

BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

8 maart 2018

**WETSONTWERP**

**tot wijziging van de artikelen 2 en 9ter van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn**

VERSLAG VAN DE TWEEDE LEZING

NAMENS DE COMMISSIE  
VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU  
EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING  
UITGEBRACHT DOOR  
DE HEER **Benoît PIEDBOEUF**

**INHOUD**

Blz.

I. Algemene bespreking.....	3
A. Betogen van de leden.....	3
B. Antwoorden van de minister.....	29
C. Replieken.....	31
II. Artikelsgewijze bespreking en stemmingen.....	35

Zie:

Doc 54 **2890/ (2017/2018):**

- 001: Wetsontwerp.
- 002: Verslag van de eerste lezing.
- 003: Artikelen aangenomen in eerste lezing.
- 004: Amendementen.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS  
DE BELGIQUE

8 mars 2018

**PROJET DE LOI**

**modifiant les articles 2 et 9ter de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale**

RAPPORT DE LA DEUXIÈME LECTURE

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION  
DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT  
ET DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ  
PAR  
M. **Benoît PIEDBOEUF**

**SOMMAIRE**

Pages

I. Discussion générale.....	3
A. Interventions des membres.....	3
B. Réponses du ministre.....	29
C. Répliques.....	31
II. Discussion des articles et votes.....	35

Voir:

Doc 54 **2890/ (2017/2018):**

- 001: Projet de loi.
- 002: Rapport de la première lecture.
- 003: Articles adoptés en première lecture.
- 004: Amendements.

**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: Muriel Gerkens

**A. — Vaste leden / Titulaires:**

N-VA Renate Hufkens, 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 Muriel Gerkens  
cdH Catherine Fonck

**B. — Plaatsvervangers / Suppléants:**

An Capoen, Werner Janssen, Koen Metsu, Sarah Smeyers, Bert Wollants  
Nawal Ben Hamou, Frédéric Daerden, Eric Massin, Fabienne Winckel  
Sybille de Coster-Bauchau, Caroline Cassart-Mailleux, Olivier Chastel, Stéphanie Thoron  
Franky Demon, Nahima Lanjri, Vincent Van Peteghem  
Katja Gabriëls, Nele Lijnen, Annemie Turtelboom  
Monica De Coninck, Maya Detiège  
Anne Dedry, 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 <sup>e</sup> zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 54 0000/000: Document parlementaire de la 54 <sup>e</sup> 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 tijdens haar vergadering van 21 februari 2018 dit wetsontwerp in tweede lezing besproken.

## I. — ALGEMENE BESPREKING

### A. Betogen van de leden

*De heer Daniel Senesael (PS) betreurt de beslissing van de commissie om geen hoorzittingen te organiseren. Die waren nochtans nodig om het gebrek aan overleg voorafgaand aan de indiening van dit wetsontwerp goed te maken. Omdat er toen geen overleg is geweest, heeft zijn fractie na de eerste lezing verschillende betrokken partijen geraadpleegd. De verschillende standpunten die aldus werden samengebracht, worden hierna weergegeven.*

— “Médecins du monde”

*“En date du 18 janvier 2018, une proposition de loi visant à modifier certains articles de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d’action sociale a été votée à la Chambre des représentants.*

*Par le biais d’une cette modification législative, cette proposition de loi vise à mettre en place un système de contrôle et de sanction financière par la CAAMI pour le compte de l’État auprès des CPAS qui ne respecteraient pas les règles légales concernant l’octroi de l’aide médicale urgente. [...]*

*Cette proposition de loi, précise sur certains points, moins sur d’autres, semble avoir réussi l’épreuve du premier débat parlementaire.*

*Médecins du Monde, organisation non gouvernementale, est active en Belgique. Dans le cadre de ses projets belges, notre ONG se destine à accompagner les personnes vulnérables qui n’ont pas ou plus accès aux soins. Notre philosophie de travail a pour acrotère la perspective de favoriser la réappropriation des droits des individus et ce, dans le but de préserver leur dignité en les accompagnant vers une réintégration durable dans le système de soins classique. Le parcours vers l’accès aux soins pour le public sans titre de séjour, devrait être maintenu pour des raisons que le rapport du KCE mentionne:*

— Droits de l’homme

— Santé publique

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a consacré sa réunion du 21 février 2018 à l’examen en deuxième lecture du présent projet de loi.

## I. — DISCUSSION GÉNÉRALE

### A. Interventions des membres

*M. Daniel Senesael (PS) déplore que la commission ait décidé de ne pas mener des auditions. Elles étaient nécessaires pour pallier le manque de concertation préalable au dépôt du projet de loi. Depuis la première lecture, son groupe a consulté différentes parties prenantes, compte tenu de cette carence, et les points de vue collectés sont repris ci-après:*

— Médecins du monde

*“En date du 18 janvier 2018, une proposition de loi visant à modifier certains articles de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d’action sociale a été votée à la Chambre des représentants.*

*Par le biais d’une cette modification législative, cette proposition de loi vise à mettre en place un système de contrôle et de sanction financière par la CAAMI pour le compte de l’État auprès des CPAS qui ne respecteraient pas les règles légales concernant l’octroi de l’aide médicale urgente. [...]*

*Cette proposition de loi, précise sur certains points, moins sur d’autres, semble avoir réussi l’épreuve du premier débat parlementaire.*

*Médecins du Monde, organisation non gouvernementale, est active en Belgique. Dans le cadre de ses projets belges, notre ONG se destine à accompagner les personnes vulnérables qui n’ont pas ou plus accès aux soins. Notre philosophie de travail a pour acrotère la perspective de favoriser la réappropriation des droits des individus et ce, dans le but de préserver leur dignité en les accompagnant vers une réintégration durable dans le système de soins classique. Le parcours vers l’accès aux soins pour le public sans titre de séjour, devrait être maintenu pour des raisons que le rapport du KCE mentionne:*

— Droits de l’homme

— Santé publique

## — Rentabilité

*Malheureusement, nous constatons que les réformes proposées laissent pressentir un parcours jalonné d'épreuves supplémentaires qui s'ajoutent à la situation actuellement compliquée. C'est donc en tant qu'acteur de terrain que nous souhaitons réagir et partager, via cet article, nos inquiétudes concernant premiers textes.*

*Risque n° 1: Amende CPAS: complexifie l'ouverture à l'AMU et rend l'accès aux soins encore plus compliqué:*

*L'article 7 de la proposition de loi instaure un système d'amende pour les CPAS pour ceux qui auraient commis des "fautes" dans l'ouverture des droits. Cette possibilité amène une grande incertitude pour les CPAS dans un contexte où la procédure est déjà lourde.*

*En effet, les CPAS risquent d'être sanctionnés après l'octroi d'une aide médicale. Ce système de sanctions, inévitablement, risque de donner un signal négatif aux CPAS qui complexifieront l'accès aux soins des personnes afin de les éviter.*

*D'ailleurs, l'étude du KCE avait émis une série de recommandations dont celle qui consistait à simplifier et l'harmoniser le système, plutôt que de le compliquer: "[...] les procédures à suivre pour obtenir cette AMU sont complexes et variables; elles occasionnent pour les CPAS un coûteux travail administratif, parfois inutilement répétitif. Le KCE propose une réforme qui vise à simplifier et harmoniser les procédures administratives d'une part, à rationaliser l'organisation et le suivi des pratiques de soins et à monitorer les coûts d'autre part".<sup>1</sup>*

*Pour d'illustrer nos propos, voici deux situations rencontrées récemment par les travailleurs de Médecins du Monde:*

*Vignette d'une patiente qui s'est vue refuser l'accès à l'aide médicale urgente (CPAS dans la Région Flamande – Brabant Flamand)*

*Une patiente de 36 ans se présente au sein de nos services, elle venait d'apprendre qu'elle était enceinte de 9 semaines. La patiente souhaite avorter et est redirigée vers un planning familial. En attendant nous activons une demande d'aide médicale urgente afin qu'elle puisse bénéficier d'un avortement.*

*La patiente répondant à toutes les conditions requises pour une demande d'intervention dans le cadre de l'aide médicale urgente se présente à la permanence du CPAS munie des documents requis.*

<sup>1</sup> Communiqué de presse du KCE, 21 décembre 2015.

## — Rentabilité

Malheureusement, nous constatons que les réformes proposées laissent pressentir un parcours jalonné d'épreuves supplémentaires qui s'ajoutent à la situation actuellement compliquée. C'est donc en tant qu'acteur de terrain que nous souhaitons réagir et partager, via cet article, nos inquiétudes concernant premiers textes.

Risque n° 1: Amende CPAS: complexifie l'ouverture à l'AMU et rend l'accès aux soins encore plus compliqué:

L'article 7 de la proposition de loi instaure un système d'amende pour les CPAS pour ceux qui auraient commis des "fautes" dans l'ouverture des droits. Cette possibilité amène une grande incertitude pour les CPAS dans un contexte où la procédure est déjà lourde.

En effet, les CPAS risquent d'être sanctionnés après l'octroi d'une aide médicale. Ce système de sanctions, inévitablement, risque de donner un signal négatif aux CPAS qui complexifieront l'accès aux soins des personnes afin de les éviter.

D'ailleurs, l'étude du KCE avait émis une série de recommandations dont celle qui consistait à simplifier et l'harmoniser le système, plutôt que de le compliquer: "[...] les procédures à suivre pour obtenir cette AMU sont complexes et variables; elles occasionnent pour les CPAS un coûteux travail administratif, parfois inutilement répétitif. Le KCE propose une réforme qui vise à simplifier et harmoniser les procédures administratives d'une part, à rationaliser l'organisation et le suivi des pratiques de soins et à monitorer les coûts d'autre part".<sup>1</sup>

Pour d'illustrer nos propos, voici deux situations rencontrées récemment par les travailleurs de Médecins du Monde:

*Vignette d'une patiente qui s'est vue refuser l'accès à l'aide médicale urgente (CPAS dans la Région Flamande – Brabant Flamand)*

Une patiente de 36 ans se présente au sein de nos services, elle venait d'apprendre qu'elle était enceinte de 9 semaines. La patiente souhaite avorter et est redirigée vers un planning familial. En attendant nous activons une demande d'aide médicale urgente afin qu'elle puisse bénéficier d'un avortement.

La patiente répondant à toutes les conditions requises pour une demande d'intervention dans le cadre de l'aide médicale urgente se présente à la permanence du CPAS munie des documents requis. Malheureusement, la

<sup>1</sup> Communiqué de presse du KCE, 21 décembre 2015.

*Malheureusement, la patiente n'a pas eu l'occasion de déposer sa demande. En effet, l'assistant social de permanence l'a découragé "Madame, vous êtes enceinte, cela ne constitue pas un danger pour votre vie, vous ne rentrez donc pas dans les conditions de l'aide médicale – qui se veut être urgente- lui dit-elle". Quelques jours plus tard, la patiente nous informe de la situation et nous confie qu'elle a préféré se prostituer afin de payer l'intervention par elle-même auprès du planning familial de peur qu'elle ne dépasse les délais.*

*Vignette d'une patiente ayant un accès aux soins ouvert mais qui n'en bénéficie pas effectivement à cause de la complexité des procédures (CPAS dans la Région de Bruxelles-Capitale)*

*Une patiente de 43 ans se présente au sein de nos consultations organisées dans le cadre du plan hiver. Cette dernière a été hospitalisée à plusieurs reprises en soins intensif avec un diagnostic médical complexe et multiple. Le cas médical de la patiente nécessite un suivi médical rapproché et une prise en charge médicamenteuse très lourde (près 15 médicaments différents). Une fois sortie de l'hôpital, la patiente acquiert une aide médicale urgente de 4 semaines. De surcroît, la patiente nécessite un médicament spécifique, prescrit par le spécialiste qui l'a opérée pour lequel de CPAS refuse d'intervenir. Le médecin spécialiste est formel, pour éviter un nouveau séjour en soins intensifs la patiente doit prendre son traitement. Malgré, son accès aux soins déjà ouvert, la patiente a dû patienter 21 jours avant que le CPAS n'accepte de délivrer un réquisitoire et ce, avec l'aide des travailleurs sociaux de Médecins du Monde qui n'ont cessé de contacter l'assistant social en charge du dossier en vue d'activer le dossier étant donné la nécessité médicale. L'accès aux soins avec des périodicités courtes et précaires fragilisent les personnes les plus vulnérables.*

*Vignette d'un patient qui s'est vu refuser l'accès à l'aide médicale urgente (CPAS Région Wallonne)*

*Un patient de 44 ans se présente au sein d'un dispensaire de soins sur Bruxelles. Le diagnostic du médecin est le suivant: "1/problème neuro chronique grave – antécédent avec de multiples hospitalisations – (polyneuropathie inflammatoire démyélinisante chronique) 2/ HTA mal contrôlée".*

*Le patient est en Belgique depuis 7 mois, et souhaite se soigner. Son cas médical est sérieux et nécessite une série d'examen en médecine spécialiste et un suivi régulier auprès d'un médecin traitant. L'assistante sociale de Médecins du Monde analyse la situation administrative du patient et l'oriente vers le CPAS de la commune où il réside (un CPAS sur la Région*

*patiente n'a pas eu l'occasion de déposer sa demande. En effet, l'assistant social de permanence l'a découragé "Madame, vous êtes enceinte, cela ne constitue pas un danger pour votre vie, vous ne rentrez donc pas dans les conditions de l'aide médicale – qui se veut être urgente- lui dit-elle". Quelques jours plus tard, la patiente nous informe de la situation et nous confie qu'elle a préféré se prostituer afin de payer l'intervention par elle-même auprès du planning familial de peur qu'elle ne dépasse les délais.*

*Vignette d'une patiente ayant un accès aux soins ouvert mais qui n'en bénéficie pas effectivement à cause de la complexité des procédures (CPAS dans la Région de Bruxelles-Capitale)*

*Une patiente de 43 ans se présente au sein de nos consultations organisées dans le cadre du plan hiver. Cette dernière a été hospitalisée à plusieurs reprises en soins intensif avec un diagnostic médical complexe et multiple. Le cas médical de la patiente nécessite un suivi médical rapproché et une prise en charge médicamenteuse très lourde (près 15 médicaments différents). Une fois sortie de l'hôpital, la patiente acquiert une aide médicale urgente de 4 semaines. De surcroît, la patiente nécessite un médicament spécifique, prescrit par le spécialiste qui l'a opérée pour lequel de CPAS refuse d'intervenir. Le médecin spécialiste est formel, pour éviter un nouveau séjour en soins intensifs la patiente doit prendre son traitement. Malgré, son accès aux soins déjà ouvert, la patiente a dû patienter 21 jours avant que le CPAS n'accepte de délivrer un réquisitoire et ce, avec l'aide des travailleurs sociaux de Médecins du Monde qui n'ont cessé de contacter l'assistant social en charge du dossier en vue d'activer le dossier étant donné la nécessité médicale. L'accès aux soins avec des périodicités courtes et précaires fragilisent les personnes les plus vulnérables.*

*Vignette d'un patient qui s'est vu refuser l'accès à l'aide médicale urgente (CPAS Région Wallonne)*

*Un patient de 44 ans se présente au sein d'un dispensaire de soins sur Bruxelles. Le diagnostic du médecin est le suivant: "1/problème neuro chronique grave – antécédent avec de multiples hospitalisations – (polyneuropathie inflammatoire démyélinisante chronique) 2/ HTA mal contrôlée".*

*Le patient est en Belgique depuis 7 mois, et souhaite se soigner. Son cas médical est sérieux et nécessite une série d'examen en médecine spécialiste et un suivi régulier auprès d'un médecin traitant. L'assistante sociale de Médecins du Monde analyse la situation administrative du patient et l'oriente vers le CPAS de la commune où il réside (un CPAS sur la Région Wallonne)*

Wallonne) afin qu'il puisse bénéficier de son droit à l'aide médicale urgente.

*Le patient se présente au CPAS, accompagné de son ami qui l'héberge. L'assistant social de permanence lui explique qu'il n'a pas droit à l'aide médicale urgente car il ne rentre pas dans les conditions. Le patient, revient sur Bruxelles et se représente auprès de l'assistante sociale de Médecins du Monde afin de comprendre pourquoi il ne rentrait pas dans les conditions de l'AMU.*

*L'assistante sociale de Médecins du Monde a dû rédiger un courrier exposant la situation du patient en détail et prouvant via divers documents que ce dernier répondait aux conditions requises que pour bénéficier d'une couverture AMU. La travailleuse sociale de Médecins du Monde a dû mentionner et demander explicitement dans le courrier la "remise de l'accusé de réception". En effet, lors de la première visite du patient au CPAS, aucune demande n'avait été déposée car l'assistante sociale du CPAS avait d'emblée refusé au patient l'accès au dépôt cette requête.*

*Le patient s'est donc présenté une nouvelle fois auprès du CPAS afin d'y déposer sa demande d'AMU muni d'un courrier argumenté mentionnant le détail de sa situation administrative et sociale ainsi que de nombreux documents (en tant que pièces justificatives) prouvant qu'il répondait aux conditions de l'aide médicale urgente.*

*30 jours plus tard, malgré les contacts réguliers entretenus entre l'AS du CPAS et l'AS de Médecins du Monde, et les rapports médicaux inquiétants des médecins sur la situation de santé du patient (afin que la procédure puisse être éventuellement accélérée), le patient s'est vu recevoir un refus d'accès à l'aide médicale urgente.*

*Les arguments invoqués par le CPAS sont paradoxaux: au lieu de statuer sur le contenu à savoir si le patient répond ou pas aux conditions requises dans le cadre de l'AMU, le CPAS refuse l'accès aux soins sur base d'arguments emprunts des décisions de l'office des étrangers en évoquant sa situation de séjour irrégulier et en recommandant au patient de retourner au pays afin d'y requérir une demande de visa médical.*

*Pour ce patient, un recours est actuellement en cours auprès du Tribunal du travail. Ainsi entre le 1<sup>er</sup> entretien (13 octobre 1017) auprès du CPAS à ce jour, 4 mois se sont écoulés et le patient ne dispose toujours pas d'un accès aux soins via l'AMU et ce jusqu'à ce que le Tribunal du Travail statue.*

afin qu'il puisse bénéficier de son droit à l'aide médicale urgente.

Le patient se présente au CPAS, accompagné de son ami qui l'héberge. L'assistant social de permanence lui explique qu'il n'a pas droit à l'aide médicale urgente car il ne rentre pas dans les conditions. Le patient, revient sur Bruxelles et se représente auprès de l'assistante sociale de Médecins du Monde afin de comprendre pourquoi il ne rentrait pas dans les conditions de l'AMU.

L'assistante sociale de Médecins du Monde a dû rédiger un courrier exposant la situation du patient en détail et prouvant via divers documents que ce dernier répondait aux conditions requises que pour bénéficier d'une couverture AMU. La travailleuse sociale de Médecins du Monde a dû mentionner et demander explicitement dans le courrier la "remise de l'accusé de réception". En effet, lors de la première visite du patient au CPAS, aucune demande n'avait été déposée car l'assistante sociale du CPAS avait d'emblée refusé au patient l'accès au dépôt cette requête.

Le patient s'est donc présenté une nouvelle fois auprès du CPAS afin d'y déposer sa demande d'AMU muni d'un courrier argumenté mentionnant le détail de sa situation administrative et sociale ainsi que de nombreux documents (en tant que pièces justificatives) prouvant qu'il répondait aux conditions de l'aide médicale urgente.

30 jours plus tard, malgré les contacts réguliers entretenus entre l'AS du CPAS et l'AS de Médecins du Monde, et les rapports médicaux inquiétants des médecins sur la situation de santé du patient (afin que la procédure puisse être éventuellement accélérée), le patient s'est vu recevoir un refus d'accès à l'aide médicale urgente.

Les arguments invoqués par le CPAS sont paradoxaux: au lieu de statuer sur le contenu à savoir si le patient répond ou pas aux conditions requises dans le cadre de l'AMU, le CPAS refuse l'accès aux soins sur base d'arguments emprunts des décisions de l'office des étrangers en évoquant sa situation de séjour irrégulier et en recommandant au patient de retourner au pays afin d'y requérir une demande de visa médical.

Pour ce patient, un recours est actuellement en cours auprès du Tribunal du travail. Ainsi entre le 1<sup>er</sup> entretien (13 octobre 1017) auprès du CPAS à ce jour, 4 mois se sont écoulés et le patient ne dispose toujours pas d'un accès aux soins via l'AMU et ce jusqu'à ce que le Tribunal du Travail statue.

*Ce patient est actuellement suivi par le Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation sur Bruxelles, le temps que son accès aux soins soit ouvert.*

*Vignette d'un patient qui s'est vu refuser l'accès à l'aide médicale urgente (Région de Bruxelles-Capitale)*

*Un patient de 25 ans souffre d'une pathologie chronique qui nécessite un traitement médicamenteux ainsi qu'un suivi auprès d'un gastroentérologue et un médecin traitant.*

*Ce jeune homme est en Belgique depuis 2 ans, a introduit une demande d'asile qui n'a pas abouti. Afin de se soigner, le patient a introduit une demande d'aide médicale urgente, seul, après s'être renseigné sur ses possibilités d'accès aux soins auprès de son avocat.*

*Après une enquête sociale (incluant la visite de l'assistante sociale auprès de son petit studio qu'il peine à payer), le patient se voit recevoir une décision négative. C'est donc dans ce cadre, que le patient s'est présenté au Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation de Médecins du Monde afin d'y recevoir une aide.*

*L'assistante sociale de Médecins du Monde en charge du dossier a donc pris contact avec l'assistant social du CPAS afin de comprendre la raison du refus qui était la suivante: "Vu que vous déclarez avoir une petite amie qui vit à Anvers; Vu que vous déclarez qu'à ce jour vous partez 2 fois par semaine à Anvers; pour ces motifs, le Comité Spécial de l'Action Sociale a décidé de vous ne pas vous accorder la prise en charge de vos frais médicaux et pharmaceutiques".*

*Or, l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale prévoit que le CPAS territorialement compétent est celui de la commune où réside habituellement le demandeur d'aide. Cette règle générale de compétence est dès lors applicable aux étrangers en séjour illégal dans le Royaume dans le cadre d'une demande d'Aide Médicale Urgente.*

*Dans le cas précité, la visite à domicile de l'assistante sociale a pourtant eu lieu et le patient a prouvé à plusieurs reprises qu'il répondait aux conditions requises. Cette décision est incompréhensible. En effet, le fait de visiter sa petite amie dans une autre ville ne constitue pas une preuve de non-compétence et donc ne décharge pas le CPAS de sa compétence territoriale.*

*Pour ce patient, un recours est actuellement en cours auprès du Tribunal du Travail. Il est actuellement suivi par le Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation sur Bruxelles, le temps que son accès aux soins soit ouvert.*

Ce patient est actuellement suivi par le Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation sur Bruxelles, le temps que son accès aux soins soit ouvert.

*Vignette d'un patient qui s'est vu refuser l'accès à l'aide médicale urgente (Région de Bruxelles-Capitale)*

Un patient de 25 ans souffre d'une pathologie chronique qui nécessite un traitement médicamenteux ainsi qu'un suivi auprès d'un gastroentérologue et un médecin traitant.

Ce jeune homme est en Belgique depuis 2 ans, a introduit une demande d'asile qui n'a pas abouti. Afin de se soigner, le patient a introduit une demande d'aide médicale urgente, seul, après s'être renseigné sur ses possibilités d'accès aux soins auprès de son avocat.

Après une enquête sociale (incluant la visite de l'assistante sociale auprès de son petit studio qu'il peine à payer), le patient se voit recevoir une décision négative. C'est donc dans ce cadre, que le patient s'est présenté au Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation de Médecins du Monde afin d'y recevoir une aide.

L'assistante sociale de Médecins du Monde en charge du dossier a donc pris contact avec l'assistant social du CPAS afin de comprendre la raison du refus qui était la suivante: "Vu que vous déclarez avoir une petite amie qui vit à Anvers; Vu que vous déclarez qu'à ce jour vous partez 2 fois par semaine à Anvers; pour ces motifs, le Comité Spécial de l'Action Sociale a décidé de vous ne pas vous accorder la prise en charge de vos frais médicaux et pharmaceutiques".

Or, l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale prévoit que le CPAS territorialement compétent est celui de la commune où réside habituellement le demandeur d'aide. Cette règle générale de compétence est dès lors applicable aux étrangers en séjour illégal dans le Royaume dans le cadre d'une demande d'Aide Médicale Urgente.

Dans le cas précité, la visite à domicile de l'assistante sociale a pourtant eu lieu et le patient a prouvé à plusieurs reprises qu'il répondait aux conditions requises. Cette décision est incompréhensible. En effet, le fait de visiter sa petite amie dans une autre ville ne constitue pas une preuve de non-compétence et donc ne décharge pas le CPAS de sa compétence territoriale.

Pour ce patient, un recours est actuellement en cours auprès du Tribunal du Travail. Il est actuellement suivi par le Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation sur Bruxelles, le temps que son accès aux soins soit ouvert.

*Vignette d'un patient qui a abandonné la procédure de demande à cause des justificatifs demandés par l'assistante sociale du CPAS qui mettait à mal son hébergement (Région de Bruxelles-Capitale)*

*Un jeune patient de 28 ans, en Belgique depuis 8 mois, se présente en consultation médicale auprès du dispensaire de soins Athena et rencontre également l'assistante sociale Médecins du Monde. Cette dernière lui explique la procédure à suivre afin d'ouvrir un droit à l'accès aux soins via l'aide médicale urgente.*

*Le patient lui explique qu'il ne souhaite pas introduire cette demande par peur que son hébergeur ne lui permette plus de dormir chez lui après s'être identifié sur son adresse.*

*Afin de préciser le contexte, l'hébergeur de ce patient est un ami qui le dépanne le temps de l'hiver afin qu'il dorme dans un endroit convenable. Il n'y a donc aucun lien de parenté entre les deux individus, si ce n'est une amitié.*

*Le patient relate donc à l'assistante sociale de Médecins du Monde son expérience en la matière. Effectivement, quelques semaines plus tôt, il s'était rendu au CPAS en vue d'introduire une demande d'aide médicale urgente. Une fois le dossier déposé, l'assistante sociale du CPAS en charge du dossier demande au patient de produire les justificatifs suivants:*

*"Une attestation de revenu des 3 derniers mois de l'hébergeur; les extraits de compte de l'hébergeur (3 derniers mois); la copie du contrat de bail; une attestation sur l'honneur de l'hébergeur attestant que le patient dort à son domicile, une copie du titre de séjour de l'hébergeur".*

*L'assistante sociale de Médecins du Monde, avec la permission du patient, a pris contact avec l'assistante sociale du CPAS en charge du dossier afin de comprendre la demande de toutes ces pièces justificatives, en effet, aucun lien de parenté ne liait les deux amis et son hébergeur ne pouvait être considéré comme son garant.*

*L'assistante sociale de Médecins du Monde explique à l'assistante sociale du CPAS que la simple demande de ces justificatifs met à mal l'hébergement du patient. En effet, il n'est pas rare que les hébergeurs aient une crainte que le CPAS se retourne contre eux afin de payer des frais de soins de santé et donc, refuse que le demandeur identifie des documents qui les concerne personnellement dans le cadre d'une demande d'aide médicale urgente.*

*Vignette d'un patient qui a abandonné la procédure de demande à cause des justificatifs demandés par l'assistante sociale du CPAS qui mettait à mal son hébergement (Région de Bruxelles-Capitale)*

*Un jeune patient de 28 ans, en Belgique depuis 8 mois, se présente en consultation médicale auprès du dispensaire de soins Athena et rencontre également l'assistante sociale Médecins du Monde. Cette dernière lui explique la procédure à suivre afin d'ouvrir un droit à l'accès aux soins via l'aide médicale urgente.*

*Le patient lui explique qu'il ne souhaite pas introduire cette demande par peur que son hébergeur ne lui permette plus de dormir chez lui après s'être identifié sur son adresse.*

*Afin de préciser le contexte, l'hébergeur de ce patient est un ami qui le dépanne le temps de l'hiver afin qu'il dorme dans un endroit convenable. Il n'y a donc aucun lien de parenté entre les deux individus, si ce n'est une amitié.*

*Le patient relate donc à l'assistante sociale de Médecins du Monde son expérience en la matière. Effectivement, quelques semaines plus tôt, il s'était rendu au CPAS en vue d'introduire une demande d'aide médicale urgente. Une fois le dossier déposé, l'assistante sociale du CPAS en charge du dossier demande au patient de produire les justificatifs suivants:*

*"Une attestation de revenu des 3 derniers mois de l'hébergeur; les extraits de compte de l'hébergeur (3 derniers mois); la copie du contrat de bail; une attestation sur l'honneur de l'hébergeur attestant que le patient dort à son domicile, une copie du titre de séjour de l'hébergeur".*

*L'assistante sociale de Médecins du Monde, avec la permission du patient, a pris contact avec l'assistante sociale du CPAS en charge du dossier afin de comprendre la demande de toutes ces pièces justificatives, en effet, aucun lien de parenté ne liait les deux amis et son hébergeur ne pouvait être considéré comme son garant.*

*L'assistante sociale de Médecins du Monde explique à l'assistante sociale du CPAS que la simple demande de ces justificatifs met à mal l'hébergement du patient. En effet, il n'est pas rare que les hébergeurs aient une crainte que le CPAS se retourne contre eux afin de payer des frais de soins de santé et donc, refuse que le demandeur identifie des documents qui les concerne personnellement dans le cadre d'une demande d'aide médicale urgente.*

*Malgré l'intervention de l'assistante sociale de Médecins du Monde, l'assistante sociale du CPAS est formelle, ces documents sont obligatoires pour l'enquête sociale.*

*Dans le cas précité, nous n'avons malheureusement pas encore pu convaincre le patient et l'hébergeur d'engager de nouvelles démarches d'accès aux soins.*

*Ces mises en situation récemment rencontrées illustrent de manière claire la réalité du parcours de l'accès aux soins des personnes dans le cadre de la procédure de l'aide médicale urgente. Un parcours ardu qui a une incidence directe sur la santé des patients. Nous référons également à l'avis de l'Ordre des médecins qui définit l'urgence comme nécessité.*

*Aujourd'hui nous constatons que les décisions des CPAS sont de plus en plus sévères et mettent à mal les patients comme: des refus d'introduction de demande à l'accueil, des délais non-respectés, des enquêtes sociales nécessitant des preuves d'indigence parfois démesurées, des refus d'intervention pour des actes médicaux nécessaires et qui entrent dans le cadre d'intervention de la nomenclature INAMI, des refus ne mentionnant aucune justification et renvoyant le patient directement au tribunal de travail pour l'introduction d'un recours, des refus non-fondés, des aides médicales octroyées avec un accès aux soins précaire (par exemple en octroyant des AMU d'une durée d' 1 mois) et une multiplication des procédures et qui cause souvent une discontinuité dans l'accès aux soins.*

*Risque 2: contrôle sur les prestataires de soins: les prestataires de soins et/ou les institutions vont refuser les personnes sans assurances*

*A la lecture des premiers textes, nous comprenons que ce projet de loi vise à créer une nouvelle compétence de contrôle au sein de la CAAMI à l'égard des CPAS.*

*En effet, suite au projet de réforme des paiements des frais médicaux, le système Mediprima a automatisé le traitement des factures de soins de santé pour les personnes bénéficiant d'une prise en charge par le CPAS. Avant l'instauration de ce système, les CPAS avançaient le paiement des frais médicaux auprès des dispensateurs de soins et en demandaient le remboursement auprès de l'État. Dans les cas où le CPAS n'avait pas réalisé l'enquête sociale correctement, l'État sanctionnait le CPAS en ne remboursant pas la prestation avancée par ce dernier. Aujourd'hui, avec Mediprima, cette procédure n'existe plus car les prestataires de soins sont directement payés par la*

Malgré l'intervention de l'assistante sociale de Médecins du Monde, l'assistante sociale du CPAS est formelle, ces documents sont obligatoires pour l'enquête sociale.

Dans le cas précité, nous n'avons malheureusement pas encore pu convaincre le patient et l'hébergeur d'engager de nouvelles démarches d'accès aux soins.

Ces mises en situation récemment rencontrées illustrent de manière claire la réalité du parcours de l'accès aux soins des personnes dans le cadre de la procédure de l'aide médicale urgente. Un parcours ardu qui a une incidence directe sur la santé des patients. Nous référons également à l'avis de l'Ordre des médecins qui définit l'urgence comme nécessité.

Aujourd'hui nous constatons que les décisions des CPAS sont de plus en plus sévères et mettent à mal les patients comme: des refus d'introduction de demande à l'accueil, des délais non-respectés, des enquêtes sociales nécessitant des preuves d'indigence parfois démesurées, des refus d'intervention pour des actes médicaux nécessaires et qui entrent dans le cadre d'intervention de la nomenclature INAMI, des refus ne mentionnant aucune justification et renvoyant le patient directement au tribunal de travail pour l'introduction d'un recours, des refus non-fondés, des aides médicales octroyées avec un accès aux soins précaire (par exemple en octroyant des AMU d'une durée d' 1 mois) et une multiplication des procédures et qui cause souvent une discontinuité dans l'accès aux soins.

*Risque 2: contrôle sur les prestataires de soins: les prestataires de soins et/ou les institutions vont refuser les personnes sans assurances*

A la lecture des premiers textes, nous comprenons que ce projet de loi vise à créer une nouvelle compétence de contrôle au sein de la CAAMI à l'égard des CPAS.

En effet, suite au projet de réforme des paiements des frais médicaux, le système Médiprima a automatisé le traitement des factures de soins de santé pour les personnes bénéficiant d'une prise en charge par le CPAS. Avant l'instauration de ce système, les CPAS avançaient le paiement des frais médicaux auprès des dispensateurs de soins et en demandaient le remboursement auprès de l'État. Dans les cas où le CPAS n'avait pas réalisé l'enquête sociale correctement, l'État sanctionnait le CPAS en ne remboursant pas la prestation avancée par ce dernier. Aujourd'hui, avec Médiprima, cette procédure n'existe plus car les prestataires de soins sont directement payés par la CAAMI pour les

CAAMI pour les frais de soins de santé des personnes dépendantes de l'aide médicale urgente.

L'avant-projet de loi expose dans son article 5 que "[...] la CAAMI est chargée au nom et pour le compte de l'État [...] d'effectuer des contrôles déterminés par le ROI".

Cette nouvelle compétence permettra de créer un "système permettant de sanctionner un CPAS qui ne respecterait pas les règles légales concernant l'octroi d'une carte médicale. [...] On passe [...] d'un mécanisme de compensation financière à un mécanisme de sanction financière"<sup>2</sup>, mais pas seulement. Le fonctionnaire sera médecin conseil sera également chargé de "contrôler la justification médicale de l'attestation"<sup>3</sup>.

Or, il paraît évident que le contrôle ne peut s'inscrire qu'au regard d'une règle précise, toutefois, les commentaires sur l'article ne sont pas précis et indiquent "qu'il est nécessaire que l'état puisse établir une jurisprudence en ce qui concerne la JUSTIFICATION d'une aide médicale urgente"<sup>4</sup>. Notre inquiétude réside sur l'ambiguïté des termes utilisés qui laissent sous-entendre qu'un accès aux soins devra être justifiée médicalement via l'examen du dossier par le fonctionnaire médecin-contrôle. Nous nous interrogeons sur les critères "médicaux" qui seraient retenus afin de légitimer ou pas un accès aux soins.

Pour rappel, actuellement, l'aide médicale urgente couvre des soins de nature tant préventive que curative<sup>5</sup>.

Par ailleurs, les établissements de soins se voient également face aux risques d'être sanctionné pour des soins procurés à un patient dans le cadre de l'aide médicale urgente suite au contrôle du médecin de la CAAMI. En effet, cet avant-projet de loi propose aussi, dans son objet, de "prévoir une récupération auprès des dispensateurs de soins"<sup>6</sup>.

Sous ces nouvelles conditions, il est indéniable que les dispensateurs de soins seront de plus en plus

frais de soins de santé des personnes dépendantes de l'aide médicale urgente.

L'avant-projet de loi expose dans son article 5 que "[...] la CAAMI est chargée au nom et pour le compte de l'État [...] d'effectuer des contrôles déterminés par le ROI".

Cette nouvelle compétence permettra de créer un "système permettant de sanctionner un CPAS qui ne respecterait pas les règles légales concernant l'octroi d'une carte médicale. [...] On passe [...] d'un mécanisme de compensation financière à un mécanisme de sanction financière"<sup>2</sup>, mais pas seulement. Le fonctionnaire sera médecin conseil sera également chargé de "contrôler la justification médicale de l'attestation"<sup>3</sup>.

Or, il paraît évident que le contrôle ne peut s'inscrire qu'au regard d'une règle précise, toutefois, les commentaires sur l'article ne sont pas précis et indiquent "qu'il est nécessaire que l'état puisse établir une jurisprudence en ce qui concerne la JUSTIFICATION d'une aide médicale urgente"<sup>4</sup>. Notre inquiétude réside sur l'ambiguïté des termes utilisés qui laissent sous-entendre qu'un accès aux soins devra être justifiée médicalement via l'examen du dossier par le fonctionnaire médecin-contrôle. Nous nous interrogeons sur les critères "médicaux" qui seraient retenus afin de légitimer ou pas un accès aux soins.

Pour rappel, actuellement, l'aide médicale urgente couvre des soins de nature tant préventive que curative<sup>5</sup>.

Par ailleurs, les établissements de soins se voient également face aux risques d'être sanctionné pour des soins procurés à un patient dans le cadre de l'aide médicale urgente suite au contrôle du médecin de la CAAMI. En effet, cet avant-projet de loi propose aussi, dans son objet, de "prévoir une récupération auprès des dispensateurs de soins"<sup>6</sup>.

Sous ces nouvelles conditions, il est indéniable que les dispensateurs de soins seront de plus en plus

<sup>2</sup> Projet de loi modifiant les articles 2 et 9ter de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale, DOC 54 2890/001, 16 janvier 2018, p 8. <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/2890/54K2890001.pdf> (consulté le 22/01/2018)

<sup>3</sup> Idem p 5 – commentaires des articles; art 3 § 3 et 5.

<sup>4</sup> Idem p 7 – commentaires des articles; art 5 § 2 et 3.

<sup>5</sup> Article 1<sup>er</sup> de l'Arrêté Royal du 12/12/1996 relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume. [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1996121237&table\\_name=loi](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1996121237&table_name=loi) (consulté le 22/01/2018)

<sup>6</sup> Projet de loi modifiant les articles 2 et 9ter de la loi du 2 avril 1965, op.cit, p 3.

<sup>2</sup> Projet de loi modifiant les articles 2 et 9ter de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale, DOC 54 2890/001, 16 janvier 2018, p 8. <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/2890/54K2890001.pdf> (consulté le 22/01/2018)

<sup>3</sup> Idem p 5 – commentaires des articles; art 3 § 3 et 5.

<sup>4</sup> Idem p 7 – commentaires des articles; art 5 § 2 et 3.

<sup>5</sup> Article 1<sup>er</sup> de l'Arrêté Royal du 12/12/1996 relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume. [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1996121237&table\\_name=loi](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1996121237&table_name=loi) (consulté le 22/01/2018)

<sup>6</sup> Projet de loi modifiant les articles 2 et 9ter de la loi du 2 avril 1965, op.cit, p 3.

*réfractaires à accueillir des patients sans accès aux soins. Ainsi, la conséquence directe de cette mesure sera, sans surprise, imputable au patient en situation de précarité. Toujours est-il qu'à l'heure actuelle, l'accueil de cette patientèle au sein des milieux hospitaliers est déjà laborieux, en effet, autant sur Bruxelles que dans d'autres grandes villes, nous répertorions des témoignages d'expérience dramatiques.*

*Vignette patient refoulé au service des urgences (Région de Bruxelles-Capitale)*

*Un patient de 24 ans, rencontré au sein de nos consultations, a été orienté vers les urgences pour un problème médical sérieux à la jambe. Ce patient s'est vu refuser l'accès aux services des urgences le soir même car il n'avait pas d'accès aux soins.*

*Deux jours plus tard, le cas médical du patient s'est compliqué. Le Médecin Bénévole de Médecins du Monde réoriente à nouveau le patient aux urgences où il a été hospitalisé pendant 1 semaine.*

*Vignette d'un patient (Anvers)*

*Un de nos patients se présente aux urgences suite à un abcès abdominal. Il ne parle ni français ni néerlandais. Dans cet hôpital, les factures non-payées des urgences sont retirées du salaire des médecins urgentistes. En contrepartie, les services sociaux et financiers sont chargés de reporter autant que possible les risques financiers sur les patients.*

*Le patient n'a pas de couverture et se voit obligé, avant admission, de payer une caution de 100 euros. Il doit ensuite signer un document permettant à l'hôpital d'utiliser tous les moyens nécessaires pour le recouvrement des frais. On demande au proche qui l'accompagne de se porter garant au cas où. Tout le monde accepte car le patient souffre terriblement.*

*L'abcès fait suite à un abus d'anti-inflammatoires (non-remboursés, qu'il va chercher lui-même) en raison d'un problème au dos nécessitant opération, laquelle est impossible sans AMU. Ce problème a été constaté à l'aide d'un scanner que MÉDECINS DU MONDE a financé et demandé pour raisons diagnostiques et afin d'étoffer sa demande d'AMU auprès du CPAS. Les résultats ne sont connus que de nous seuls car le patient n'a pas de dossier médical, puisqu'il est exclu des soins. La demande d'AMU est en cours mais cela traîne en raison de contraintes administratives difficiles à remplir (factures d'électricité, de téléphonie, de gaz, déclaration de revenus et/ou de dettes, extraits de*

*réfractaires à accueillir des patients sans accès aux soins. Ainsi, la conséquence directe de cette mesure sera, sans surprise, imputable au patient en situation de précarité. Toujours est-il qu'à l'heure actuelle, l'accueil de cette patientèle au sein des milieux hospitaliers est déjà laborieux, en effet, autant sur Bruxelles que dans d'autres grandes villes, nous répertorions des témoignages d'expérience dramatiques.*

*Vignette patient refoulé au service des urgences (Région de Bruxelles-Capitale)*

*Un patient de 24 ans, rencontré au sein de nos consultations, a été orienté vers les urgences pour un problème médical sérieux à la jambe. Ce patient s'est vu refuser l'accès aux services des urgences le soir même car il n'avait pas d'accès aux soins.*

*Deux jours plus tard, le cas médical du patient s'est compliqué. Le Médecin Bénévole de Médecins du Monde réoriente à nouveau le patient aux urgences où il a été hospitalisé pendant 1 semaine.*

*Vignette d'un patient (Anvers)*

*Un de nos patients se présente aux urgences suite à un abcès abdominal. Il ne parle ni français ni néerlandais. Dans cet hôpital, les factures non-payées des urgences sont retirées du salaire des médecins urgentistes. En contrepartie, les services sociaux et financiers sont chargés de reporter autant que possible les risques financiers sur les patients.*

*Le patient n'a pas de couverture et se voit obligé, avant admission, de payer une caution de 100 euros. Il doit ensuite signer un document permettant à l'hôpital d'utiliser tous les moyens nécessaires pour le recouvrement des frais. On demande au proche qui l'accompagne de se porter garant au cas où. Tout le monde accepte car le patient souffre terriblement.*

*L'abcès fait suite à un abus d'anti-inflammatoires (non-remboursés, qu'il va chercher lui-même) en raison d'un problème au dos nécessitant opération, laquelle est impossible sans AMU. Ce problème a été constaté à l'aide d'un scanner que MÉDECINS DU MONDE a financé et demandé pour raisons diagnostiques et afin d'étoffer sa demande d'AMU auprès du CPAS. Les résultats ne sont connus que de nous seuls car le patient n'a pas de dossier médical, puisqu'il est exclu des soins. La demande d'AMU est en cours mais cela traîne en raison de contraintes administratives difficiles à remplir (factures d'électricité, de téléphonie, de gaz, déclaration de revenus et/ou de dettes, extraits de banque, contrats*

*banque, contrats de location, documents d'identité avec photo, organisation d'une visite à un domicile qu'il n'a pas vraiment).*

*Aux urgences le médecin constate l'abcès et poursuit l'examen, remarque une claudication et comprend que le patient souffre gravement du dos. Sans possibilité de communication – il aurait fallu un urgentiste arabophone, à défaut de dossier médical (puisque sans couverture), le médecin ordonne un nouveau scanner du dos qui sera facturé au patient après décision négative du CPAS concernant l'AMU – la visite à domicile n'ayant pu avoir lieu.*

*Le 2<sup>e</sup> scanner n'aurait pas dû avoir lieu. L'abusé n'est pourtant pas l'assurance-maladie mais le patient qui recevra une facture impossible à payer, d'un montant exorbitant étant donné ses conditions de vie, qui donc le plongera davantage encore dans la précarité et l'exclusion."*

— Medimmigrant vzw

“minister Ducarme wil door een wetsverandering aan een arts van de HZIV (Hulpkas voor Ziekte -en Invaliditeitsverzekering) de bevoegdheid geven om de attesten dringende medische hulp (DMH) die de artsen aan hun facturen moeten toevoegen bij de verzorging van mensen zonder wettig verblijf, te controleren.

De voorafgaande reden is de volgende: misbruik bestrijden aangegaan door artsen die onterecht een attest DMH invullen. Er werden echter geen cijfers of bewijzen over bestaand misbruik voorgesteld. In de pers<sup>7</sup> lezen wij een paar voorbeelden van misbruik die minister Ducarme aanhaalde: extra echografie om het geslacht van de baby te weten, besnijdenissen zonder medische redenen, esthetische ingrepen.

We vinden het belangrijk om te herhalen dat volgens het huidig wettelijk kader de overheid op dit moment

<sup>7</sup> <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2018/01/20/minister-ducarme-wil-meer-controle-op-medische-hulp-voor-illegal/> (20/01/2018)  
<http://www.levif.be/actualite/belgique/reforme-de-l-aide-medicale-urgente-un-vrai-scandale/article-normal-786967.html> (20/01/2018)  
<http://www.dhnet.be/actu/belgique/denis-ducarme-se-confie-les-soins-de-confort-gratuits-pour-les-migrants-c-est-fini-5a623d28cd70b09cefbf0c95> (20/01/2018)  
<http://www.lalibre.be/actu/belgique/reforme-de-l-aide-medicale-urgente-un-vrai-scandale-pour-medecins-du-monde-et-le-cire-5a6337d0cd7083db8baa588a> (20/01/2018).

de location, documents d'identité avec photo, organisation d'une visite à un domicile qu'il n'a pas vraiment).

Aux urgences le médecin constate l'abcès et poursuit l'examen, remarque une claudication et comprend que le patient souffre gravement du dos. Sans possibilité de communication – il aurait fallu un urgentiste arabophone, à défaut de dossier médical (puisque sans couverture), le médecin ordonne un nouveau scanner du dos qui sera facturé au patient après décision négative du CPAS concernant l'AMU – la visite à domicile n'ayant pu avoir lieu.

Le 2<sup>e</sup> scanner n'aurait pas dû avoir lieu. L'abusé n'est pourtant pas l'assurance-maladie mais le patient qui recevra une facture impossible à payer, d'un montant exorbitant étant donné ses conditions de vie, qui donc le plongera davantage encore dans la précarité et l'exclusion."

— Medimmigrants

“Monsieur le ministre Ducarme veut, par une modification législative, rendre un médecin de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie et Invalidité (CAAMI) compétent pour le contrôle des attestations d'Aide Médicale Urgente (AMU), que les médecins joignent à leurs factures lors de soins délivrés à des personnes sans séjour légal.

La raison avancée est la suivante: lutter contre les abus de médecins qui rempliraient à tort des attestations AMU. Ni chiffres ni preuves de ces abus ne sont néanmoins avancés. Dans la presse<sup>7</sup>, nous avons pu découvrir quelques exemples de ces abus dénoncés par le ministre Ducarme: échographies supplémentaires pour connaître le sexe de l'enfant, circoncisions pour motifs non médicaux, interventions chirurgicales esthétiques.

Il nous semble important de rappeler que le cadre légal actuel ne prévoit une intervention de l'État que pour

<sup>7</sup> <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2018/01/20/minister-ducarme-wil-meer-controle-op-medische-hulp-voor-illegal/> (20/01/2018)  
<http://www.levif.be/actualite/belgique/reforme-de-l-aide-medicale-urgente-un-vrai-scandale/article-normal-786967.html> (20/01/2018)  
<http://www.dhnet.be/actu/belgique/denis-ducarme-se-confie-les-soins-de-confort-gratuits-pour-les-migrants-c-est-fini-5a623d28cd70b09cefbf0c95> (20/01/2018)  
<http://www.lalibre.be/actu/belgique/reforme-de-l-aide-medicale-urgente-un-vrai-scandale-pour-medecins-du-monde-et-le-cire-5a6337d0cd7083db8baa588a> (20/01/2018).

enkel tussenkomt voor zorgen die een nomenclatuur-nummer van het RIZIV hebben en waarvoor de arts een attest DMH heeft ingevuld.

Wat betreft het eerste voorbeeld: drie (medische) echografieën worden terugbetaald door de overheid, dus echografieën om het geslacht van het kind te kennen, worden op dit moment in principe niet terugbetaald voor mensen zonder wettig verblijf. Wat betreft het tweede voorbeeld namelijk de religieuze besnijdenis, heeft de overheid onlangs besloten om deze verder terug te betalen om in de eerste plaats te denken aan de veiligheid van de kinderen. Waarom zouden de kinderen zonder wettig verblijf risico moeten lopen? Wat betreft de esthetische ingrepen vragen we ons af over welk soort medische prestaties die een nomenclatuur-nummer hebben het hier gaat en in welke precieze dossiers de arts ten onrechte een terugbetaling gevraagd heeft?

Door voorgaande preciseringen, willen we de aandacht trekken op het feit dat deze drie betwistbare en op het eerste zicht onjuiste voorbeelden in elk geval een zwak argument zijn om de nood van dergelijke hervorming aan te tonen.

In een persbericht van juli 2017<sup>8</sup> stelde minister van MI minister Borsus (hij werd intussen vervangen door minister Ducarme) voor wat hij constateerde: *“une augmentation de l’aide médicale urgente, mais également des différences notables de coût entre les communes du pays, voire des cas de tourisme médical”*. Zijn conclusie: de strijd tegen die misbruiken is noodzakelijk. We moeten toegeven het verband niet goed te zien tussen de vaststellingen (wat zijn de cijfers over medisch toerisme?) en de conclusie; we waarderen het mocht eerst een dieper onderzoek over deze vraag uitgevoerd worden.

Natuurlijk zijn controlemechanisme nodig (bv. om na te gaan of er wel degelijk een attest DMH in het dossier aanwezig is enz.) maar artsen sanctioneren naar aanleiding van de interpretatie van een zo breed concept als dringende medisch hulp lijkt ons gevaarlijk. Tot nu toe was het immers aan de arts om te oordelen of de medische verzorging valt onder het koninklijk besluit dat stelt dat de dringende medische hulp curatief en preventief kan zijn, ambulante en verstrekt in een instelling.

Nu zou een andere speler toegevoegd worden, een controlearts van de HZIV met de bedoeling een

<sup>8</sup> <http://www.presscenter.be/fr/pressrelease/20170720/modification-de-la-loi-sur-les-secours-accordes-par-les-cpas?lang=nl>.

les soins ayant un numéro de nomenclature INAMI et pour lesquels le médecin a rédigé une attestation AMU.

Concernant le 1<sup>er</sup> exemple: seules trois échographies (médicales) sont remboursées par le gouvernement, une échographie qui aurait pour seul but de connaître le sexe de l’enfant n’est donc en ce moment en principe pas couverte pour les personnes sans séjour légal. Concernant l’exemple des circoncisions pour motifs non médicaux, le gouvernement a récemment confirmé qu’il continuait à prendre en charge ces interventions afin d’assurer avant tout la sécurité des enfants. Pourquoi accepterait-on alors de faire courir des risques si importants à des enfants sans papier? En ce qui concerne le dernier exemple des interventions chirurgicales esthétiques, nous nous demandons quelles sont les prestations de ce type qui disposent d’un numéro de nomenclature INAMI et dans quels dossiers précis des médecins auraient demandé à tort des remboursements.

Nous souhaitons grâce à ces précisions attirer l’attention sur le fait que ces trois exemples discutables et à première vue incorrects sont en tous les cas un faible argumentaire pour démontrer le besoin d’une telle réforme.

Dans un communiqué de juillet 2017<sup>8</sup>, le ministre de l’Intégration sociale Willy Borsus (remplacé entre-temps par Monsieur Ducarme) avançait qu’il constatait *“une augmentation de l’aide médicale urgente, mais également des différences notables de coût entre les communes du pays, voire des cas de tourisme médical”*. Ses conclusions: une lutte contre ces abus est nécessaire. A la lecture de ce texte, nous avouons ne pas bien comprendre le lien qui existe entre ces constatations (quels sont les chiffres du tourisme médical?) et la conclusion; nous apprécierions qu’une enquête plus approfondie sur cette question soit réalisée.

Naturellement, un mécanisme de contrôle est nécessaire (p.ex. afin de vérifier si une attestation AMU est bien présente dans le dossier etc.), mais sanctionner les médecins à la suite d’une interprétation d’un concept aussi large que l’aide médicale urgente nous semble dangereux. Jusqu’à présent, c’était au médecin d’estimer si les soins tombaient sous l’arrêté royal qui prévoit que l’aide médicale urgente peut être curative et préventive, ambulatoire et délivrée dans une institution.

Maintenant, il y aurait un autre acteur en place, un médecin contrôleur de la CAAMI, avec l’objectif de créer

<sup>8</sup> <http://www.presscenter.be/fr/pressrelease/20170720/modification-de-la-loi-sur-les-secours-accordes-par-les-cpas?setlang=1>.

jurisprudentie tot stand te brengen wat betreft de medische correctheid van de attesten van DMH (zie wetsvoorstel p 4-5). We vinden het niet opportuun om artsen van de HZIV een “jurisprudentie van de overheid” te laten uitwerken rond de invulling van het begrip DMH. minister Ducarme gaf drie voorbeelden in de pers maar wat staat nog op de “lijst”? Wat zal de definitie van de controlearts zijn i.v.m. met preventieve en curatieve zorgen en naar welke jurisprudentie wil de overheid ons leiden? De invulling van het begrip DMH is te belangrijk en verdient een parlementaire democratische discussie en wettelijke invulling.

We lezen in de pers alvast de definitie van minister Ducarme; hij spreekt over “soins de santé nécessaires, incontournables, essentiels”. Waarom verwijst de minister niet gewoon naar het huidige K.B. van 1996 en naar de preventieve en curatieve draagwijdte van dit K.B.? Wil de overheid afstand nemen van dit K.B. en op die manier de toegang tot zorg voor mensen zonder wettig verblijf beperken? Men kan zich ernstige vragen stellen bij de onafhankelijkheid van de controleartsen van de HZIV. Een controlearts moet onafhankelijk zijn en een duidelijk wettelijk kader hebben waarop hij zich kan baseren. We vragen ons af wat de echte motivatie is van dit wetsvoorstel?

We willen geen jacht op medische prestaties en zorgverstrekkers zoals dit door de wetsverandering mogelijk zal worden. Artsen die een attest van DMH invullen, kunnen nadien gesanctioneerd worden of hun factuur niet meer betaald krijgen.

Zoals een arts van een ziekenhuis in Charleroi ons laat weten: *Dit systeem stelt op structurele wijze het recht op gezondheid (recht op toegang tot zorgen) van deze groep in vraag want ze laat de afweging om al dan niet betaald te worden voor de medische prestaties, wegen op het medisch korps. Mogelijks durven ze het risico niet meer nemen om niet betaald te worden als er twijfel is.*

De keuze die gemaakt werd om de modaliteiten van deze controles nog niet precies te omkaderen maar aan de koning die grote opdracht over te laten, stelt ook een probleem. Er blijft op dit moment namelijk een grote onbekende: de manier van controleren en de maatregelen die de controles ze met zich mee zullen brengen.

Door dit wetsontwerp wordt de geloofwaardigheid van de artsen aangetast die mensen zonder wettig verblijf correct verzorgen. Werd de positie van de Orde van Geneesheren gevraagd?

une jurisprudence en ce qui concerne la justification médicale des attestations AMU (voir projet de loi p. 4-5). Nous ne trouvons pas opportuun de laisser développer aux médecins de la CAAMI une “jurisprudence du gouvernement” autour de la notion de l’aide médicale urgente. Le ministre Ducarme donnait trois exemples dans la presse mais qu’y-a-t-il encore sur la “liste”? Quelle sera la définition du médecin contrôle au sujet de l’aspect préventif et curatif des soins et vers quelle jurisprudence le gouvernement veut-il nous mener? La définition de la notion d’AMU est trop importante et mérite une discussion parlementaire démocratique ainsi qu’une définition légale.

Nous lisons déjà dans la presse la définition du ministre Ducarme: il parle des “soins de santé nécessaires, incontournables, essentiels”. Pourquoi le ministre ne fait-il pas simplement référence à l’A.R. de 1996 et au champ d’application étendu au préventif et curatif de cet A.R.? Le gouvernement veut-il prendre ses distances avec cet A.R. et de cette manière limiter l’accès aux soins pour les personnes sans séjour légal? Nous pouvons sérieusement mettre en doute l’indépendance du médecin contrôle de la CAAMI. Un médecin contrôle doit être indépendant et avoir un cadre légal clair sur lequel se baser. Nous nous demandons quelle est la réelle motivation de ce projet de loi?

Nous ne voulons pas de chasse aux prestations médicales ou aux prestataires de soins comme cela pourrait être le cas avec cette modification législative. Les médecins qui complètent une attestation AMU, pourraient être sanctionnés ou ne pas obtenir le paiement de leurs factures.

Comme nous fait savoir un médecin d’un hôpital de Charleroi: “Ce système constitue structurellement une remise en question du droit à la santé (= droit à l’accès aux soins) de cette population puisqu’elle fait peser la menace de l’absence de remboursement de prestations médicales sur le corps médical. Celui-ci risque de ne plus oser prendre le risque de ne pas se faire rembourser les soins s’il a un doute.”.

Le choix d’avoir choisi de ne pas encadrer plus précisément les modalités de ce contrôle en laissant au Roi une très ample délégation pose ici aussi problème. Il nous reste une inconnue de taille: le détail des contrôles et les mesures qui les accompagnent.

Par ce projet de loi, la crédibilité des médecins à prendre correctement soin des personnes sans séjour légal est affectée. La position de l’Ordre des Médecins a-t-elle été demandée?

Om te concluderen, vraagt Medimmigrant eerst meer transparantie over de toepassing van de toekomstige wet en van het K.B. dat hiermee samen gaat en ten tweede een betere toegang tot eerstelijnszorg voor mensen zonder wettig verblijf; wat eventueel een betere piste kan zijn om de kosten van de procedure DMH te stabiliseren.

Medimmigrant dat sinds bijna 25 jaar antwoordt op vragen over deze procedure en de meeste mensen op het terrein die met de procedure geconfronteerd worden, vragen een versoepeling van de procedure en geen verstrenging. Onze ervaring geeft ons de indruk dat het huidige wetsontwerp het recht op DMH beperkt door de druk die het zet op de zorgverstrekkers. Indien de overheid de kosten voor bepaalde verstrekkingen niet meer zal terugbetalen, zullen zorgverstrekkers in de toekomst vanzelfsprekend die bepaalde zorgen gaan weigeren. Als artsen geen zekerheid meer krijgen over de tussenkomst van de overheid, zullen ze stoppen met zorg bieden aan deze precaire doelgroep. Dat zou ernstig zijn gezien we hier spreken over een fundamenteel recht en over een heel kwetsbare doelgroep.”

— CIRE

*“Après avoir rappelé la définition et les conditions de l’aide médicale urgente et les principales problématiques posées par la procédure actuelle, la présente note revient sur les principales dispositions du projet de loi en cours de discussion et propose un commentaire des dispositions les plus problématiques.*

#### 1. Le projet de loi du 16 janvier 2018

*Le projet de loi déposé le 16 janvier 2018 par le gouvernement et actuellement à l’examen au sein de la commission Santé de la Chambre des représentants a pour objectif annoncé de poursuivre l’amélioration et la simplification de la procédure d’aide médicale urgente entamée il y a quelques années. [...]*

*Le projet est justifié par le fait que des lacunes auraient été constatées dans la relation avec les dispensateurs de soins suite à l’entrée en vigueur de la réforme du 27 décembre 2012 instaurant la procédure Mediprima. L’exposé des motifs indique également la volonté de l’État belge d’établir une “jurisprudence de la justification médicale des attestations d’AMU”. Enfin, des communications des ministres Borsus et Ducarme ainsi que du rapport de la première lecture du texte, il est ressorti que celui-ci avait pour objectif également de lutter contre les abus.*

Pour conclure, Medimmigrant demande premièrement plus de transparence à propos de l’application future de la loi et de l’A.R. qui l’accompagnent et deuxièmement, un meilleur accès aux soins de première ligne pour les personnes sans séjour légal ce qui pourrait éventuellement être une meilleure piste pour stabiliser les coûts de la procédure AMU.

Medimmigrant qui répond depuis 25 ans aux questions qui lui sont adressées au sujet de cette procédure, et la plupart des acteurs de terrain confrontés à cette procédure, demandent un assouplissement, et non un durcissement. Notre expérience nous amène à penser que le projet de loi actuel, de la pression qu’il mettra sur les prestataires de soins, limitera le droit à l’AMU. Si le gouvernement ne rembourse plus les coûts de certaines prestations, les dispensateurs de soins finiront par refuser de prodiguer ces soins visés. Si les médecins ne reçoivent plus l’assurance de l’intervention de l’État, ils arrêteront probablement de fournir des soins à ce groupe cible. Cela serait désastreux car nous parlons ici d’un droit fondamental et d’un groupe de personnes très précarisées.”

— CIRE

*“Après avoir rappelé la définition et les conditions de l’aide médicale urgente et les principales problématiques posées par la procédure actuelle, la présente note revient sur les principales dispositions du projet de loi en cours de discussion et propose un commentaire des dispositions les plus problématiques.*

#### 1. Le projet de loi du 16 janvier 2018

*Le projet de loi déposé le 16 janvier 2018 par le gouvernement et actuellement à l’examen au sein de la commission Santé de la Chambre des représentants a pour objectif annoncé de poursuivre l’amélioration et la simplification de la procédure d’aide médicale urgente entamée il y a quelques années. [...]*

*Le projet est justifié par le fait que des lacunes auraient été constatées dans la relation avec les dispensateurs de soins suite à l’entrée en vigueur de la réforme du 27 décembre 2012 instaurant la procédure Mediprima. L’exposé des motifs indique également la volonté de l’État belge d’établir une “jurisprudence de la justification médicale des attestations d’AMU”. Enfin, des communications des ministres Borsus et Ducarme ainsi que du rapport de la première lecture du texte, il est ressorti que celui-ci avait pour objectif également de lutter contre les abus.*

## 2. La situation actuelle en matière d'aide médicale urgente

### • Définition et conditions de l'aide médicale urgente

Les personnes en séjour irrégulier, qui ne disposent pas ou plus d'un titre de séjour valide en Belgique et ne peuvent de ce fait être affiliées à une mutuelle, ne disposent pas d'une couverture santé. Elles ont uniquement droit à ce que l'on appelle l' "aide médicale urgente" (AMU). Pour pouvoir en bénéficier, ces personnes doivent s'adresser elles-mêmes directement au CPAS de leur commune de résidence ou la demander par l'intermédiaire du service social de l'établissement de soins dans lequel elles sont traitées lorsqu'elles n'ont pu la demander au préalable. En effet, conformément à l'arrêté royal du 12 décembre 1996, l'aide médicale "urgente" couvre les soins "de nature tant préventive que curative" qui peuvent être délivrés en hôpital ou en ambulatoire.

Pour pouvoir bénéficier de l'AMU, le CPAS doit d'abord vérifier que la personne en remplit les conditions et ensuite définir l'étendue de la prise en charge sur base d'un examen individuel.

Les conditions de l'AMU sont les suivantes:

— la compétence du CPAS: le CPAS doit être compétent territorialement pour examiner la demande d'AMU (il faut donc que le demandeur vive effectivement sur le territoire de la commune)

— l'état d'indigence: les personnes doivent démontrer leur état d'indigence, c'est-à-dire l'absence de moyens permettant de vivre conformément à la dignité humaine, ou permettre qu'il soit établi dans le cadre d'une enquête sociale. L'enquête sociale est celle visée à l'article 19, § 1<sup>er</sup>, de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale qui prévoit que: "L'enquête sociale comprendra un récapitulatif des éléments qui ont permis de constater l'existence et l'étendue du besoin d'aide. L'enquête sociale doit au minimum comprendre les éléments d'identification du demandeur d'aide, mentionnés ci-après: – son nom et prénom; – son numéro national; – sa nationalité; – son état civil; – sa composition de ménage; – sa résidence effective; – sa situation de séjour. "La visite à domicile fait partie de l'enquête sociale. Elle est réalisée au moment de l'ouverture du dossier et reconduite chaque fois que c'est nécessaire et au minimum une fois par an".

La personne ne doit en outre pas déjà disposer d'une couverture médicale (par exemple si la personne a déjà été affiliée à une mutualité en Belgique et que la

## 2. La situation actuelle en matière d'aide médicale urgente

### • Définition et conditions de l'aide médicale urgente

Les personnes en séjour irrégulier, qui ne disposent pas ou plus d'un titre de séjour valide en Belgique et ne peuvent de ce fait être affiliées à une mutuelle, ne disposent pas d'une couverture santé. Elles ont uniquement droit à ce que l'on appelle l' "aide médicale urgente" (AMU). Pour pouvoir en bénéficier, ces personnes doivent s'adresser elles-mêmes directement au CPAS de leur commune de résidence ou la demander par l'intermédiaire du service social de l'établissement de soins dans lequel elles sont traitées lorsqu'elles n'ont pu la demander au préalable. En effet, conformément à l'arrêté royal du 12 décembre 1996, l'aide médicale "urgente" couvre les soins "de nature tant préventive que curative" qui peuvent être délivrés en hôpital ou en ambulatoire.

Pour pouvoir bénéficier de l'AMU, le CPAS doit d'abord vérifier que la personne en remplit les conditions et ensuite définir l'étendue de la prise en charge sur base d'un examen individuel.

Les conditions de l'AMU sont les suivantes:

— la compétence du CPAS: le CPAS doit être compétent territorialement pour examiner la demande d'AMU (il faut donc que le demandeur vive effectivement sur le territoire de la commune)

— l'état d'indigence: les personnes doivent démontrer leur état d'indigence, c'est-à-dire l'absence de moyens permettant de vivre conformément à la dignité humaine, ou permettre qu'il soit établi dans le cadre d'une enquête sociale. L'enquête sociale est celle visée à l'article 19, § 1<sup>er</sup>, de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale qui prévoit que: "L'enquête sociale comprendra un récapitulatif des éléments qui ont permis de constater l'existence et l'étendue du besoin d'aide. L'enquête sociale doit au minimum comprendre les éléments d'identification du demandeur d'aide, mentionnés ci-après: – son nom et prénom; – son numéro national; – sa nationalité; – son état civil; – sa composition de ménage; – sa résidence effective; – sa situation de séjour. "La visite à domicile fait partie de l'enquête sociale. Elle est réalisée au moment de l'ouverture du dossier et reconduite chaque fois que c'est nécessaire et au minimum une fois par an".

La personne ne doit en outre pas déjà disposer d'une couverture médicale (par exemple si la personne a déjà été affiliée à une mutualité en Belgique et que la

*couverture est toujours valide, si elle bénéficie d'une couverture de soins de santé dans son pays d'origine, si elle a contracté une assurance privée couvrant les frais médicaux, si elle est couverte par la carte d'assurance européenne, si elle dispose d'un titre de séjour sur base d'une procédure d'asile en cours ...). Le CPAS vérifie également qu'aucune autre personne résidant en Belgique ne s'est portée garante pour la personne en séjour irrégulier. Si c'est le cas, le CPAS demande au garant de payer les soins de santé nécessaires.*

*Enfin, le CPAS collecte des informations sur les ressources du demandeur d'AMU ainsi que sur celles des personnes qui cohabitent avec lui (partenaire, ascendants ou descendants). En résumé, le CPAS ne prendra en charge les soins de santé d'une personne en séjour irrégulier qu'à la condition que ni elle ni personne d'autre ne puisse les payer.*

*— le certificat médical: la personne doit présenter un certificat médical spécifique délivré par un médecin ou un dentiste qui atteste le besoin de soins médicaux "urgents". Le certificat doit préciser le type de soins nécessaires ainsi que le traitement médicamenteux éventuel. En principe, un certificat est nécessaire pour chaque situation de maladie ou de soins.*

- Procédure et prise en charge des soins

*Lorsqu'une personne a introduit une demande d'AMU auprès du CPAS compétent, celui-ci doit prendre sa décision d'accorder ou non l'AMU dans les 30 jours de la date d'introduction de la demande. La décision est alors notifiée au demandeur dans les 8 jours par recommandé et doit être motivée en cas de refus. Dans ce cas, un recours peut être introduit auprès du tribunal du travail. Si l'AMU est accordée, le CPAS délivre un "réquisitoire" au demandeur indiquant quels soins et traitements éventuels seront couverts. C'est là la garantie de paiement pour le prestataire de soins. Certains CPAS délivrent une carte médicale individuelle qui remplace le réquisitoire du CPAS et ne doit pas être renouvelée à chaque nouvel épisode de soins ou pour chaque ordonnance. Pour les soins hospitaliers, la notification de prise en charge par le CPAS se fait par voie électronique grâce au système MediPrima (entre les CPAS, les hôpitaux, la CAAMI et le SPP intégration sociale).*

*Pour chaque personne en séjour irrégulier, le CPAS décide quels soins de santé seront pris en charge. L'aide médicale urgente accordée peut être globale (tous les soins prescrits par le médecin sont alors couverts) ou limitée à des soins ou des médicaments spécifiques. L'AMU est généralement accordée pour une durée de 92 jours mais cette durée peut varier*

couverture est toujours valide, si elle bénéficie d'une couverture de soins de santé dans son pays d'origine, si elle a contracté une assurance privée couvrant les frais médicaux, si elle est couverte par la carte d'assurance européenne, si elle dispose d'un titre de séjour sur base d'une procédure d'asile en cours ...). Le CPAS vérifie également qu'aucune autre personne résidant en Belgique ne s'est portée garante pour la personne en séjour irrégulier. Si c'est le cas, le CPAS demande au garant de payer les soins de santé nécessaires.

Enfin, le CPAS collecte des informations sur les ressources du demandeur d'AMU ainsi que sur celles des personnes qui cohabitent avec lui (partenaire, ascendants ou descendants). En résumé, le CPAS ne prendra en charge les soins de santé d'une personne en séjour irrégulier qu'à la condition que ni elle ni personne d'autre ne puisse les payer.

— le certificat médical: la personne doit présenter un certificat médical spécifique délivré par un médecin ou un dentiste qui atteste le besoin de soins médicaux "urgents". Le certificat doit préciser le type de soins nécessaires ainsi que le traitement médicamenteux éventuel. En principe, un certificat est nécessaire pour chaque situation de maladie ou de soins.

- Procédure et prise en charge des soins

Lorsqu'une personne a introduit une demande d'AMU auprès du CPAS compétent, celui-ci doit prendre sa décision d'accorder ou non l'AMU dans les 30 jours de la date d'introduction de la demande. La décision est alors notifiée au demandeur dans les 8 jours par recommandé et doit être motivée en cas de refus. Dans ce cas, un recours peut être introduit auprès du tribunal du travail. Si l'AMU est accordée, le CPAS délivre un "réquisitoire" au demandeur indiquant quels soins et traitements éventuels seront couverts. C'est là la garantie de paiement pour le prestataire de soins. Certains CPAS délivrent une carte médicale individuelle qui remplace le réquisitoire du CPAS et ne doit pas être renouvelée à chaque nouvel épisode de soins ou pour chaque ordonnance. Pour les soins hospitaliers, la notification de prise en charge par le CPAS se fait par voie électronique grâce au système MediPrima (entre les CPAS, les hôpitaux, la CAAMI et le SPP intégration sociale).

Pour chaque personne en séjour irrégulier, le CPAS décide quels soins de santé seront pris en charge. L'aide médicale urgente accordée peut être globale (tous les soins prescrits par le médecin sont alors couverts) ou limitée à des soins ou des médicaments spécifiques. L'AMU est généralement accordée pour une durée de 92 jours mais cette durée peut varier d'un CPAS à

d'un CPAS à l'autre. Pour les soins de première ligne, le prestataire de soins doit transmettre sa facture au CPAS et le CPAS se fera rembourser par l'État via le SPP intégration sociale. Pour les soins hospitaliers, le prestataire de soins transmet sa facture à la CAAMI via MediPrima et la CAAMI se fait rembourser par le SPP intégration sociale. La plupart des CPAS proposent aux personnes de choisir un médecin, un hôpital ou un pharmacien parmi ceux avec lesquels ils ont signé une convention. Cette convention stipule les recommandations du CPAS en matière d'AMU et constitue la garantie de paiement pour les prestataires de soins.

- Problèmes actuels du système d'AMU

De nombreux acteurs de terrain (médecins, CPAS, associations, ...) sont témoins depuis plusieurs années de la complexité de la procédure actuelle d'AMU et des difficultés qu'elle engendre pour les personnes en séjour irrégulier en terme d'accès et de continuité des soins qui leur sont nécessaires. C'est ainsi qu'une réflexion approfondie, sous forme d'un Livre blanc, a été menée par l'INAMI en 2014 en collaboration avec Médecins du Monde et plus de 300 acteurs de la santé et du social. Suite à cette réflexion, le Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) a été chargé en 2015 d'analyser les mécanismes actuels et de formuler des recommandations. Ces analyses font état des principaux dysfonctionnements du système actuel et notamment de:

- la lourdeur de la procédure

La procédure actuelle d'aide médicale urgente est extrêmement complexe (et donc difficile à comprendre pour les usagers et mêmes les prestataires de soins). Elle est également souvent très longue avant que les personnes aient effectivement accès aux soins de santé qui leur sont nécessaires. Ainsi, l'enquête sociale est assez complexe à mener et ralentit souvent le processus. Le délai légal de 30 jours endéans lequel une décision doit être prise par les CPAS ne peut ainsi souvent pas être respecté. Certains CPAS répètent par ailleurs l'enquête sociale pour une même personne très régulièrement afin d'éviter d'être sanctionnés financièrement en cas d'attribution inappropriée d'une AMU. Si les personnes déménagent, la condition de territorialité impose que l'enquête sociale soit répétée par le nouveau CPAS compétent car l'enquête sociale réalisée par un autre CPAS ne sera pas valable sur le nouveau territoire. Il est par ailleurs parfois difficile de déterminer la compétence d'un CPAS pour certains lieux de résidence qui sont à cheval sur plusieurs territoires communaux (ex: gares). Cette lourdeur administrative implique que l'aide médicale urgente est

l'autre. Pour les soins de première ligne, le prestataire de soins doit transmettre sa facture au CPAS et le CPAS se fera rembourser par l'État via le SPP intégration sociale. Pour les soins hospitaliers, le prestataire de soins transmet sa facture à la CAAMI via MediPrima et la CAAMI se fait rembourser par le SPP intégration sociale. La plupart des CPAS proposent aux personnes de choisir un médecin, un hôpital ou un pharmacien parmi ceux avec lesquels ils ont signé une convention. Cette convention stipule les recommandations du CPAS en matière d'AMU et constitue la garantie de paiement pour les prestataires de soins.

- Problèmes actuels du système d'AMU

De nombreux acteurs de terrain (médecins, CPAS, associations, ...) sont témoins depuis plusieurs années de la complexité de la procédure actuelle d'AMU et des difficultés qu'elle engendre pour les personnes en séjour irrégulier en terme d'accès et de continuité des soins qui leur sont nécessaires. C'est ainsi qu'une réflexion approfondie, sous forme d'un Livre blanc, a été menée par l'INAMI en 2014 en collaboration avec Médecins du Monde et plus de 300 acteurs de la santé et du social. Suite à cette réflexion, le Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) a été chargé en 2015 d'analyser les mécanismes actuels et de formuler des recommandations. Ces analyses font état des principaux dysfonctionnements du système actuel et notamment de:

- la lourdeur de la procédure

La procédure actuelle d'aide médicale urgente est extrêmement complexe (et donc difficile à comprendre pour les usagers et mêmes les prestataires de soins). Elle est également souvent très longue avant que les personnes aient effectivement accès aux soins de santé qui leur sont nécessaires. Ainsi, l'enquête sociale est assez complexe à mener et ralentit souvent le processus. Le délai légal de 30 jours endéans lequel une décision doit être prise par les CPAS ne peut ainsi souvent pas être respecté. Certains CPAS répètent par ailleurs l'enquête sociale pour une même personne très régulièrement afin d'éviter d'être sanctionnés financièrement en cas d'attribution inappropriée d'une AMU. Si les personnes déménagent, la condition de territorialité impose que l'enquête sociale soit répétée par le nouveau CPAS compétent car l'enquête sociale réalisée par un autre CPAS ne sera pas valable sur le nouveau territoire. Il est par ailleurs parfois difficile de déterminer la compétence d'un CPAS pour certains lieux de résidence qui sont à cheval sur plusieurs territoires communaux (ex: gares). Cette lourdeur administrative implique que l'aide médicale urgente est de plus en

de plus en plus difficile à obtenir pour de nombreuses personnes en situation de séjour irrégulier.

— le manque d'information sur l'AMU

Le KCE a également constaté un manque d'information sur l'AMU tant chez les prestataires de soins que chez les personnes en séjour irrégulier qui ne connaissent pas suffisamment ou parfois pas du tout la procédure et l'étendue de la couverture médicale possible dans le cadre de l'AMU. Les chiffres montrent d'ailleurs que l'AMU est sous-utilisée.

— la variabilité des décisions d'un CPAS à l'autre

Les communes et leurs CPAS jouissent en Belgique d'une grande autonomie. Si cela permet d'adapter les pratiques aux réalités locales, cela engendre également une grande disparité de pratiques, des plus souples aux plus restrictives.

Ainsi, d'un CPAS à l'autre, le seuil pour déterminer que les ressources du demandeur sont insuffisantes varie et l'étendue de la prise en charge varie également lorsque ce seuil est dépassé. La couverture des soins de santé peut également être très différente d'un CPAS à l'autre et parfois d'un usager à l'autre d'un même CPAS. Ainsi, certains CPAS prennent en charge les soins de façon globale, d'autres sont plus sélectifs et décident au cas par cas quels soins spécifiques seront pris, ou non, en charge. Comme les CPAS peuvent décider de prendre en charge, sur fonds propre, des prestations de santé ou des médicaments non couverts par l'INAMI, certains CPAS recourent à cette possibilité, d'autres pas. Enfin, la durée de l'AMU peut également varier. Si elle est habituellement accordée pour 92 jours, elle peut être plus courte (1 jour ou 30 jours) ou plus longue (1 an).

Cette variabilité est problématique car elle entraîne des décisions différentes dans des situations similaires donc des décisions discriminatoires et un accès inégal aux soins de santé.

### 3. Commentaires du projet de loi

Au regard des dysfonctionnements actuels du système d'aide médicale urgente, tels que décrits ci-dessus, il nous semble également, comme l'indiquent d'ailleurs les objectifs du projet de loi, que l'aide médicale urgente doit être simplifiée et harmonisée mais la présente réforme passe à côté de ces objectifs et risque surtout de rendre encore plus difficile l'accès aux soins de santé pour ce public déjà extrêmement fragilisé que sont les personnes en séjour irrégulier. Ce projet de loi comporte par ailleurs trop d'imprécisions pour être voté

plus difficile à obtenir pour de nombreuses personnes en situation de séjour irrégulier.

— le manque d'information sur l'AMU

Le KCE a également constaté un manque d'information sur l'AMU tant chez les prestataires de soins que chez les personnes en séjour irrégulier qui ne connaissent pas suffisamment ou parfois pas du tout la procédure et l'étendue de la couverture médicale possible dans le cadre de l'AMU. Les chiffres montrent d'ailleurs que l'AMU est sous-utilisée.

— la variabilité des décisions d'un CPAS à l'autre

Les communes et leurs CPAS jouissent en Belgique d'une grande autonomie. Si cela permet d'adapter les pratiques aux réalités locales, cela engendre également une grande disparité de pratiques, des plus souples aux plus restrictives.

Ainsi, d'un CPAS à l'autre, le seuil pour déterminer que les ressources du demandeur sont insuffisantes varie et l'étendue de la prise en charge varie également lorsque ce seuil est dépassé. La couverture des soins de santé peut également être très différente d'un CPAS à l'autre et parfois d'un usager à l'autre d'un même CPAS. Ainsi, certains CPAS prennent en charge les soins de façon globale, d'autres sont plus sélectifs et décident au cas par cas quels soins spécifiques seront pris, ou non, en charge. Comme les CPAS peuvent décider de prendre en charge, sur fonds propre, des prestations de santé ou des médicaments non couverts par l'INAMI, certains CPAS recourent à cette possibilité, d'autres pas. Enfin, la durée de l'AMU peut également varier. Si elle est habituellement accordée pour 92 jours, elle peut être plus courte (1 jour ou 30 jours) ou plus longue (1 an).

Cette variabilité est problématique car elle entraîne des décisions différentes dans des situations similaires donc des décisions discriminatoires et un accès inégal aux soins de santé.

### 3. Commentaires du projet de loi

Au regard des dysfonctionnements actuels du système d'aide médicale urgente, tels que décrits ci-dessus, il nous semble également, comme l'indiquent d'ailleurs les objectifs du projet de loi, que l'aide médicale urgente doit être simplifiée et harmonisée mais la présente réforme passe à côté de ces objectifs et risque surtout de rendre encore plus difficile l'accès aux soins de santé pour ce public déjà extrêmement fragilisé que sont les personnes en séjour irrégulier. Ce projet de loi comporte par ailleurs trop d'imprécisions pour être voté

en l'état. Il laisse une marge de manœuvre beaucoup trop importante au gouvernement qui sera amené à prendre plusieurs mesures essentielles à cette réforme par voie d'arrêté royal. Ainsi, c'est par arrêté royal que seront détaillés les différents contrôles dont la CAAMI sera chargée notamment ceux ayant trait à l'existence, à la conformité et à la justification des attestations d'aide médicale urgente ainsi que les mesures à prendre en cas de manquements et de paiements indus. De même, il y est prévu que le statut administratif, fonctionnel et pécuniaire du médecin-contrôle de la CAAMI soit fixé par arrêté royal. Nous revenons ci-dessous sur les dispositions de cette réforme qui nous paraissent les plus problématiques.

- Sur la définition de l'aide médicale urgente

Bien que le ministre Ducarme indique dans le rapport de la première lecture du texte que l'objectif n'est pas de restreindre l'aide médicale urgente, différents éléments portent à croire qu'il est précisément question avec cette réforme de redéfinir les contours de l'aide médicale urgente. L'exposé des motifs du projet de loi indique tout d'abord que l'État, via le médecin contrôle de la CAAMI, pourra établir une "jurisprudence en ce qui concerne la justification médicale des attestations d'aide médicale urgente". Le ministre Borsus avait indiqué en son temps qu'il souhaitait préciser le caractère "urgent" de l'aide estimant que celle-ci ne devait pas faire l'objet de soins variés mais bien rester dans le domaine du "nécessaire". Le ministre Ducarme, quant à lui, a évoqué publiquement le fait que les soins couverts par l'AMU devront être les soins "nécessaires, incontournables, essentiels". Enfin, le résumé du projet de loi lui-même indique que l'un des objectifs du texte est bien de "préciser la définition de l'aide médicale urgente".

Or, les articles du projet de loi ne disent rien quant à la définition de l'aide médicale urgente ni quant aux contrôles qui seront effectués par le médecin-contrôle de la CAAMI. Le texte renvoie à cet égard à l'arrêté royal à venir. A l'heure actuelle, c'est le médecin traitant qui est chargé d'évaluer si les soins envisagés entrent dans le cadre et la définition de l'AMU. Nous craignons qu'avec cette réforme la définition de l'AMU ne soit de fait modifiée et restreinte et que la question ne soit pas posée ouvertement dans le cadre des débats parlementaires.

Il faut rappeler que le caractère "nécessaire" de l'aide médicale dépend de la situation individuelle de chaque personne et il appartient aux médecins de déterminer l'urgence de l'aide médicale à assurer. Rappelons que le législateur en 1996 précisait dans les travaux préparatoires que "l'aide médicale urgente n'est pas

en l'état. Il laisse une marge de manœuvre beaucoup trop importante au gouvernement qui sera amené à prendre plusieurs mesures essentielles à cette réforme par voie d'arrêté royal. Ainsi, c'est par arrêté royal que seront détaillés les différents contrôles dont la CAAMI sera chargée notamment ceux ayant trait à l'existence, à la conformité et à la justification des attestations d'aide médicale urgente ainsi que les mesures à prendre en cas de manquements et de paiements indus. De même, il y est prévu que le statut administratif, fonctionnel et pécuniaire du médecin-contrôle de la CAAMI soit fixé par arrêté royal. Nous revenons ci-dessous sur les dispositions de cette réforme qui nous paraissent les plus problématiques.

- Sur la définition de l'aide médicale urgente

Bien que le ministre Ducarme indique dans le rapport de la première lecture du texte que l'objectif n'est pas de restreindre l'aide médicale urgente, différents éléments portent à croire qu'il est précisément question avec cette réforme de redéfinir les contours de l'aide médicale urgente. L'exposé des motifs du projet de loi indique tout d'abord que l'État, via le médecin contrôle de la CAAMI, pourra établir une "jurisprudence en ce qui concerne la justification médicale des attestations d'aide médicale urgente". Le ministre Borsus avait indiqué en son temps qu'il souhaitait préciser le caractère "urgent" de l'aide estimant que celle-ci ne devait pas faire l'objet de soins variés mais bien rester dans le domaine du "nécessaire". Le ministre Ducarme, quant à lui, a évoqué publiquement le fait que les soins couverts par l'AMU devront être les soins "nécessaires, incontournables, essentiels". Enfin, le résumé du projet de loi lui-même indique que l'un des objectifs du texte est bien de "préciser la définition de l'aide médicale urgente".

Or, les articles du projet de loi ne disent rien quant à la définition de l'aide médicale urgente ni quant aux contrôles qui seront effectués par le médecin-contrôle de la CAAMI. Le texte renvoie à cet égard à l'arrêté royal à venir. A l'heure actuelle, c'est le médecin traitant qui est chargé d'évaluer si les soins envisagés entrent dans le cadre et la définition de l'AMU. Nous craignons qu'avec cette réforme la définition de l'AMU ne soit de fait modifiée et restreinte et que la question ne soit pas posée ouvertement dans le cadre des débats parlementaires.

Il faut rappeler que le caractère "nécessaire" de l'aide médicale dépend de la situation individuelle de chaque personne et il appartient aux médecins de déterminer l'urgence de l'aide médicale à assurer. Rappelons que le législateur en 1996 précisait dans les travaux préparatoires que "l'aide médicale urgente n'est pas limitée

limitée à l'hospitalisation ou aux soins reçus dans un service d'urgence mais peut comprendre un large spectre de soins y compris des traitements préventifs, des prothèses ou autre...". Pour l'administration de l'intégration sociale également, "l'aide médicale urgente peut également avoir trait à un examen médical, un traitement chez le kinésithérapeute ou même une simple visite chez le médecin généraliste".

Enfin, le Conseil national de l'Ordre des médecins, a rappelé dans son communiqué du 25 janvier 2018, son avis du 19 septembre 2015 concernant la notion de "caractère urgent" de l'aide médicale urgente octroyée par les CPAS11. Selon le Conseil, "ce n'est pas à la dénomination de l'aide médicale qu'il convient de s'attacher, mais aux besoins qu'elle doit couvrir". "Sur base du respect de la dignité humaine par les membres du corps médical, le Conseil national considère que les soins médicaux dispensés aux étrangers en séjour irrégulier ne peuvent se limiter aux soins immédiats et urgents à caractère vital mais qu'ils doivent inclure tous les soins nécessaires à une vie conforme à la dignité humaine".

Il nous semble que le caractère "urgent" de l'aide médicale doit toujours pouvoir être évalué par le médecin traitant dans le cadre d'un examen individuel du patient. Par ailleurs, une liste de soins couverts sur base du critère du caractère nécessaire des soins pour mener une vie conforme à la dignité humaine, pourrait être établie, comme le préconise le KCE, afin d'offrir un cadre légal clair pour tous les acteurs concernés par la procédure d'AMU.

- Sur les contrôles effectués par le médecin-conseil de la CAAMI

L'article 5 du projet de loi prévoit que la CAAMI sera chargée désormais non seulement d'une mission d'information au sujet des tarifs de remboursement mais aussi des mesures prises en cas de manquements administratifs et de montants payés indûment. Un arrêté royal doit être pris afin de détailler les différents contrôles dont la CAAMI sera chargée notamment ceux ayant trait à l'existence, à la conformité et à la justification des attestations d'aide médicale urgente ainsi que les mesures à prendre en cas de manquements et de paiements indus. Une fonction de médecin contrôle est également créée au sein de la CAAMI dont le statut administratif, fonctionnel et pécuniaire sera fixé également par arrêté royal.

Le texte permet au médecin-contrôle de la CAAMI d'opérer un contrôle du caractère urgent ou non des soins et dès lors de sanctionner a posteriori les prestataires de soins en ne procédant pas au remboursement

à l'hospitalisation ou aux soins reçus dans un service d'urgence mais peut comprendre un large spectre de soins y compris des traitements préventifs, des prothèses ou autre...". Pour l'administration de l'intégration sociale également, "l'aide médicale urgente peut également avoir trait à un examen médical, un traitement chez le kinésithérapeute ou même une simple visite chez le médecin généraliste".

Enfin, le Conseil national de l'Ordre des médecins, a rappelé dans son communiqué du 25 janvier 2018, son avis du 19 septembre 2015 concernant la notion de "caractère urgent" de l'aide médicale urgente octroyée par les CPAS11. Selon le Conseil, "ce n'est pas à la dénomination de l'aide médicale qu'il convient de s'attacher, mais aux besoins qu'elle doit couvrir". "Sur base du respect de la dignité humaine par les membres du corps médical, le Conseil national considère que les soins médicaux dispensés aux étrangers en séjour irrégulier ne peuvent se limiter aux soins immédiats et urgents à caractère vital mais qu'ils doivent inclure tous les soins nécessaires à une vie conforme à la dignité humaine".

Il nous semble que le caractère "urgent" de l'aide médicale doit toujours pouvoir être évalué par le médecin traitant dans le cadre d'un examen individuel du patient. Par ailleurs, une liste de soins couverts sur base du critère du caractère nécessaire des soins pour mener une vie conforme à la dignité humaine, pourrait être établie, comme le préconise le KCE, afin d'offrir un cadre légal clair pour tous les acteurs concernés par la procédure d'AMU.

- Sur les contrôles effectués par le médecin-conseil de la CAAMI

L'article 5 du projet de loi prévoit que la CAAMI sera chargée désormais non seulement d'une mission d'information au sujet des tarifs de remboursement mais aussi des mesures prises en cas de manquements administratifs et de montants payés indûment. Un arrêté royal doit être pris afin de détailler les différents contrôles dont la CAAMI sera chargée notamment ceux ayant trait à l'existence, à la conformité et à la justification des attestations d'aide médicale urgente ainsi que les mesures à prendre en cas de manquements et de paiements indus. Une fonction de médecin contrôle est également créée au sein de la CAAMI dont le statut administratif, fonctionnel et pécuniaire sera fixé également par arrêté royal.

Le texte permet au médecin-contrôle de la CAAMI d'opérer un contrôle du caractère urgent ou non des soins et dès lors de sanctionner a posteriori les prestataires de soins en ne procédant pas au remboursement

des prestations. Cela va nécessairement engendrer une pression importante sur les prestataires de soins qui risquent de ne plus accomplir leurs prestations auprès du public sans papiers de peur d'être sanctionnés financièrement. Il nous paraît dangereux également qu'un contrôle du caractère nécessaire des soins puisse être effectué a posteriori et sur base uniquement du dossier médical par le médecin-contrôle. Le texte de loi ne dit rien par ailleurs sur les critères qui seront utilisés par le médecin-contrôle pour effectuer ses contrôles et élaborer cette "jurisprudence" voulue par le gouvernement. Le texte de loi ne prévoit d'ailleurs aucune garantie d'indépendance du médecin contrôle de la CAAMI, renvoyant la détermination du statut de ce fonctionnaire à un arrêté royal.

*Il nous semble que ces discussions devraient à tout le moins pouvoir se faire au sein du Parlement.*

- Sur les sanctions financières aux CPAS

L'article 3 du projet de loi permet désormais d'infliger des sanctions financières aux CPAS qui n'effectueraient pas ou mal l'enquête sociale. Cette disposition est justifiée par le fait que comme dans le système actuel les CPAS n'avancent plus le montant des frais médicaux dans le cadre de la procédure Mediprima, on ne peut plus leur infliger la sanction de non-remboursement des frais engagés par l'État. En effet, dans le cadre de cette procédure, les dispensateurs de soins sont directement remboursés par la CAAMI au nom et pour le compte de l'État. Comme dit plus haut, les CPAS sont déjà extrêmement vigilants dans la réalisation de leur enquête sociale qui s'avère souvent lourde et complexe et qui entraîne souvent l'allongement des délais de traitement de la demande d'AMU. Faire peser le risque aux CPAS de sanctions financières, accroît encore la pression sur ces services déjà sous pressions et risque d'entraîner, pour éviter tout risque de sanction, une prudence extrême dans l'octroi des AMU aux personnes dans le besoin.

- Sur la volonté d'assurer la continuité de l'aide

L'article 2 du projet de loi prévoit que désormais le CPAS qui a pris la décision d'AMU sera compétent pour assurer cette aide médicale pendant toute la durée de validité de la décision et pendant la durée ininterrompue de l'hospitalisation de la personne le cas échéant. Cela permettrait d'assurer une continuité dans l'octroi de l'aide aux personnes et dans la prise en charge des factures médicales pour les hôpitaux.

*Il est louable de vouloir éviter des interruptions dans l'aide médicale accordée mais la mesure aurait pu aller plus loin et prévoir l'instauration d'une carte médicale*

des prestations. Cela va nécessairement engendrer une pression importante sur les prestataires de soins qui risquent de ne plus accomplir leurs prestations auprès du public sans papiers de peur d'être sanctionnés financièrement. Il nous paraît dangereux également qu'un contrôle du caractère nécessaire des soins puisse être effectué a posteriori et sur base uniquement du dossier médical par le médecin-contrôle. Le texte de loi ne dit rien par ailleurs sur les critères qui seront utilisés par le médecin-contrôle pour effectuer ses contrôles et élaborer cette "jurisprudence" voulue par le gouvernement. Le texte de loi ne prévoit d'ailleurs aucune garantie d'indépendance du médecin contrôle de la CAAMI, renvoyant la détermination du statut de ce fonctionnaire à un arrêté royal.

*Il nous semble que ces discussions devraient à tout le moins pouvoir se faire au sein du Parlement.*

- Sur les sanctions financières aux CPAS

L'article 3 du projet de loi permet désormais d'infliger des sanctions financières aux CPAS qui n'effectueraient pas ou mal l'enquête sociale. Cette disposition est justifiée par le fait que comme dans le système actuel les CPAS n'avancent plus le montant des frais médicaux dans le cadre de la procédure Mediprima, on ne peut plus leur infliger la sanction de non-remboursement des frais engagés par l'État. En effet, dans le cadre de cette procédure, les dispensateurs de soins sont directement remboursés par la CAAMI au nom et pour le compte de l'État. Comme dit plus haut, les CPAS sont déjà extrêmement vigilants dans la réalisation de leur enquête sociale qui s'avère souvent lourde et complexe et qui entraîne souvent l'allongement des délais de traitement de la demande d'AMU. Faire peser le risque aux CPAS de sanctions financières, accroît encore la pression sur ces services déjà sous pressions et risque d'entraîner, pour éviter tout risque de sanction, une prudence extrême dans l'octroi des AMU aux personnes dans le besoin.

- Sur la volonté d'assurer la continuité de l'aide

L'article 2 du projet de loi prévoit que désormais le CPAS qui a pris la décision d'AMU sera compétent pour assurer cette aide médicale pendant toute la durée de validité de la décision et pendant la durée ininterrompue de l'hospitalisation de la personne le cas échéant. Cela permettrait d'assurer une continuité dans l'octroi de l'aide aux personnes et dans la prise en charge des factures médicales pour les hôpitaux.

*Il est louable de vouloir éviter des interruptions dans l'aide médicale accordée mais la mesure aurait pu aller plus loin et prévoir l'instauration d'une carte médicale*

harmonisée (à la place des réquisitoires) assortie d'une durée de validité déterminée et qui reste valable en cas de déménagement du bénéficiaire vers une autre commune, garantissant ainsi la continuité des soins.

- Sur la question des abus et la communication faite autour du projet de loi

Le ministre Ducarme a communiqué en janvier sur le fait qu'il souhaitait mettre fin au "remboursement des soins de confort comme la chirurgie esthétique ou les échographies de grossesse non nécessaires". Il faisait référence à un rapport de la CAAMI selon lequel entre janvier et juin 2016, 12 cas d'abus avaient été signalés, soit 6 %. Parmi ces cas: une circoncision, une échographie afin de déterminer le sexe d'un enfant et cinq traitements pour des problèmes de dos non urgents.

Nous ignorons de quelle manière et sur base de quels critères ces cas ont été déclarés abusifs mais ce nombre nous semble peu élevé et ce type de soins est par ailleurs remboursé par l'INAMI pour les personnes couvertes par une assurance maladie en Belgique.

Le rapport du KCE indique qu'il y aurait en Belgique entre 85 000 et 160 000 personnes en séjour irrégulier (soit 0,8 % à 1,4 % de la population). Le KCE estime qu'en 2013, 10 à 20 % des personnes en séjour irrégulier ont fait appel à l'AMU et que le nombre annuel de recours à l'AMU est resté stable depuis 2011. Il n'y aurait pas, selon le KCE, d'éléments objectifs indiquant une utilisation abusive des services de santé par les personnes en séjour irrégulier. Parmi les personnes qui ont bénéficié de l'AMU, 20 % ont été hospitalisées. Une grande partie des bénéficiaires de l'AMU ont fait appel à l'AMU dans les grandes villes (la moitié dans la Région de Bruxelles-Capitale, Anvers, Gand). Selon l'enquête, le budget annuel consacré à l'AMU s'élevait à 38 millions d'euros en 2006 contre 44,5 millions d'euros en 2013 (soit une hausse de 17,3 % en 7 ans). 70 % des dépenses sont consacrées aux frais d'hospitalisation, souvent très onéreux. Le coût moyen de l'AMU par bénéficiaire a augmenté passant de 1 695 euros en 2006 à 2 539 euros en 2013 (+49,8 % en 7 ans). Cette augmentation est principalement liée à une forte hausse des coûts d'hospitalisation (+76,3 %).

#### 4. Recommandations

Nous estimons que la procédure d'AMU doit être simplifiée mais pas en redéfinissant l'aide médicale urgente et en la limitant au droit à la santé des personnes en séjour irrégulier. Le droit aux soins de santé est un droit fondamental et on ne peut en exclure une partie de la population, uniquement en raison de sa situation administrative de séjour, sous peine de faire courir à

harmonisée (à la place des réquisitoires) assortie d'une durée de validité déterminée et qui reste valable en cas de déménagement du bénéficiaire vers une autre commune, garantissant ainsi la continuité des soins.

- Sur la question des abus et la communication faite autour du projet de loi

Le ministre Ducarme a communiqué en janvier sur le fait qu'il souhaitait mettre fin au "remboursement des soins de confort comme la chirurgie esthétique ou les échographies de grossesse non nécessaires". Il faisait référence à un rapport de la CAAMI selon lequel entre janvier et juin 2016, 12 cas d'abus avaient été signalés, soit 6 %. Parmi ces cas: une circoncision, une échographie afin de déterminer le sexe d'un enfant et cinq traitements pour des problèmes de dos non urgents.

Nous ignorons de quelle manière et sur base de quels critères ces cas ont été déclarés abusifs mais ce nombre nous semble peu élevé et ce type de soins est par ailleurs remboursé par l'INAMI pour les personnes couvertes par une assurance maladie en Belgique.

Le rapport du KCE indique qu'il y aurait en Belgique entre 85 000 et 160 000 personnes en séjour irrégulier (soit 0,8 % à 1,4 % de la population). Le KCE estime qu'en 2013, 10 à 20 % des personnes en séjour irrégulier ont fait appel à l'AMU et que le nombre annuel de recours à l'AMU est resté stable depuis 2011. Il n'y aurait pas, selon le KCE, d'éléments objectifs indiquant une utilisation abusive des services de santé par les personnes en séjour irrégulier. Parmi les personnes qui ont bénéficié de l'AMU, 20 % ont été hospitalisées. Une grande partie des bénéficiaires de l'AMU ont fait appel à l'AMU dans les grandes villes (la moitié dans la Région de Bruxelles-Capitale, Anvers, Gand). Selon l'enquête, le budget annuel consacré à l'AMU s'élevait à 38 millions d'euros en 2006 contre 44,5 millions d'euros en 2013 (soit une hausse de 17,3 % en 7 ans). 70 % des dépenses sont consacrées aux frais d'hospitalisation, souvent très onéreux. Le coût moyen de l'AMU par bénéficiaire a augmenté passant de 1 695 euros en 2006 à 2 539 euros en 2013 (+49,8 % en 7 ans). Cette augmentation est principalement liée à une forte hausse des coûts d'hospitalisation (+76,3 %).

#### 4. Recommandations

Nous estimons que la procédure d'AMU doit être simplifiée mais pas en redéfinissant l'aide médicale urgente et en la limitant au droit à la santé des personnes en séjour irrégulier. Le droit aux soins de santé est un droit fondamental et on ne peut en exclure une partie de la population, uniquement en raison de sa situation administrative de séjour, sous peine de faire courir à ces

ces personnes mais aussi à l'ensemble de la population des risques graves de santé publique.

*En revanche, il devient urgent aujourd'hui, de simplifier et d'harmoniser les procédures pour les usagers, les travailleurs sociaux et les prestataires de soins et de mieux informer l'ensemble des acteurs. Nous rejoignons pour ce faire les recommandations formulées par le KCE dans son analyse de 2015."*

— Orde van artsen (advies van 19 september 2015)

"In zijn vergadering van 19 september 2015 heeft de Nationale Raad van de Orde der artsen uw vraag onderzocht in verband met de notie "dringend karakter" van de dringende medische hulp bepaald in het koninklijk besluit van 12 december 1996 betreffende de dringende medische hulp die door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt verstrekt aan de vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven. Uw verzoek kadert in het regeerakkoord dat voorziet in het behoud van het principe van dringende medische hulp aan personen in illegaal verblijf en dat de notie "dringend karakter" verduidelijkt.

De Nationale Raad is van mening dat het niet raadzaam is zich toe te leggen op de terminologie in de medische hulp maar wel op de behoeften die ze dient te dekken. In wezen moet er een antwoord gegeven worden op de vraag naar gezondheidszorg waartoe een bijzonder kwetsbare bevolkingsgroep toegang dient te hebben. In de eed van de Nationale Raad van de Orde der artsen van België beloven de leden van het medisch korps de menselijke waardigheid te zullen eerbiedigen.

Aansluitend bij dit principe is de Nationale Raad van oordeel dat de medische zorg aan vreemdelingen die onwettig in België verblijven, niet beperkt kan worden tot de onmiddellijke en dringende zorg die van levensbelang is, maar alle zorg nodig voor een leven in menselijke waardigheid dient te omvatten. Wat betreft de omvang van de zorg nodig om een leven te leiden conform de menselijke waardigheid, stelt de Nationale Raad vast dat de wetgever deze reeds gedefinieerd heeft in de wet van 12 januari 2007 betreffende de opvang van asielzoekers en van bepaalde andere categorieën van vreemdelingen en in de uitvoeringsbesluiten van deze wet."

\*  
\* \*

*Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V)* is het op slechts één punt eens met de analyse van de vorige spreker, met name dat de eerste lezing de vrees bij de actoren in het veld niet helemaal heeft kunnen wegnemen. Al bij de eerste lezing had de spreekster gewezen op de

personnes mais aussi à l'ensemble de la population des risques graves de santé publique.

En revanche, il devient urgent aujourd'hui, de simplifier et d'harmoniser les procédures pour les usagers, les travailleurs sociaux et les prestataires de soins et de mieux informer l'ensemble des acteurs. Nous rejoignons pour ce faire les recommandations formulées par le KCE dans son analyse de 2015."

— Ordre des médecins (avis du 19 septembre 2015)

"En sa séance du 19 septembre 2015, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre demande concernant la notion de "caractère urgent" de l'aide médicale urgente visée par l'arrêté royal du 12 décembre 1996 relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume. Votre sollicitation s'inscrit dans le cadre de l'accord de gouvernement, lequel prévoit de maintenir le principe de l'aide médicale urgente aux personnes en séjour illégal tout en précisant la notion de "caractère urgent".

Le Conseil national estime que ce n'est pas à la dénomination de l'aide médicale qu'il convient de s'attacher, mais aux besoins qu'elle doit couvrir. Fondamentalement, c'est à la question des soins de santé auxquels une population, particulièrement vulnérable, doit avoir accès qu'il convient de répondre. Le serment du Conseil national de l'Ordre des médecins de Belgique comporte le respect de la dignité humaine par les membres du corps médical.

En cohérence avec ce principe, le Conseil national considère que les soins médicaux dispensés aux étrangers en séjour illégal en Belgique ne peuvent se limiter aux soins immédiats et urgents à caractère vital mais, qu'ils doivent inclure tous les soins nécessaires à une vie conforme à la dignité humaine. En ce qui concerne le contenu des soins nécessaires pour mener une vie conforme à la dignité humaine, le Conseil national constate que le législateur l'a déjà défini dans la loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers et dans ses arrêtés d'exécution."

\*  
\* \*

*Mme Nathalie Muylle (CD&V)* ne partage l'analyse du précédent orateur que sur un point: la première lecture n'a pas permis d'effacer toutes les craintes des acteurs de terrain. Déjà lors de la première lecture, l'intervenante avait évoqué les éléments positifs que comporte le projet

positieve elementen van het wetsontwerp. Haar fractie zal die elementen blijven steunen, net zoals ze volhoudt dat misbruik moet worden bestreden. De zorgverleners maken zich echter zorgen over een gebrek aan duidelijkheid van het wetsontwerp. De uitlatingen in de pers dat het wetsontwerp een ontradend effect zou moeten sorteren, zijn daar ongetwijfeld niet vreemd aan.

De nadere regels moeten nog bij koninklijk besluit worden bepaald. Bij de eerste lezing heeft de minister beloofd dat de belanghebbende partijen bij die werkzaamheden zouden worden betrokken. De spreekster stelt evenwel vast dat de Orde der artsen weliswaar aan de onderhandelingen heeft geparticipeerd, maar ook dat de representatieve artsenverenigingen hun bedenkingen uiteenzetten. Het komt de minister toe hen gerust te stellen. Kan de minister waarborgen dat alle betrokken partijen, inzonderheid de representatieve artsenverenigingen, zullen worden geraadpleegd bij het uitwerken van dat koninklijk besluit?

\*  
\* \*

In de tien jaar dat *mevrouw Monica De Coninck (sp.a)* OCMW-voorzitter was in Antwerpen, heeft zij vastgesteld dat het probleem van de dringende medische hulpverlening niet nieuw is, maar dat het is ingebed in andere evoluties in de samenleving. Het OCMW Antwerpen heeft er lang over gedaan om een concrete oplossing te vinden.

De dringende medische hulpverlening moet niet alleen ten goede komen van de gezondheid van wie er gebruik van maakt, maar ook aan de andere mensen, inzonderheid in de steden. Elke patiënt met een overdraagbare aandoening, bijvoorbeeld tuberculose, moet worden verzorgd. In noodgevallen moeten de gezondheidszorgwerkers zich niet moeten afvragen wie de zorgkosten zal dragen.

De beleidsmakers denken vaak dat zij een maatschappelijk probleem kunnen oplossen aan de hand van wetten, besluiten en normen; aldus hopen zij dat de realiteit zal veranderen naarmate het recht evolueert. De spreekster geeft aan dat het tegenovergestelde waar is. De dringende medische hulpverlening is één van die dossiers waarachter een complex vraagstuk schuilgaat. De doelgroep heeft zeer uiteenlopende gezondheidsproblemen, onder meer door de oorlogstoestand in het land van herkomst. Er zijn veel partijen bij betrokken: de Staat, de zorgverleners, de zorgstructuren enzovoort.

Het wetsontwerp mag geen voorwendsel bieden aan bepaalde zorgverleners die weigeren hulp te bieden aan

de loi. Son groupe continue à les soutenir, tout comme il reste d'avis qu'il faut lutter contre les abus. Toutefois, les prestataires de soins s'inquiètent d'un manque de clarté du projet de loi. Les déclarations dans la presse, suivant lesquelles le projet de loi devrait avoir un effet dissuasif, n'y sont sans doute pas étrangères.

Un arrêté royal doit encore être pris pour définir les modalités. Lors de la première lecture, le ministre a assuré que les parties prenantes concernées seraient associées à ces travaux. L'intervenante constate cependant que l'Ordre des Médecins a participé aux négociations, mais aussi que les organisations professionnelles représentatives des médecins exposent leurs interrogations. Il appartient au ministre de répondre à ces craintes. Le ministre peut-il donner les garanties que toutes les parties prenantes, et spécialement les organisations professionnelles représentatives des médecins, seront consultées dans la confection de l'arrêté royal?

\*  
\* \*

En tant que présidente pendant dix ans du CPAS d'Anvers, *Mme Monica De Coninck (sp.a)* a pu constater que la question de l'aide médicale urgente n'est pas neuve. Elle s'inscrit dans d'autres évolutions de la société. Le CPAS d'Anvers a mis du temps à trouver une solution concrète.

L'aide médicale urgente ne vise pas seulement la santé des personnes qui en bénéficient, mais aussi des autres, et spécialement dans les villes. Il est nécessaire de soigner toute personne souffrant d'une affection transmissible, par exemple de la tuberculose. C'est ainsi la santé de la population générale qui est promue. Dans les cas d'urgence, les professionnels des soins de santé ne doivent pas s'interroger sur qui prendra à sa charge les frais des soins.

Souvent, les décideurs politiques pensent pouvoir répondre à une question sociétale par des lois, des arrêtés, des normes. La réalité changerait à mesure que le droit évolue. L'oratrice assure du contraire. L'aide médicale urgente est l'un de ces dossiers, où la problématique est complexe. La population-cible présente des enjeux de santé différents, tels que des situations de guerre dans l'État d'origine. Les intervenants sont nombreux: État, prestataires de soins, structures de soins, etc.

Le projet de loi doit se garder de donner un prétexte à certains prestataires de soins réfractaires de ne pas

zorgbehoefte mensen. In de praktijk is er weliswaar sprake van misbruik, maar er is ook toezicht, met name van het OCMW (gaat de staat van behoefte na), van de behandelende arts (gaat na of de hulp dringend is), van het RIZIV (controleert de nomenclatuur van de zorgprestaties), alsook van de Orde der artsen (geneeskunde).

Met de misbruiken mag niet alles worden verantwoord. Bij elk stelsel doen zich een aantal misbruiken voor. De aangewende middelen moeten in verhouding staan tot de misbruiken en mogen geen afbreuk doen aan de fundamentele rechten en beginselen. Het risiconiveau moet in aanmerking worden genomen.

Alleen een zorgverlener beschikt over de nodige bekwaamheden om te bepalen of een zorgverstrekking onder dringende medische hulp valt. Zelfs de artsen stellen zich vragen bij het criterium "dringende" medische hulp. Een dynamische dialoog tussen zorgverleners is in dezen noodzakelijk, opdat ieders expertise verrijkend voor de anderen zou zijn, op grond van ieders dagelijkse praktijk.

De spreekster zou het hebben gewaardeerd een analyse te vinden van de oorzaken van de geregistreerde toename van dringende medische hulp tijdens de afgelopen jaren. De staatssecretaris voor Asiel en Migratie, belast met Administratieve Vereenvoudiging, toegevoegd aan de minister van Veiligheid en Binnenlandse Zaken, merkt een toename op van het aantal asielzoekers. Is dat werkelijk de oorzaak van die toename? De spreekster weigert te geloven dat de zorgverleners en de zorginstellingen in dat stelsel een manier zouden vinden om hun inkomsten te verhogen.

Op grond van de verklaringen die de minister in de pers heeft afgelegd, denkt de spreekster dat het echte oogmerk van de minister erin bestaat de kosten in verband met de dringende medische hulp voor de rijksbegroting terug te dringen.

Al te vaak blijft een pijnpunt in België dermate lang onopgelost dat het dusdanig verrot dat alleen nog wordt overwogen een stelsel af te schaffen of onevenredige middelen aan te wenden. Naar verluidt, zou niet minder dan 61 % van de facturen voor dringende medische hulp worden ingediend door één van de ziekenhuizen van het IRIS-netwerk. Dat gegeven behoort de aandacht van de overheid te trekken, die het in eerste instantie zou moeten analyseren wat de oorzaken ervan betreft. Indien daar misbruiken worden geconstateerd, is dat geen reden om een algemene maatregel te treffen die de leefbaarheid van het stelsel in het gedrang brengt voor de deugdzame actoren.

donner de soins à des personnes qui en ont besoin. Des abus existent certainement dans la pratique. Des contrôles existent toutefois aussi: du CPAS, sur l'état de besoin; du médecin-traitant, sur le caractère urgent; de l'INAMI, sur la nomenclature des prestations de santé; de l'Ordre des Médecins, sur l'art de guérir.

Les abus ne peuvent tout justifier. Tout système contient son lot d'abus. Il convient que les moyens employés soient proportionnés aux abus et ne nuisent pas aux droits et principes fondamentaux. Le niveau du risque doit entrer en ligne de compte.

Seul un prestataire de soins dispose des compétences nécessaires pour déterminer si un soin relève de l'aide médicale urgente. Même les médecins s'interrogent sur le critère de l'aide médicale "urgente". Un dialogue dynamique entre prestataires de soins est ici nécessaire, pour que l'expertise de chacun enrichisse les autres, sur la base de la pratique de chacun, au jour le jour.

L'intervenante aurait apprécié de trouver une analyse des causes de l'augmentation enregistrée de l'aide médicale urgente, ces dernières années. Le secrétaire d'État à l'Asile et la Migration, chargé de la Simplification administrative, adjoint au ministre de la Sécurité et de l'Intérieur, note une augmentation du nombre de demandeurs d'asile. Est-ce là réellement la cause de cette augmentation? L'intervenante se refuse à croire que les prestataires et institutions de soins trouveraient dans ce système une manière d'augmenter leurs revenus.

Sur la base des déclarations du ministre dans la presse, l'oratrice pense que le véritable objectif du ministre est de réduire les coûts liés à l'aide médicale urgente pour le budget de l'État.

Trop souvent en Belgique, un problème reste sans solution depuis tellement longtemps qu'il pourrait, en manière telle que les seules solutions encore envisagées sont la suppression d'un système ou l'utilisation de moyens disproportionnés. Pas moins de 61 % des factures de l'aide médicale urgente seraient introduites par un des hôpitaux du réseau IRIS. Cette donnée appelle l'attention des pouvoirs publics, qui devraient l'analyser, d'abord quant aux causes. Si des abus y sont constatés, ce n'est pas une raison de prendre une mesure générale, mettant en péril la viabilité du système pour les acteurs vertueux.

Sommige zorgverleners weigeren in een stelsel zoals dat van de dringende medische hulp te stappen als zij eraan twijfelen dat zij zullen worden terugbetaald. In Antwerpen bijvoorbeeld wordt gynaecologische zorg in dat verband niet langer automatisch toegekend aan zwangere vrouwen. Dat verontrust de spreekster. Het feit dat wordt geweigerd dringende medische hulp te waarborgen, kan eveneens een vorm van misbruik vormen. De regering moet blijk geven van logica en ook die kwestie aanpakken.

Zal de controlearts zich alleen baseren op de facturen van de behandelende artsen en op het attest van dringende medische hulp, of zou hij om aanvullende informatie kunnen verzoeken? Baseert hij zich dan op de RIZIV-nomenclatuur? Zo ja, zal dan een lijst worden bijgehouden van prestaties die de controlearts niet als “dringend” zal beschouwen?

In het regeerakkoord staat de volgende passage: “Het project van Mediprima wordt tijdens deze legislatuur volledig uitgerold. De controle door de Hulpkas voor Ziekten en Invaliditeitsverzekering van de medische kosten die aan de Federale Staat ter terugbetaling voorgelegd worden, wordt versterkt. Het principe van de dringende medische hulp aan personen zonder wettig verblijf, blijft gehandhaafd. De notie van “dringend karakter” wordt, in overleg met medische experts verduidelijkt zonder dat dit leidt tot een lijst van aandoeningen die al dan niet in aanmerking komen om door de Federale Staat ten laste genomen te worden.” (DOC 54 0020, blz. 66). In welke mate stemt het wetsontwerp overeen met het regeerakkoord? Volgens de spreekster zal de minister het moeilijk kunnen verantwoorden.

Waarop zal de controlearts zich bij gebrek aan een lijst met aandoeningen baseren? Welke medische gegevens kunnen worden gevraagd? Hoe wordt de privacy van de patiënt gerespecteerd? Zullen de eerste lijnsartsen nog altijd prestaties kunnen verstrekken die tot de dringende medische hulp behoren? Over welke beroepsmiddelen beschikken de betrokkenen als zij het met de beslissing van de adviserend arts niet eens zijn?

De spreekster vindt voor het overige dat de artikelen 2 en 4 van het wetsontwerp maar ten dele aan de problemen met de MediPrima-regeling tegemoetkomen. De VVSG heeft bijvoorbeeld andere waarborgen voorgesteld voor de inaanmerkingneming van de kosten door de federale.

Men had in commissie beter hoorzittingen gehouden, in plaats van zich tevreden te stellen met een vage verbintenis om in het kader van de koninklijke besluiten

Certains prestataires de soins refusent d’entrer dans un système tel que celui de l’aide médicale urgente s’ils doutent du fait qu’ils seront remboursés. À Anvers, par exemple, les soins gynécologiques ne sont plus octroyés automatiquement aux femmes enceintes dans ce cadre. Ceci inquiète l’intervenante. Le fait de se refuser à assurer l’aide médicale urgente peut également constituer une forme d’abus. Le gouvernement doit faire preuve de logique et s’y attaquer également.

Le médecin-contrôle se fondera-t-il uniquement sur les factures des médecins traitants et de l’attestation d’aide médicale urgente, ou pourrait-il demander des informations complémentaires? Se fonde-t-il alors sur la nomenclature INAMI? Si tel est le cas, une liste sera-t-elle tenue de prestations que le médecin-contrôle ne considérera pas comme “urgentes”?

Dans l’accord de gouvernement figurait le passage suivant: “Le projet Medi Prima sera entièrement déployé au cours de cette législature. Le contrôle des frais médicaux présentés au remboursement à l’État fédéral, effectué par la Caisse Auxiliaire d’Assurance Maladie-Invalidité, sera renforcé. Le principe d’aide médicale d’urgence aux personnes en séjour illégal est maintenu. La notion de “caractère urgent” sera précisée, en concertation avec des experts médicaux, mais sans que cela ne se traduise par une liste d’affections susceptibles d’être prises en considération ou non afin d’être pris en charge par l’État fédéral.” (DOC 54 0020, p. 66). Dans quelle mesure le projet de loi est-il conforme à l’accord de gouvernement? Pour l’oratrice, il sera difficile au ministre de le justifier.

En l’absence de liste d’affections, sur quoi le médecin-contrôle se fondera-t-il? Quelles données médicales peuvent être demandées? Comment respecter la vie privée du patient? Les médecins de première ligne pourront-ils toujours assurer des prestations relevant de l’aide médicale urgente? De quels recours les personnes concernées disposeront-elles si elles ne sont pas d’accord avec la décision du médecin-conseil?

L’intervenante estime, pour le surplus, que les articles 2 et 4 du projet de loi ne répondent que partiellement aux problèmes survenus avec le système Medi Prima. La VVSG a par exemple proposé d’autres garanties de prise en compte des frais par l’État fédéral.

Il eût été préférable d’organiser des auditions en commission, plutôt que de se satisfaire d’un engagement vague de mener une concertation dans le cadre

overleg te plegen. De spreekster is minister geweest en weet hoe het er in het post-wetgevingsproces aan toe gaat.

\*  
\* \*

*Mevrouw Valerie Van Peel (N-VA)* vindt dat een aantal misverstanden zijn ontstaan als gevolg van een onjuiste lezing van het wetsontwerp, deels veroorzaakt door het opschrift van het wetsontwerp zelf. Men behoudt immers het concept “dringende” medische hulp, terwijl de zorg die eronder valt niet noodzakelijk “dringend” is, in de zin van de spoeddiensten. Het gaat inderdaad veeleer om “noodzakelijke” zorg.

Elke burger heeft, ongeacht zijn rechtspositie, recht op “noodzakelijke” zorg. Niemand, ook niet de regering, stelt dat principe ter discussie. Misstanden daarentegen, zoals die in de ziekenhuizen van het IRIS-netwerk, waar de vorige spreekster naar heeft verwezen, moeten worden bestreden. Afgezien van de eerste spreker, betwist niemand het belang van het bestrijden van misbruiken.

Het wetsontwerp beoogt de bevoegdheden van de betrokkenen te herdefiniëren op een manier die overeenstemt met hun primair doel. Het komt de OCMW's toe om een maatschappelijke enquête te voeren en de artsen om te bepalen wat “noodzakelijke” medische hulp is. Afgezien van de eerste spreker, beweert niemand dat het wetsontwerp de bevoegdheden verkeerd zou verdelen.

Het klopt dat de nadere voorwaarden bij koninklijk besluit zullen moeten worden vastgelegd. In die zin kan de spreekster haar collega's volgen, wanneer zij benadrukken dat overleg met de sector noodzakelijk is voordat het koninklijk besluit wordt uitgewerkt. De minister heeft zich daartoe verbonden. Kan dit misschien worden bevestigd?

Bij de meeste misbruiken gaat het om evidente situaties, waar weinig discussie mogelijk is. Behalve de eerste spreker denkt niemand dat de artsen altijd gelijk hebben. Behalve de eerste spreker stelt niemand een controle op misbruiken gelijk aan een vorm van stigmatisering.

\*  
\* \*

*Voorzitter Muriel Gerkens* komt terug op het tijdens de eerste lezing verworpen verzoek om hoorzittingen. Uit alle gesprekken die er sindsdien zijn geweest, én uit de adviezen en de verzuchtingen die werden geuit, blijkt dat de werkzaamheden gebaat zouden zijn geweest

des arrêtés royaux. L'intervenante, ancienne ministre, sait comment se déroule le processus post-législatif.

\*  
\* \*

*Mme Valerie Van Peel (N-VA)* estime qu'un certain nombre d'incompréhensions sont nées d'une lecture incorrecte du projet de loi, pour une part causée par l'intitulé même du projet de loi. Le concept d'aide médicale “urgente” est en effet maintenu, alors que les soins qui en relèvent ne sont pas nécessairement “urgents”, dans le sens des services d'urgence. Il s'agit en effet plutôt des soins “nécessaires”.

Tout citoyen, quel que soit son statut, a droit aux soins “nécessaires”. Personne, pas non plus le gouvernement, ne remet ce principe en cause. Par contre, les abus, tels que ceux mis en lumière par la précédente oratrice dans les hôpitaux du réseau IRIS, doivent être combattus. À part le premier orateur, personne ne conteste l'intérêt d'une lutte contre les abus.

Le projet de loi redéfinit les compétences des intervenants d'une manière conforme à leur destination première. Il revient aux CPAS de mener une enquête sociale; il revient aux médecins de définir ce qu'est une aide médicale “nécessaire”. À part le premier orateur, personne ne soutient que le projet de loi répartirait les compétences de manière incorrecte.

Il est vrai que les modalités devront être définies par arrêté royal. En ce sens, l'oratrice peut suivre ses collègues qui soulignent la nécessité qu'une concertation ait lieu avec le secteur avant que l'arrêté royal ne soit conçu. Le ministre s'y est engagé. Une confirmation peut-elle être apportée?

La plupart des abus sont des situations évidentes, où peu de discussions sont possibles. À part le premier orateur, personne ne pense que les médecins ont toujours raison. À part le premier orateur, personne n'assimile le contrôle des abus à une forme de stigmatisation.

\*  
\* \*

*Mme Muriel Gerkens, présidente*, revient sur le rejet de la demande d'auditions lors de la première lecture. Tous les échanges depuis lors, les avis et les inquiétudes exprimées démontrent que ces auditions auraient permis d'améliorer les travaux. Dans ce cas-ci,

bij die hoorzittingen. In dit geval blijkt bovendien dat er vóór de indiening van het wetsontwerp geen overleg is geweest. De opmerkingen van de sector zijn zonder gevolg gebleven.

Zo betwist de sector dat in het kader van de dringende medische hulp comfortzorg kan worden verleend. Men dient immers uit te gaan van de RIZIV-nomenclatuur en van de specifieke regels van de geneeskunst. De sector vreest voor een dubbelzinnige situatie, waarbij de patiënt bang is om geïdentificeerd en gelokaliseerd te worden, met de daaraan verbonden risico's wat woonstbezoeken en uitwijzingen betreft.

De spreekster kondigt aan een amendement te zullen indienen dat beoogt het woord "dringend" te vervangen door het woord "noodzakelijk". Deze discussie toont nogmaals aan dat het nuttig is de in de wet gebruikte terminologie te verfijnen. Zo zouden eventuele misbruiken beter kunnen worden omschreven.

De kritische opmerkingen die de spreekster tijdens de eerste lezing heeft gemaakt over het rapport van de adviserende arts van het HZIV, worden opnieuw geformuleerd. Wat dit punt betreft, wordt dus verwezen naar het verslag van de eerste lezing. Bovendien wordt een vooronderstelling van de auteur van het rapport aan de kaak gesteld: het rapport gaat immers uit van een pure controlevisie, en niet van het idee dat de definitie slecht zou kunnen zijn, of dat andere oorzaken bijvoorbeeld zouden kunnen verklaren waarom de Brusselse ziekenhuizen met meer gevallen van dringende medische hulp te maken krijgen.

Verschillende leden vragen dat de zorgverleners bij de werkzaamheden van het koninklijk besluit zouden worden betrokken. De spreekster hoopt dat hun vraag gehoor zal krijgen.

## B. Antwoorden van de minister

*De heer Denis Ducarme, minister van Middenstand, Zelfstandigen, KMO's, Landbouw en Maatschappelijke Integratie*, verzekert dat het onderhavige wetsontwerp niet bedoeld is om afbreuk te doen aan het principe van de dringende medische hulpverlening. Hij herinnert in dit verband aan wat in het regeerakkoord staat, namelijk dat het principe van de dringende medische hulp aan personen zonder wettig verblijf gehandhaafd blijft.

De minister licht de evolutie van de kosten van de dringende medische hulpverlening toe. Die kosten bedroegen in 2014 ongeveer 45 miljoen euro en bedragen in 2016 57 miljoen euro, wat een verhoging is met 27,31 %. Het aantal eenmalige begunstigen is in

il apparaît en outre que la concertation n'a pas eu lieu préalablement au dépôt du projet de loi. Les remarques du secteur n'ont pas été rencontrées.

Le secteur conteste par exemple que des soins de confort puissent être offerts dans le cadre de l'aide médicale urgente. Il faut en effet se référer à la nomenclature INAMI et aux règles mêmes de l'art de guérir. Le secteur craint une situation ambiguë, où le patient craint d'être identifié et localisé, avec tous les risques de visites domiciliaires et d'expulsions.

L'intervenante annonce un amendement en vue de remplacer le mot "urgente" par le mot "nécessaire". La présente discussion montre à nouveau l'intérêt d'affiner la terminologie dans la loi. Cet affinement permettrait mieux de déterminer les éventuels abus.

Les critiques exprimées lors de la première lecture par l'intervenante sur le rapport du médecin-conseil de la CAAMI sont à nouveau exprimées. Il est donc renvoyé au rapport de la première lecture sur ce point. Par ailleurs, un positionnement *a priori* de l'auteur du rapport est dénoncé: la rédaction s'opère au départ d'une vision pure de contrôle, et non de l'idée que la définition pourrait être mauvaise, ou que d'autres causes pourraient expliquer, par exemple, que les hôpitaux bruxellois auraient plus de cas d'aide médicale urgente.

Plusieurs membres demandent que les prestataires de soins soient associés aux travaux de l'arrêté royal. L'intervenante espère que cette demande sera entendue.

## B. Réponses du ministre

*M. Denis Ducarme, ministre des Classes moyennes, des Indépendants, des PME, de l'Agriculture, et de l'Intégration sociale*, assure que le présent projet n'a pas pour objectif de porter atteinte au principe de l'aide médicale urgente. Il rappelle à cet égard les termes de l'accord de gouvernement qui prévoit que "Le principe d'aide médicale d'urgence aux personnes en séjour illégal est maintenu."

Le ministre apporte des précisions quant à l'évolution des coûts de l'aide médicale urgente. Ces derniers sont passés d'environ 45 millions d'euros en 2014 à 57 millions d'euros en 2016, soit une augmentation de 27,31 %. Le nombre de bénéficiaires uniques est quant

dezelfde periode toegenomen van 19 764 naar 21 530, een stijging met 8 %. Hieruit kan worden afgeleid dat de zorg voor de patiënten zwaarder is.

Het voorliggende wetsontwerp beoogt niet de kosten van de in het kader van de dringende medische hulp verleende zorg te verminderen, maar wil erop toezien dat de verleende zorg onder de dringende medische hulp valt, en tegemoetkomt aan de medische behoeften. De regering wenst misbruiken tegen te gaan, vanuit een humanistische benadering.

Zo verduidelijkt het wetsontwerp de rol van de verschillende betrokkenen (de Staat, de OCMW's, de zorgverleners enzovoort). Het reikt oplossingen aan voor praktische problemen die worden gemeld door veldwerkers, maar ook door de begunstigden. Voorts herinnert de minister eraan dat de wet van 27 december 2012 en het MediPrima-systeem het werk van de OCMW's hebben vergemakkelijkt, en de OCMW's zelf de mogelijkheid hebben geboden om zich uitsluitend op hun sociale rol toe te leggen.

De minister weerlegt de aantijgingen van sommige leden, als zou er vóór de indiening van het wetsontwerp geen enkel overleg hebben plaatsgevonden met de actoren in het werkveld. De OCMW-federaties werden geraadpleegd. Het wetsontwerp wijzigt de regel inzake de territoriale bevoegdheid van de OCMW's, onder meer naar aanleiding van een vraag van de OCMW's en teneinde de zorgcontinuïteit te verzekeren.

De minister beklemtoont dat bovendien rekening werd gehouden met het omvangrijke rapport van het KCE. Hij herinnert eraan dat het KCE zelf heeft voorgesteld om de controlefunctie aan de HZIV toe te vertrouwen. Het door de HZIV uitgebrachte verslag werd opgesteld door een arts en die beschikt dan ook over alle bagage die nodig is om een dergelijk document te redigeren. De minister betreurt dat sommige commissieleden de kwaliteit van dat document in twijfel trekken.

De minister is verbaasd over de verontwaardigde reacties op de aankondiging dat de verlening van dringende medische hulp zal worden gecontroleerd. Controle is niet nieuw. In de regel werden de controles voorheen uitgevoerd door het administratief personeel van de OCMW's. Het is echter voor betwisting vatbaar dat dergelijke controles worden uitgevoerd door personeelsleden zonder medische kwalificatie. Dankzij dit wetsontwerp kan dat probleem worden opgelost; de controle gebeurt voortaan door een arts en dat is een vooruitgang.

De minister bevestigt voorts dat de nadere regels aangaande de controles in een koninklijk besluit zullen

à lui passé de 19 764 à 21 530, soit une augmentation de 8 %, sur la même période. L'on peut en déduire que les soins apportés aux patients sont plus lourds.

Le présent projet n'a pas pour objectif de réduire le coût des soins accordés dans le cadre de l'aide médicale urgente, mais bien de faire en sorte que les soins dispensés relèvent de la notion d'aide médicale urgente, et répondent aux besoins médicaux. Le gouvernement souhaite, dans une approche humaniste, lutter contre les abus.

Le projet de loi permet ainsi de clarifier les rôles des différents intervenants (l'État, les CPAS, les prestataires de soins...). Il offre des solutions à des problèmes pratiques relayés par des acteurs de terrain, en ce compris les bénéficiaires. Le ministre rappelle en outre que la loi du 27 décembre 2012 et le système MediPrima ont permis de faciliter le travail des CPAS et à ces derniers de se concentrer exclusivement sur leur rôle social.

Le ministre réfute les allégations de certains membres selon lesquelles aucune concertation n'aurait eu lieu avec les acteurs de terrain préalablement au dépôt de ce projet. Il rappelle que les fédérations de CPAS ont été consultées. C'est notamment suite à une demande des CPAS, et afin d'assurer la continuité des soins, que le projet de loi modifie la règle de compétence territoriale des CPAS.

Le ministre souligne en outre l'important rapport produit par le KCE, dont il a également été tenu compte. Il rappelle que le KCE lui-même proposait de confier la fonction de contrôle à la CAAMI. Quant au rapport émis par la CAAMI, il émane d'un médecin qui disposait dès lors de toutes les qualifications nécessaires pour le rédiger. Le ministre regrette que certains membres de la commission mettent en doute la qualité de ce document.

Le ministre s'étonne de l'indignation provoquée par l'évocation de contrôles de l'octroi de l'aide médicale urgente. La notion de contrôle ne constitue pas une nouveauté. En règle générale, les contrôles relevaient auparavant du personnel administratif des CPAS. Il est cependant contestable qu'une personne qui ne dispose pas de qualifications médicales procède à de tels contrôles. Le présent projet permet de résoudre ce problème et constitue en cela un progrès: la fonction de contrôle sera désormais assurée un médecin.

Le ministre confirme que, par ailleurs, les modalités du contrôle devront être précisées par un arrêté royal. Il

moeten worden vastgelegd. Hij meent dat het wetsontwerp duidelijk is en derhalve een afdoende rechtsgrond biedt. Hij belooft om bij het opstellen van dat koninklijk besluit de grootst mogelijke openheid aan de dag te zullen leggen en het overleg met de stakeholders voort te zetten. Hij staat open voor dialoog, met name met de Orde der artsen of met de organisaties die de migranten steunen. In het regeerakkoord staat dat het beginsel van de dringende medische hulp gehandhaafd blijft en dat het akkoord in acht zal worden genomen. Het wetsontwerp en het koninklijk besluit beogen niet om dat beginsel op de helling te zetten, maar om een evenwichtige controleprocedure in te stellen. Die teksten moeten zorgen voor vlotte relaties tussen de controlearts en de andere betrokken zorgverstrekkers en tegelijk ook voor een doeltreffende bestrijding van de misbruiken. De minister is van oordeel dat de misbruiken daadwerkelijk bestaan. De dringende medische hulp richt zich in het bijzonder op uiterst kwetsbare gebruikers en ligt daarom gevoelig, maar dat mag geen excuus zijn om dergelijke misbruiken te tolereren.

### C. Replieken

Volgens mevrouw *Monica De Coninck (sp.a)* poogt de minister de indruk te wekken dat de oppositieleden elke vorm van controle op de verlening van dringend medische hulp verwerpen. Dat klopt niet. De spreekster wijst erop dat zij trouwens zelf heeft gevraagd om na te gaan waarom de geregistreerde dringende medische hulp toeneemt. Transparantie ligt aan de basis van stappen in de goede richting.

De spreekster betreurt dat de minister met gespleten tong spreekt: enerzijds stelt hij het systeem te willen verbeteren, terwijl hij anderzijds ook de kosten wil drukken. Volgens het lid moet de klemtoon integendeel worden gelegd op een betere dienstverlening, op een toegankelijker zorg en op de responsabilisering van de verschillende betrokkenen.

Mevrouw De Coninck suggereert om, op zijn minst toch momenteel, artikel 7 weg te laten dat in financiële sancties voorziet. Die sancties zouden tot gevolg kunnen hebben dat de artsen en de OCMW's worden ontmoedigd om aan patiënten – nochtans noodzakelijke – zorg te verstrekken. De patiënten zullen het slachtoffer zijn van dat systeem, terwijl zij niet over de wapens beschikken om te reageren. Volgens de spreekster kunnen dergelijke sancties niet onmiddellijk worden ingesteld. Ze zouden daarentegen wel achteraf, na een evaluatie, aan de wettelijke bepalingen kunnen worden toegevoegd indien de praktijk in het veld de noodzaak daarvan aantoonde.

estime que le projet de loi est clair et offre dès lors une base juridique suffisante. Il s'engage à faire preuve, au cours de la rédaction de cet arrêté, de la plus grande ouverture possible et assure que la concertation avec les parties prenantes se poursuivra. Il se dit ouvert au dialogue, notamment avec l'Ordre des médecins ou les organisations de soutien aux migrants. L'accord de gouvernement qui prévoit le maintien du principe de l'aide médicale urgente sera respecté. L'objectif du projet de loi, comme de l'arrêté royal, n'est pas de remettre en cause ce principe, mais de mettre en place une procédure de contrôle équilibrée. Ces textes doivent garantir des relations souples entre le médecin contrôleur et les autres prestataires de soins concernés mais permettre simultanément de lutter efficacement contre les abus. Le ministre estime que les abus constituent une réalité. Le caractère sensible de la matière de l'aide médicale urgente, notamment en raison de son public particulièrement vulnérable, ne peuvent justifier que l'on tolère de tels abus.

### C. Répliques

Pour *Mme Monica De Coninck (sp.a)*, le ministre tente de donner l'impression que les membres de l'opposition refusent tout contrôle sur l'octroi de l'aide médicale urgente. Tel n'est pas le cas. L'oratrice rappelle avoir par ailleurs demandé elle-même une analyse des causes de l'augmentation enregistrée de l'aide médicale urgente. La transparence génère des évolutions positives.

L'intervenante regrette que le ministre tienne un double langage: il affirme d'une part vouloir améliorer le système, tout en réduisant les coûts. Pour l'oratrice, l'accent doit au contraire être mis sur une meilleure prestation de services, sur l'amélioration de l'accès aux soins, et sur la responsabilisation des différents intervenants.

Mme De Coninck suggère de supprimer, à tout le moins pour l'instant, l'article 7 qui prévoit des sanctions financières. Ces dernières pourraient avoir pour effet de dissuader les médecins et les CPAS de fournir aux patients des soins pourtant nécessaires. Les patients seront les victimes de ce système, alors qu'ils ne disposent pas des armes pour réagir. Pour l'oratrice l'on ne peut donc introduire d'emblée de telles sanctions. Elles pourraient par contre être ajoutées au dispositif légal par la suite, après évaluation, si la pratique sur le terrain en démontre la nécessité.

\*  
\* \*

*De heer Daniel Senesael (PS)* stelt vast dat dit wetsontwerp geen enkele steun krijgt van de actoren in het veld. Het komt immers noch aan de verwachtingen, noch aan de behoeften tegemoet.

De minister stelt dat het wetsontwerp de kaarten niet dooreenschudt. Anders gesteld: de tekst zou dus niets veranderen. Maar wat is er dan de bedoeling van? De spreker vraagt het zich af.

De heer Senesael herinnert aan de volgende bevoordingen uit de memorie van toelichting: “het [is] noodzakelijk dat de Staat een jurisprudentie tot stand kan brengen wat betreft de medische verantwoording van de attesten van dringende medische hulp.”. Dat zijn geen onschuldige woorden: ze stippelen een krachtlijn uit voor de onderhandelingen over het toekomstige koninklijk besluit.

De begrotingsbezuinigingen die de minister hoopt te verwezenlijken, zullen volgens de spreker verwaarloosbaar zijn. Het rapport van de HZIV geeft aan dat bij 6 % van de nagekeken facturen fraude in het spel zou zijn; persoonlijk raamt hij dat percentage op 1 % van het totale aantal facturen. Er zijn dus maar heel weinig probleemgevallen. Indien er rekening mee wordt gehouden dat de dringende medische hulp 0,2 % van de socialezekerheidsbegroting vertegenwoordigt, dan zullen de verwezenlijkte besparingen heel klein uitvallen.

De heer Senesael meent dat de hervorming een gemiste kans is. Indien het nodig was om het systeem te herzien en te verbeteren, zo nodig door de instelling van controles, had men dat moeten doen in overleg met de mensen in het veld en in een sfeer van vertrouwen.

\*  
\* \*

*Mevrouw Els Van Hoof (CD&V)* stelt vast dat de minister zegt te willen waarborgen dat de kwetsbare patiënten toegang blijven krijgen tot de dringende medische hulp. Zij noteert dat en is er blij om. Het gaat er ook om dat de zorgverstrekkers hun opdracht kunnen blijven uitvoeren en de eed van Hypocrates in acht kunnen nemen.

De minister zegt ook de misbruiken te willen bestrijden. Voor een aantal praktische problemen worden op die manier oplossingen gevonden; zo komt er duidelijkheid over de rollen van de diverse actoren, blijft de continuïteit van de zorg gewaarborgd en worden de controles professioneler. Die diverse elementen moeten worden toegejuicht, aldus de spreekster.

\*  
\* \*

*M. Daniel Senesael (PS)* constate que ce projet ne bénéficie d’aucun soutien de la part des acteurs de terrain. Il ne répond en effet pas aux attentes ni aux besoins.

Le ministre affirme que le projet ne rebat pas les cartes. En d’autres termes, le texte ne changerait donc rien. Mais quel en est alors l’objectif? L’orateur s’interroge.

M. Senesael rappelle les termes de l’exposé des motifs selon lesquels: “il est nécessaire que l’État puisse établir une jurisprudence en ce qui concerne la justification médicale des attestations d’aide médicale urgente”. Ces propos ne sont pas anodins: ils fixent une ligne d’orientation pour la négociation du futur arrêté royal.

Quant aux économies budgétaires que le ministre espère réaliser, l’orateur estime qu’elles seront négligeables. Le rapport de la CAAMI indique que les cas d’abus représenteraient 6 % du nombre de factures vérifiées – ce nombre s’élevant quant à lui à 1 % du nombre total de factures. Le nombre de cas problématiques est donc très faible. Si l’on tient compte du fait que l’aide médicale urgente représente 0,2 % du budget de la sécurité sociale, les économies réalisées seront très légères.

M. Senesael estime que la réforme constitue une occasion manquée. Si le système devait être revu, amélioré, le cas échéant par la mise en place de contrôles, il aurait fallu y procéder en concertation avec les acteurs de terrain, dans un climat de confiance.

\*  
\* \*

*Mme Els Van Hoof (CD&V)* constate que le ministre affirme vouloir continuer à garantir l’accès à l’aide médicale urgente pour les personnes vulnérables. Elle en prend acte et s’en félicite. Il s’agit également de permettre aux prestataires de soins d’accomplir leur mission et de respecter le serment d’Hypocrate.

Le ministre dit aussi vouloir combattre les abus. Ce faisant, une série de problèmes pratiques trouvent une solution comme la clarification des rôles respectifs des différents intervenants, la garantie de la continuité des soins, ou encore la professionnalisation des contrôles. Pour l’oratrice, ces différents éléments doivent être accueillis positivement.

Mevrouw Van Hoof stelt echter vast dat in het veld het wantrouwen tegen dit wetsontwerp niet afneemt. Met name wegens slechte communicatie heeft dit wetsontwerp angst en onzekerheid teweeggebracht. Zij spoort de minister aan om in de volgende fase – dus bij het opstellen van het koninklijk besluit – beter te communiceren. Zij roept de minister bovendien op om bij het uitwerken van het koninklijk besluit overleg te plegen met een zo breed mogelijke waaier betrokkenen, waaronder de Orde der artsen, maar ook andere spelers.

\*  
\* \*

Voorzitter Muriel Gerkens komt terug op het verslag van de HZIV. Zij wijst er ten eerste op dat de auteur van het verslag zelf aanstipt dat hij geen toegang had tot de informatie die nodig was voor het opstellen ervan. Het verslag vertoont derhalve leemten. De auteur heeft bovendien een onvolledige analyse gemaakt die op sommige punten te kort door de bocht gaat; louter op basis van het soort verstrekte zorg kan men namelijk niet besluiten dat misbruik werd gemaakt van de dringende medische hulp. Zo kan, afhankelijk van de toestand van de patiënte, de behandeling van borsthypertrofie noodzakelijk zijn, zeker omdat die prestatie is opgenomen in de RIZIV-nomenclatuur en wordt terugbetaald. Het gaat niet noodzakelijk om een comfort- of luxebehandeling. Zo kan ook een besnijdenis om niet-medische redenen worden terugbetaald teneinde latere infecties te voorkomen en de kinderen te beschermen. Mevrouw Gerkens vindt het overigens jammer dat de minister in zijn communicatie de genoemde behandelingen heeft omschreven als comfortzorg die niet in aanmerking komt voor de dringende medische hulp.

Volgens de spreekster komt het enkel en alleen de arts toe te beoordelen welke verzorging in een gegeven situatie onder de dringende medische hulp valt. Het is niet aanvaardbaar dat in die materie wordt gewerkt via een jurisprudentie die de beoordelingsvrijheid van de arts zou beperken. Een dergelijke aanpak past niet in een alomvattende aanpak die is ingegeven door bekommelingen op het vlak van de volksgezondheid. Voorts zorgt hij voor onzekerheid voor de patiënten en voor de zorgverleners.

Ten slotte komt mevrouw Gerkens terug op het overleg met de actoren in het veld. Ofschoon het klopt dat de minister met een aantal geformuleerde suggesties rekening heeft gehouden (met name in verband met administratieve vereenvoudiging) heeft hij volstrekt geen acht geslagen op andere bekommelingen zoals de anonimiteit van potentieel in een onregelmatige situatie verkerende patiënten. Het MediPrima-systeem voorziet er immers in dat de identiteit en de verblijfplaats van de

Mme Van Hoof constate cependant que sur le terrain, la méfiance vis-à-vis de ce projet ne faiblit pas. Ce projet a généré de l'angoisse et des incertitudes, notamment en raison d'une mauvaise communication. Elle invite le ministre à améliorer sa communication dans la phase suivante, à savoir la rédaction de l'arrêté royal. Elle appelle également le ministre à procéder au cours de la rédaction de l'arrêté royal à une consultation la plus large possible, incluant mais ne se limitant pas à l'Ordre des médecins.

\*  
\* \*

Mme Muriel Gerkens, présidente, revient sur le rapport de la CAAMI. Elle rappelle tout d'abord que l'auteur du rapport lui-même précise ne pas avoir eu accès aux informations nécessaires à sa rédaction. Le rapport est dès lors lacunaire. L'analyse de l'auteur est en outre incomplète et souffre de certains raccourcis: l'on ne peut se baser uniquement sur le type de prestation délivrée pour conclure à un usage abusif de l'aide médicale urgente. Une hypertrophie mammaire par exemple pourrait s'avérer nécessaire en fonction de l'état de la patiente, du contexte et ce d'autant plus que cette prestation est reprise dans la nomenclature de l'INAMI et remboursée. Il ne s'agit pas nécessairement d'une prestation de confort ou de luxe. De même une circoncision non justifiée médicalement peut être remboursée pour éviter des infections postérieures et protéger les enfants. Mme Gerkens regrette d'ailleurs la communication du ministre qui a qualifié lui-même ces dernières interventions de soins de confort non éligibles à l'aide médicale urgente.

Pour l'oratrice il appartient au médecin et à lui seul d'apprécier les soins qui relèvent, dans une situation donnée, de l'aide médicale urgente. L'on ne peut accepter de travailler, dans cette matière, par le biais d'une jurisprudence qui limiterait la liberté d'appréciation du médecin. Une telle démarche ne s'inscrit pas dans une démarche globale, guidée par des préoccupations de santé publique. Elle génère en outre de l'insécurité pour les patients et les prestataires.

Enfin, Mme Gerkens revient sur la concertation avec les acteurs de terrain. S'il est exact que le ministre a tenu compte d'une série de suggestions formulées, notamment relatives à la simplification administrative, il n'a fait aucun cas d'autres préoccupations comme la protection de l'anonymat des patients, qui sont potentiellement en situation irrégulière. Le système MediPrima prévoit en effet l'enregistrement de l'identité des patients ainsi que de leur lieu de séjour, ce qui nuit à la confidentialité

patiënten worden geregistreerd; dat doet afbreuk aan de vertrouwelijkheid van de relatie tussen de arts en zijn patiënt, en doet het vertrouwen teniet. Door het begrip “jurisprudentie” in te voeren, houdt het wetsontwerp al evenmin rekening met het verzoek van de zorgverleners om de garantie te krijgen dat hun beslissing over de noodzaak van de verstrekte zorg in acht zal worden genomen en dat ze niet zal worden beoordeeld op grond van vooraf met het artsencorps vastgelegde criteria.

\*  
\* \*

*De heer Denis Ducarme, minister van Middenstand, Zelfstandigen, KMO's, Landbouw en Maatschappelijke Integratie*, preciseert dat het wetsontwerp wel degelijk een belangrijke wijziging instelt, met name inzake de manier waarop de controles plaatsvinden. Er wordt overgeschakeld van een systeem waarbij de controle door administratief personeel zonder medische kwalificatie wordt verricht, op een stelsel met een door artsen uitgevoerde controle. Voorts wordt de controle eenvormig gemaakt om verschillen tussen OCMW's te voorkomen, omdat sommige in hun beslissingen strikter zijn dan andere. Daarmee wordt echt vooruitgang geboekt.

De minister onderstreept dat het wetsontwerp niet raakt aan de bepalingen betreffende het maatschappelijk onderzoek. De vertrouwelijkheid blijft dus gewaarborgd. De minister acht het echter wel noodzakelijk de patiënt en de plaats waar hij woont te identificeren.

De minister wijst erop dat het de bedoeling is te komen tot een evenwichtig systeem dat de mogelijkheid biedt dat enerzijds een bijzonder kwetsbare bevolkingsgroep de nodige hulp kan krijgen en dat anderzijds de misbruiken worden bestreden. Beide doelstellingen zijn niet met elkaar in tegenspraak. Hij herhaalt dat er bij het overleg, dat zo breed mogelijk zal worden gevoerd, altijd naar dat evenwicht zal worden gestreefd.

De minister wijst er nogmaals op dat er wel degelijk misbruiken bestaan en dat ze moeten worden aangepakt.

Hij benadrukt dat er nooit sprake is geweest van het opstellen van een lijst van prestaties die als dringende medische hulp kunnen worden beschouwd. Er moet immers rekening worden gehouden met het feit dat de situaties heel uiteenlopend kunnen zijn. Dit is de kern van het evenwicht dat in het kader van dit wetsontwerp wordt nagestreefd.

de la relation entre le médecin et son patient et rompt la confiance. De même, le projet, en introduisant la notion de “jurisprudence”, ne tient pas compte de la demande des prestataires d’obtenir l’assurance que leur décision quant au caractère nécessaire des soins administrés sera respectée ni appréciée au regard de critères préalablement déterminés en concertation avec le corps médical.

\*  
\* \*

*M. Denis Ducarme, ministre des Classes moyennes, des Indépendants, des PME, de l’Agriculture, et de l’Intégration sociale* précise que le projet instaure bel et bien un changement important et ce dans la manière dont les contrôles s’opèrent. L’on passe d’un système dans lequel le contrôle est opéré par du personnel administratif, sans qualification médicale, vers un contrôle réalisé par des médecins. En outre le contrôle est uniformisé de manière à éviter des différences entre CPAS, certains étant plus stricts que d’autres dans leurs décisions. Il s’agit là d’un réel progrès.

Le ministre souligne que le projet ne touche pas aux dispositions relatives à l’enquête sociale. La confidentialité reste donc garantie. Pour le ministre il est cependant nécessaire d’identifier le patient ainsi que l’endroit où il vit.

Le ministre rappelle que l’objectif est de mettre en place un système équilibré, qui permette d’une part à une population extrêmement vulnérable de se faire soigner, et d’autre part de combattre les abus. Ces objectifs ne sont pas antinomiques. Il répète que la concertation se poursuivra dans la recherche de cet équilibre, et ce de la façon la plus large possible.

Le ministre insiste sur la réalité des abus et sur la nécessité de les combattre.

Il souligne qu’il n’a jamais été question d’établir une liste de prestations éligibles au titre de l’aide médicale urgente, et ce afin de tenir compte de la diversité des situations. Tel est le cœur de l’équilibre recherché dans le cadre de ce projet.

## II. — ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING EN STEMMINGEN

### Artikelen 1 en 2

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

Ze worden achtereenvolgens eenparig aangenomen.

### Art. 3

In zijn nota stelt de juridische dienst van de Kamer van volksvertegenwoordigers het volgende:

“De artikelen 3 tot 7 van het wetsontwerp beogen wijzigingen aan te brengen in artikel 9<sup>ter</sup> van de wet van 2 april 1965. Voor verscheidene wijzigingen in eenzelfde artikel gebruike men slechts een wijzigingsbepaling (cf. Raad van State, “Beginselen van de wetgevingstechniek”, 2008, F 4-2-9-1, p. 165).”.

Omwille van de bevattelijkheid en van de samenhang met de memorie van toelichting wenst *de minister* de indeling van het wetsontwerp in verschillende artikelen te behouden.

Artikel 3 wordt *ne varietur* eenparig aangenomen.

### Art. 4

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Het wordt eenparig aangenomen.

### Art. 5

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Het wordt aangenomen met 9 tegen 3 stemmen.

### Art. 6

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Het wordt eenparig aangenomen.

### Art. 7

In zijn nota stelt de juridische dienst het volgende:

## II. — DISCUSSION DES ARTICLES ET VOTES

### Articles 1<sup>er</sup> et 2

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Ils sont successivement adoptés à l’unanimité.

### Art. 3

Dans sa note, le Service juridique de la Chambre des représentants expose ce qui suit:

“Les articles 3 à 7 du projet de loi visent à apporter des modifications à l’article 9<sup>ter</sup> de la loi du 2 avril 1965. Pour des modifications multiples d’un même article, on utilisera une seule disposition modificative (cf. Conseil d’État, “Principes de technique législative”, 2008, F 4-2-9-1, p. 165).”;

*Le ministre* souhaite conserver, par souci de lisibilité et de cohérence avec l’exposé des motifs, la subdivision du projet de loi en plusieurs articles.

L’article 3 est adopté *ne varietur* à l’unanimité.

### Art. 4

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

Il est adopté à l’unanimité.

### Art. 5

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

Il est adopté par 9 voix contre 3.

### Art. 6

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

Il est adopté à l’unanimité.

### Art. 7

Dans sa note, le Service juridique expose ce qui suit:

“Ter wille van de overeenstemming met de bestaande tekst vervange men in het ontworpen artikel 9ter, § 7, van de wet van 2 april 1965 telkens de woorden “OCMW” / “CPAS” door de woorden “openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn” / “centre public d’action sociale” en vervange men de woorden “HZIV” / “CAAMI” door de woorden “Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering” / “Caisse auxiliaire d’assurance maladie-invalidité”.”

*De minister en de commissie* stemmen eenparig in met deze technische verbetering.

Het aldus verbeterde artikel 7 wordt aangenomen met 9 tegen 3 stemmen.

#### Art. 7/1 (nieuw)

*Voorzitter Muriel Gerkens (Ecolo-Groen)* dient amendement nr. 1 (DOC 54 2890/00X) in, dat ertoe strekt in het wetsontwerp een artikel 7/1 in te voegen.

De indienstverwijst naar haar schriftelijke verantwoording en naar haar betoog tijdens de algemene bespreking.

Amendement nr. 1 wordt verworpen met 9 tegen 3 stemmen.

\*  
\* \*

Het gehele aldus verbeterde wetsontwerp wordt in tweede lezing aangenomen met 10 tegen 3 stemmen.

*De rapporteur,*

Benoît PIEDBOEUF

*De voorzitter,*

Muriel GERKENS

Bepalingen die uitvoeringsmaatregelen vergen:

– Met toepassing van artikel 105 van de Grondwet: *nihil.*

– Met toepassing van artikel 108 van de Grondwet: art. 5.

“Dans un souci de conformité avec le texte existant, on remplacera chaque fois, dans l’article 9ter, § 7, proposé de la loi du 2 avril 1965, les mots “CPAS” / “OCMW” par les mots “centre public d’action sociale” / “openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn” et on remplacera les mots “CAAMI” / “HZIV” par les mots “Caisse auxiliaire d’assurance maladie-invalidité” / “Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering”.”

*Le ministre et la commission* souscrivent à l’unanimité à cette correction technique.

L’article 7, ainsi corrigé, est adopté par 9 voix contre 3.

#### Art. 7/1 (nouveau)

Mme Muriel Gerkens, présidente, dépose l’amendement n° 1 (DOC 54 2890/00X) visant à introduire dans le projet un article 7/1.

L’auteure se réfère à sa justification écrite ainsi qu’à son intervention dans le cadre de la discussion générale.

L’amendement n°1 est rejeté par 9 voix contre 3.

\*  
\* \*

L’ensemble du projet de loi, ainsi corrigé, est adopté en deuxième lecture par 10 voix contre 3.

*Le rapporteur,*

Benoît PIEDBOEUF

*La présidente,*

Muriel GERKENS

Dispositions nécessitant des mesures d’exécution:

– En application de l’article 105 de la Constitution: *nihil.*

– En application de l’article 108 de la Constitution: art. 5.