

BELGISCHE SENAAAT**SENAT DE BELGIQUE**

ZITTING 1984-1985

SESSION DE 1984-1985

28 MAART 1985

28 MARS 1985

Voorstel van wet houdende wijziging van artikel 234 van het koninklijk besluit van 4 november 1963 tot uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, alsmede van artikel 2, § 4, van het koninklijk besluit van 12 april 1984 tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 augustus 1980 tot vaststelling van het bedrag van de vermindering van de verzekeringstegemoetkoming in geval van opname in een ziekenhuis of van verblijf in een revalidatiecentrum

(Ingediend door Mevr. Remy-Oger c.s.)

Proposition de loi modifiant l'article 234 de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité ainsi que l'article 2, § 4, de l'arrêté royal du 12 avril 1984 modifiant l'arrêté royal du 20 août 1980 fixant le montant de la réduction de l'intervention de l'assurance en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un centre de rééducation

(Déposée par Mme Remy-Oger et consorts)

TOELICHTING

DEVELOPPEMENTS

A. Artikel 234 van het koninklijk besluit van 4 november 1963

Artikel 234 bepaalt: « de gerechtigde die geen personen ten laste heeft en die, hetzij in een gevangenis is opgesloten of in een gesticht voor sociale bescherming is geïnterneerd, hetzij in een gesloten psychiatrische instelling is opgenomen of in een bedelaarstehuis is geplaatst, heeft recht op een uitkering die gelijk is aan de helft van de uitkering waarop hij aanspraak zou kunnen maken indien hij zich niet in een van de hierboven bedoelde toestanden bevond. »

Allereerst valt het te betreuren dat geesteszieken samen met wetsovertreders van alle slag behandeld worden.

A. L'article 234 de l'arrêté royal du 4 novembre 1963

L'article 234 prévoit que « le titulaire qui n'a pas de personnes à charge et qui est, soit détenu en prison ou interné dans un établissement de défense sociale, soit placé dans un établissement psychiatrique fermé, ou un dépôt de mendicité, a droit à une indemnité égale à la moitié de l'indemnité à laquelle il aurait pu prétendre s'il ne se trouvait pas dans une des situations ci-dessus ».

Tout d'abord, il y a lieu de regretter l'amalgame qui est fait entre malades mentaux et délinquants de tous ordres.

Verder moeten die wetsovertreders vóór hun opsluiting ten laste komen van het Riziv, wat niet altijd het geval is. Er wordt op hen trouwens geen enkele bijkomende vermindering van de verzekeringstegemoetkoming toegepast, daar het Riziv niet bijdraagt in de verpleegdagprijs in de gevangenis, in een gesticht voor sociale bescherming of in een bedelaarstehuis.

Nu België nog slechts 9 484 F-bedden telt, (toestand op 1 januari 1982 — Studiedienst van het ministerie van Volksgezondheid — Bestuursafdeling voor de Verplegingsinrichtingen) moet deze maatregel, die zo goed als uitsluitend de geesteszieken treft die door hun verblijf in een ziekenhuis automatisch ten laste komen van de verzekering, als a-sociaal, willekeurig en voorbijgestreefd worden beschouwd.

Er mocht verwacht worden dat de omvorming van F-bedden tot psychiatrische A- en T-bedden geleid zou hebben tot de afschaffing van het begrip van gesloten instelling en tot de vervanging ervan door de begrippen dienst « intense zorgen » (A) en dienst « hersocialisering » (T).

In zijn brief van 30 oktober 1978 staat het Riziv de A- en T-diensten nochtans toe geplaatste patiënten op te nemen. De uitbetaalde verpleegdagprijs is die welke geldt voor de A- of T-dienst. De verzekeringsinstellingen gingen vrij spoedig de voorkeur geven aan de administratieve toestand van de patiënt als zijnde een van plaatsing eerder dan een van verzorging (A- of T-dienst) en pasten dan ook opnieuw de vermindering van artikel 234 toe, overwegend dat geplaatsten in een A-dienst in feite een F-dienst uitmaken.

In de praktijk werden de hulpverleners aan geesteszieken eens te meer gedwongen het in gebreke blijven van de verzekeringsinstellingen op de O.C.M.W.'s af te wentelen en daardoor een nieuwe toestand van *bijstand* te scheppen.

Los van het menselijke probleem en dat van sociale rechtvaardigheid tegenover werknemers die regelmatig hun bijdragen betaalden aan het R.S.Z. om zich tegen het risico van arbeidsongeschiktheid wegens ziekte te verzekeren en die thans gedwongen worden een beroep op steunverlening te doen, dient onderstreept te worden dat hier ook budgettaire gevolgen aan verbonden zijn.

Immers, als het Riziv 50 pct. op de tegemoetkoming « uitspaart », moet het ministerie van Volksgezondheid voor 50 pct. bijdragen in het minimex dat door het O.C.M.W. wordt voorgesloten, ten einde het tekort aan middelen van de patiënt bij te passen ter betaling van zijn aandeel aan het Riziv.

Nu er tussen de verschillende partijen een brede consensus schijnt tot stand te komen om het lot van de « nieuwe armen » te verbeteren, bestaat hier aanleiding tot ingrijpen, al was het maar om de omstandigheden uit de wereld te helpen die leiden tot deze nieuwe verarming van de geesteszieke die niet langer over de nodige middelen beschikt om een fatsoenlijke woonegelegenheid te onderhouden en de betrekkingen met zijn sociaal en familiaal milieu in stand te houden. Hoe kan men in zulk een geldelijke toestand hun sociale reïntegratie verwachten zonder de tussenkomst van het O.C.M.W., bij gebrek aan het nodige spaargeld?

Ensuite, lesdits délinquants doivent être à charge de l'Inami avant leur incarcération, ce qui est loin d'être toujours le cas. Par ailleurs, aucune réduction de l'intervention de l'assurance ne leur est appliquée en sus puisque l'Inami n'intervient pas dans le prix de journée d'entretien en prison, en établissement de défense sociale ou en dépôt de mendicité.

A l'heure où la Belgique ne connaît plus que 9 484 lits F (situation au 1^{er} janvier 1982 — Service d'Etudes du ministère de la Santé publique — Administration des établissements de soins), cette mesure qui frappe quasi exclusivement des malades mentaux qui sont ipso facto à charge de l'assurance de par leur séjour en milieu hospitalier peut être considérée à la fois comme antisociale, arbitraire et dépassée.

Il était permis de supposer que la transformation des lits indice F en lits psychiatriques A et T allait supprimer cette notion de service fermé pour la remplacer par les notions de services de soins intensifs (A) et de resocialisation (T).

Cependant, par lettre du 30 octobre 1978, l'Inami autorise les services A et T à recevoir des patients colloqués. Le prix de journée d'entretien payé est celui du service A ou T. Très rapidement, les organismes assureurs ont privilégié la situation administrative du patient (collocation) par rapport à la notion de niveau de soins (service A ou T) et ont recommencé à appliquer la réduction de l'article 234 considérant que les colloqués d'un service A constituent en fait un service F.

Sur le terrain, les praticiens de l'aide aux malades mentaux se sont vus contraints une fois de plus de reporter la carence de l'assurance vers l'intervention du C.P.A.S. créant ainsi une nouvelle situation d'*assistance*.

Outre le problème humain et de justice sociale vis-à-vis de travailleurs qui ont cotisé régulièrement à l'O.N.S.S. pour se prémunir contre les risques d'incapacité de travail pour cause de maladie et qui se voient contraints de recourir à l'assistance, même si l'aide sociale est devenue un droit, il importe de souligner le jeu d'écritures budgétaires qui en est la conséquence.

En effet, si l'Inami « économise » 50 p.c. des indemnités, le ministère de la Santé intervient pour 50 p.c. dans le minimex avancé par le C.P.A.S. pour suppléer au manque de ressources du patient pour payer sa quote-part à l'Inami.

Au moment où un large consensus semble s'établir entre les différents partis pour améliorer le sort des « nouveaux pauvres », il y a là matière à intervenir, ne fût-ce que pour supprimer les conditions créant cette nouvelle paupérisation du malade mental qui n'a même plus de quoi conserver un logement décent, des relations avec son milieu social ou familial. Dans de telles conditions pécuniaires, comment envisager une réinsertion sociale sans le passage par le C.P.A.S. faute d'un minimum d'économies suffisantes.

B. Artikel 2, § 4, van het koninklijk besluit van 12 april 1984

Dit koninklijk besluit is tegelijk een wijziging en een aanvulling van het koninklijk besluit van 20 augustus 1980 tot vaststelling van het bedrag van de vermindering van de verzekeringstegemoetkoming in geval van opneming in een ziekenhuis en meer bepaald van langdurige opneming in een ziekenhuis (meer dan 180 dagen in een psychiatrische instelling).

Artikel 2, § 4, heeft betrekking op de gedeeltelijke nachtziekenhuisverpleging en op de gedeeltelijke dagziekenhuisverpleging. Het bepaalt dat de patiënten in deze diensten van elke persoonlijke bijdrage zijn vrijgesteld, *tenzij* ze een bezoldigde activiteit hebben.

Wat de gedeeltelijke nachtziekenhuisverpleging betreft, dient eerst en vooral te worden vastgesteld dat het aantal bedden voor dit type van verpleging beperkt is: 231 A-bedden en 623 T-bedden (bron: Studiedienst van het ministerie van Volksgezondheid — Bestuursafdeling voor de Verplegingsinrichtingen, 1 januari 1982).

Verder blijkt dat er doorgaans nooit meer dan 40 pct. werknemers opgenomen zijn.

Dit doet een probleem van rechtvaardigheid en van budgettaire rendabiliteit rijzen. Deze 40 pct. werknemers betalen bijdragen aan de sociale zekerheid en van de vrucht van hun arbeid wordt de bedrijfsvoorheffing ingehouden.

Degene die het therapeutisch contract van reïntegratie in het beroep niet onderschrijft en de nachtziekenhuisverpleging als een « sluis » tussen de volledige hospitalisatie en de buitenwereld beschouwt, moet daarentegen geen fiscale of sociale-zekerheidsinhouding op zijn loon ondergaan en wordt bovendien vrijgesteld van het betalen van een bijdrage.

Voor het therapeutisch team rijst hier een probleem: moet het de patiënt aansporen te werken en een dubbele inhouding te ondergaan, of moet het zijn financiële argumenten aannemen en afzien van elke sociale reïntegratie?

Zou het niet humaner, en budgettair lonender zijn van de in een ziekenhuis opgenomen werknemers of uitkeringsgerechtigde werkzoekenden niet tweemaal een financiële bijdrage te vorderen en het aan de Koning over te laten vast te stellen welke bijdrage moet betaald worden door de overige patiënten die geen werknemers zijn en wier inkomen boven een later te bepalen minimum ligt?

*
* *

B. L'article 2, § 4, de l'arrêté royal du 12 avril 1984

Cet arrêté royal modifie en le complétant l'arrêté royal du 20 août 1980 qui fixe le montant de la réduction de l'assurance en cas d'hospitalisation et plus particulièrement les hospitalisations de longue durée (au-delà de 180 jours en hôpital psychiatrique).

L'article 2, § 4, vise les cas d'hospitalisation partielle de nuit et d'hospitalisation partielle de jour. Il prévoit que les patients de ces services sont exonérés de la participation personnelle *sauf* en cas d'activité rémunérée.

En ce qui concerne l'hospitalisation partielle de nuit, notons tout d'abord que le nombre de lits affectés à ce type d'hospitalisation est réduit: 231 lits A et 623 lits T (source: Service d'études du ministère de la Santé publique — Administration des établissements de soins 1^{er} janvier 1982).

Or on constate qu'il n'y a généralement jamais plus de 40 p.c. d'hospitalisés travailleurs.

C'est ici que se pose un problème à la fois d'équité et de rentabilité budgétaire. Ces 40 p.c. de travailleurs cotisent à la sécurité sociale et se voient appliquer un précompte professionnel sur le fruit de leur travail.

Par contre, celui qui ne souscrit pas au contrat thérapeutique de réinsertion professionnelle et considère l'hospitalisation de nuit comme un « sas » entre l'hospitalisation complète et le monde extérieur ne se voit appliquer aucune retenue O.N.S.S. ou fiscale mais est exempté de la quote-part.

Ceci constitue un problème pour l'équipe thérapeutique qui se trouve dans une situation de contradiction: encourager le patient au travail et à la double retenue ou admettre ses arguments financiers et renoncer à tout projet de réinsertion professionnelle.

Dès lors, ne serait-il pas plus humain et budgétairement rentable de ne pas exiger deux fois l'intervention financière des hospitalisés travailleurs ou demandeurs d'emplois indemnisés, la taxation des autres patients non travailleurs au-dessus d'un minimum à fixer restant à l'appréciation du Roi?

M. REMY-OGER.

*
* *

VOORSTEL VAN WET

ARTIKEL 1

In artikel 234 van het koninklijk besluit van 4 november 1963 tot uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering vervallen de woorden « hetzij in een gesloten psychiatrische instelling is opgenomen ».

ART. 2

De eerste volzin van § 4 van artikel 2 van het koninklijk besluit van 12 april 1984 tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 augustus 1980 tot vaststelling van het bedrag van de vermindering van de verzekeringstegemoetkoming in geval van opnemings in een ziekenhuis of van verblijf in een revalidatiecentrum, wordt gewijzigd als volgt: « De in artikel 1 bepaalde verminderingen van de verzekeringstegemoetkoming zijn niet van toepassing op de gedeeltelijke dagziekenhuisverpleging. Zij zijn wel van toepassing op de gedeeltelijke nachtziekenhuisverpleging behoudens in geval van gezinsverpleging in het raam van een psychiatrische behandeling of van de uitoefening van een bezoldigde activiteit die aanleiding geeft tot het inhouden van een RSZ-bijdrage en van een bedrijfsvoorheffing. »

PROPOSITION DE LOI

ARTICLE 1^{er}

A l'article 234 de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, les mots « soit placé dans un établissement psychiatrique fermé » sont supprimés.

ART. 2

La première phrase du § 4 de l'article 2 de l'arrêté royal du 12 avril 1984 modifiant l'arrêté royal du 20 août 1980 fixant le montant de la réduction de l'intervention de l'assurance en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un centre de rééducation, est modifié comme suit: « Les réductions de l'intervention de l'assurance prévues à l'article 1^{er} ne sont pas applicables aux hospitalisations partielles de jour. Elles sont par contre applicables aux cas d'hospitalisation partielle de nuit sauf en cas de placement familial dans le centre d'un traitement psychiatrique ou d'exercice d'une activité rémunérée donnant lieu au prélèvement d'une cotisation O.N.S.S. et d'un précompte professionnel. »

M. REMY-OGER.
G. PAQUE.
J. GEVENOIS.