landsbonden en een vertegenwoordiger van de Dienst Geneeskundige evaluatie en controle. Binnen dat college worden, op basis van

un stade précoce, quelles sont les possibilités d'une personne en incapacité de travail et comment on peut l'accompagner dans la perspective d'une reprise du travail. Dans ce contexte, le législateur demande de procéder à un “quick scan” au moyen d'un questionnaire.

Ce questionnaire devrait permettre de définir une catégorie de personnes à risques qui, sans l'intervention précoce du médecin-conseil et de son équipe, pourraient rester en incapacité de travail permanente. Pour cette catégorie de personnes, bon nombre de chances de rétablissement auront déjà été gâchées au bout des six premiers mois. Les mutualités font le maximum pour contacter rapidement l'assuré, par écrit si nécessaire.

Il est important d'intervenir à un stade précoce, car le point de vue d'un patient change au cours de sa période d'incapacité de travail. Au début de cette période, l'aspect médical se situe généralement à l'avant-plan. Mais à mesure que le temps passe, d'autres aspects, liés notamment aux relations et au travail, prennent davantage d'importance. Ces éléments font en sorte qu'il est de plus en plus difficile pour le patient de reprendre le travail. C'est la raison pour laquelle il faut s'efforcer de gérer ces éléments au sein d'une équipe équilibrée. Selon les mutualités, les équipes médicales comprennent des psychologues, des ergothérapeutes ou du personnel infirmier. L'orateur essaie d'inciter les mutualités à constituer des équipes équilibrées. La convocation ne doit d'ailleurs pas toujours émaner d'un médecin-conseil. Le patient peut éventuellement être convoqué par un autre membre de l'équipe.

Les médecins-conseils éprouvent des difficultés en ce qui concerne l'application des arrêtés royaux relatifs à la réintégration pris par la ministre de la Santé publique et le ministre de l'Emploi. Ces deux arrêtés royaux devraient être harmonisés, mais ils ne le sont pas entièrement. En raison de l'existence de ces deux arrêtés royaux, un médecin-conseil a l'impression de perdre le contrôle sur l'incapacité de travail lorsqu'il renvoie un assuré à un médecin du travail. Ces deux législations devraient rapidement faire l'objet d'une évaluation et leur harmonisation devrait être améliorée.

Une question a été posée en ce qui concerne le contrôle des maisons de repos ou des centres d'hébergement et de soins. L'orateur signale que cette matière a été transférée aux entités fédérées. La manière de procéder est toutefois restée identique. Il existe un collège national des médecins-conseils au sein de l'INAMI, qui est constitué de représentants des différentes unions nationales et d'un représentant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux. Ce collège sélectionne, sur la

statistische methodes, rustoorden geselecteerd die onderzocht moeten worden. Een ploeg bestaande uit een adviserend-arts die de leiding neemt en andere adviserend-artsen of verpleegkundigen begeven zich ter plaatse en evalueren er de Katz-schaal. Het nationaal college neemt vervolgens een beslissing en maakt die over aan de verschillende landsbonden, die de beslissing uitvoeren.

Vlaanderen heeft reeds een model uitgetekend. De controle van de rustoorden wordt er toegewezen aan de zorgkassen. In de praktijk zal de controle worden uitgevoerd door de zorgkassencommissie, die ploegen zal samenstellen bestaande uit adviserend-artsen en paramedici.

In het tweede domein, namelijk dat van de mobiliteitshulpmiddelen, zal de bevoegdheid voor sommige hulpmiddelen, zoals de gewone rolstoelen en de modulaire rolstoelen, worden overgedragen aan de ergotherapeuten en kinesitherapeuten. Voor meer complexe rolstoelen zal er een multidisciplinair onderzoek gebeuren, waarna de adviserend-arts een beslissing zal nemen.

Voor de revalidatiecentra denkt men aan een eerder instellingsgebonden controle, waarbij psychologen ook taken krijgen.

Tot slot wenst de spreker nog in te gaan op de opmerking van mevrouw Fonck over de verschillen tussen de beslissingen naargelang de mutualiteit of naargelang de adviserend-arts. De spreker bevestigt dat er een variabiliteit bestaat in de beslissingen van adviserend-artsen. Hij is van mening dat die variabiliteit zo sterk mogelijk verminderd moet worden. Uit internationaal onderzoek blijkt ook dat gestandaardiseerde evaluatieprocedures tot betere resultaten leiden. De Hoge commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit heeft daarom een aantal richtlijnen goedgekeurd om adviserend-artsen te begeleiden in hun besluitvorming.

De heer Rodolphe Liagre gaat in op de vraag over de vordering van de werkgroepen. De spreker heeft de indruk dat de intermutualistische werkgroep met betrekking tot as 4 van het Toekomstpact traag vordert. De adviserend-artsen werden in de zomer van 2017 eenmaal in de werkgroep gehoord, om het standpunt van de Staten-Generaal toe te lichten. Men heeft toen nota van dat standpunt genomen, maar verder geen feedback gegeven.

Er werd herhaaldelijk gesproken over teams van artsen en paramedici. Zoals de vorige spreker reeds aangaf, wordt het medische team dus niet enkel aangevuld

base de méthodes statistiques, les maisons de repos qui seront contrôlées. Une équipe menée par un médecin-conseil et comprenant d'autres médecins-conseils ou infirmiers se rend sur place et évalue l'application de l'échelle de Katz. Le collège national prend ensuite une décision qu'il transmet aux différentes unions nationales, qui exécutent les décisions.

La Flandre a déjà élaboré un modèle. Le contrôle des maisons de repos y est confié aux caisses d'assurance soins. En pratique, le contrôle sera effectué par la commission des caisses d'assurance soins, qui formera des équipes constituées de médecins-conseils et de titulaires de professions paramédicales.

Dans le second domaine, à savoir celui des aides à la mobilité, la compétence relative à certains dispositifs, comme les voiturettes ordinaires et modulaires, est transférée aux ergothérapeutes et aux kinésithérapeutes. Les voiturettes plus complexes feront l'objet d'une étude multidisciplinaire, à l'issue de laquelle le médecin-conseil prendra une décision.

En ce qui concerne les centres de revalidation, on songe plutôt à un contrôle spécifique à chaque institution, auquel seront aussi associés des psychologues.

Enfin, l'orateur souhaite encore commenter l'observation de Mme Fonck concernant les différences entre les décisions prises en fonction de la mutualité ou du médecin-conseil. L'orateur confirme que les décisions prises par les médecins-conseils peuvent être de nature variable. Il estime que cette variabilité doit être évitée autant que possible. Il ressort également d'une étude internationale que les procédures d'évaluation standardisées donnent de meilleurs résultats. C'est pourquoi la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité a approuvé une série de directives en vue d'accompagner les médecins-conseils dans leur processus décisionnel.

M. Rodolphe Liagre aborde la question des progrès réalisés par les groupes de travail. L'orateur a l'impression que le groupe de travail intermutualiste ne progresse que très lentement concernant l'axe 4 du Pacte d'avenir. Les médecins-conseils n'ont été auditionnés par le groupe de travail qu'à une seule reprise à l'été 2017 dans le but d'expliquer le point de vue des États généraux. Il a été pris note de ce point de vue, mais ils n'ont jamais reçu de retour à cet égard.

On a beaucoup parlé d'équipes composées de médecins et de paramédicaux. Comme l'a déjà indiqué l'orateur précédent, il n'y a donc pas que des infirmiers

door verpleegkundigen, maar ook door ergotherapeuten, kinesitherapeuten en psychologen. Het vroegtijdig oproepen in geval van psychische aandoeningen zoals burn-out en depressie gebeurt zo mogelijk door iemand die daarvoor is opgeleid, namelijk een psycholoog. Die heeft de taak om een eerste aanzet tot de behandeling en re-integratie te geven en voor de adviserend-arts een beeld te schetsen van de psychologische toestand van de patiënt.

In de tekst van de heer De Raeve staat dat een intermutualistische bevraging aantoonde dat de overgrote meerderheid van de adviserend-artsen binnen hun eigen organisatie wil blijven. De heer Liagre denkt dat dit niet helemaal correct is. Tijdens de eerder genoemde Staten-Generaal is deze vraag ook ter sprake gekomen, maar werd er geen consensus bereikt.

Er werden vragen gesteld over het spanningsveld tussen de verschillende taken van de adviserend-arts, namelijk begeleiding, controle en sanctioneren. De spreker stelt tot zijn opluchting vast dat er een evolutie is in de richting van adviserend-arts. Het adviserende aspect wordt steeds belangrijker. De artsen treden dan ook in eerste instantie niet op als "controlearts". Pas als de arts vaststelt dat er misbruiken zijn, worden de controlerende en sanctionerende functie belangrijker. De artsen wensen echter niet vanuit die insteek te vertrekken. Dat laatste is vaak een verrassing voor patiënten, die verwachten met een sanctie naar buiten te gaan, maar met een advies uit de wachtkamer terugkomen.

De heer Bernard Hepp wenst in te gaan op de vragen over de jobinhoud van de adviserend-arts en de aantrekkelijkheid van het beroep. In de eerste plaats moet men volgens de spreker beseffen dat de terugbetaling van de gezondheidszorg bij arbeidsongeschiktheid gebeurt in de context van een hoogtechnologische en dure geneeskunde en dat het nodig is dat iemand met medische kennis over die terugbetalingen oordeelt. Het lijkt de spreker goed dat een adviserend-arts op regelmatige basis de dossiers waarin een bepaald bedrag wordt overschreden zou doornemen. Daarnaast zou er ook een adviserend-arts per ziekenhuis kunnen worden aangesteld, die de verschillende afdelingen en dossiers bestudeert. Deze suggesties zou men kunnen meenemen in een breed overleg over de jobinhoud en het takenpakket van de adviserend-arts, zonder dat men helemaal vanaf een wit blad opnieuw zou moeten beginnen. Om de Belgische gezondheidszorg betaalbaar te houden, is het immers nodig om verstandig om te gaan met het beschikbare budget en om bepaalde uitgaven in vraag te stellen. Het gaat dan zeker niet alleen om

qui s'ajoutent à l'équipe médicale, mais également des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes et des psychologues. Dans le cas de troubles psychiques, tels que le burn-out et la dépression, il est préférable que la convocation à un stade précoce émane de quelqu'un qui a été formé à ces troubles, c'est-à-dire d'un psychologue. Il a pour mission de mettre au point un premier traitement et d'amorcer la réintégration, ainsi que de brosser le tableau de l'état psychologique du patient à l'intention du médecin-conseil.

Selon le texte de M. De Raeve, une enquête intermutualiste a montré que l'immense majorité des médecins-conseils souhaitaient rester au sein de leur organisation. M. Liagre estime que ce n'est pas tout à fait correct. Lors des États généraux, dont il a été fait mention plus tôt, cette question a également été évoquée, mais aucun consensus n'a été atteint.

Des questions ont été posées au sujet de la tension entre les différentes missions des médecins-conseils, notamment l'accompagnement, le contrôle et l'imposition de sanctions. L'orateur constate à son grand soulagement que la situation évolue dans le sens des médecins-conseils. L'aspect "conseil" gagne en importance. Les médecins n'endossent dès lors plus en premier lieu le rôle de "médecins-contrôleurs". Ce n'est que lorsque le médecin constate des abus que ses fonctions de contrôleur et de sanctionnateur gagnent en importance. Toutefois, les médecins ne souhaitent pas partir de cette idée. Celle-ci est souvent une surprise pour les patients, qui s'attendent à sortir du cabinet avec une sanction, mais qui en sortent finalement avec un avis.

M. Bernard Hepp souhaite réagir aux questions relatives au contenu de la fonction de médecin-conseil et à l'attractivité de la profession. L'orateur pense que l'on doit en premier lieu prendre conscience que les remboursements des soins de santé en cas d'incapacité de travail se font dans le contexte d'une médecine coûteuse et de haute technologie, et qu'il est nécessaire que ces remboursements fassent l'objet d'une évaluation par une personne qui possède des connaissances médicales. Il semble judicieux, aux yeux de l'orateur, qu'un médecin-conseil passe régulièrement en revue les dossiers portant sur plus d'un certain montant. Par ailleurs, on pourrait également affecter à chaque hôpital un médecin-conseil qui examine les différents dossiers et les différentes sections. On pourrait examiner ces suggestions dans le cadre d'une large concertation sur le contenu de la fonction de médecin-conseil et sur l'ensemble de ses tâches, sans devoir tout recommencer à partir d'une page blanche. Pour garantir la viabilité financière des soins de santé belges, il est en effet nécessaire de gérer intelligemment le budget disponible

het opsporen van fraude, maar ook om het opsporen van overgebruik.

De heer Jacques Boly heeft veel persoonlijke ervaring met het verzoenen van de verschillende rollen die een adviserend-arts moet opnemen. Volgens de spreker is die verzoening zeker mogelijk: de houding van een adviserend-arts is die van de “goede huisvader” die veel empathie en begrip toont voor zijn patiënten, maar af en toe ook grenzen moet aangeven. Het is echter zeer moeilijk om al die verschillende zaken te doen in een kwartier tijd. Het is ook niet mogelijk om die band van een goede huisvader op te bouwen in slechts één contactmoment. Men moet aan de patiënt de tijd geven om de boodschap die hij van de arts krijgt te verwerken, om er dan later terug met de arts over te spreken.

De integratie van de adviserend-arts in een medisch team met paramedici of verpleegkundigen is volgens de spreker zeker mogelijk, maar paramedici en verpleegkundigen kunnen een team enkel verrijken en kunnen de adviserend-arts niet vervangen. De spreker zou niet willen dat de leden aan deze hoorzitting een te rooskleurig beeld van de huidige situatie overhouden. Er is wel degelijk een crisis gaande in het domein van de arbeidsongeschiktheid, voornamelijk omwille van een personeelstekort. Dat personeelstekort kan niet worden opgevangen door paramedici. Het probleem van het lage aantal adviserend-artsen moet dringend worden aangepakt, in de eerste plaats via een betere organisatie, die het de artsen mogelijk maakt om zich te concentreren op medische taken in plaats van op administratieve taken.

De heer Jo De Cock (RIZIV) is van mening dat het landschap van de adviserende geneeskunde gewijzigd is omwille van drie factoren. Ten eerste legt de *boom* in arbeidsongeschikt een zware druk op de medische teams. Ten tweede is er een capaciteitsprobleem en een probleem met de aantrekkelijkheid van het beroep. Ten derde noemt de spreker de informatisering van de gezondheidszorg. Deze drie elementen zijn de factoren die tijdens bevragingen van het werkterein steeds terugkomen.

Er werd een stand van zaken van de werkgroepen gevraagd. De spreker geeft aan dat een werkgroep onder leiding van dr. Hepp in juli 2017 een grondige analyse van het werkterein maakte. De resultaten daarvan worden momenteel bestudeerd. Het governance-model dat de spreker in april zal voorstellen zal dan gaan over het tot stand brengen binnen het ziekenfonds van een medische directie, met eigen doelstellingen.

et de remettre en question certaines dépenses. Il ne s'agit donc certainement pas seulement de détecter les cas de fraude, mais aussi de détecter les cas de surconsommation.

M. Jacques Boly a une grande expérience personnelle en matière de conciliation des différents rôles que doit jouer un médecin-conseil. L'orateur pense que cette conciliation est parfaitement possible: un médecin-conseil se comporte comme un “bon père de famille” qui fait preuve de beaucoup d'empathie et de compréhension envers ses patients, mais qui doit parfois également fixer des limites. Il est cependant très difficile d'effectuer toutes ces tâches en un quart d'heure. Il est également impossible de tisser ce lien de bon père de famille en une seule prise de contact. Il faut donner au patient le temps d'assimiler le message qu'il reçoit du médecin pour qu'il lui en reparle plus tard.

L'orateur pense qu'il est parfaitement possible qu'un médecin-conseil s'intègre au sein d'une équipe constituée d'auxiliaires paramédicaux et d'infirmiers. Cela dit, ces derniers peuvent certainement enrichir l'équipe, mais ne peuvent pas remplacer le médecin-conseil. L'orateur ne souhaiterait pas que les membres présents à cette audition gardent une image trop optimiste de la situation actuelle. Le domaine de l'incapacité de travail est bel et bien en crise, principalement à cause d'un manque de personnel, lequel ne peut pas être compensé par les auxiliaires paramédicaux. Il faut s'attaquer d'urgence au problème du faible nombre de médecins-conseils, en premier lieu par le biais d'une meilleure organisation qui permette aux médecins de se concentrer sur les tâches médicales plutôt que sur les tâches administratives.

M. Jo De Cock (INAMI) estime que le travail du médecin-conseil a changé en raison de trois facteurs. Tout d'abord, l'explosion observée en matière d'incapacité de travail met les équipes médicales à rude épreuve. Deuxièmement, il y a un problème de capacité et un problème d'attractivité de la profession. Troisièmement, l'orateur évoque l'informatisation des soins de santé. Ces trois éléments sont les facteurs systématiquement évoqués au cours des enquêtes sur le terrain.

Un état d'avancement des activités des groupes de travail a été demandé. L'orateur indique qu'un groupe de travail dirigé par le docteur Hepp a effectué une analyse approfondie du terrain en juillet 2017. Ses résultats sont actuellement à l'étude. Le modèle de gouvernance que l'orateur proposera en avril portera dès lors sur la création d'une direction médicale au sein de la mutualité qui aura ses propres objectifs.

Verder denkt de spreker dat een intermutualistische samenwerking zeker mogelijk is voor een aantal zaken, bijvoorbeeld voor audits van ziekenhuizen.

Over de fraudezaak in Limburg kan de spreker enkel zeggen dat er sprake was van massieve valsheid in geschrifte door experten-geneesheren. Zij hebben reeds een sanctie gekregen. Bovendien worden er in de zaak nu ook een aantal arbeidsongeschikte personen opgeroepen om te controleren of zij werkelijk arbeidsongeschikt zijn.

Er werd opgemerkt dat de door de spreker voorgestelde cijfers, die aantonen dat er geen grote verschillen tussen de mutualiteiten zijn met betrekking tot het stopzetten van de primaire arbeidsongeschiktheid, niet overeenkomen met de heersende perceptie. De spreker doet dezelfde vaststelling. Ook hij krijgt regelmatig berichten en klachten over mensen die een uitkering krijgen, terwijl een andere persoon die zich in dezelfde situatie lijkt te bevinden geen uitkering krijgt. De spreker maant aan tot voorzichtigheid. Men kan immers niet altijd aan de buitenkant zien welk gezondheidsprobleem een persoon heeft. Over de adviserend-artsen krijgt de spreker dan weer heel weinig klachten.

Een lid vroeg of het feit dat een medische directie een administratieve supervisie boven zich heeft, niet ingaat tegen de onafhankelijkheid van de adviserend-arts. De spreker antwoordt dat hij, om de autonomie van de adviserend-arts te garanderen, pleit voor een *governance* door een medische directie waarbij de taken van alle actoren duidelijk worden gedefinieerd. Men mag adviserend-artsen ook niet beschouwen als solisten of als kleine zelfstandigen binnen een organisatie. Het is beter om te spreken over een medische directie binnen een ziekenfonds, met een medisch beleid met gedefinieerde doelstellingen, die op basis van duidelijke richtlijnen werkt. Binnen die organisatie heeft de adviserend-arts een functionele onafhankelijkheid.

De heer Pierre Cools (Landsbond van de Socialistische Mutualiteiten) gaat in op dezelfde vraag en verduidelijkt dat binnen de Socialistische Mutualiteiten de medische directie niet onder de administratieve directie staat. Bovendien legt de spreker uit dat het model met de administratieve directie is ingevoerd om het de medische directie mogelijk te maken vlot te functioneren. Op deze manier worden de arts en onder andere ondersteund op het vlak van informatica en administratie. Het doel is dus om de onafhankelijkheid van beslissing van de adviserend-arts te garanderen, en tegelijk de arts goed te kunnen ondersteunen.

De plus, l'orateur estime qu'une collaboration entre les mutualités est certainement possible pour certaines choses, par exemple pour les audits des hôpitaux.

En ce qui concerne le cas de fraude dans le Limbourg, l'orateur ne peut rien dire d'autre que des médecins experts ont commis des faux en écriture à grande échelle. Ils ont déjà été sanctionnés. En outre, dans cette affaire, plusieurs personnes en incapacité de travail ont été convoquées afin de vérifier si elles sont bien incapables de travailler.

Il a été observé que les chiffres proposés par l'orateur, qui indiquent qu'il n'y a pas de différences majeures entre les mutuelles en ce qui concerne la cessation de l'incapacité de travail primaire, ne correspondent pas à la perception dominante. L'orateur fait le même constat. Lui aussi reçoit régulièrement des messages et des plaintes au sujet de personnes qui bénéficient d'une allocation tandis qu'une autre personne qui semble se trouver dans la même situation n'en reçoit pas. L'orateur appelle à la prudence. En effet, il n'est pas toujours possible de d'identifier de l'extérieur le problème de santé du patient. En revanche, l'orateur reçoit très peu de plaintes au sujet des médecins-conseils.

Un membre demande si le fait que la direction médicale soit placée sous une supervision administrative n'interfère pas avec l'indépendance du médecin-conseil. L'orateur répond que, pour garantir l'autonomie du médecin-conseil, il plaide en faveur d'une gouvernance assurée par une direction médicale dans le cadre de laquelle les tâches de tous les acteurs seraient clairement définies. Les médecins-conseils ne devraient pas non plus être considérés comme des personnes isolées ou de petits travailleurs indépendants dans l'organisation. Il vaut mieux parler d'une direction médicale établie au sein de la mutualité qui mène une politique médicale assortie d'objectifs définis, fondés sur des lignes directrices claires. Au sein de cette organisation, le médecin-conseil jouit d'une indépendance fonctionnelle.

M. Pierre Cools (Union nationale des mutualités socialistes) revient sur la même question et précise qu'au sein des Mutualités socialistes, la direction médicale ne se trouve pas sous la direction administrative. L'orateur explique en outre que le modèle comprenant la direction administrative a été instauré afin de permettre à la direction médicale de mieux fonctionner. C'était une manière de faire en sorte que les médecins soient notamment soutenus sur le plan de l'informatique et de l'administration. L'objectif est donc de garantir l'indépendance de la décision du médecin-conseil, mais aussi de pouvoir soutenir adéquatement les médecins.

De heer Jacques Boly sluit zich aan bij de vorige spreker. Hij is van mening dat adviserend-artsen enkel efficiënt kunnen werken indien zij een goede administratieve omkadering krijgen. Over die administratieve omkadering en over de tools die daarvoor worden gebruikt, moet de administratieve directie wel het laatste woord hebben. Indien de adviserend-arts zich daar ook nog mee moet bezig houden, zal hij zelfs geen tijd meer hebben om zijn patiënten te zien. Men kan dus niet spreken van onafhankelijkheid, zonder rekening te houden met de noodzaak aan een administratieve omkadering.

De heer Tom Joos (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten) denkt dat men eerder moet spreken van een samenwerking tussen medische directie en administratieve directie, in plaats van te spreken over “aansturing” en “hiërarchie”.

Verder wenst de spreker terug te komen op de *framing* van arbeidsongeschiktheid. Het is inderdaad zo dat er verontwaardiging kan ontstaan wanneer mensen vaststellen dat personen in de omgeving een ongeschiktheidsuitkering ontvangen, terwijl zij toch een actief leven leiden. Men mag echter niet vergeten dat arbeidsongeschiktheid betekent dat men ongeschikt is om te werken, niet ongeschikt om te leven. Het is dus zeer goed mogelijk dat iemand die arbeidsongeschikt is, op vakantie vertrekt of vaak buitenshuis is. Meer nog, die activiteiten zijn misschien net wat die persoon nodig heeft voor zijn herstel.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) wenst te verduidelijken dat haar vraag ging over patiënten die zich in een gelijkaardige situatie bevinden, maar waarvoor verschillende beslissingen worden genomen, door verschillende mutualiteiten. Dat soort verschillen roepen vragen op.

De spreekster denkt dat het daarom belangrijk is dat er meer intersectioneel wordt gewerkt tussen adviserend-artsen, zodat zij op een meer uniforme wijze beslissingen nemen.

De heer Jo De Cock (RIZIV) is het daarmee eens. Hij wil ook dat er duidelijker wordt gecommuniceerd en dat er een betere rapportering komt van de door de artsen genomen beslissingen. Op het vlak van transparantie is er volgens de spreker nog werk aan de winkel.

De voorzitter-rapporteur,

Anne DEDRY

M. Jacques Boly souscrit aux propos de l'orateur précédent. Il estime que les médecins-conseils ne peuvent fonctionner efficacement que s'ils bénéficient d'un bon encadrement administratif. La direction administrative doit toutefois avoir le dernier mot sur cet encadrement administratif et sur les outils utilisés aux fins de cet encadrement. Si le médecin-conseil doit également s'occuper de cela, il n'aura même plus le temps de voir ses patients. On ne peut donc parler d'indépendance sans tenir compte de la nécessité d'un encadrement administratif.

M. Tom Joos (Alliance nationale des mutualités chrétiennes) estime qu'il vaudrait mieux parler de collaboration entre les directions médicale et administrative, plutôt que de “pilotage” et de “hiérarchie”.

L'orateur souhaite par ailleurs revenir sur l'image parfois caricaturale de l'incapacité de travail. On peut comprendre que des gens s'indignent lorsqu'ils constatent que des personnes de leur entourage perçoivent une indemnité d'incapacité alors qu'elles mènent par ailleurs une vie active. Mais il ne faut pas oublier qu'une incapacité de travail ne signifie pas que la personne concernée aurait une “incapacité à vivre”. Il est donc tout à fait possible qu'une personne en incapacité de travail parte en vacances ou qu'elle ne soit souvent pas chez elle. Ces activités sont même peut-être précisément ce dont cette personne a besoin pour son rétablissement.

Mme Catherine Fonck (cdH) souhaite préciser que sa question portait sur des patients qui se trouvent dans une situation similaire mais qui sont soumis à des décisions différentes en fonction de la mutualité. Ce genre de traitement différencié pose question.

L'intervenante estime qu'il est dès lors important que les médecins-conseils travaillent davantage au niveau intersectionnel, de manière à arriver à des décisions plus uniformes.

M. Jo De Cock (INAMI) souscrit à ce point de vue. Il voudrait également que la communication soit plus claire et que les décisions prises par les médecins fassent l'objet d'un meilleur rapportage. Sur le plan de la transparence, l'orateur estime qu'il y a encore du pain sur la planche.

La présidente-rapporteuse,

Anne DEDRY