

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2001-2002

28 MEI 2002

**Wetsontwerp betreffende de maximum-
factuur in de verzekering voor genees-
kundige verzorging**

Evocatieprocedure

VERSLAG**NAMENS DE COMMISSIE VOOR DE
SOCIALE AANGELEGENHEDEN
UITGEBRACHT
DOOR DE HEER REMANS**

Dit wetsontwerp, dat ressorteert onder de optioneel bicamerale procedure, werd op 25 april 2002 aangenomen door de Kamer van volksvertegenwoordigers, met 77 stemmen bij 37 onthoudingen, en het werd op 26 april 2002 overgezonden aan de Senaat.

Het is op 2 mei 2002 geëvoceerd. De commissie voor de Sociale Aangelegenheden heeft het ontwerp in haar vergaderingen van 14 en 21 mei 2002 besproken in aanwezigheid van de minister van Sociale Zaken en Pensioenen.

Aan de werkzaamheden van de commissie hebben deelgenomen :

1. Vaste leden : de heren D'Hooghe, voorzitter; Barbeaux, mevrouw Bouarfa, de heren Buysse, Cornil, Galand, Malmendier, mevrouw Pehlivan en de heer Remans, rapporteur.
2. Plaatsvervangers : mevrouw De Roeck, de heer Devolder, mevrouw Leduc, de heer Siquet en mevrouw Vanlerberghe.
3. Andere senator: de heer Vankrunkelsven.

Zie :

Stukken van de Senaat :

2-1117 - 2001/2002 :

- Nr. 1: Ontwerp geëvoceerd door de Senaat.
Nr. 2: Amendementen.

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2001-2002

28 MAI 2002

Projet de loi relatif au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé

Procédure d'évocation

RAPPORT**FAIT AU NOM
DE LA COMMISSION
DES AFFAIRES SOCIALES
PAR M. REMANS**

Le présent projet, qui relève de la procédure bicamérale facultative, a été adopté le 25 avril 2002 par la Chambre des représentants, par 77 voix et 37 abstentions, et a été transmis au Sénat le 26 avril 2002.

Il a été évoqué le 2 mai 2002. La commission des Affaires sociales l'a examiné au cours de ses réunions des 14 et 21 mai 2002 en présence du ministre des Affaires sociales et des Pensions.

Ont participé aux travaux de la commission :

1. Membres effectifs : MM. D'Hooghe, président; Barbeaux, Mme Bouarfa, MM. Buysse, Cornil, Galand, Malmendier, Mme Pehlivan et M. Remans, rapporteur.
2. Membres suppléants : Mme De Roeck, M. Devolder, Mme Leduc, M. Siquet et Mme Vanlerberghe.
3. Autre sénateur: M. Vankrunkelsven.

Voir :

Documents du Sénat :

2-1117 - 2001/2002 :

- N° 1: Projet évoqué par le Sénat.
N° 2: Amendements.

I. INLEIDENDE UITEENZETTING VAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN EN PENSIOENEN

De heer Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken en Pensioenen, herinnert eraan dat voorliggend wetsontwerp het voorwerp heeft uitgemaakt van tal van consultaties met de betrokken organisaties, onder meer ziekenfondsen en patiëntenverenigingen, maar moet worden beschouwd als een eerste stap. De maximumfactuur die met dit wetsontwerp wordt ingevoerd is met andere woorden een eerste zij het cruciale stap in een betere en snellere bescherming van chronische zieken met hoge medische kosten.

De minister verwijst naar de inleidende uiteenzetting die hij heeft gegeven in de Kamercommissie voor de sociale zaken (*cf.* stuk Kamer, nr. 50-1697/4). In essentie is de maximumfactuur een supplementaire beschermingsmaatregel voor een feitelijk gezin wat betreft de gezondheidsuitgaven, die afhankelijk wordt gemaakt van het gezinsinkomen. Deze maatregel komt bovenop de reeds bestaande bescherming van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering en richt zich vooral tot personen die, bijvoorbeeld omwille van een chronische ziekte, worden geconfronteerd met zeer veel uitgaven. Het grote verschil met de bestaande sociale en fiscale franchise bestaat erin dat de hele bevolking op gelijkwaardige wijze wordt beschermd vermits elk gezin, al naargelang het netto-belastbaar inkomen, niet meer dan een bepaald bedrag aan remgelden dient te betalen die verband houden met welbepaalde wettelijke honoraria van zorgverstrekkers, met de geneesmiddelen van categorie A en B en met sommige ziekenhuisuitgaven. Die plafonds worden in de wet ingeschreven.

Niettemin wordt in de toepassing van de maximumfactuur een onderscheid gemaakt tussen de zogenaamde « snelle » toepassing — voor de twee laagste inkomenscategorieën — en de toepassing via de fiscaliteit. Om vast te stellen tot welke inkomensgroep een gezin behoort wordt de laatst ingediende belastingaangifte als uitgangspunt genomen. Voor de « snelle » toepassing — afdeling III van het nieuwe hoofdstuk III*bis* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen — wordt de onmiddellijke terugbetaling van de remgelden via de ziekenfondsen voorzien, eens het plafond is bereikt. Het is op termijn de bedoeling dat dit systeem ook voor de andere inkomensgroepen wordt toegepast, maar vooralsnog wordt een en ander geregeld middels de belastingaangifte — afdeling IV van het nieuwe hoofdstuk III*bis*.

De minister vestigt de aandacht op de specifieke bescherming voor kinderen tot 15 jaar. Voor deze kinderen kan de maximumfactuur in de gezondheidszorg nooit hoger zijn dan 650 euro, ongeacht het gezinsinkomen.

I. EXPOSÉ INTRODUCTIF DU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DES PENSIONS

M. Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et des Pensions, rappelle que le présent projet a fait l'objet de nombreuses consultations des organisations concernées, notamment les mutuelles et les associations de patients, mais qu'il doit être considéré comme un premier pas. En d'autres termes, le maximum à facturer qu'institue le présent projet de loi constitue un premier pas, qui est toutefois crucial, dans la voie d'une meilleure protection, également plus rapide, des malades chroniques dont les frais médicaux sont élevés.

Le ministre renvoie à l'exposé introductif qu'il a fait à la commission des Affaires sociales de la Chambre (*cf.* doc. Chambre, n° 50-1697/4). Le maximum à facturer constitue essentiellement une mesure de protection supplémentaire pour un ménage de fait en ce qui concerne les dépenses de soins de santé, laquelle dépend des revenus du ménage. Cette mesure vient en sus de la protection existante qu'offre l'assurance obligatoire en matière de maladie et d'invalidité et est surtout destinée aux personnes qui, en raison par exemple d'une maladie chronique, ont à supporter de nombreuses dépenses. La grande différence par rapport à la franchise sociale et fiscale existante est que l'ensemble de la population est protégé de manière équivalente, puisque tout ménage, en fonction de son revenu net imposable, ne doit pas supporter de tickets modérateurs dépassant un certain plafond et relatifs à des honoraires légaux déterminés de prestataires de soins, aux médicaments des catégories A et B, et à certaines dépenses hospitalières. Ces plafonds sont inscrits dans la loi.

On fait toutefois une distinction, pour ce qui est de l'application du maximum à facturer, entre ce qu'on a appelé l'application accélérée — à l'intention des deux catégories de revenus les plus faibles — et l'application par le biais de la fiscalité. Pour déterminer dans quelle catégorie de revenus un ménage doit être classé, on se base sur sa dernière déclaration de revenus. On prévoit, pour l'application « accélérée » — section III du nouveau chapitre III*bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités — le remboursement immédiat des tickets modérateurs par les mutuelles une fois le plafond atteint. L'objectif, à terme, est que ce système soit également appliqué aux autres catégories de revenus, mais entre-temps, les choses se règlent par le biais de leur déclaration de revenus — section IV du nouveau chapitre III*bis*.

Le ministre attire l'attention sur la protection spécifique prévue pour les enfants jusqu'à 15 ans. Pour ceux-ci, le maximum à facturer dans le cadre des soins de santé ne peut jamais dépasser 650 euros, quels que soient les revenus du ménage.

Hij wijst er eveneens op dat de invoering van de maximumfactuur stapsgewijs gebeurt. Op dit ogenblik worden de geneesmiddelen van de categorieën A en B overigens reeds in aanmerking genomen voor wat betreft de remgelden. In 2002 zullen met terugwerkende kracht de hospitalisatiekosten worden meegeteld en wordt de «snelle» toepassing van de maximumfactuur ingevoerd; in 2003 volgen de andere stappen.

Opgemerkt moet worden dat voor gezinnen die tot de lagere inkomensgroepen behoren bovendien een «one shot»-maatregel wordt voorgesteld bij de invoering van de maximumfactuur, waardoor ze recht hebben op de terugbetaling van ziektekosten voor het jaar 2001. Verder gelden specifieke maatregelen voor diegenen die worden geconfronteerd met een plotse daling van het gezinsinkomen (de zogenaamde «behartenswaardige situatie»). Bovendien behouden sommige uitkeringstrekkers een automatisch recht op het laagste plafond dat van toepassing is inzake het remgeld binnen de maximumfactuur.

De minister erkent de complexiteit van het wetsontwerp, maar geeft aan dat men kan terugvallen op de ervaring met het systeem van sociale en fiscale franchise. Hij benadrukt bovendien dat de patiënten geen hinder zullen ondervinden van de complexe procedures. Met uitzondering van de zogenaamde «behartenswaardige situatie», worden de mensen immers automatisch geïnformeerd over hun recht op de maximumfactuur en moeten ze zelf geen initiatief nemen om hiervan te kunnen genieten.

Voor zover het de verplichte ziekteverzekering betreft, is de maximumfactuur volledig van toepassing op zelfstandigen. Ze geldt bijgevolg onverkort voor de «grote risico's» maar niet voor de «kleine risico's», die thans geen deel uitmaken van de verplichte verzekering. Het wegwerken van dit onderscheid maakt deel uit van de globale hervorming van het sociaal statuut der zelfstandigen, die thans wordt voorbereid.

II. ALGEMENE BESPREKING

A. Opmerkingen van de leden

De heer Devolder erkent dat voorliggend ontwerp een vooruitgang betekent in de ziekteverzekering en wellicht heel wat sociale problemen ondervangt. Hij betreurt evenwel dat de regeling voor zelfstandigen strikt beperkt blijft tot de verplichte ziekteverzekering, waardoor een bepaalde discriminatie blijft bestaan. Hij dringt erop aan dat de globale hervorming van het sociaal statuut der zelfstandigen op korte termijn kan worden afgerond. Spreker vraagt de minister uitdrukkelijk te bevestigen dat tenminste de maximumfactuur voor kinderen tot 15 jaar voor elk kind geldt, ongeacht het sociaal statuut van zijn ouders.

Il souligne également que la mise en place du maximum à facturer se fait graduellement. À l'heure actuelle, les médicaments des catégories A et B sont d'ailleurs déjà pris en compte pour les tickets modérateurs. En 2002, les frais d'hospitalisation entrent en ligne de compte avec effet rétroactif et l'application «accélérée» du maximum à facturer est instaurée; en 2003, les autres mesures suivront.

Il convient de noter que les ménages qui appartiennent aux catégories à faibles revenus bénéficient en outre d'une mesure unique lors de l'instauration du maximum à facturer, laquelle leur donne droit au remboursement des frais de maladie pour l'année 2001. Il y a ensuite des mesures spécifiques pour ceux qui voient les revenus du ménage baisser subitement (la «situation digne d'intérêt»). Enfin, certains bénéficiaires d'une allocation conservent un droit automatique au plafond le plus bas qui s'applique aux tickets modérateurs dans le cadre du maximum à facturer.

Le ministre reconnaît la complexité du projet de loi, mais dit que l'on peut profiter de l'expérience acquise avec le système de la franchise sociale et fiscale. Il souligne que les patients ne seront pas gênés par les procédures complexes. À l'exception de ceux qui se trouvent dans une «situation digne d'intérêt», les gens seront en effet informés automatiquement de leur droit au maximum à facturer et ne devront pas prendre eux-mêmes d'initiative pour pouvoir en bénéficier.

Dans la mesure où le maximum à facturer concerne l'assurance obligatoire soins de santé, il est entièrement applicable aux indépendants. Il vaut dès lors sans restrictions pour les «gros risques», mais pas pour les «petits risques», qui ne font pas partie, actuellement, de l'assurance obligatoire. La réforme globale du statut social des indépendants, qui est en préparation, supprimera cette distinction.

II. DISCUSSION GÉNÉRALE

A. Observations des membres

M. Devolder reconnaît que le projet de loi à l'examen représente un progrès dans l'assurance maladie et qu'il remédie à un grand nombre de problèmes sociaux. Il regrette cependant que le régime pour les indépendants reste strictement limité à l'assurance maladie obligatoire, ce qui laisse subsister une certaine discrimination. Il insiste sur le fait que la réforme globale du statut social des indépendants peut être achevée à court terme. L'intervenant demande expressément au ministre de confirmer qu'à tout le moins, le maximum à facturer pour les enfants jusqu'à 15 ans sera appliqué à tous les enfants, indépendamment du statut social des parents.

Het lid wijst eveneens op mogelijke verschillende interpretaties van de «definitief vastgestelde inkomsten» als gevolg van fiscale controles. Vooral voor de lagere inkomenscategorieën kan dit zware financiële gevolgen met zich brengen.

Tenslotte drukt spreker de hoop uit dat de SIS-kaart, die binnenkort zal worden vervangen, minder fraudegevoelig wordt dan thans het geval is. Dit kan gebeuren door bijvoorbeeld het adres erop te vermelden.

De heer Siquet wenst enkele verduidelijkingen te bekomen van de minister over de gevolgen van de invoering van de maximumfactuur voor het inkomen samenwonende personen die van een uitkering genieten. Men moet immers vermijden dat personen hun recht op een uitkering verliezen, zoals dit het geval was bij de invoering van de inkomensgarantie voor ouderen in 2000, die tot gevolg heeft gehad dat tal van bejaarden die bij hun kinderen inwonen hun recht op het gewaarborgd inkomen verloren. Blijft bijvoorbeeld de fiscale vrijstelling van 10% voor gehandicapte personen onaangetast? Zal de nieuwe wetgeving na één jaar toepassing worden geëvalueerd om ongewenste neveneffecten ongedaan te maken?

De heer Vankrunkelsven vindt het merkwaardig dat de maximumfactuur voor sommige inkomenscategorieën op een «snelle» manier wordt toegepast en voor andere niet. Hij meent dat een snelle toepassing hoe dan ook de regel moet zijn voor eenieder die aan de vereiste voorwaarden voldoet.

Het is hem onduidelijk of de vermelde maximumbedragen voor de ziektekosten van kinderen tot 15 jaar gelden voor elk kind afzonderlijk, of per gezin moeten worden bekeken.

Tenslotte meent hij dat, in de mate dat de maximumfactuur wordt gefinancierd door het RIZIV dat op zijn beurt niet enkel door sociale bijdragen maar ook door algemene middelen wordt gefinancierd, ook de bescherming voor alle kinderen dezelfde moet zijn, ongeacht het gaat om een kind van een werknemer of van een zelfstandige.

De heer Remans steunt het voorgestelde ontwerp, dat een revolutie betekent in de ziekteverzekering. 10% van de bevolking veroorzaakt immers 90% van de kosten van de ziekteverzekering. Daarom wenst spreker te vernemen welke de totale kostprijs is van de invoering van de maximumfactuur. Past de verhoging van het budget in de afspraken die hieromtrent op regeeringsniveau werden gemaakt?

Hij meent bovendien dat het onlogisch is dat, ondanks het feit dat het remgeld voor sommige inkomensgroepen onmiddellijk wordt terugbetaald, de inning van het remgeld toch niet verplicht wordt gemaakt alhoewel de maximumfactuur zorgt voor

Le membre souligne également la possibilité d'interprétations différentes de la notion de revenus définitivement fixés, lesquelles pourraient résulter des contrôles fiscaux. Cela peut entraîner des conséquences financières lourdes, surtout pour les catégories de revenus plus faibles.

Enfin, l'intervenant exprime l'espoir que la carte SIS, qui sera bientôt remplacée, sera moins facilement susceptible de fraudes que ce n'est le cas actuellement. On peut limiter les fraudes, par exemple, en mentionnant l'adresse sur la carte.

M. Siquet souhaite obtenir des précisions de la part du ministre sur les conséquences de l'instauration du maximum à facturer pour le revenu des personnes qui cohabitent et bénéficient d'une allocation. En effet, il faut éviter que les personnes perdent leur droit aux allocations, comme cela s'est produit en 2000 lors de l'instauration de la garantie de revenus aux personnes âgées, laquelle a eu pour conséquence de faire perdre leur droit au revenu garanti à un grand nombre de personnes âgées qui vivent chez leurs enfants. Par exemple, l'exonération fiscale de 10% pour les personnes handicapées sera-t-elle maintenue? Après avoir été appliquée pendant un an, la nouvelle législation fera-t-elle l'objet d'une évaluation afin d'éliminer les effets connexes non désirables?

M. Vankrunkelsven trouve étrange que le maximum à facturer soit appliqué rapidement pour certaines catégories de revenus et pas pour d'autres. Il estime qu'une application rapide doit en tout état de cause être la règle pour toutes les personnes qui remplissent les conditions.

Il ne voit pas très bien si les maxima à facturer mentionnés pour les frais de maladie des enfants jusqu'à 15 ans s'appliquent pour chaque enfant séparément ou doivent être examinés par ménage.

Il estime enfin que dans la mesure où le maximum à facturer est financé par l'INAMI, lequel est financé à son tour non seulement par les cotisations sociales, mais aussi par les moyens généraux, la protection doit également être la même pour tous les enfants, que ce soit un enfant de salarié ou un enfant d'indépendant.

M. Remans souscrit au projet de loi à l'examen, qui constitue une révolution dans l'assurance maladie. En effet, 10% de la population représente 90% des dépenses de l'assurance-maladie. L'intervenant souhaite donc connaître le coût total de l'instauration du maximum à facturer. La majoration du budget s'inscrit-elle dans les accords qui ont été conclus à ce sujet au niveau du gouvernement?

L'intervenant juge en outre illogique qu'en dépit du fait que le ticket modérateur soit remboursé immédiatement pour certaines catégories de revenus, sa perception ne soit pas rendue obligatoire, bien que le maximum à facturer ait pour conséquence que le

spoedige terugbetaling vanaf een bepaald bedrag, dat bepaald wordt door de uitgaven gecorreleerd naar het inkomen.

De heer D'Hooghe verwijst naar de toelichting bij voorliggend ontwerp, volgens dewelke geen onderscheid meer wordt gemaakt in de remgelden waarop de bescherming betrekking heeft. Wat wordt daarmee precies bedoeld?

Tevens wenst hij te vernemen welke persoonlijke bijdragen thans worden opgenomen in de maximumfactuur en welke niet. Gaat het slechts over het persoonlijk aandeel dat moet worden betaald voor een kamer in een ziekenhuis, of zijn ook de supplementen inbegrepen?

Het lid vreest bovendien dat, in de verschillende procedures die worden voorgesteld, moeilijkheden kunnen ontstaan indien het gezinsinkomen niet bekend is. Bovendien zal de uitwisseling van fiscale gegevens tussen de fiscale administratie en de verzekeringsinstellingen op heel wat problemen stuiten. De uitwisseling van deze gegevens en de afhandeling van de dossiers dreigen bovendien een enorme stijging met zich mee te brengen van de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen, zonder dat de tegemoetkoming van de overheid hierin toeneemt. Was er geen eenvoudiger en minder dure wijze te bedenken om meer sociale bescherming te bieden, bijvoorbeeld door een analoge regeling als deze van de voorkeursregeling voor wat de inkomenscategorieën betreft?

Vreest de minister niet dat, vermits de sociale bescherming afhankelijk wordt gemaakt van de inkomenscategorie waarin men zich bevindt, men dreigt af te glijden van een socialezekerheidssysteem naar een systeem van sociale bijstand, zodat personen die zich in een hogere inkomenscategorie bevinden hun toevlucht zullen nemen tot private verzekeringen?

De heer D'Hooghe wenst tenslotte duidelijkheid te bekomen over de toepassing van de maximumfactuur op de kloostergemeenschappen, op de bejaarden die verplicht opgenomen worden in een instelling en daar ook gedomicilieerd zijn en op de bejaarden die slechts gedurende een korte periode in een instelling verblijven.

De heer Barbeaux meent dat het wetsontwerp betreffende de maximumfactuur in de ziekteverzekering een stap voorwaarts betekent in de bescherming van de personen die worden geconfronteerd met hoge medische uitgaven, maar wijst op de risico's van ontsporing van het stelsel van sociale zekerheid dat in essentie een solidaire verzekering is. Het wordt immers gefinancierd door sociale bijdragen en door belastingen van de betrokkenen, die in ruil kunnen genieten van bepaalde tussenkomsten. Anders dan bij de sociale en fiscale franchise, waarbij een selectiviteit werd ingebouwd vermits slechts een bepaalde inkomensgroep kon genieten van de terugbetaling van het remgeld, wordt hier een selectiviteit ingevoerd over de

remboursement se fasse rapidement dès qu'on a atteint un montant déterminé par la corrélation qui existe entre les dépenses et les revenus.

M. D'Hooghe renvoie à l'exposé des motifs du projet à l'examen, qui précise qu'aucune distinction n'est plus faite dans les tickets modérateurs pour lesquels intervient la protection. Qu'entend-on exactement par là?

Il souhaite également savoir quelles interventions personnelles sont actuellement incluses dans le maximum à facturer et lesquelles ne le sont pas. S'agit-il uniquement de la quote-part personnelle qui doit être payée pour une chambre d'hôpital, ou également des suppléments?

Le membre craint en outre que les diverses procédures qui sont proposées puissent poser des difficultés si le revenu du ménage n'est pas connu. De plus, l'échange de données fiscales entre l'administration fiscale et les organismes assureurs connaîtra de nombreux problèmes. Cet échange de données et le traitement des dossiers risquent en outre d'entraîner une hausse sensible des frais administratifs des organismes assureurs, sans que l'intervention des pouvoirs publics dans ces frais augmente. N'aurait-on pas pu imaginer un moyen plus simple et moins onéreux d'offrir une meilleure protection sociale, par exemple une réglementation analogue à celle du traitement préférentiel en ce qui concerne les catégories de revenus?

Le ministre ne craint-il pas que le fait de lier la protection sociale à la catégorie de revenus à laquelle on appartient ne risque de provoquer un glissement d'un système de sécurité sociale vers un système d'assistance sociale, de sorte que les personnes qui appartiennent à une catégorie de revenus supérieure auront recours aux assureurs privés?

Enfin, M. D'Hooghe souhaite obtenir des éclaircissements sur l'application du montant maximum à facturer aux communautés religieuses, aux personnes âgées qui sont admises nécessairement dans un établissement et y sont aussi domiciliées, et aux personnes âgées qui ne séjournent que pendant une courte période dans un établissement.

M. Barbeaux, s'il estime que le projet de loi relatif au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé représente un pas en avant en matière de protection des personnes qui doivent faire face à des dépenses médicales élevées, souligne les risques de dérive du système de sécurité sociale, qui est par essence une assurance solidaire. Il est en effet financé au moyen des cotisations sociales et des impôts des intéressés, qui, en contrepartie, peuvent bénéficier de certaines interventions. Contrairement au système de la franchise sociale et fiscale, dans le cadre duquel on a prévu une sélectivité où seule une catégorie déterminée de revenus pouvait bénéficier du remboursement des tickets modérateurs, on prévoit ici une sélectivité

ganse bevolking. Personen die zich in een hogere inkomensgroep bevinden en verhoudingsgewijs meer bijdragen aan de sociale zekerheid, zullen immers niet of nauwelijks kunnen genieten van de toepassing van de maximumfactuur. Zij zullen dan ook geneigd zijn om een beroep te doen op private verzekeringen, hetgeen ons stelsel van sociale zekerheid verzwakt en meer naar Angelsaksisch model heroriënteert. Dit dient te worden vermeden.

Het lid vreest ook dat voorliggend wetsontwerp zal worden gebruikt als alibi om het remgeld te verhogen, zoals bijvoorbeeld gebeurd is voor de hervorming van de nomenclatuur in de kinesitherapie of voor de afschaffing van de korting door de apotheker van 10% van de kosten voor de geneesmiddelen.

Voorts meent de heer Barbeaux dat het voorgestelde systeem een solidariteit invoert tussen zieken onderling terwijl de sociale zekerheid in wezen een kwestie is van solidariteit tussen zieke en gezonde mensen. Zieken met een hoger inkomen zullen immers zelden genieten van de toepassing van de maximumfactuur maar zullen wel bijdragen ten gunste van zieken met een laag of bescheiden inkomen. Dit kan eveneens leiden tot ontsparingen. Tevens vreest spreker dat, door het bestaan van de maximumfactuur, verstrekkers van medische prestaties hierin een aanleiding zullen zien om allerhande honorariumsupplementen aan te rekenen aan de patiënt.

Het lid verwijst vervolgens naar de nota van de diensten van de Senaat, in dewelke tal van juridische aspecten aan bod komen. Onder meer wordt gewezen op de verschillende definities van de term «gezin» al naargelang dit in sociaalrechtelijke of in fiscaalrechtelijke zin moet worden begrepen, en op de mogelijke discriminatie die kan ontstaan tussen enerzijds de gehuwden en de wettelijk samenwonenden en anderzijds de feitelijk samenwonende personen. Voor de maximumfactuur, uitgevoerd door de fiscale administratie (afdeling IV), worden deze laatsten, in tegenstelling met de gehuwden en de wettelijk samenwonenden, immers elk afzonderlijk als een «gezin» beschouwd. Men kan zich afvragen of dit de toets aan de grondwettelijke beginselen van gelijkheid en niet-discriminatie zal doorstaan.

De heer Barbeaux treedt een opmerking van een vorige spreker bij met betrekking tot de complexiteit van de procedures, bijvoorbeeld wanneer twee personen samenleven die zijn aangesloten bij een verschillende mutualiteit. De gegevensuitwisseling tussen de verzekeringsinstellingen onderling en tussen de overheidsadministraties dreigt heel wat moeilijkheden op te leveren, alsook aanzienlijke meerkosten voor de mutualiteiten.

Spreker drukt vervolgens zijn vrees uit voor de manipulatie van het systeem van de maximumfac-

pour l'ensemble de la population. Les personnes qui se situent dans une catégorie de revenus supérieure et contribuent proportionnellement davantage à la sécurité sociale, ne pourront en effet pas, ou guère, jouir de l'application du système du montant maximum à facturer. Elles seront par conséquent tentées de recourir à des assureurs privés, ce qui est de nature à affaiblir notre système de sécurité sociale et s'apparente davantage au modèle anglo-saxon. Il faut éviter d'en arriver là.

Le membre craint aussi que le projet de loi à l'examen ne serve d'alibi pour augmenter le ticket modérateur par exemple pour la réforme de la nomenclature de kinésithérapie ou pour la suppression de la ristourne de 10 % du prix des médicaments par les pharmaciens.

M. Barbeaux estime par ailleurs que le système proposé crée une solidarité entre les malades eux-mêmes alors que la sécurité sociale est essentiellement une solidarité entre malades et bien-portants. Les malades dont le revenu est supérieur bénéficieront en effet rarement de l'application du système du montant maximum à facturer, tout en cotisant pour les malades à revenus faibles ou modestes. Cela peut aussi entraîner des dérapages. L'intervenant craint également que des prestataires de soins médicaux ne voient dans l'existence du montant maximum à facturer une occasion de facturer toutes sortes de suppléments d'honoraires au patient.

Le membre renvoie ensuite à la note rédigée par les services du Sénat, qui aborde nombre d'aspects juridiques. On y attire notamment l'attention sur les diverses définitions du mot «ménage» selon qu'il faut l'entendre au sens du droit social ou du droit fiscal, et sur la discrimination qui pourrait naître entre les personnes mariées et les cohabitants légaux, d'une part, et les cohabitants de fait, d'autre part. Dans le cadre du montant maximum à facturer, dont l'application appartient à l'administration fiscale (section IV), ces derniers sont en effet considérés chacun comme un «ménage», contrairement aux personnes mariées et aux cohabitants légaux. On peut se demander si une telle situation supportera la confrontation aux principes constitutionnels d'égalité et de non-discrimination.

M. Barbeaux souscrit à une remarque d'un intervenant précédent sur la complexité des procédures, notamment lorsque deux personnes cohabitantes sont affiliées à une mutualité différente. L'échange de données entre les organismes assureurs et entre les administrations publiques risque d'entraîner de nombreuses difficultés et un surcroît important pour les mutualités.

L'intervenant exprime ensuite sa crainte de voir le système du montant maximum à facturer manipulé,

tuur, met name wanneer verschillende personen die genieten van een verhoogde tegemoetkoming samenwonen.

Tenslotte vraagt de heer Barbeaux om klaarheid te scheppen in de precieze draagwijdte van het voorgestelde artikel 37*decies*, § 2, derde lid, en van het voorgestelde artikel 37*duodecies*, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

B. Antwoorden van de minister van Sociale Zaken en Pensioenen

De heer Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken en Pensioenen, is van oordeel dat een vergelijking tussen ons stelsel van sociale zekerheid, geïnspireerd op de beginselen van Bismarck, en het Angelsaksisch model in de traditie van Beveridge, kunstmatig en gedateerd is. Geen van beide modellen zijn immers ooit uitgevoerd zoals deze geleerden ze hebben opgevat en bovendien is de sociale zekerheid de jongste decennia sterk geëvolueerd.

Hij herhaalt dat de maximumfactuur een bijkomende bescherming van gezinnen wil bieden tegen hoog oplopende kosten voor medische uitgaven. De invoering ervan is nodig vermits het bestaande stelsel nog steeds elke individuele medische prestatie afzonderlijk in aanmerking neemt, zonder oog te hebben voor de globale factuur. De selectiviteit in de ziekteverzekering die bestaat voor de personen met een WIGW-statuut, beantwoordt niet meer aan de noden van vandaag vermits ze geen bescherming biedt aan, bijvoorbeeld, een alleenstaande met kinderen die deeltijds werkt.

Het is bovendien niet zo dat enkel personen met een laag inkomen van de maximumfactuur kunnen genieten. Ook personen met een hoger inkomen, hun partner of hun kinderen, kunnen immers ten prooi vallen aan een chronische ziekte waardoor ze worden geconfronteerd met enorme uitgaven. De legitimiteit van een bepaalde verzekering hangt overigens niet enkel af van het profijt dat eenieder voor zich uit het systeem kan halen, maar ook uit de doeltreffendheid van de geboden bescherming in het algemeen.

De minister ontkent niet dat voorliggend ontwerp een grotere inspanning zal vergen van de betrokken administraties en verzekeringsinstellingen, vermits een grotere groep betrokken wordt bij de toepassing van de maximumfactuur dan bij de sociale en de fiscale franchise. Echter moeten in de praktijk slechts procedures worden opgestart voor zover het gaat om personen met grote medische uitgaven. Bovendien zijn de mutualiteiten uitdrukkelijk vragende partij om te worden betrokken in de toepassing van de maximumfactuur en werd met hen uitvoerig overleg gepleegd.

notamment lorsque plusieurs personnes qui bénéficient d'une intervention majorée cohabitent.

Enfin, M. Barbeaux demande de faire la clarté sur la portée exacte de l'article 37*decies*, § 2, alinéa 3, proposé, et de l'article 37*duodecies*, § 2, proposé, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

B. Réponses du ministre des Affaires Sociales et des Pensions

M. Vandenbroucke, ministre des Affaires Sociales et des Pensions, estime que la comparaison entre notre système de sécurité sociale, qui s'inspire des principes de Bismarck, et le modèle anglo-saxon dans la tradition de Beveridge, est artificielle et dépassée. Aucun des deux modèles n'a été mis en pratique tel que ces maîtres l'avaient conçu; en outre, la sécurité sociale a nettement évolué des dernières décennies.

Il répète que le maximum à facturer vise à offrir une protection supplémentaire aux familles contre le coût élevé des dépenses médicales. Il faut introduire ce maximum à facturer parce que, dans le système actuel, on prend encore en compte chaque prestation médicale individuelle, sans s'intéresser à la facture globale. La sélectivité qui existe dans l'assurance maladie pour les personnes ayant un statut VIPO ne répond plus aux besoins actuels parce qu'elle ne protège pas, par exemple, la personne isolée ayant des enfants à charge et travaillant à temps partiel.

En outre, les personnes à revenus peu élevés ne seront pas les seules à bénéficier du maximum à facturer. Celles qui ont un revenu relativement élevé, leur conjoint ou leurs enfants, peuvent aussi contracter une maladie chronique et être confrontés à d'énormes dépenses. La légitimité d'une assurance ne dépend du reste pas seulement du profit que chacun peut retirer pour soi du système, mais aussi de l'efficacité de la protection offerte en général.

Le ministre ne nie pas que le projet de loi à l'examen requerra un effort supplémentaire de la part des administrations et des organismes assureurs concernés, puisque les personnes concernées par le maximum à facturer seront plus nombreuses que celles concernées par la franchise sociale et fiscale. Toutefois, en pratique, on ne devra engager des procédures que s'il s'agit de personnes ayant des dépenses médicales élevées. En outre, les mutualités demandent explicitement à être associées à l'application du maximum à facturer et une concertation approfondie a eu lieu avec elles.

De taak van de fiscale administratie blijft beperkt tot het ter beschikking stellen van de gegevens inzake de gezinsinkomens aan het RIZIV, waarbij de mutualiteiten instaan voor met de samenstelling van het feitelijke gezin. De minister erkent dat de term «gezin» niet steeds op even coherente wijze wordt gebruikt, maar is van oordeel dat zulks op dit moment onvermijdelijk is.

Op het vlak van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer worden geen moeilijkheden verwacht. Het toezichtcomité van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, waarin ook een vertegenwoordiger zetelt van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, heeft een positief advies gegeven over voorliggend ontwerp. De minister engageert zich om, telkens wanneer het nodig blijkt, het advies in te winnen van deze Commissie teneinde problemen te vermijden.

De minister herhaalt dat voor de zelfstandigen dezelfde regels gelden dan voor andere groepen, maar dat de toepassing van de maximumfactuur beperkt blijft tot de verplichte ziekteverzekering. Anders dan bij de sociale en fiscale franchise, wordt evenwel geen onderscheid meer gemaakt in remgelden die in aanmerking komen voor de maximumfactuur. De terugbetaling van alle honoraria, van bepaalde geneesmiddelen en van bepaalde ziekenhuiskosten zijn hierin ook begrepen. Supplementen komen evenwel niet in aanmerking. Voor zelfstandigen is dit alles een enorme stap voorwaarts.

Op de opmerking, dat de maximumfactuur zou leiden tot een overconsumptie in de ziekteverzekering, antwoordt de minister dat de bedoeling is om in de eerste plaats een sociale bescherming te bieden aan diegenen die worden geconfronteerd met enorme ziekte-uitgaven. Dit neemt niet weg dat dit sociaal instrument op zorgvuldige wijze moet worden toegepast en dat misbruiken moeten worden vermeden. Bovendien is het niet zo dat alles gratis wordt: tal van kosten zoals supplementen voor medische producten zijn immers nog niet opgenomen in de maximumfactuur.

De minister verklaart dat de zogenaamde «snelle» toepassing van de maximumfactuur voor de lagere inkomenscategorieën gebaseerd is op het bestaande systeem van sociale franchise. Het verschil is dat de maximumfactuur geen onderscheid meer maakt tussen het soort van inkomen en bijvoorbeeld ook wordt toegepast op iemand die besluit om deeltijds te gaan werken. De maximumfactuur werkt bovendien met een grotere differentiatie van de inkomens, zodat men niet noodzakelijk meteen alle rechten verliest wanneer een grens wordt overschreden. Hij herhaalt dat het op termijn de bedoeling is dat de «snelle» toepassing wordt uitgebreid naar de hogere inkomens.

La tâche de l'administration fiscale se limitera toujours à mettre les données concernant les revenus du ménage à la disposition de l'INAMI, les mutualités répondant de la composition du ménage de fait. Le ministre reconnaît qu'on n'utilise pas toujours le terme «ménage» de manière très cohérente, mais il estime que pour l'instant, c'est inévitable.

Dans le domaine de la protection de la vie privée, on ne prévoit pas de difficulté. Le comité de surveillance de la Banque-carrefour de la Sécurité sociale, dans lequel siège également un représentant de la Commission de la protection de la vie privée, a rendu un avis positif sur le projet de loi à l'examen. Le ministre s'engage, chaque fois que cela s'avérera nécessaire, à recueillir l'avis de la commission pour éviter les problèmes.

Le ministre répète que les indépendants sont soumis aux mêmes règles que les autres groupes, mais que l'application du maximum à facturer reste limitée à l'assurance maladie obligatoire. Toutefois, on ne fait plus de distinction entre les tickets modérateurs à prendre en compte pour le maximum à facturer, contrairement à ce qui se passe dans le cadre de la franchise sociale et fiscale. Le remboursement de tous les honoraires, de certains médicaments et de certains frais hospitaliers est également inclus dans le maximum à facturer. Les suppléments ne sont toutefois pas pris en compte. Pour les indépendants, tout cela représente un énorme pas en avant.

En réponse à l'observation selon laquelle le maximum à facturer conduirait à une surconsommation dans l'assurance maladie, le ministre déclare que le but est avant tout d'offrir une protection sociale à ceux qui sont confrontés à des dépenses de maladie considérables. Il n'en demeure pas moins que cet instrument social doit être utilisé de manière scrupuleuse et qu'il faut éviter les abus. De plus, tout ne devient pas gratuit: de nombreux frais, comme les suppléments pour des produits médicaux, ne sont pas encore inclus dans le maximum à facturer.

Le ministre déclare que l'application «rapide» du maximum à facturer aux catégories de revenus inférieures est basée sur le système existant de franchise sociale. La différence est que le maximum à facturer ne fait plus de distinction entre le type de revenus et s'applique aussi, par exemple, à la personne qui décide de travailler à temps partiel. Le maximum à facturer opère en outre une plus grande différenciation entre les revenus, de sorte que l'on ne perd pas immédiatement tous ses droits dès que l'on dépasse un seuil. Il réitère que le but à terme est d'étendre l'application «rapide» aux revenus plus élevés.

De toepassing van de maximumfactuur op kinderen moet individueel worden bekeken, dat wil zeggen voor elk kind afzonderlijk. Ook wanneer het plafond voor het betrokken gezin nog niet wordt overschreden, wordt deze aanvullende bescherming van kinderen toegepast. Deze regel geldt onverkort voor de kinderen van zelfstandigen, uiteraard voor zover het gaat om uitgaven in het kader van de verplichte ziekteverzekering. Uitgaven in verband met de aanvullende verzekering voor kleine risico's zijn hiervan uitgesloten wat betreft de terugbetaling, maar worden wel in aanmerking genomen om te bepalen of het plafond werd overschreden. De minister ontkent niet dat een volledige gelijkschakeling tussen kinderen van zelfstandigen en andere kinderen meer dan wenselijk is, maar meent dat deze aan bod moet komen in de globale herziening van het sociaal statuut van de zelfstandigen.

Wat de kloostergemeenschappen betreft antwoordt de minister dat deze, anders dan voor de inkomensgarantie voor ouderen, niet als een gezin worden beschouwd. Voor de definitie van een «feitelijk gezin» wordt in principe een beroep gedaan op het Rijksregister, maar in de uitvoeringsbesluiten van voorliggend ontwerp zullen uitzonderingen worden opgenomen zodat rusthuizen of kloostergemeenschappen geen «feitelijk gezin» vormen. Deze mogelijkheid wordt reeds voorzien in het voorgestelde artikel 37*decies*.

De minister wijst erop dat, eveneens overeenkomstig het voorgestelde artikel 37*decies*, § 2, wanneer een gezin een zorgafhankelijke persoon thuis opneemt met het oog op diens verzorging, deze persoon voor de toepassing van de maximumfactuur in principe wordt beschouwd als deel uitmakend van het gezin en dat diens inkomen wordt opgeteld bij het totale inkomen van dit feitelijk gezin. De betrokken persoon kan er echter ook uitdrukkelijk voor kiezen om géén deel uit te maken van dit gezin. Samen met de andere personen die eventueel te zijnen laste vallen, wordt de betrokkene beschouwd als een «subgezin», zodat diens inkomen apart wordt in aanmerking genomen. De zorgafhankelijke persoon kan dus de voor hem meest voordelige oplossing kiezen, overeenkomstig de voorwaarden die in de uitvoeringsbesluiten zullen worden bepaald.

De minister verklaart dat de budgettaire kost voor de invoering van de maximumfactuur werd berekend aan de hand van zeer nauwkeurige simulaties. In totaal gaat het om slechts 1 % van de totale kostprijs van de ziekteverzekering, waarin de reeds bestaande sociale franchise is inbegrepen. Deze 1 % van de kost maakt het stelsel van de ziekteverzekering 50 % rechtvaardiger.

De minister is van oordeel dat men de inning van het remgeld in een sector slechts kan verplichten voor zover er ook bindende maximumtarieven worden vastgesteld. Zolang er zorgverstrekkers zijn die voor

L'application du maximum à facturer aux enfants doit se faire individuellement, c'est-à-dire pour chaque enfant séparément. Même si le plafond fixé pour le ménage en question n'est pas encore dépassé, cette protection complémentaire des enfants jouera. Cette règle s'applique pleinement aux enfants des travailleurs indépendants, dans la mesure, il va sans dire, où il s'agit de dépenses exposées dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Les dépenses relatives à l'assurance complémentaire contre les petits risques sont exclues en ce qui concerne le remboursement, mais sont prises en compte pour déterminer si le plafond a été dépassé. Le ministre ne nie pas qu'il est plus que souhaitable de tendre vers une assimilation complète des enfants des travailleurs indépendants avec les autres enfants, mais il pense que cette assimilation devra être abordée dans le cadre de la refonte globale du statut social des travailleurs indépendants.

En ce qui concerne les communautés religieuses, le ministre répond qu'elles ne sont pas considérées comme un ménage, contrairement à ce qui prévaut dans le cadre de la garantie de revenus aux personnes âgées. Pour définir ce qu'il faut entendre par «ménage de fait», on se base en principe sur le registre national, mais les arrêtés d'exécution du présent projet contiendront des exceptions précisant que les maisons de repos ou les communautés religieuses ne constituent pas un «ménage de fait». Cette possibilité est déjà prévue à l'article 37*decies* proposé.

Le ministre souligne que, toujours en vertu de l'article 37*decies*, § 2, lorsqu'un ménage accueille sous son toit une personne nécessitant des soins en vue de les lui prodiguer, cette personne est en principe considérée comme faisant partie du ménage aux fins de l'application du maximum à facturer et le revenu dont elle bénéficie est additionné au total des revenus de ce ménage de fait. La personne en question peut toutefois choisir expressément de ne pas faire partie de ce ménage. Elle est alors considérée comme un «sous-ménage», au même titre que les éventuelles autres personnes à charge, si bien que le revenu qu'elle perçoit est pris en compte séparément. La personne nécessitant des soins peut donc choisir la solution qui lui est la plus favorable, conformément aux conditions qui seront définies dans les arrêtés d'exécution.

Le ministre ajoute que l'impact budgétaire de l'instauration du maximum à facturer a été calculé sur la base de simulations très précises. Cela ne représente globalement que 1 % du coût total de l'assurance-maladie, qui englobe déjà la franchise sociale existante. Ce pour cent du coût rend le régime de l'assurance maladie 50 % plus équitable.

Le ministre estime que l'on ne peut rendre obligatoire la perception du ticket modérateur dans un secteur que si l'on fixe également des tarifs maxima obligatoires. Cela ne pourra pas se faire tant qu'il y

zich het recht opeisen om supplementen te vragen, is dit onmogelijk. Dit is met name ook maar niet alleen het geval in de kinesitherapie. De apothekers daarentegen werken wél met maximumtarieven, zodat de inning van het remgeld verplicht werd bij koninklijk besluit.

Vanzelfsprekend zal voorliggende wetgeving onderworpen worden aan een evaluatie, zodat mogelijke oneigenlijke toepassingen kunnen worden weggerukt en de wet kan worden verfijnd. De minister herhaalt tenslotte dat voorliggend ontwerp slechts een eerste stap is, die hoe dan ook dient te worden aangevuld voor de toekomst.

III. BESPREKING VAN DE AMENDEMENTEN

Artikel 2

Amendement nr. 1

De heer Barbeaux dient een amendement in (stuk Senaat, nr. 2-1117/2, amendement nr. 1), dat ertoe strekt het voorgestelde artikel 37septies beter leesbaar te maken. Zoals het thans is geredigeerd is het niet geheel duidelijk welke geneeskundige verstrekkingen in aanmerking komen voor de toepassing van de maximumfactuur.

Hij vraagt dat de minister aan het verslag de lijst toevoegt van de verstrekkingen die in aanmerking komen voor de maximumfactuur.

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen meent dat dit amendement eerder de vorm dan de inhoud betreft en stelt voor de wijziging door te voeren bij wijze van tekstcorrectie. Voor een opsomming van de precieze verstrekkingen die in aanmerking komen voor de maximumfactuur, verwijst hij naar de lijst die als bijlage bij dit verslag wordt opgenomen.

De heer Barbeaux gaat hiermee akkoord en trekt het amendement nr. 1 in.

Amendement nr. 2

De heer Barbeaux dient een amendement in (stuk Senaat, nr. 2-1117/2, amendement nr. 2), dat ertoe strekt om in het voorgestelde artikel 37novies, 2^o, het woord «daadwerkelijk» te doen vervallen. Het spreekt immers voor zich dat het koninklijk besluit van 6 juli 1987 daadwerkelijk moet worden toegepast om als rechthebbende te worden beschouwd.

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen repleert dat het woord «daadwerkelijk» noodzakelijk is om aan te geven dat de betrokkene niet enkel in aanmerking moet komen voor de aftrek in het kader van

aura des prestataires de soins qui peuvent se permettre de réclamer des suppléments. Tel est notamment le cas aussi, mais pas exclusivement, dans le secteur de la kinésithérapie. En revanche, les pharmaciens travaillent avec des tarifs maxima, en sorte que la perception du ticket modérateur a été rendue obligatoire par arrêté royal.

Il va de soi que la législation à l'examen sera soumise à une évaluation afin de pouvoir rattraper les éventuels dérapages et affiner la loi. Le ministre répète enfin que le présent projet n'est qu'une première étape qui devra, en tout état de cause, être complétée par d'autres mesures dans l'avenir.

III. DISCUSSION DES AMENDEMENTS

Article 2

Amendement n° 1

M. Barbeaux dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-1117/2, amendement n° 1) visant à rendre l'article 37septies plus lisible. Dans sa rédaction actuelle, il ne dit pas clairement quelles prestations médicales entrent en ligne de compte pour l'application du maximum à facturer.

Il demande que le ministre ajoute au rapport la liste des prestations qui entrent en considération pour le maximum à facturer.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions est d'avis que cet amendement concerne la forme plutôt que le contenu et propose de procéder à la modification en question au moyen d'une correction de texte. Pour une énumération des prestations précises qui entrent en ligne de compte pour le maximum à facturer, il renvoie à la liste qui figure en annexe au présent rapport.

M. Barbeaux se déclare d'accord et retire son amendement n° 1.

Amendement n° 2

M. Barbeaux dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-1117/2, amendement n° 2) visant à supprimer, à l'article 37novies, 2^o, proposé, le mot «effectivement». Il va en effet de soi qu'il faut que l'arrêté royal du 6 juillet 1987 soit appliqué effectivement pour que l'on puisse être considéré comme un bénéficiaire.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions répond que le mot «effectivement» est nécessaire pour indiquer que l'intéressé doit non seulement entrer en ligne de compte pour l'abattement dans le

de inkomensvervangende en de integratietegemoetkoming, maar dat hij daadwerkelijk van deze aftrek moet genoten hebben.

Amendement nr. 2 wordt ingetrokken.

Amendement nr. 3

De heer Barbeaux dient een amendement in (stuk Senaat, nr. 2-1117/2, amendement nr. 3), dat ertoe strekt om de eerste zin van het tweede lid van § 1 van het voorgestelde artikel 37*duodecies* aan te vullen in die zin dat, bij de bepaling in een koninklijk besluit van de «andere bewijsmiddelen» aan de hand van dewelke het inkomen wordt vastgesteld, moet rekening worden gehouden met de vertrouwelijkheid van de persoonsgegevens en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Hij wenst dat het advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer op het ontwerp van besluit wordt gevraagd.

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen herhaalt zijn uitdrukkelijk engagement om met zorg te waken over de bescherming van de privacy en, indien er daarover enige twijfel zou rijzen, het advies te vragen van de commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Gelet op deze verklaring, trekt de indiener amendement nr. 3 in.

IV. EINDSTEMMING

De commissie stemt met 8 stemmen bij 2 onthoudingen in met het wetsontwerp in zijn geheel zoals het door de Kamer van volksvertegenwoordigers werd overgezonden.

In overeenstemming met de Kamer van volksvertegenwoordigers worden door de commissie verscheidene tekstverbeteringen aangebracht.

Dit verslag is goedgekeurd met eenparigheid van de 8 aanwezige leden.

De rapporteur,

Jan REMANS.

De voorzitter,

Jacques D'HOOGHE.

cadre de l'allocation de remplacement de revenus et de l'allocation d'intégration, mais aussi avoir bénéficié effectivement de cet abattement.

L'amendement n° 2 est retiré.

Amendement n° 3

M. Barbeaux dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-1117/2, amendement n° 3) visant à compléter la première phrase de l'article 37*duodecies*, § 1^{er}, alinéa 2, proposé, afin de prévoir qu'il faut tenir compte, pour ce qui est des «autres moyens de preuve» sur la base desquels est établi le montant des revenus et qui sont définis dans un arrêté royal, du principe de la confidentialité des données personnelles et de celui de la protection de la vie privée.

Il souhaite que l'avis de la Commission de la protection de la vie privée soit demandé sur le projet d'arrêté.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions répète qu'il s'engage formellement à veiller soigneusement à la protection de la vie privée et, s'il devait y avoir le moindre doute en la matière, à demander l'avis de la Commission de la protection de la vie privée.

Compte tenu de cette déclaration, l'auteur retire l'amendement n° 3.

IV. VOTE FINAL

La commission a approuvé l'ensemble du projet de loi transmis par la Chambre des représentants par 8 voix et 2 abstentions.

En accord avec la Chambre des représentants, la commission apporte plusieurs corrections de texte.

Le présent rapport a été approuvé à l'unanimité par les 8 membres présents.

Le rapporteur,

Jan REMANS.

Le président,

Jacques D'HOOGHE.

TEKSTVERBETERINGEN

Artikel 2

[...]

Art. 37septies. — Niettegenstaande het bedrag van de tegemoetkoming van de verzekering in de kostprijs van de in artikel 34 bedoelde verstrekkingen voor een bepaald kalenderjaar wordt aangepast onder de voorwaarden bepaald in de artikelen 37octies, 37undecies of 37quindecies, blijft de verzekeringstegemoetkoming ongewijzigd:

— voor de in artikel 34, eerste lid, 5^o, bedoelde verstrekkingen, uitgezonderd de farmaceutische specialiteiten van de categorieën A en B en de aangenomen farmaceutische specialiteiten die bestemd zijn voor rechthebbenden die in een algemeen of een psychiatrisch ziekenhuis zijn opgenomen;

— voor de huisvestingskosten die verband houden met de in artikel 34, eerste lid, 11^o en 18^o, bedoelde verstrekkingen;

— voor de persoonlijke aandelen betreffende de in artikel 34, eerste lid, 6^o, bedoelde opnemingen, vanaf de 91e dag opneming in een algemeen ziekenhuis en vanaf de 366e dag in een psychiatrisch ziekenhuis; de totalisering van het aantal verpleegdagen geschiedt in ononderbroken perioden van opneming zoals bedoeld in artikel 2, §§ 2 en 3, van hogervermeld koninklijk besluit van 5 maart 1997.

De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, wijzigingen aanbrengen in dit artikel.

[...]

Artikel 5

[...]

§ 3. Artikel 43 van de programmawet van 24 december 1993, gewijzigd bij de wetten van 21 december 1994, 29 april 1996, 24 december 1999, 12 augustus 2000, 2 januari 2001 en 30 december 2001 en bij de koninklijke besluiten van 20 juli 2000 en 11 december 2001, wordt opgeheven.

Dit artikel blijft evenwel van toepassing op de sociale vrijstellingen van het persoonlijk aandeel die zijn toegekend tot en met het jaar 2001.

[...]

CORRECTIONS DE TEXTE

Article 2

[...]

Art. 37septies. — Bien que le montant de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations visées à l'article 34 pour une année civile donnée soit adapté dans les conditions fixées aux articles 37octies, 37undecies ou 37quindecies, l'intervention de l'assurance reste inchangée:

— pour les prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5^o, à l'exception des spécialités pharmaceutiques des catégories A et B et des spécialités pharmaceutiques admises destinées à des bénéficiaires hospitalisés en hôpital général ou en hôpital psychiatrique;

— pour les frais d'hébergement liés aux prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11^o et 18^o;

— pour les interventions personnelles relatives aux admissions visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 6^o, à partir du 91^e jour d'hospitalisation dans un hôpital général et à partir du 366^e jour d'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique; la totalisation du nombre de journées d'hospitalisation s'effectue par période d'hospitalisation ininterrompue au sens de l'article 2, §§ 2 et 3, de l'arrêté royal précité du 5 mars 1997.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, apporter des modifications au présent article.

[...]

BIJLAGE**Geneeskundige verstrekkingen die voor de maximumfactuur in aanmerking komen**

De geneeskundige verstrekkingen behelzen zowel de preventieve als de curatieve verzorging. Zij bestaan uit:

1° gewone geneeskundige hulp, die volgende aspecten omvat:

a) bezoeken en raadplegingen van algemeen geneeskundigen en van geneesheren-specialisten;

Reglementair persoonlijk aandeel (artikel 37bis van de wet voor de gewone verzekerden; koninklijk besluit van 23 maart 1982 voor de WIGW) wordt in aanmerking genomen voor de MAF

b) hulp die wordt verstrekt door verpleegkundigen, door samenwerkingsverbanden, door groepspraktijken en door diensten voor thuisverpleging.

Onverminderd de toepassing van de in artikel 35*duodecies* van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies bedoelde regels, moet onder «diensten voor thuisverpleging» het volgende worden verstaan: de verpleegkundige organisaties die uitsluitend een beroep doen op loontrekkend of statutair personeel;

persoonlijk aandeel +/- 25 % voor de gewone verzekerden

+/- 25 % op de reiskosten voor de WIGW wordt in aanmerking genomen voor de MAF

c) de door kinesitherapeuten verstrekte hulp;

persoonlijk aandeel van 40 % of 20 % voor de gewone verzekerden

persoonlijk aandeel van 20 % of 10 % voor de WIGW wordt in aanmerking genomen voor de MAF

d) technische verstrekkingen voor diagnoses en behandelingen die niet door een gekwalificeerd geneesheer-specialist hoeven te worden uitgevoerd;

voor de diagnoses:

persoonlijk aandeel van 15 %, begrensd tot 8,68 EUR (350 frank) voor de niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden (artikel 37bis, § 1, e);

12,40 EUR (500 frank) per opname voor de rechthebbenden die in een ziekenhuis zijn opgenomen;

wordt in aanmerking genomen voor de MAF;

geen persoonlijk aandeel voor de WIGW

e) tandheelkundige hulp, indien preventief of curatief, met inbegrip van tandprothesen;

persoonlijk aandeel van 25 % voor de gewone verzekerden;

persoonlijk aandeel van 10 %, 5 % of kosteloos voor de WIGW;

wordt in aanmerking genomen voor de MAF

2° verlossingen;

geen persoonlijk aandeel

3° verstrekkingen die een bijzondere en overeenkomstig artikel 215, §§ 4 en 5, erkende kwalificatie vereisen (geneesheer-specialist, apotheker of licentiaat in de wetenschappen);

persoonlijk aandeel

wordt in aanmerking genomen voor de MAF

ANNEXE**Prestations de santé prises en compte dans le cadre du MAF**

Les prestations de santé portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs. Elles comprennent:

1° les soins courants comportant:

a) les visites et les consultations des médecins de médecine générale et des médecins-spécialistes;

Intervention personnelle réglementaire (article 37bis de la loi pour les assurés ordinaires, arrêté royal du 23 mars 1982 pour les VIPO) pris en compte pour le MAF

b) les soins donnés par des praticiens de l'art infirmier, par des associations, par des cabinets de groupe et par des services de soins infirmiers à domicile.

Sans préjudice de l'application des règles prévues à l'article 35*duodecies* de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et des commissions médicales, on entend par services de soins infirmiers à domicile, les organisations de pratique de l'art infirmier qui font exclusivement appel à du personnel salarié ou statutaire;

intervention personnelle +/- 25 % pour les assurés ordinaires;

+/- 25 % sur frais de déplacement pour les vipo pris en compte pour le MAF

c) les soins donnés par des kinésithérapeutes;

intervention personnelle de 40 % ou 20 % pour les assurés ordinaires.

intervention personnelle de 20 % ou 10 % pour les VIPO pris en compte pour le MAF

d) les prestations techniques de diagnostic et de traitement qui ne requièrent pas la qualification de médecin-spécialiste;

pour les prestations de diagnostic:

intervention personnelle de 15 % plafonnée à 8,68 EUR (350 francs) pour les bénéficiaires non-hospitalisés; article 37bis, § 1^{er}, e);

12,40 EUR 500 francs par admission pour les hospitalisés;

pris en compte pour le MAF;

pas d'intervention personnelle pour les VIPO

e) les soins dentaires, tant conservateurs que réparateurs y compris les prothèses dentaires;

intervention personnelle de 25 % pour les assurés ordinaires;

intervention personnelle de 10 %, 5 % ou gratuit pour les VIPO;

pris en compte pour le MAF

2° les accouchements;

pas d'intervention personnelle

3° les prestations requérant une qualification particulière, reconnue conformément à l'article 215, §§ 4 et 5, de médecin-spécialiste, de pharmacien ou de licencié en sciences;

intervention personnelle;

pris en compte pour le MAF;

4° verstrekking van brillen en andere oogprothesen, hoortoestellen, implantaten, orthopedische toestellen en andere prothesen;

geen persoonlijk aandeel
behalve

persoonlijk aandeel op de hoortoestellen en op de orthopedische zolen die zijn opgenomen in artikel 29 van de NGV;

wordt in aanmerking genomen voor de MAF

veiligheidsmarge voor de verstrekkingen als bedoeld in de artikelen 35 en 35bis

wordt niet in aanmerking genomen voor de MAF

5° het verstrekken van geneesmiddelen, te weten:

a) de magistrale bereidingen;
persoonlijk aandeel

b) de farmaceutische specialiteiten waarvan het voornaamste werkzaam bestanddeel in België beschermd is door een octrooi of een certificaat ter aanvulling van de bescherming van het octrooi;

persoonlijk aandeel;

c) de farmaceutische specialiteiten waarvan het voornaamste werkzaam bestanddeel niet of niet langer in België beschermd is door een octrooi of een certificaat ter aanvulling van de bescherming van het octrooi. Terzake geldt een onderscheid tussen twee groepen:

1) de merkspecialiteiten buiten octrooi;
persoonlijk aandeel;

2) geneesmiddelen die zijn geregistreerd volgens artikel 2, 8°, a), tweede en derde gedachtestreepje, van het koninklijk besluit van 3 juli 1969 betreffende de registratie van geneesmiddelen;

persoonlijk aandeel

alleen de geneesmiddelen van de categorien a) en b) van het koninklijk besluit van 21 december 2001 worden in aanmerking genomen voor de MAF.

6° opname ter observatie en behandeling in een ziekenhuis of in een ziekenhuisdienst die afhangt van een associatie van ziekenhuizen als bedoeld in artikel 69, 3°, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987;

persoonlijk aandeel;

wordt in aanmerking genomen voor de maf binnen de perken die in de wet zijn vastgesteld

1 100 frank voor de dag van de opname: wordt in aanmerking genomen voor de MAF.

7° de wegens revalidatie vereiste hulp;
persoonlijk aandeel;
wordt in aanmerking genomen voor de MAF

7°bis door logopedisten verstrekte hulp;
persoonlijk aandeel;
wordt in aanmerking genomen voor de MAF

8° de wegens herscholing vereiste verstrekkingen;
geen persoonlijk aandeel;

9° de plaatsing:
a) in de medisch-pediatische centra voor chronisch zieke kinderen;

4° la fourniture de lunettes et autres prothèses de l'œil, d'appareils auditifs, d'implants, d'appareils orthopédiques et autres prothèses;

pas d'intervention personnelle
sauf

intervention personnelle sur les appareils auditifs et sur les semelles orthopédiques reprises à l'article 29 de la NPS;

pris en compte pour le MAF

marge de sécurité pour les prestations de l'article 35 et 35bis

pas pris en compte pour le MAF

5° la fourniture de médicaments, comportant:

a) les préparations magistrales;
intervention personnelle

b) les spécialités pharmaceutiques dont le principal principe actif est protégé en Belgique par un brevet ou un certificat complémentaire de protection du brevet;

intervention personnelle;

c) les spécialités pharmaceutiques dont le principal principe actif n'est pas ou n'est plus protégé en Belgique par un brevet ou un certificat complémentaire de protection du brevet. En l'espèce, on fait une distinction entre deux groupes:

1) les spécialités de marque hors brevet;
intervention personnelle;

2) les médicaments enregistrés conformément à l'article 2, 8°, a), deuxième et troisième tirets, de l'arrêté royal du 3 juillet 1969 relatif à l'enregistrement des médicaments;

intervention personnelle

sont seulement pris en compte pour le MAF les médicaments de la catégorie a) et b) de l'arrêté royal du 21 décembre 2001

6° l'hospitalisation ou admission dans un service hospitalier qui dépend d'une association d'hôpitaux, visée à l'article 69, 3°, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 pour mise en observation et traitement;

intervention personnelle;

pris en compte pour le MAF dans les limites prévues dans la loi

1 100 francs pour la journée d'admission: pris en compte pour le MAF.

7° les soins nécessités par la rééducation fonctionnelle;
intervention personnelle;
pris en compte pour le MAF

7°bis les soins donnés par des logopèdes;
intervention personnelle;
pris en compte pour le MAF

8° les prestations nécessités par la rééducation professionnelle;
pas d'intervention personnelle;

9° le placement:
a) dans les centres médico-pédiatriques pour enfants atteints de maladie chronique;

persoonlijk aandeel;

wordt in aanmerking genomen voor de MAF

b) opgeheven bij de wet van 24 december 1999 — *Belgisch Staatsblad* van 31 december 1999 — ed. 3

10° de reiskosten van de zieken die in een sanatorium voor longtuberculose dienen te worden opgenomen of die in anti-kankercentra of in centra voor nierdialyse ambulant worden behandeld, alsmede de reiskosten die verband houden met de revalidatie- en herscholingsverstrekkingen en met de plaatsing in de medisch-pediatische centra voor chronisch zieke kinderen, als bedoeld in respectievelijk de punten 7°, 8° en 9°, a).

De Koning kan de verstrekkingen uitbreiden tot de reiskosten van de zieken die voor andere, door Hem te bepalen ziekten worden behandeld;

geen persoonlijk aandeel

11° de verstrekkingen die worden verleend door rust- en verzorgingstehuizen en door de centra voor dagverzorging die door de bevoegde overheid zijn erkend, alsook de verstrekkingen die worden verleend door diensten of inrichtingen die zijn erkend met toepassing van artikel 5 van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging;

geen persoonlijk aandeel

— voor psychiatrische verzorgingstehuizen

persoonlijk aandeel

wordt in aanmerking genomen voor de MAF

12° de verstrekkingen die worden verleend door rustoorden voor bejaarden die door de bevoegde overheid erkend zijn, en de verstrekkingen die worden verleend door de instellingen die, zonder als rustoord te zijn erkend, de gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van de bejaarden uitmaken en die beantwoorden aan de door de Koning bepaalde voorwaarden;

geen persoonlijk aandeel

13° de verstrekkingen die worden verleend door geïntegreerde diensten voor thuisverzorging; die geïntegreerde diensten voor thuisverzorging dienen te beantwoorden aan de door de Koning vast te stellen voorwaarden, ter uitvoering van artikel 5, § 1, eerste lid, van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging;

nog niet van toepassing

14° de materialen en de verzorgingsproducten voor de thuisverzorging van rechthebbenden die lijden aan een zware aandoening of van rechthebbenden voor wie palliatieve thuisverzorging noodzakelijk is;

persoonlijk aandeel

wordt in aanmerking genomen voor de MAF

15° het verstrekken van bloed en van bloedderivaten;

geen persoonlijk aandeel

16° opgeheven bij de wet van 24 december 1999 — *Belgisch Staatsblad* van 31 december 1999 — ed. 3;

17° het afleveren van organen en weefsels van menselijke oorsprong onder de voorwaarden die zijn vastgesteld door en krachtens de wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen;

geen persoonlijk aandeel

18° de onderbrenging in een beschuttende woonplaats en in doorgangstehuizen;

geen persoonlijk aandeel

intervention personnelle;

pris en compte pour le MAF

b) est abrogé par: loi 24 décembre 1999 — *Moniteur belge* du 31 décembre — éd. 3

10° les frais de voyage des malades qui doivent être hospitalisés en sanatorium pour tuberculeux pulmonaires ou qui sont traités ambulatoirement dans des centres anti-cancéreux ou dans des centres de dialyse rénale, ainsi que les frais de déplacement liés aux prestations de rééducation fonctionnelle et professionnelle et au placement dans les centres médico-pédiatriques pour enfants atteints de maladie chronique visés respectivement aux 7°, 8° et 9°, a).

Le Roi peut étendre les prestations aux frais de voyage des malades qui sont traités pour d'autres maladies à déterminer par Lui;

pas d'intervention personnelle

11° les prestations qui sont fournies par des maisons de repos et de soins, et des centres de soins de jour, agréés par l'autorité compétente, ainsi que les prestations qui sont fournies par des services ou des institutions agréés en application de l'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins;

pas d'intervention personnelle

— des maisons de soins psychiatriques

intervention personnelle

pris en compte pour le MAF

12° les prestations qui sont fournies par des maisons de repos pour personnes âgées, agréées par l'autorité compétente et les prestations qui sont dispensées par des institutions qui, sans être agréées comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune des personnes âgées, et qui répondent aux conditions fixées par le Roi;

pas d'intervention personnelle

13° les prestations qui sont effectuées par des services intégrés de soins à domicile; les services intégrés de soins à domicile précités doivent répondre aux conditions à fixer par le Roi, en exécution de l'article 5, § 1^{er}, alinéa premier, de la loi du 27 juin 1978 modifiant la loi sur les hôpitaux et relatif à certaines autres formes de soins.

pas encore d'application

14° les matières et produits de soins pour les soins à domicile des bénéficiaires souffrant d'une affection grave ou de bénéficiaires nécessitant des soins palliatifs à domicile;

intervention personnelle

pris en compte pour le MAF

15° la fourniture de sang et de dérivés sanguins;

pas d'intervention personnelle

16° est abrogé par la loi 24 décembre 1999 — *Moniteur belge* du 31 décembre 1999 — éd. 3;

17° la délivrance d'organes et de tissus d'origine humaine dans les conditions fixées par et en vertu de la loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes;

pas d'intervention personnelle

18° le placement en habitation protégée et en home de séjour provisoire;

pas d'intervention personnelle

19° de verstrekking van moedermelk, dieetvoeding voor bijzonder medisch gebruik en parenterale voeding;

persoonlijk aandeel

wordt in aanmerking genomen voor de MAF

20° het verstrekken van medische hulpmiddelen, met uitzondering van de in het 4° bedoelde hulpmiddelen;

persoonlijk aandeel

wordt in aanmerking genomen voor de MAF

21° de palliatieve verzorging die wordt verleend door een multidisciplinair begeleidingsteam;

persoonlijk aandeel

wordt in aanmerking genomen voor de MAF

22° het vervoer van een in het buitenland afgenomen orgaan;

geen persoonlijk aandeel

23° de kosten voor de typering van potentiële beenmergdonoren in het buitenland en de kosten voor het vervoer en voor de verzekering van de beenmergdonor uit een ander land.

geen persoonlijk aandeel

De verzekering voor geneeskundige verzorging geldt in beginsel niet voor verstrekkingen met een esthetisch doel en evenmin voor verstrekkingen die in het kader van wetenschappelijk onderzoek of van klinische proefnemingen worden verricht, tenzij onder de voorwaarden die de Koning, na advies van het Verzekeringscomité, vaststelt.

De in het eerste lid, 5°, bedoelde verstrekkingen komen niet ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging indien ze verleend worden aan de rechthebbenden als bedoeld in een besluit ter uitvoering van artikel 33, eerste lid, 1° en 2°, tijdens een verblijf in het ziekenhuis dat aanleiding geeft tot de betaling van één van de bedragen als bedoeld in artikel 4, §§ 3 tot 7, van de nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen, of tijdens om het even welk verblijf dat geen aanleiding geeft tot de betaling van een verpleegdagprijs. Deze bepaling kan worden opgeheven door een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

19° la fourniture de lait maternel, d'aliments diététiques à des fins médicales spéciales et d'alimentation parentérale;

intervention personnelle

pris en compte pour le MAF

20° la fourniture de dispositifs médicaux, à l'exception de ceux visés au 4°;

intervention personnelle

pris en compte pour le MAF

21° les soins palliatifs dispensés par une équipe d'accompagnement multidisciplinaire;

intervention personnelle

pris en compte pour le MAF

22° le transport d'un organe prélevé à l'étranger;

pas d'intervention personnelle

23° les frais de typage de donneurs potentiels de moelle osseuse à l'étranger et les frais de transport et d'assurance du donneur de moelle osseuse d'un autre pays.

pas d'intervention personnelle

L'assurance soins de santé n'intervient pas en principe dans les prestations accomplies dans un but esthétique et dans les prestations accomplies dans le cadre de la recherche scientifique ou d'essais cliniques, sauf dans les conditions fixées par le Roi, après avis du Comité de l'assurance.

Les prestations visées à l'alinéa 1^{er}, 5°, ne sont pas mises à charge de l'assurance obligatoire soins de santé lorsqu'elles sont dispensées aux bénéficiaires visés par un arrêté pris en exécution de l'article 33, alinéa 1^{er}, 1° et 2°, au cours d'un séjour en milieu hospitalier qui donne lieu au paiement d'un des montants visés à l'article 4, §§ 3 à 7, de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, ou au cours de tout séjour ne donnant pas lieu au paiement d'un prix de journée d'entretien. Cette disposition peut être abrogée par arrêté délibéré en Conseil des ministres.